



BACHELOROPPGAVE:

**Hvordan kan sykepleier ved hjelp av
terapeutisk allianse og relasjonsbygging
bidra til økt livskvalitet hos pasienter
med en ROP-lidelse?**

FORFATTERE:

JØRGEN MEIAN
LINDA ANDERSEN
MORTEN GALLAVARA
RAYMOND RANDEN

12HBSPLH

Dato:
11.05.2015

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier ved hjelp av terapeutisk allianse og relasjonsbygging bidra til økt livskvalitet hos pasienter med en ROP-lidelse?	Dato: 11.05.15
Deltaker(e)/	Jørgen Meian Linda Andersen Morten Gallavara Raymond Randen	
Veileder(e):	Lisbeth Kjelsrud Aass	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Relasjonsbygging, terapeutisk allianse, dobbeltdiagnose.	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg:	Tilgjengelighet:
47/12273	1	Åpen
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Introduksjon: Personer med dobbeltdiagnoser opplever å bli møtt av en helse- og omsorgstjeneste som ikke tar problemene på alvor, og avvisningen kan oppleves som en ytterligere belastning.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier ved hjelp av terapeutisk allianse og relasjonsbygging kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter med en ROP-lidelse.</p> <p>Metode: Denne studien er et litteraturstudie. Det har blitt foretatt en kritisk vurdering av eksisterende litteratur. Søk etter vitenskapelig artikler er foretatt i databasene Cinahl Complete, Embase (Ovid), Medline (Ovid) og PsycINFO (Ovid).</p> <p>Resultat: ROP-pasienter møter et helsevesen med manglende kunnskap om dobbeltdiagnoser. Dårlige holdninger hos helsepersonellet er en barriere for effektiv behandling. Sykepleiere har ulik forståelse for hvilken betydning relasjonsbygging har for utfallet av behandlingen.</p> <p>Konklusjon: Det framkommer flere barrierer for sykepleiernes omsorgsyttelse til ROP-pasienter, herunder manglende kunnskap om samtidig ruslidelse og psykiske lidelse, behovet for langsiktig engasjement samt tilnæringsmetoder. Økt kunnskap og opplæring kan fremme holdninger og behandlingsoptimisme hos helsepersonellet. En god relasjon med ROP-pasienten er en nødvendig forutsetning og danner en plattform for videre behandling.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can nurses contribute to increased quality of life for patients with a dual diagnosis using therapeutic alliance and relationship building?	Date: 11.05.15
Participants/	Jørgen Meian Linda Andersen Morten Gallavara Raymond Randen	
Supervisor(s)	Lisbeth Kjelsrud Aass	
Employer:	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>	
Keywords (3-5)	Relationship building, therapeutic alliance, dual diagnosis.	
Number of pages/words:	47/12273	Number of appendix: 1
		Availability: Open
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Introduction: People with dual diagnosis experience to be greeted by a health care service that does not take the problems seriously and this rejection can be perceived as an additional burden.</p> <p>Aim: The purpose of this study is to examine how nurses can help to improve quality of life for patients with a dual diagnosis using therapeutic alliance and relationship building.</p> <p>Method: This study is a literary review. It has been made a critical assessment of existing literature. Search for scientific articles was done in the databases Cinahl Complete, Embase (Ovid), Medline (Ovid) and PsycINFO (Ovid).</p> <p>Results: The dually diagnosed encounter a health care system with insufficient knowledge of dual diagnosis. Poor attitudes among health workers is a barrier to effective treatment. Nurses have different understanding of the importance relationship building has for treatment outcomes.</p> <p>Conclusion: Nurses experiences several barriers caring for patients with a dual diagnosis, including lack of knowledge about co-occurring substance abuse and mental health illness, the need for long-term engagement and how to approach this type of patients. Increased knowledge and training can promote attitudes and treatment optimism among health personnel. A good relationship with the dually diagnosed is a prerequisite and provides a platform for further treatment.</p>		

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans	6
1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder	6
2. Bakgrunn	7
2.1 Hva er ROP-lidelser?	7
2.2 Forekomst	8
2.3 Diagnostisering	9
2.4 Rusmidler og rusmisbruk	10
2.5 Rus- og psykiatripasienten	11
2.6 Sykepleieteori	12
2.7 Kommunikasjon	13
2.8 Terapeutisk allianse og relasjon	14
2.9 Case management og ACT-team	14
2.10 Hensikt	16
2.11 Problemstilling	16
3. Metode	17
3.1 Litteraturstudie som metode	17
3.2 Fordeler og ulemper ved litteraturstudier	17
3.3 Kvantitative og kvalitative studier	18
3.4 Søkestrategi	18
3.5 Analyse	20
4. Resultat	21
4.1 Resultatpresentasjon	21
4.2 Sykepleieres kunnskap og holdninger	25
4.3 Selvrapporterte grunner for rusmisbruk hos personer med psykisk lidelse	26
4.4 utfordringer og barrierer for sykepleiere	27
4.5 Relasjonsbygging	29
4.6 Tilnærminger og intervensjoner	30
5. Drøfting	31
5.1 Sykepleieres kunnskap og holdninger	31
5.2 Selvrapporterte grunner for rusmisbruk hos personer med psykisk lidelse	32
5.3 utfordringer og barrierer for sykepleiere	33
5.4 Relasjonsbygging	35
5.5 Å være der pasienten er	37
5.6 Kildekritikk	39
5.7 Forskningsetiske overveielser	41
6. Konklusjon	42
Litteraturliste	43
Vedlegg 1. Søkehistorikk	47

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

De siste 25 årene har det vært en økende erkjennelse av at rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig. Behandlingsoppmerksomheten har siden 1980-årene i stor grad vært rettet mot pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som bipolar lidelse, schizofreni og alvorlig personlighetsforstyrrelse (Helsedirektoratet 2012). Nasjonalfaglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) ble opprettet i 2012. Bakgrunnen for dette var et manglende behandlingsfokus på samspillet mellom rusmidler og mindre alvorlige psykiske lidelser (Ibid.).

Tidligere har det vært et klart skille mellom rusmisbruksbehandling og psykiatrisk behandling i to forskjellige behandlingssystemer; sekvensiell og parallell behandling. Dette byråkratiske skillet omfattet både utdannelsen av helsepersonell og kriteriene for å motta behandling (Meuser m. fl., 2006). Sekvensiell behandling tar sikte på å behandle én lidelse om gangen, og pasienten henvises ikke videre før det ene problemet er løst eller stabilisert. Den ubehandlede lidelsen forverrer ofte den andre lidelsen, og pasientens funksjonsområder kan forverres ytterligere (Randby 2010). Parallell behandling innebærer behandling av både den psykiske lidelse og ruslidelsen samtidig, men med flere behandlere. Filosofisk uenighet og kliniske barrierer blant behandlere fremmet en ikke-integrert behandlingsmodell, som ofte ledet til at pasienten “falt mellom to stoler” (Meuser m. fl., 2006). Ulike forskningsprosjekter om rus- og psykiatriske lidelser de siste 20 årene har ledet fram til begrepet integrert behandling. Integrert behandling innebærer at både den psykiske lidelsen og ruslidelsen behandles av samme behandler, samtidig. Undersøkelser har vist at denne behandlingstilnærmingen gir langt bedre resultater enn de mer tradisjonelle behandlingsmåtene som nevnt (Randby 2010). Det har i de senere årene blitt økt forståelse i samfunnet for psykiske lidelser og rusmisbruk, men det er fortsatt slik at disse pasientgruppene opplever mer enn andre å bli møtt med stigmatisering og negative holdninger (Blåka 2012, Helsedirektoratet 2011). Ved å gi pasientrettigheter til denne gruppen tydeliggjorde lovgiver at alle skal ha like rettigheter og opplevelse av likeverd (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Den stigmatiserte opplever å møte flere negative reaksjoner fra samfunnet enn andre grupper - omgivelsene ser kun lidelsen og ikke personen bak. Annerledesheten fører blant annet til dårligere selvbilde og opplevelse av manglende sosial støtte (Norvoll 2012).

Ifølge de yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren ivareta pasientens verdighet og integritet, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleieforbund 2014). Manglende kompetanse om rus- og psykiske lidelser hos sykepleieren kan være med på å forsterke og vedlikeholde stigma. Dette kan bidra til en ubalanse i samarbeidet som videre kan føre til at pasienten ikke nyttiggjør seg av behandlingen (Helsedirektoratet 2014a).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Pasienter med ROP-lidelser har mange og sammensatte utfordringer som videre kan medføre betydelig funksjonsnedsettelse og dramatiske konsekvenser (Evjen, Kielland og Øiern 2012). Denne pasientgruppen opplever å bli møtt av en helse- og omsorgstjeneste som ikke tar problemene på alvor, og avvisningen oppleves som en ytterligere belastning. Med mange sammensatte problemer og et behov for hjelp fra flere aktører på samme tid, stiller dette store krav til hjelpeapparatet. Mange faller utenfor behandlingstilbudene grunnet dårlig samhandling i systemet (Ibid.).

Sykepleiere utgjør den største gruppen av helsepersonell som arbeider med pasienter med en ROP-lidelse, og er derfor i god posisjon til å ta i bruk sykepleieintervensjoner i sitt arbeid (Edward og Munro 2009). Flere studier viser dog at sykepleiere opplever mange barrierer i møtet med ROP-pasienten, og har utilstrekkelig kunnskap om pleie og omsorg til denne pasientgruppen (Moore 2013, Edward og Munro 2009, Wadell og Skärsäter 2007). Dersom en god terapeutisk relasjon ikke oppnås, kan dette vanskeliggjøre behandlingen (Hoxmark og Wynn 2010).

1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder

Ved Høgskolen i Gjøvik er det tre forskningsområder: utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Høgskolen i Gjøvik 2014 a).

Under kvalitet i sykepleie er det beskrevet to fokusområder: pasienters behov og sikkerhet og personalets funksjon og sikkerhet. Pasienters behov og sikkerhet handler om “utvikling av kunnskap om fenomener knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasient, pårørende og andre grupper i helsetjenesten samt pasientsikkerhet” (Høgskolen i Gjøvik 2014 b). Oppgavens hovedtema er bruk av terapeutiske allianser og relasjonsbygging

til pasienter med ROP-lidelser og relateres derfor til fokusområdene pasienters behov og sikkerhet og personalets funksjon og sikkerhet.

2. Bakgrunn

Her presenteres forskning, sentrale føringer og teori som vi finner relevant i forhold til vår problemstilling.

Opptrappingsplanen for psykisk helse av 1999-2008 har som målsetting å fremme livskvalitet, selvstendighet og evne til å mestre et mest mulig normalt liv. Bakgrunnen for planen var å utbedre bristen i tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Brukermedvirkning var et sentralt punkt i planen. En målsetning var at kommunene skulle være bedre i stand til å kunne tilby tjenester som praktisk bistand i hjemmet, dagaktiviteter og helsehjelp. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten manglet helhet og kontinuitet. Det var fokus på økt satsing i psykisk helsevern og i kommunenes psykisk helsevern (Sosial- og helsedepartementet 1997).

I rusreformen av 2004 vedtok Stortinget å overføre ansvaret for behandlingen av rusmisbrukere fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene. Formålet var å styrke behandlingstilbudet. Ved reformen fikk rusmisbrukere lovfestede pasientrettigheter og ble likestilt med andre pasientgrupper (Helsedepartementet 2004).

Bakgrunnen for reformen var de omfattende helseproblemene og behandlingsbehovene denne pasientgruppen hadde. Målet var å sikre et bedre behandlingstilbud samt å unngå at de ble “kasteballer” mellom ulike behandlingssystemer (Ibid.). Helsedirektoratet utga i 2014 en veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Veilederen skal være et hjelpemiddel for kommuner og spesialisthelsetjenesten i planleggingen og utøvelsen av tjenester (Helsedirektoratet 2014a).

2.1 Hva er ROP-lidelser?

Psykisk lidelse med en samtidig ruslidelse blir ofte omtalt med begreper som komorbiditet og dobbeltdiagnose. Forekomst av to eller flere lidelser samtidig blir ofte omtalt som komorbiditet, mens “doppeltdiagnose” brukes ved kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk (Helsedirektoratet 2012).

En definisjon på pasienter med en dobbeltdiagnose, eller ROP-lidelse, er: “Mennesker med alvorlige og mindre alvorlige rusproblemer som samtidig har et alvorlig eller mindre alvorlig

psykisk problem.” (Ibid.). I denne oppgaven vil både ROP-lidelse og dobbeltdiagnose brukes som begreper for psykiske lidelser med samtidig ruslidelse.

2.2 Forekomst

Det er få norske studier som har kartlagt utbredelsen av ROP-lidelser i befolkningen, men det finnes studier fra blant annet Europa og USA som gir noen tall på dette (Helsedirektoratet 2012). I en rapport fra Stiftelsen for Industriell og Teknisk Forskning (Gråwe og Ruud) fra 2006 er det en oversikt over pasienter i psykisk helsevern som hadde en samtidig ruslidelse (Ibid).

Pasienter i døgnbehandling

- 9 % har rusdiagnose som hoved- eller bidiagnose.
- 67 % menn mot 47 % kvinner som hadde rusdiagnoser.
- ROP-pasientene var generelt yngre enn psykiatripasientene.
- Blant ROP-pasientene var det 56 % schizofreni diagnoser, 19 % affektive lidelser og 11 % personlighetsforstyrrelser.

Pasienter i poliklinisk behandling

- 11 % rusdiagnose som hoved- eller bidiagnose.
- Blant yngre pasienter (18-29 år) var det flere med ROP lidelse (49 %) enn bare psykiatrilidelser (26 %).
- 63 % av ROP-pasientene var menn, mot 36 % av psykiatripasientene.
- Ca 25 % av ROP-pasientene hadde affektive diagnoser eller schizofrenipsykoser og ca 20 % hadde nevrotiske lidelser, angstlidelser eller personlighetsforstyrrelser.

Pasienter i rustiltak

- 75 % av pasientene hadde ikke anført diagnose.
- 65 % av de som hadde en behandlingstrengende og alvorlig psykisk lidelse hadde ikke fått en diagnose.
- 47 % av de i rustiltakene som hadde en diagnose hadde andre psykiske lidelser enn ruslidelser som hoved- eller bidiagnose. (Usikkert om ¼ representativ)
- Gjennomsnittsalderen for ruspasientene var ca 40 år (med og uten psykisk lidelse).
- Annet enn ruslidelser var de vanligste komorbide psykiatriske lidelsene angstlidelser (34 %), stemnings- og affektive lidelser (25 %) og personlighetsforstyrrelser (22 %).
- Av alle pasientene i rustiltak var det 29 % som hadde et alvorlig behandlingstrengende psykisk lidelse.

Funnene i Gråwe og Ruud (2006) sin undersøkelse viser at ca 10 % av pasientene som fikk døgnbehandling eller poliklinisk behandling og 47 % av pasientene på rustiltak var pasienter med både en psykisk lidelse og en ruslidelse. Det er derimot usikkert om andelen innen rustiltaket er representativt for de uten en oppgitt diagnose, Gråwe og Ruud (2006) skriver i

rapporten at diagnoser blir lite brukt i primære rustiltak. Derfor kan det være vanskelig å vite hvor mange det er innen rustiltakene som egentlig har en psykisk lidelse. Grunner for utilstrekkelig behandling blant ROP-pasientene ble i døgninstitusjoner og rustiltak oppgitt å være manglende kapasitet og kompetanse. Derimot i poliklinisk arbeid ble det oftere angitt å være manglende ønske hos pasienten å ta i mot ytterligere behandlingstilbud (Gråwe og Ruud 2006). Denne studien viser også at mange av pasientene med psykiske lidelser innen rustiltakene ikke mottar et godt nok behandlingstilbud for de psykiske lidelsene. Og at pasientene innen psykisk helsevern med ruslidelser ikke får et adekvat behandlingstilbud for sine ruslidelser. ROP-pasientene faller mellom to kategorier og får ofte for dårlig oppfølging av den ene lidelsen sin varierende ut fra hvor de havner i behandling (Ibid.).

Behandlingstilbudet som ble gitt i rusinstitusjon viste tegn til at ROP-pasienter ble gitt sjeldnere medisiner og deltok sjeldnere på kurstilbud. 28 % av ROP-pasientene mottok et rusbehandlingstilbud mot 51 % som hadde et udekket eller ønsket behov for rusbehandling. Det var også merket at behandlingstilbudet hos ROP-pasientene var utilstrekkelig sammenlignet med psykiatripasientene grunnet manglende kompetanse blant behandlere (Gråwe og Ruud 2006).

Blant ROP-pasienter under poliklinisk behandling var det færre som ble behandlet med medisiner og gruppebehandling sammenlignet med psykiatripasienter. I poliklinisk sammenheng var det 46 % av ROP-pasientene som mottok et rusbehandlingstilbud, sammenlignet med de tidligere nevnte 28 % under døgnbehandling, men også her var det mer ønskelig eller et udekket behov sammenlignet med pasienter uten ruslidelser (Ibid.).

Blant de pasientene under poliklinisk behandling var det ingen store forskjeller i behandlingskompetansen mellom ROP-pasienter og de uten ruslidelser.

Markant forskjell i kvaliteten på behandlingstilbud mellom ROP-pasienter og de uten ruslidelser, da ROP-pasientene oftere har et manglende tilbud på grunn av manglende kompetanse (Gråwe og Ruud 2006).

2.3 Diagnostisering

Det finnes to standardiserte internasjonale systemer for å klassifisere sykdommer og helserelaterte problemer. The International Classification of Diseases (ICD) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

ICD er et standardisert system for å diagnostisere sykdommer og er utarbeidet av World Health Organization, nyeste versjon er ICD-10 og det arbeides med en revidert utgave som er forventet i løpet av 2017 (WHO 2015).

DSM er et amerikansk standardisert system for å klassifisere psykiatriske lidelser, og er utarbeidet av American Psychiatric Association (2015). DSM-5 er siste versjon og ble utgitt i 2013.

Begge systemene brukes til å identifisere og utelukke diagnoser, og inneholder bestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier, som sørger for at pasienten får en diagnose etter hvilke kriterier som foreligger. Det er noen klare forskjeller mellom systemene. DSM baserer seg på kriterier som må være tilstede, mens ICD baserer seg på typebeskrivelser. Forskjellen i systemene gjør at en og samme sykdom kan klassifiseres på ulike symptomer (Kringlen 2010). Helsevesenet benytter ICD-10 til å diagnostisere rusproblemer (Lossius 2010), mens DSM-5 oftes benyttes i forskning (Helsedirektoratet 2012). ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Når bruken av rusmiddelet gir helseskader, er det skadelig bruk. Bruken må altså påføre en psykisk- eller somatisk skade. At bruken forårsaker problemer for omgivelsen eller får sosiale følger er ikke tilstrekkelig. Avhengighet forstås som fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener som utvikler seg over tid, samt at bruken av rusmiddelet får en mye høyere prioritert. DSM-5 benytter begrepet misbruk, her vektlegges konsekvenser av kriminalitet og sosiale forhold knyttet til rusmisbruket (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

2.4 Rusmidler og rusmisbruk

Her vil vi kort ta for oss de mest vanlige rusmidlene som benyttes i Norge, som sentraldempende og sentralstimulerende stoffer samt opioider.

Sentraldempende stoffer er beroligende stoffer som demper anspenhet. Det vanligste sentraldempende stoffet i Norge er alkohol, og er det rusmiddelet som fører til flest skader og voldshendelser i befolkningen (Fekjær 2009, Randby 2010). Høyt forbruk av alkohol øker risikoen for utvikling av psykiske lidelser samt somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, skrumplever og flere kreftformer (Helsedirektoratet 2012). Hasjij, en form for cannabis, er det ulovlige sentraldempende rusmiddelet med størst utbredelse i Norge.

Dette stoffet kan være psykosefremkallende og kan føre til depresjoner og angstsymptomer (Randby 2010, Skretting m. fl. 2015).

Amfetamin og metamfetamin er sentralstimulerende stoffer og øker aktiviteten i nervesystemet. Brukeren opplever økt våkenhet og et hevet stemningsleie, men det kan også føre til uro, angst og søvnløshet (Fekjær 2009). Brukeren har en økt risiko for hjerneblødning, hjerterytmeforstyrrelser og infarkt. Økt blodtrykk og forhøyet kroppstemperatur er noen av bivirkningene (Norsk Helseinformatikk 2013). Amfetamin kan i tillegg være svært psykosefremkallende (Randby 2010).

Opioider, som kokain og heroin, er sentralstimulerende stoffer og kan minne om amfetamin, både på virkning og bivirkning, men kokain og heroin har en kraftigere virkning. Heroin regnes for det mest avhengighetsskapende narkotiske stoffet. Ved inntak av store doser kan det inntreffe angstanfall, brukeren kan bli voldelig og opptre med bisarr atferd. Sjeldne tilfeller av hallusinasjoner og vrangforestillinger kan forekomme (Skretting m. fl. 2015). Helsepersonell kan oppleve vanskeligheter med å skille virkninger fra rusmidler og abstinensreaksjoner i fra symptomer på uavhengige psykiske lidelser (Evjen, Kielland og Øiern 2012).

2.5 Rus- og psykiatrispasienten

Psykiske lidelser kan være utløst av rusmisbruk og rusmisbruket kan være utløst av en psykisk lidelse (Lossius 2010). Ofte vil en ruslidelse og psykisk lidelse utløse, vedlikeholde og forsterke hverandre. Mange opplever at bruken av rusmidler øker eller demper ulike følelser, som f. eks. sinne, angst, uro og aggresjon (Ibid.).

De nasjonalfaglige retningslinjene for utredning, oppfølging og behandling av ROP-pasienter (2012) skriver at det er syv pasientmålgrupper som har økt sannsynlighet for samtidige rus- og psykiske lidelser. Det er personer med bipolar lidelse, schizofreni, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon, personlighetsforstyrrelser, hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet 2012). Mange av disse psykiske lidelsene har flere likhetstrekk, som noen ganger kan gjøre det vanskelig å skille de fra hverandre (Ibid.). Stemningssvingninger, som mani og hypomani, er symptomer som kan forekomme i flere diagnoser. Symptomer og graden av disse kan variere hos personer som ruser seg og i perioden etter rusmiddelmissbruk. Det kan for eksempel være krevende å skille stemningslidelser utløst av rusinntak og en bipolar lidelse. Alvorlig depresjon kan sees blant

personer som behandles for ruslidelse. Depresjonen kan fortsatt sees hos en del av denne gruppen etter lang tid som rusfri (Helsedirektoratet 2012).

Mitchell, Lord og Malone (2012) skriver i sin artikkel at pasienter med en psykisk lidelse vil kunne få sine fysiske lidelser nedprioritert sammenlignet med pasienter uten psykiske lidelser. Mitchell, Lord og Malone (2012) så på 61 analyser fra 23 publikasjoner, relatert til utdeling av 12 klasser medikamenter for kardiovaskulære sykdommer, diabetes, kreft, leddgikt, osteoporose og HIV, over en total prøvegruppe på 1 931 509 individer. Det ble sett at individer med en psykisk lidelse ble gitt betraktelig mindre doser av flere vanlige medikamenter, hovedsakelig for kardiovaskulære indikasjoner (Mitchell, Lord og Malone 2012). Mulige årsaker til dette kan være fordi pasienter med psykiske lidelser har varierende vilje til å ta psykofarmaka, og at dette også kan gjelde medikamenter for fysiske lidelser (Ibid.). Andre årsaker peker på at spesialister på psykisk helse overser indikasjoner på fysiske lidelser, og at komorbiditeten av psykisk og fysisk lidelse konkurrerer om oppmerksomheten til leger selv om det er lidelser uten sammenheng. Interaksjoner mellom medikamenter kan være en grunn til at leger gir mindre doser. Mitchell, Lord og Malone (2012) refererer til tidligere studier som viser det motsatte, at komorbiditet fører til bedre hjelp på grunn av mer kontakt med helsevesenet. På tross av dette konkluderer Mitchell, Lord og Malone (2012) med at pasienter med samtidig psykisk og fysisk lidelse, får utdelt mindre doser av flere medikamenter rettet mot de fysiske lidelsene (Ibid.).

2.6 Sykepleieteori

Joyce Travelbee er kjent for sin sykepleietenkning med fokus på et “menneske-til-menneske-forhold”. Sentrale begreper i hennes teori er empati og “terapeutisk bruk av seg selv” (Travelbee 1999). Vi finner derfor Travelbees sykepleietenkning relevant for denne oppgaven.

Joyce Travelbees sykepleietenkning

Kvaliteten på sykepleien avhenger av kontakten mellom sykepleier- og pasient relasjonen (Kristoffersen 2011). Travelbee bruker uttrykket menneske-til-menneske-forhold i sin teori. Dette innebærer at hvert enkelt menneske bør bli sett på som en unik person, og det er først og fremst enkeltmennesket uavhengig av miljø og kultur denne sykepleietenkningen konsentrerer seg om (Travelbee 1999). Lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet og den

syke eller lidende kan trenge hjelp til å finne en mening i den situasjonen en gjennomgår, for så å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Ibid.). Samhandling mellom sykepleier og pasient er sentralt i utøvelsen av sykepleie (Travelbee 1999). Travelbee formulerer sykepleiens mål som å hjelpe mennesker til å mestre, bære og finne mening under sykdom og lidelse, gi hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske og opprettholde håp. Sykepleieren må etablere et menneske-til-menneske-forhold, der rollene som pasient og sykepleier overskrides og menneskene trer fram (Ibid.). Videre understreker Travelbee (1999) viktigheten ved at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten. Respekt er en grunnleggende verdi mellom sykepleier og pasient, og relasjonen som oppstår mellom sykepleier og det syke mennesker er av stor betydning for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Tilnærmingen er terapeutisk når den bidrar til at personens plager avtar (Ibid.).

2.7 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske forhold og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee 1999, s.135)

Kommunikasjon er en prosess som foregår mellom sykepleieren og pasienten der begge parter formidler noe gjennom både samtale og taushet. Gjennom utseende, atferd, holdning, ansiktuttrykk, manerer og gester formidler både sykepleier og pasient mye informasjon, bevisst eller ikke bevisst. Denne prosessen kan være med å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee 1999). Dette uttrykket går ut på at pasientens sykepleiebehov blir ivaretatt gjennom sykepleierens tilnæringsmåte i kombinasjon med terapeutisk bruk av seg selv. (Ibid.). Kommunikasjon må dog forstås som mer enn bare ord og taushet. Det handler om empatisk nærvær - å være der for han eller henne og ta i mot personens smertefulle tanker og følelser (Hummelvoll 2012).

I likhet med annet helsearbeid må det dannes en allianse med pasienten, slik at han eller hun er i stand til å samarbeide (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). I somatisk behandling må pasienten samtykke før en undersøkelse eller operasjon, men samarbeidet trenger ikke nødvendigvis strekkes mer utover dette. I psykisk helsearbeid er det helt vesentlig at pasienten og behandleren inngår et samarbeid for at behandlingen skal være virksom. Virksomt psykisk

helsearbeid innebærer således å arbeide med relasjonstillit og pasientens motivasjon for behandling (Ibid.).

2.8 Terapeutisk allianse og relasjon

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) skriver at vår terapeutiske holdning, den holdningen vi møter pasienten med, danner grunnlaget for videre behandling. En terapeutisk holdning, som medmenneskelighet, innebærer her å vise ekthet, respekt og oppriktig interesse for den hjelpetrequendes situasjon og opplevelser. Med ekthet menes at hjelperen opptrer på ærlig, direkte og jordnært vis uten at det virker påtvunget (Ibid.). Hummelvoll (2012) skriver at det er vesentlig at hjelperen setter egen forståelse og egne fordommer til side i møte med enhver ny person. Hjelperen skal nullstilles. Hver unike person med sin egen unike historie skal lede hjelperen til hans eller hennes måte å forstå eller ikke forstå sammenhenger (Ibid.). Dette gjenspeiles i Travelbees sykepleietenkning - å se personen, ikke bare lidelsen (Travelbee 1999).

Helsedirektoratets rapport "Kvalitet og kompetanse" fra 2011 understreker viktigheten av personlig integritet hos helsearbeidere - en usvekket moralsk evne til å motta pasientens annerledeshet. Pasienten skal kunne uttrykke sitt, og behandleren skal tåle å bære det uten at oppmerksomheten og fokuset tas bort fra pasienten. Den terapeutiske holdningen har således en "containing"-funksjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Kontakten mellom hjelperen og pasienten kan ha en egenverdi og virkning i seg selv. Denne relasjonen og tilliten kan ha stor betydning for hvorvidt pasienten nyttiggjør seg av behandlingen, og vil dermed prege utfallet av behandlingen (Helsedirektoratet 2011).

2.9 Case management og ACT-team

ROP-pasienter har ofte omfattende kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet (Evjen, Kielland og Øiern 2012). Av de mange ulike behandlingsmetodene velger vi å ta for oss de to samhandlingsverktøy og metoder som er mest sentrale for vår problemstilling.

Case management (CM) er en metode som tar sikte på å følge opp og støtte brukere kontinuerlig ut fra brukernes egne daglige og aktuelle behov. Behandlingstilbudene styres av brukeren ut fra allerede eksisterende tjenester i lokalsamfunnet (Evjen, Kielland og Øiern 2012). Flere norske forsøk har vært utprøvd med bakgrunn i Opptrappingsplanen for rusfeltet 2007-2012. Ressursfasiliteringsmodellen, som vektlegger brukerens autonomi og god relasjon

mellom bruker og case manager, er en av de mest brukte variantene av CM i Norge. Dette innebar ansettelse av koordinerende tillitspersoner i kommunene som hver enkelt hadde et oppfølgingsansvar for en liten gruppe brukere. Målet var et tilgjengelig, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud med vekt på tett individuell oppfølging. Resultatet av denne prosjektperioden viste at samtlige brukere opplevde økt livskvalitet og en bedre hverdag ved prosjektslutt (Ibid.).

Der CM vektlegger en-til-en-relasjonen og tett individuell oppfølging, er ACT-team et tverrfaglig team bestående av blant annet psykiatere, sykepleiere og sosialarbeidere. ACT, Assertive Community Treatment, kan oversettes til “aktivt oppsøkende behandlingsteam”, og har som hensikt å tilby alle tjenester den aktuelle pasienten har behov for, inkludert psykiatrisk, sosial og medisinsk oppfølging (Evjen, Kielland og Øiern 2012). Tiltakene rettes mot de forholdene som har betydning for brukernes psykisk helse, som boligforhold, økonomiske forhold, sysselsetting, sosiale og familiære forhold, samt medisinerings. ACT-team-modellen ble først benyttet i USA på 60-tallet og har siden den tid blitt videreutviklet og kopiert verden over (Ibid.). I Norge ble det opprettet flere ACT-team i perioden 2009 - 2011 med fokus på brukere som har hatt en begrenset effekt av tidligere behandling. Tidligere forskning på effekten av ACT-team har vist en reduksjon i antall sykehusinnleggelses og opplevelse av økt livskvalitet hos pasienter med sammensatte lidelser (Evjen, Kielland og Øiern 2012).

Med bakgrunn i Opprettingsplanen for psykisk helse (1999 - 2008) ble det foreslått opprettelse av aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT) (Helsedirektoratet 2014b). Evalueringen viste at personer med psykisk lidelse, ofte kombinert med rusmiddelmissbruk, ikke klarte å nyttiggjøre seg av eksisterende behandlingstilbud. Manglende helhet, kontinuitet og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ble påpekt. I perioden 2007 til 2012 ble det således opprettet 14 ACT-team i Norge (Ibid.). Nasjonal kompetansetjeneste ROP i samarbeid med Helsedirektoratet utga i 2014 en evalueringsrapport om denne utprøvingen. Oppsummeringen viser et fungerende og godt samarbeid mellom brukere og aktørene i ACT, og teamene opplevde å nå fram til pasientgrupper som tidligere tjenestetilbud ikke maktet (Helsedirektoratet 2014b). Oppfølgingen av brukere både før og etter innleggelses førte til økt opplevelse av trygghet for pasienten. Antall pasienter som tidligere “falt ut” av behandlingstilbud etter ikke å ha møtt til poliklinisk behandling, har med ACT-teamenes oppfølging blitt betydelig redusert. Faktorer ved ACT-teamenes oppfølging, som vanskelig

har latt seg gjennomføre i ordinære tjenester, er kontinuitet, relasjon, tillit og tilgjengelighet (Ibid.).

2.10 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse sykepleie til pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP-lidelse. Vi forsøker å finne svar på hvordan sykepleieren kan fremme økt livskvalitet til denne pasientgruppen. Det trekkes frem faktorer ved samhandling og relasjonsbygging, og det legges vekt på sykepleiers terapeutiske funksjon.

2.11 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ved hjelp av terapeutisk allianse og relasjonsbygging bidra til økt livskvalitet hos pasienter med en ROP-lidelse?

3. Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er et litteraturstudie. Målet til et litteraturstudie er å integrere resultater fra forskning, for å summere opp hva som er og ikke er kjent (Polit og Beck 2014).

Christoffersen m. fl. (2015) nevner tre kriterier med underpunkter som må være oppfylt for at oppgaven kan kalles en strukturert litteraturstudie. Ved en litteraturstudie benyttes forskning og litteratur som eksisterer fra før. Prosessen starter ofte med et spørsmål etterfulgt av en plan for å innhente relevant informasjon som så analyseres, tolkes og oppsummeres (Polit og Beck 2014). En litteraturstudie bør ikke være forutinntatt men heller se på emnet med nøytrale øyne. Den bør også være systematisk bygd opp, grundig og basert på oppdatert forskning (Ibid.).

Forskning varierer i både målgruppe og kvaliteten på innholdet. Å gjennomføre en litteraturstudie krever derfor at man nøye vurderer det som er relevant for den aktuelle oppgaven. Polit og Beck (2014) anbefaler å bruke forskningsartikler som er skrevet av dem som har foretatt forskningen - primærkilden. En sekundærkilde er ikke skrevet av dem som har gjennomført forskningen og mangler ofte detaljnivået og objektiviteten til en primærkilde (Ibid.). Ved bruk av primærkilder unngår man andres feiltolkninger og unøyaktigheter (Dalland 2012). For å finne forskningen som skal brukes for å finne svar på problemstillingen benyttes ofte databaser som er relevante. I sykepleiesammenheng er Cinahl eller Ovid eksempler på databaser som kan benyttes. Det er hensiktsmessig å hente artikler fra flere databaser (Olson og Sørensen 2003).

Olson og Sørensen (2003) anbefaler å sette funnene opp i en tabell for å gjøre det mer oversiktlig.

3.2 Fordeler og ulemper ved litteraturstudier

Litteraturstudier kan danne grunnlaget til ny forskning. En litteraturgjennomgang i en kvantitativ studie kan inspirere til nye problemstillinger og belyse hensiktsmessig metodebruk til videre forskning. Ved å gjennomføre en grundig litteraturstudie kan forskere fastsette hvordan de best mulig kan bidra, eller hvorvidt det er behov for å bidra, til et allerede eksisterende forskningsfelt (Polit og Beck 2010).

En ulempe med et litteraturstudie er at den ikke fremskaffer ny kunnskap, men baserer seg på allerede foretatt forskning og blir i seg selv en sekundærkilde (Dalland 2012).

3.3 Kvantitative og kvalitative studier

Kjennetegn med kvantitativ metode er at den forsøker å få fram en eksakt avspeiling av variasjonen, det som er felles og representativt. Denne metoden går i bredden og innhenter få opplysninger om mange undersøkelser. Innsamling av data foregår uten direkte kontakt med feltet. Fordel med kvantitative metoder er at den fremskaffer målbar data som kan analyseres ved hjelp av statistikk (Dalland 2012). Kvalitativ metode forsøker å bringe fram en mening og opplevelse som ikke kan fastslås ved hjelp av kvantitativ metode. Datainnsamling kan foregå ved bruk av intervju, observasjon og forskeren er i direkte kontakt med feltet. Metoden går i dybden og innhenter mange opplysninger om få emner, og kan pågå over flere år. Generalisering blir vanskelig på grunn det personlige aspektet (Ibid.).

3.4 Søkestrategi

Innledningsvis søkte vi etter generell informasjon om temaet på internett for å få en oversikt over feltet vi har valgt å skrive om. Dalland og Tygstad (2012) anbefaler et bredt søk da dette gir et godt utgangspunkt for å planlegge videre søk. Videre utarbeidet vi søkeord samt inklusjons- og eksklusjonskriterier for å kunne begrense søket til aktuelle forskningsartikler. Søkeordene ble hele tiden vurdert underveis i prosessen, før vi endte opp med de som framkommer i oppgaven.

For å finne fram til og vurdere de vitenskapelige artiklene har vi benyttet oss av følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert til nivå 1 eller 2	Ikke fagfellevurdert
Publisert etter år 2005	Publisert tidligere enn 2005
Engelsk eller nordisk språk	Ikke engelsk eller nordisk språk

Det vanligste oppsettet i vitenskapelige artikler er IMRAD-strukturen. IMRAD er forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. En fordel med en slik struktur er at lesingen går raskt og er oversiktlig (Dalland 2012). Videre har vi benyttet Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (2015a) for å undersøke hvilket vitenskapelig nivå publiseringskanalen som artiklene er publisert i innehar. En publiseringskanal kan være et tidsskrift, serie eller forlag. Fagfellevurdering er en kvalitetssikring, hvor eksperter innenfor

sitt fagfelt kvalitetssikrer bidrag før publikasjon. All vurdering foregår anonymt og etter bestemte kriterier. Fagfellevurdering sørger for at informasjonen som publiseres holder høy faglig kvalitet (Svartdal 2014). Nivå 1 omfatter de ordinære vitenskapelige tidsskrifter, mens nivå 2 er begrenset til å gjelde de publiseringskanaler som utgir de mest betydningsfulle publikasjoner (NSD 2015b).

Databaser

For å finne fram til de vitenskapelige artiklene som er presentert i resultatdelen benyttet vi databasene Cinahl Complete, Embase (Ovid), Medline (Ovid) og PsycINFO (Ovid). Vi begrenset søket til “Publication Date 2005 - 2015” for å kun finne aktuelle artikler i henhold til inklusjonskriteriene vi har satt. Vi avgrenset ikke søket til “Full Text” da det er mulig å finne fram til Pay-Per-View-artikler ved å bruke andre søkemotorer som for eksempel Google Scholar.

Cinahl har fokus på sykepleievitenskapelige tidsskrifter. Embase inneholder referanser fra mer enn 4000 internasjonale tidsskrifter med hovedvekt på vesteuropeiske tidsskrifter. Medline inneholder mer enn 12 millioner referanser fra ca 4600 tidsskrifter. Embase og Medline har en 30-40 % overlapping. PsycINFO inneholder i hovedsak publikasjoner på engelsk og amerikansk (Høgskolen i Gjøvik 2014c).

Vi har benyttet oss av følgende søkeord:

Norsk	Engelsk
dobbeltdiagnose	dual diagnosis
sykepleie	nursing
sykepleieholdning/holdninger	nurse attitude/attitudes
psykisk lidelse	mental disorder/mental illness
stoffmisbruk	drug abuse/substance abuse
helsepersonellholdninger	health personell attitudes
pasienterfaringer	patient experiences
sykepleiererfaringer	nurses experience
terapeutisk allianse	therapeutic relationship

Søkeord er i all hovedsak benyttet på engelsk, da dette gir flest treff i databasene.

For fullstendig oversikt over søk og antall treff, se **vedlegg 1**.

3.5 Analyse

Analyse er en metode for å finne ut hva materialet har å fortelle (Dalland 2012). Alle artiklene leses i sin helhet for å finne styrker og svakheter ved dem. Ved å analysere en kilde dannes et helhetsinntrykk av materialet som hjelper en med å få fram hovedpunktene. Dataene vurderes kritisk for å undersøke hvor relevant det er for problemstillingen i oppgaven. Funnene i artiklene anvendes og ses opp mot annen forskning og litteratur for enten å styrke eller avkrefte vår forståelse av materialet (Ibid.).

Wadell og Skärsäter (2007) og Coombes og Wratten (2007) hadde som hensikt i sine studier å undersøke sykepleieres opplevelser og erfaringer med å jobbe med ROP-pasienter. Her avdekkes det flere utfordringer og barrierer som vi finner relevant for vår problemstilling. Studien til Wadell og Skärsäter (2007) omhandler hovedsakelig depresjon og alkoholmisbruk, men relasjonsbygging er en sentral del som vi har valgt å trekke frem. Studiene til Howard og Holmshaw (2010) og Moore (2013) omhandler erfaringer og synspunkter samt holdninger til helsepersonell som arbeider med ROP-lidelser. Sammenhengen mellom opplæring og holdning har vi valgt å fremheve. Behovet for mer opplæring om ROP er interessant for vår oppgave og derfor inkludert.

Studien til Pettersen m. fl. (2013) er kvalitativ og tar for seg årsaker til hvorfor pasienten startet med rus og eventuelt fortsatt ruser seg. Vi har valgt å trekke ut intervjuresultat og knytte dette til presenterte forklaringsmodeller. At studien er norsk anses som svært relevant. Edward og Munro (2009) presenterer implikasjoner for sykepleie rettet mot ROP-pasienter. Cleary m. fl. (2008) fokuserer på evidensbaserte tilnærminger og intervensjoner. Begge er litteraturstudier. Ingen spesifikke områder trekkes spesielt frem. Vi har valgt å inkludere to litteraturstudier for å gi oss en bred og overordnet forståelse.

Hoxmark og Wynn (2010) undersøker hvordan norske sykepleiere håndterer terapeutisk allianse og relasjonsbygging. Viktigheten av relasjonsbygging beskrives og trekkes derfor fram i oppgaven. Etablering av relasjonen, betydningen av nærhet og avstand og hvor relasjonen finner sted er punkter vi har fokusert på.

4. Resultat

De vitenskapelige artiklene som er benyttet i oppgaven vil bli presentert her.

4.1 Resultatpresentasjon

Nr	Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentarer i forhold til kvalitet
1.	Wadell, K., I. Skärsäter(2007) Nurses's experience of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. Publisert i; <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 28 (10) s.1125-1140	Å beskrive psykiatriske sykepleieres opplevelser av omsorg for personer med dobbeltdiagnose av alvorlig depresjon og alkoholmisbruk.	Kvalitativ metode. Intervju av 11 sykepleiere	Sykepleierne trengte mer opplæring og tverrfaglig kompetanse for å møte de spesielle behovene til denne pasientgruppen. Sykepleiere har også en viktig forpliktelse til å utnytte den beste tilgjengelige evidensbasert praksis, herunder forskningsresultater og andre vitenskapelige kilder	Vitenskapelig nivå 1 Sverige IMRAD-struktur Vurdert av en etisk komité
2.	Edward, K-L., I. Munro(2009) Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. Publisert i: <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 15(2) s. 74-79	Å presentere forslag til sykepleiepraksis rettet mot pasienter med en dobbelt- diagnose	Litteratur-gjennomgang av 185 artikler fra databasene Cinahl, MedLine, PsycARTICLES og PsycINFO.	Sykepleiere utgjør den største gruppen av helsepersonell og er derfor godt posisjonert til å ta i bruk tilgjengelige kartleggingsverktøy for rusmiddelmisbruk, for å forsterke dagens sykepleiepraksis.	Vitenskapelig nivå 1 Australia Ikke IMRAD-struktur

3.	Howard, V. og J. Holmshaw (2010) Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. Publisert i: <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 2010, 17, 862–872.	Å undersøke hvordan helsepersonell som jobber med pasienter med dobbeltdiagnoser opplever møtet med disse pasientene.	Både kvalitativ og kvantitativ. Intervjuer og spørreundersøkelser.	Studien viser at ansatte som hadde fått opplæring hadde mindre negative holdninger til pasienter med dobbeltdiagnoser uavhengig av mengde arbeidserfaring eller tidligere type arbeid.	Vitenskapelig nivå 1 England IMRAD-struktur Vurdert av en etisk komité
4.	Coombes. A., L. Wratten (2007) The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. Publisert i: <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , (14) s. 382-392.	Å beskrive psykiatriske sykepleieres erfaringer med mennesker som har en dobbeltdiagnose.	Fenomenologisk studie.	Sykepleierne opplever flere hindringer i arbeidet med ROP- pasienter, som vanskeligheter med å forstå begrepet “doppeltdiagnose”, vanskeligheter med å jobbe i et system som differensierer personer med ROP-lidelse og vanskeligheter med å generelt yte god sykepleie til denne pasientgruppen	Vitenskapelig nivå 1 England IMRAD-struktur Vurdert av to etiske komitéer

5.	<p>Pettersen, H. m. fl. (2013)</p> <p>Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. Publisert i: <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being</i></p>	<p>Selvrapporterte grunner for bruk av rusmidler hos personer med alvorlig psykiske lidelser</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju av 11 pasienter.</p>	<p>Grunnene som ble oppgitt av pasientene for sitt rusmisbruk var i mindre grad nytelse og større grad kontroll av symptomer, som for eksempel få sove om natten eller ta en pause fra alt som oppleves vanskelig.</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Norge</p> <p>IMRAD-struktur</p> <p>Vurdert av en etisk komité</p>
6.	<p>Moore, J. (2013)</p> <p>Dual diagnosis: Training needs and attitudes of nursing staff. I: <i>Mental Health Practice, 16(6). S. 27-31.</i></p>	<p>Å undersøke psykiatriske sykepleieres behov for opplæring samt holdninger knyttet til pasienter med dobbelt-diagnoser.</p>	<p>Kvantitativ metode. Spørreundersøkelser.</p>	<p>Sykepleieres holdninger er knyttet til miljø og trivsel, og kan forbedres ved tilstrekkelig opplæring og veiledning. Ansatte er villige til å få opplæring, og barrierene er hovedsakelig organisatoriske. Studien viser et behov for økt fokus på området i utdanningen for et mer langsiktig tilsyn. Ansatte med tidligere uformell opplæring hadde betydelig forbedrede holdninger.</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>England</p> <p>IMRAD-struktur</p> <p>Vurdert av en etisk komité</p>

7.	Cleary, M. m.fl. (2008) Promoting Dual Diagnosis Awareness in Everyday Clinical Practice. Publisert i: <i>Journal of Psychosocial Nursing</i> . 46 (12). S. 43 – 48.	Evidensbaserte tilnærminger og intervensjoner for sykepleiere å ta i bruk i arbeidet til pasienter med dobbelt-diagnoser.	Litteraturstudie	Undervisning til pasienten om psykisk sykdom, rusmidler og risikoen ved kontinuerlig misbruk av rusmidler står sentralt. Bli enige om klare realistiske behandlingsmål ut ifra alder, kjønn og kultur. Samhandle med respekt, forståelse. Vær tålmodig, fleksibel, optimistisk og utholdende.	Vitenskapelig nivå 1 Australia Ikke IMRAD-struktur
8.	E. M. Hoxmark, R. Wynn (2010) Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses. Publisert i: <i>Journal of Addictions Nursing</i> (21) S. 187-193.	Studien undersøker hvordan tjenesteytere i to behandlingsmodeller håndterer terapeutisk allianse og relasjonsbygging	Kvalitativ metode	Felles for de to modellene; en integrert behandlingsmodell og behandlingsmodell med mindre vekt på dobbeltdiagnosen, var enighet om at en god terapeutisk relasjon er viktig for behandlingen. Det var ulike meninger om nøyaktig hvor stor grad terapeutisk relasjon betydde for utfallet av behandlingen	Vitenskapelig nivå 1 Norge IMRAD-struktur

Her presenteres resultatet fra 8 vitenskapelige artikler fordelt i 5 kategorier.

4.2 Sykepleieres kunnskap og holdninger

Howard og Holmshaw (2010) har i sin studie utforsket holdninger og erfaringer hos helsepersonell som yter omsorg til pasienter med ROP-lidelser. Ved hjelp av et spørreskjema ble det avdekket at ansatte som hadde fått opplæring i å jobbe med ROP-pasienter holdt mindre negative holdninger til denne pasientgruppen, uavhengig av mengde arbeidserfaring eller tidligere type arbeid hos den ansatte (Ibid.).

Dybdeintervju av de ansatte ga ytterligere informasjon om synspunkter og erfaringer om å jobbe med ROP-pasienter. Opplæring ble her påpekt som en intervensjon som ville øke kunnskap og kliniske ferdigheter hos de ansatte, enten gjennom arbeidserfaring eller formelle utdanningsprogrammer. Halvparten av deltakerne i spørreundersøkelsen indikerte også at “mye mer støtte” var nødvendig i forhold til å øke personalets tillit og kompetanse til å tilby effektive intervensjoner (Howard og Holmshaw 2010). Støtte i form av klinisk veiledning, gruppeveiledning og veiledning fra dobbeltdiagnose-spesialistteam ble rapportert som mangelfull. Tilstrekkelig kunnskap om juridiske perspektiver og terapeutiske teknikker ble også ansett som udekkede behov blant flere deltakere (Howard og Holmshaw 2010). De ansattes negative holdninger og dets innvirkning på bruken av terapeutiske tilnærminger ble identifisert hos alle intervjuobjektene i studien (Ibid.).

Bedre holdninger hos ansatte som hadde mottatt en form for opplæring ble også understreket i studien til Moore (2013). Også her ble opplæring identifisert som et viktig premiss (Ibid.) Helsepersonellets opplevelse av utfordringer knyttet til å gi omsorg til denne pasientgruppen varierer (Moore 2013). Ufaglærte rangerte sin mangel på kunnskap, ferdigheter og engasjement som fire ganger mer utfordrende enn utdannede sykepleiere. Sykepleiere påpekte hovedsakelig medisinerings og somatisk undersøkelse av pasienten som de fagområdene der det var størst behov for opplæring, mens de ufaglærte ønsket et større fokus på samarbeid med dobbeltdiagnosepasienten og utvikling av effektive pleieplaner (Ibid.). De ansatte er villige til å få opplæring, men barrierene som oppstår er hovedsakelig organisatoriske med manglende støttestruktur fra ledelsen (Moore 2013).

Det framkommer også i Wadell og Skärsäter (2007) sin studie at sykepleierne mente de hadde behov for mer kunnskap om pasienter med en dobbeltdiagnose og hvordan å forholde seg til dem. Sykepleierne mente videre at det var behov for flere teammøter hvor en kunne diskutere

behandlingsplaner og hvordan håndtere problemer i forbindelse med en dobbeltdiagnose (Ibid.) Sykepleierne utgjør den største gruppen av helsepersonell og er derfor i en særstilling til å ta i bruk kartleggingsverktøy i sitt arbeid med rusavhengige for å øke sykepleiepraksisen (Edward og Munro 2009). Videre framkommer det i artikkelen at et problem for effektiv behandling av pasienter med dobbeltdiagnose er helsepersonellens mangel på kunnskap og erfaring (Ibid.). Sykepleiere opplever kollegers fordommer, negative holdninger og antakelser som like krevende å håndtere som å arbeide med ROP-pasienter (Coombes og Wratten 2007). Sykepleierne følte de ufrivillig bidro til pasientens problemer med deres begrensede kunnskap (Ibid.)

4.3 Selvrapporterte grunner for rusmisbruk hos personer med psykisk lidelse

Pettersen m. fl. (2013) undersøkte selvrapporterte grunner for rusmisbruk hos pasienter i fem forskjellige ACT-team i Norge. Pettersen m. fl. (2013) viser til flere tidligere studier, både epidemiologiske og kliniske, som viser en mulighet for at individer med psykiske lidelser har større sannsynlighet for å utvikle et rusmisbruk enn den øvrige befolkningen. En av mistankene når det gjelder denne tendensen er selvmediseringshypotesen (SMH), som sier at personer med alvorlig psykisk lidelse bruker rusmidler for å dempe eller kontrollere symptomene av sin sykdom. Pettersen m. fl. (2013) viser til flere teoretiske modeller som kan forklare hvorfor noen utvikler ROP-lidelser. Noen av disse teorimodellene er såkalt "*bidirectional models*" som sier hvilke som helst av de to lidelsene øker sårbarheten for den andre (Ibid.). Andre tilhører "*secondary psychopathology models*", som beskriver at en ruslidelse øker sårbarheten for å utvikle psykiatriske lidelser som muligens ikke hadde utviklet seg uten ruslidelsen (Pettersen m. fl. 2013). "*Secondary substance use models*" beskriver at en psykisk lidelse øker sjansen for at et individ benytter seg av rusmidler, et eksempel er det som kalles "Self Medication Hypothesis" (SMH) som er en hypotese om at psykiatriske pasienter benytter seg av enkelte typer rusmidler for å kontrollere eller dempe spesifikke symptomer av sin lidelse (Pettersen m. fl. 2013). Det er en modell som ikke har så mye støtte i klinisk forskning som kalles "*alleviation-of-dysphoria model*" som kan ses på som et generelt syn på SMH ved at pasientene ruser seg for å unnslippe en følelse av dysfori, i stedet for å ta enkelte rusmidler som letter på spesifikke symptomer (Pettersen m. fl. 2013). Ofte nevnt i sammenheng med SMH er forklaringen at antipsykotiske medikamenter forårsaker en sårbarhet som legitimerer et rusmisbruk i tankegangen hos pasienten (Ibid.). En

annen teoretisk modell heter “*supersensitivity model*” og den forklarer at økt biologisk sårbarhet overfor rusmisbruk kan forklare noe av komorbiditeten av disse lidelsene. Ifølge Pettersen m. fl. (2013) var det studier som viste at det fantes støtte for denne modellen, ved at personer med alvorlig mental sykdom og en ruslidelse brukte mindre doser av stoffet de ruset seg med, sammenlignet med pasienter som kun hadde en ruslidelse, og de trengte mindre doser for å forårsake psykiatriske symptomer. I sin artikkel skriver Pettersen m. fl. (2013) at blant modellene for “*secondary substance use models*” er det mer forskningsbasert støtte for den såkalte “*supersensitivity model*” og delvis for “*alleviation-of-dysphoria model*”.

Pasientene fra de norske ACT-teamene viste at hovedgrunnene for rusmisbruket ikke var for rusen i seg selv, men heller for å kontrollere symptomer og lette på emosjonelle tilstander (Pettersen m. fl. 2013). Dette er i retning av de tradisjonelle SMH, men også til “*alleviation-of-dysphoria model*”, som tidligere nevnt sier noe om at rusmisbruket er for å lette dysforien disse pasientene kjenner på (Ibid.). Resultatene av studien viser støtte til tradisjonell SMH, men også dels til “*supersensitivity model*” og en iatrogenisk sårbarhet overfor antipsykotikum. Pettersen m. fl. (2013) skriver også at “*bidirectional models*” vil kunne forklare noe av pasientenes ambivalens til deres rusmisbruk, men ettersom studien kun hadde pasienter med en primær psykiatrisk diagnose blir det litt usikkert. Det konkluderes med at det er behov for mer forskning på dette feltet, både med en psykisk lidelse primært og sekundært til en ruslidelse (Ibid.).

4.4 utfordringer og barrierer for sykepleiere

Flere studier viser at sykepleiere opplever flere barrierer i arbeidet med ROP-pasienter, som manglende helhetlig forståelse for begrepet dobbeltdiagnose, vanskeligheter med å jobbe i et system som differensierer personer med dobbeltdiagnoser og vanskeligheter med å generelt yte god sykepleie til denne pasientgruppen (Edward og Munro 2009, Coombes og Wratten 2007). En av studiene viste at psykiatriske sykepleiere opplever begrepet dobbeltdiagnose som utydelig og lite brukervennlig i praksis, og at dette kan føre til ytterligere stigmatisering av ROP-pasienten. Flere sykepleiere trodde begrepet dobbeltdiagnose hadde forskjellig betydning hos ulike profesjoner (Coombes og Wratten 2007).

Studien til Coombes og Wratten (2007) viste at flere psykiatriske sykepleierne opplevde det som umulig å skille hvorvidt det var rusmisbruket som forårsaket den psykiske lidelsen eller

vice versa. Andre utfordringer var vanskeligheter med å opprettholde et godt forhold til ROP-pasienter over flere år og at ROP-pasienter er så krevende at de tok opp all mental kapasitet hos sykepleieren. Det framstod enighet blant helsepersonellet at ROP-pasienter krever behandling og oppfølging over en lang periode. Sykepleiere rapporterte om frustrasjon over hvor tidskrevende denne pasientgruppen var å arbeide med, samtidig som de følte de aldri hadde nok tid til å fullføre satte behandlingsmål (Ibid.). Grundig kartlegging av pasientens tilstand er ansett som et viktig innledende behandlingskomponent blant samtlige sykepleiere (Coombes og Wratten 2007). Det var flere barrierer knyttet til dette. Pasientens psykiske lidelse og mentale, ofte berusede, tilstand gjorde innhenting av korrekt informasjon vanskelig. De psykiatriske sykepleierne følte deres begrensede kunnskap og ferdigheter om ROP-pasienten hindret effektiv datainnsamling. Informasjon som fantes om pasienten var ofte begrenset og ufullstendig etter pasientens mange involveringer med flere helsetjenester (Ibid.).

Det framkommer i artikkelen til Coombes og Wratten (2007) at sykepleierne opplever arbeidet med ROP-pasienter som hardt og lite givende. Mange av pasientene opptrer som hjelpeløse, uten håp og er uvillige til å ta i mot hjelp (Ibid.).

Av frykt for å skade tillitsforholdet, var sykepleierne tilbakeholdende med å ta opp vanskelige tema med pasienten (Wadell og Skärsäter 2007). Sykepleierne så det ikke som sitt ansvar å snakke med pasienten om dens alkoholmisbruk. Det var en utbredt holdning at dette var legens ansvar (Ibid.). Andre grunner til å ikke ta opp en slik problemstilling var at de manglet adekvat opplæring (Wadell og Skärsäter 2007). Det manglet også en enhetlig strategi for behandlingen av pasientene og var avhengig av erfaringen til sykepleieren som var på jobb (Ibid.).

Sykepleierne mente at å bygge et godt tillitsforhold er avgjørende for at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg og få tillit til behandlingen. Dersom pasienten fikk tid, økt selvtillit og etablert et tillitsforhold til helsepersonellet, ville de være mer åpne om sine problemer (Wadell og Skärsäter 2007).

4.5 Relasjonsbygging

Hoxmark og Wynn (2010) har undersøkt hvordan helsepersonell ved to forskjellige avdelinger, en langtidsavdeling til pasienter med alvorlig rusmiddelmissbruk og en avdeling med primært ROP-pasienter, håndterer relasjonsbygging. Sistnevnte avdeling følger en integrert behandlingsmodell. Rusavdelingen vektlegger i liten grad komorbiditet i behandlingen. Resultatene viste at aktørene i begge avdelinger verdsatte relasjonsbygging som en sentral del i behandlingen. Aspekter som kontakt, forståelse og tillit ble oppgitt som svært betydningsfulle av samtlige deltakere. Rusavdelingen oppga forholdet mellom aktør og pasient som tillitsskapende; at pasienten får tiltro til at behandleren er tilstede gjennom hele behandlingsprosessen. ROP-avdelingen understreket viktigheten av at pasienten får tiltro til behandleren, slik at pasienten kan føle seg trygg (Ibid.).

Studien til Hoxmark og Wynn (2010) viser at relasjonsbygging ble oppgitt som en sentral del av behandlingen i begge avdelingene, men det var ulike forklaringer på hvorfor dette var viktig, og hvordan et slikt forhold påvirket utfallet av behandlingen. Deltakerne fra rusavdelingen oppga to aspekter som spesielt viktig. Det første aspektet handlet om pasientens mulighet til å lytte til hva hjelperen sier. En god relasjon gir rom for lytting - det gir pasienten muligheten til å lytte mer til hva behandleren sier, enn til hva andre sier. Det andre aspektet handlet om å la pasienten snakke om temaer som er følelsesmessig vanskelig, som for eksempel rusmiddelmissbruk.

En god relasjon kan bidra til at pasienten tør snakke om vanskelig temaer (Hoxmark og Wynn 2010). Deltakerne fra ROP-avdelingen vektla hvordan et godt forhold kan gi nye relasjonelle erfaringer til en pasient som de antok hadde opplevd mange vanskelige relasjoner fra tidligere. Pasienten får oppleve at det å bygge gode relasjoner kan være positivt (Ibid.).

Avdelingene skilte seg tydelig fra hverandre i hvordan de verdsatte nærhet og avstand som viktige elementer i relasjonsbyggingen. Rusavdelingen mente det var viktig å holde en viss avstand til pasienten for å unngå å skade relasjonen. På en annen side så ROP-avdelingen på nærhet som et viktig element - å heller spørre for mye enn for lite (Hoxmark og Wynn 2010). I rusavdelingen ble pasientenes forhold til hverandre beskrevet som pasientenes hovedrelasjon, spesielt i den innledende fasen. Helsepersonellet spilte her en mer fjern rolle. I ROP-avdeling var behandler-pasient-relasjonen ansett som et viktig terapeutisk verktøy, kanskje det aller viktigste verktøyet, for å etablere en plattform for videre behandling (Ibid.).

4.6 Tilnæringer og intervensjoner

Ved at sykepleier er fleksibel, tålmodig og ikke-konfronterende, øker dette muligheten for å etablere en langvarig sykepleier-pasient-relasjon (Cleary m. fl. 2008). Cleary m. fl. (2008) presenterer flere intervensjoner for helsepersonell å ta i bruk i arbeidet med ROP-pasienter. Cleary m. fl. (2008) trekker fram pleieplanen som et verktøy som er med på å strukturere behandlingen samt sørger for at det er progresjon. Involvering av pasienten, pårørende og annet helsepersonell i utforming av pleieplan ses på som avgjørende for å oppnå en bedre behandling (Ibid.). Viktigheten av å bli enige om klare, kortsiktige og oppnåelige mål understrekes. Helsepersonell bør gi pasienten innsikt i egen sykdom ved hjelp av informasjon og undervisning, herunder psykisk lidelse, rusmidler og skader som kan forekomme av rusmiddelmisbruk (Cleary m. fl. 2008). Ifølge Edward og Munro (2009) finnes det allerede kartleggingsverktøy for ROP-pasienter som, ved korrekt bruk i innledende behandlingsfase, kan lede til økt mestring av hverdagen og opplevelse av velvære.

5. Drøfting

Her anvendes relevant litteratur og drøftes opp mot funnene presentert i 5 kategorier.

5.1 Sykepleieres kunnskap og holdninger

De nasjonalfaglige retningslinjene for utredning, oppfølging og behandling for pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (2012) stiller krav til kompetanse hos helseforetakene. Kunnskap om samtidig ruslidelse og psykisk lidelse blir i retningslinjen omtalt som basiskunnskap hos helsepersonell (Helsedirektoratet 2012). Flere artikler viser manglende kunnskap og kompetanse hos helsepersonell som arbeider med ROP-pasienter (Wadell og Skärsäter 2007, Howard og Holmshaw 2010, Moore 2013). Majoriteten av deltakerne i disse studiene var sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning (Ibid.) Dette kan tyde på manglende fokus på samtidig ruslidelser og psykiske lidelser i sykepleierutdanningen så vel som i videreutdanningen. Bakgrunnen for utarbeidelsen av retningslinjen som ble utgitt i 2012 var nettopp manglende fokus på samspillet mellom rusmidler og mindre alvorlige psykiske lidelser, noe som underbygger denne påstanden.

Funn i studien til Howard og Holmshaw (2010) viser at det behøves mer bevissthet omkring rusmidler. Mackesy-Amiti m.fl. (2012) viser at unge rusmiddelmissbrukere opplever oftere alvorlig depresjon, alkoholavhengighet, anti-sosial personlighetsforstyrrelse og borderlineforstyrrelse sammenlignet med den øvrige befolkningen. Dette kan forstås slik at det er behov for mer kunnskap om ulike rusmidler og hvilken effekt de har, slik at helsepersonell opparbeider seg en større forståelse for rusens betydning hos en ROP-pasient.

Behov for opplæring og kurs for å øke kunnskap om ROP-lidelser, tilnærming til ROP-pasienter og behandlingstillit blant helsepersonell framkommer i studiene til Howard og Holmshaw (2010) og Moore (2013). Moore (2013) konkluderer med et økt behov for opplæring og utdanning om ROP-pasienter på nasjonalt plan.

Helsepersonell som hadde fått opplæring i å jobbe med ROP-pasienter hadde mindre negative holdninger til denne pasientgruppen (Howard og Holmshaw 2010, Moore 2013). En av farene ved å kategorisere et menneske som pasient, er at sykepleieren generaliserer bredt omkring begrepet, og klarer ikke se alle pasienter som individuelle personer. (Travelbee 1999).

Sykepleierens tanker omkring alle pasienter vil prege ens handlinger ovenfor den en yter pleie til (Ibid.).

Sett i et slikt lys kan en overføre Travelbees tanker omkring generalisering til å gjelde de holdninger som finnes i samfunnet ovenfor de som sliter med rus- og psykisk sykdom. De

utsettes for stigma ofte grunnet mangel på kunnskap og at det eksisterer en oppfatning om denne gruppen “pasienter” (Blåka 2012, Helsedirektoratet 2011, Helsedirektoratet 2014a). I studien til Howard og Holmshaw (2010) gjaldt forbedrede holdninger hos alle deltakerne som hadde mottatt opplæring, uavhengig av mengde arbeidserfaring eller tidligere type arbeid hos den ansatte. Mer fokus på ROP-lidelser samt hvordan å forholde seg til denne pasientgruppen i utdanningen, vil gi økt kunnskap etter endt utdanning. Økt kunnskap kan videre bidra til bedre holdninger rettet mot både rusmisbrukere og pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet 2014a) sier at kompetanseutvikling både er et virksomhetsansvar og et individuelt ansvar. Avdekking av kunnskapsmangler via kompetansekartlegging skal gi grunnlag for planlegging og sikring av fremtidig kompetansebehov (Ibid.).

5.2 Selvrapporterte grunner for rusmisbruk hos personer med psykisk lidelse

Årsaken til den høye forekomsten av dobbeltdiagnoser eksisterer det uenighet om. Det er mange teoretiske modeller som kan forklare dette, men ingen konkluderer med et endelig svar (Pettersen m. fl. 2013). Det er derimot heller ikke sikkert det finnes et definitivt svar, men at det er flere årsaker til at så mange pasienter faller innenfor ROP-kategorien. Det er også en mulighet for at ROP-pasienter får mindre utnyttelse av tradisjonell behandling nettopp på grunn av sitt rusmisbruk - at rusmiddelet påvirker behandlingen eller utviklingen av sykdommen (Ibid.).

Pettersen m. fl. (2013) viser til flere andre studier hvor svarene har vært motsigende. Noen studier peker på resultater som sier at individer med et rusmisbruk og en samtidig psykisk lidelse, som selv mener at rusen har en negativ effekt på sykdommens utvikling. På den andre siden er det studier de nevner som har vist det motsatte, at pasientene selv har et positivt inntrykk av rusmiddelet, at det hjelper til å dempe eller kontrollere symptomer og dermed gir et avbrekk fra sykdommen (Ibid.).

Det er flere teoretiske modeller utviklet for å forklare de høye forekomstene av komorbiditet av rus- og psykisk lidelse. Noen av disse modellene er motsigende om hva som kommer først av rusmisbruket og den psykiske lidelsen, eller om begge lidelsene øker sårbarheten for den andre. Et eksempel er de teoretiske modellene som faller innenfor kategorien “*secondary psychopathology models*”, som hevder at en ruslidelse kan utløse en psykisk lidelse. Disse teoriene er i konflikt med de som er i kategorien “*secondary substance use models*” da disse hevder det motsatte - at en psykisk lidelse kan utløse en ruslidelse (Pettersen m. fl. 2013).

Funnene til Pettersen m. fl. (2013) fra de pasientene de intervjuet, viste at hovedårsaken til rusmisbruket ikke var for rusen de oppnådde, men for å redusere eller kontrollere symptomer av sin sykdom. Disse resultatene bygger på data fra fem ulike ACT-team i Norge. Det er mulig at disse resultatene ikke er representative for flertallet av ROP-pasienter i Norge. Derimot kan det være en indikasjon på hvorfor psykiatripasienter har en høyere risiko for å utvikle ruslidelser.

Flere funn tyder på at sykepleiere og helsepersonell ofte mangler kompetanse og kunnskap om ROP-lidelser (Gråwe og Ruud 2006, Wadell og Skärsäter 2007, Howard og Holmshaw 2010, Moore 2013). Således kan det være relevant for sykepleiere å vite årsaker til at ROP-pasienter ruser seg og hvordan de skiller seg fra pasienter som har enten ruslidelse eller psykisk lidelse som primærdiagnose, for å lettere kunne arbeide sammen med dem og møte deres behov (Pettersen m. fl. 2013). Sykepleier bør vite at rusmisbruket ofte kan føles rettferdiggjort hos pasienten - at symptomene er såpass ille at de vil ta rusmidler for å dempe dem, eller at de antipsykotiske legemidlene forårsaker en sårbarhet hos pasienten (Ibid.). Som Moore (2013) beskriver er det mulig at det eksisterer negative holdninger til denne pasientgruppen blant helsearbeidere, herunder også sykepleiere, som kan forbedres gjennom opplæring. Det kan være nyttig å ha opplæring om årsaker til at pasienten benytter seg av rusmidler, herunder de forskjellige teoretiske modellene. En kan hevde at dette kan gjøre det lettere for sykepleier å forstå pasientens misbruk. Avslutningsvis kan man si at økt kunnskap om dette har mulighet for å føre til mindre stigmatisering og forutinntatte holdninger hos helsepersonell som jobber med ROP-pasienter.

5.3 utfordringer og barrierer for sykepleiere

I Gråwe og Ruud (2006) sin rapport kan det ses et mønster av manglende kompetanse i behandlingen av ROP-lidelser. Begrepene ROP-lidelse og dobbeltdiagnose brukes ved kombinasjon av psykisk lidelse og rusmisbruk (Helsedirektoratet 2012). Dette er forholdsvis nye begreper, og i studien til Coombes og Wratten (2007) kommer det frem at flere sykepleiere trodde begrepet dobbeltdiagnose hadde forskjellig betydning hos ulike profesjoner.

Rusreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2004) skulle føre til at det ble laget behandlingssystemer der pasienter unngikk å bli kasteballer mellom ulike behandlingsinstanser. Utover dette understreker veilederen 'Sammen om mestring' at psykiske vansker og rusmiddelproblemer må sees i et samspill (Helsedirektoratet 2014a). Til

tross for dette kommer det frem at manglende helhetlig forståelse for denne pasientgruppen, og utfordringer i forhold til å jobbe i et system som differensierer pasienter, gjør det vanskelig å yte god sykepleie (Coombes og Wratten 2007). Sykepleiere opplever i tillegg vanskeligheter med å skille hvorvidt det er rusmisbruket som forårsaker den psykiske lidelsen eller vice versa (Ibid.). Det er mulig at dersom sykepleierne har større forståelse for hvordan diagnostisering foregår og hvilke kriterier som ligger til grunn for å få en diagnose, vil dette kunne forebygge fordommer og dårlige holdninger ovenfor ROP-pasienten. Dette kan også øke sykepleieres tillitt til begrepet ROP.

Resultatene til Howard og Holmshaw (2010) og Moore (2013) viser en sammenheng mellom helsepersonellens kunnskap og holdning. Helsepersonell som hadde fått opplæring i å jobbe med ROP-pasienter hadde mindre negative holdninger til denne pasientgruppen, enn ansatte uten noen form for opplæring (Ibid.). Howard og Holmshaw (2010) viser til tidligere studier som har konkludert med at helsepersonell av alle profesjoner opplever usikkerhet i møtet med ROP-pasienter. Dette gjenspeiles i bakgrunnen for utarbeidelsen av de nasjonale retningslinjene for behandling av ROP-lidelser - at det har vært et manglende behandlingsfokus på samspillet mellom ruslidelser og psykiske lidelser. Evjen, Kielland og Øiern (2012) skriver at pasienter opplever å bli møtt av en helse- og omsorgstjeneste som ikke tar problemene på alvor, og mange faller således utenfor behandlingstilbudene. Sett i lys av funnene fra Howard og Holmshaw (2010) og Moore (2013), er ikke dette uforståelig. Sykepleier kan være med på å forsterke eller vedlikeholde stigma. En fare med dette er at pasienten ikke nyttiggjør seg av behandlingen (Helsedirektoratet 2014a).

ROP-pasienten har behov for langsiktig engasjement fra sykepleieren for å etablere et tillitsfullt forhold. En god relasjon mellom bruker og tjenesteyter har stor betydning for behandlingsresultatet, og kan ofte være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt (Helsedirektoratet 2012). Allikevel var det flere sykepleiere som rapporterte om frustrasjon over hvor tidskrevende denne pasientgruppen var å arbeide med, samtidig som de følte de aldri hadde nok tid til å fullføre satte behandlingsmål (Coombes og Wratten 2007). Dette kan tyde på at sykepleierne har forståelse av ROP-pasientens omfang av behandlingen, men tidsbruken er en stor utfordring og belastning på sykepleierne.

5.4 Relasjonsbygging

“Behandlingsalliansen er ikke et mål, men et virkemiddel for å nå et mål.”
(Helsedirektoratet 2014a, s. 68).

Etablering av en god relasjon ble ansett som svært viktig blant sykepleiere (Wadell og Skärsäter 2007, Hoxmark og Wynn 2010), men det framkommer ingen konkrete veiledere eller retningslinjer til tilnæringsmetoder på hvordan å etablere dette for sykepleiere. Studien til Edward og Munro (2009) understreker viktigheten av at økt kunnskap hos helsepersonellet vil føre til bedre og mer effektiv behandling av ROP-pasienter. Studien er en litteraturgjennomgang av 185 vitenskapelige artikler, men det presenteres ingen konkrete anbefalinger som kan relateres til relasjonsetablering utover dette. I fravær av dette var det opp til hver enkelt sykepleier å velge tilnærming (Wadell og Skärsäter 2007). Wadell og Skärsäter (2007) viser til at det å etablere et tillitsfullt forhold til pasienten mente sykepleierne var avgjørende for at pasienten skulle kunne nyttiggjøre seg av behandlingen, samtidig som det åpnet pasienten opp for å kunne snakke om sine problemer. En god relasjon med pasienten beskrives også i Helsedirektoratets retningslinjer (2012) som en nødvendig forutsetning for utredning, behandling og oppfølging av ROP-pasienter. Relasjonsbygging framkommer som et nøkkelord i behandlingen. Vi stiller oss undrende til manglende fordypning og anbefalinger på dette i våre funn, til tross for viktigheten dette identifiseres som. En kan tenke at utvikling av formelle veiledere til relasjonsbygging nærmest er en umulig oppgave, da hver enkelt pasient er et unikt individ, og må tilnærmes deretter.

Veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet 2014a) omtaler brukeren som viktigste aktør, ut i fra et brukerorientert perspektiv. Veilederen beskriver videre tilnæringsmetoder, med behandlingsallianse som en viktig fellesfaktor. Forståelse, respekt og empati for pasientens livssituasjon blir her beskrevet som kriterier for etablere en allianse (Ibid.).

Funn fra Hoxmark og Wynn (2010) viser at norske sykepleiere som arbeider med forskjellige pasientgrupper, definerer og håndterer relasjonsbygging på ulike måter. Hos sykepleierne som arbeidet med rusmiddelmissbrukere ble relasjon til pasienten beskrevet som en inngangsport til «det virkelige arbeidet», som å snakke om tidligere erfaringer og tillære seg ny oppførsel hos pasienten. Derimot, blant sykepleierne som arbeidet med ROP-pasienter ble relasjonen i seg selv identifisert som en del av behandlingen (Ibid.). Hoxmark og Wynn (2010) viser til en mulig forklaring på dette ut i fra de ansatte på hver avdeling. Fokusgruppa fra rusavdelingen

bestod av en med lærerutdanning og en med filosofibakgrunn, mens på ROP-avdelingen hadde alle helsefaglig bakgrunn (Hoxmark og Wynn 2010). Med andre ord baseres utdanningen på ulike teorier og dette kan lede til ulike tilnærminger (Ibid.). Vi stiller spørsmåltegn ved denne ulike tankegangen. Er det slik at en pasient med rusmisbruk som primærlidelse har ulikt relasjonelt behov sammenlignet med en ROP-pasient?

Den terapeutiske holdningen handler om å respektere pasientens valg av livsstil - uten ønske om at den skal bli som en selv, ei heller at pasienten skal leve livet sitt på en bestemt måte (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Pasienten møtes med medfølelse, ydmykhet og sympati. Fordømmelse bør ikke prege helsepersonellet (Ibid.). Dette viser også Travelbee (1999) til, som sier at sykepleieren skal ta del i pasientens situasjon, men ikke i den utstrekning at en tenker og føler som den gjør. Ved mangel på sympati og empati blir sykepleieren overflatisk, uten personlige omsorgsegenskaper. Hun hevder videre at sykepleieren skal holde avstand og betrakte situasjonen objektivt. Videre sier Travelbee (1999) at menneske-til-menneske-forholdet ikke kommer av seg selv, men at det bygges dag for dag. Dette støttes av Evjen, Kielland og Øiern (2012), som skiver at empati og sympati er viktig i den terapeutiske relasjonen. En utfordring med dette er at behandleren, med sin kompetanse og faktakunnskap, balanserer dette samtidig som en forsøker å opptre som åpen og nysgjerrig i møtet med pasienten (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Helsedirektoratet (2012) anbefaler at i terapeutisk arbeid med ruslidelse og psykisk lidelse kan det være nødvendig å balansere relasjonsfaktorer som aksept og empatisk lytting med relasjonsfaktorer som tydelighet og utfordring. Dette er et utfordrende arbeid som krever mye oppmerksomhet fra den enkelte (Helsedirektoratet 2012).

Det å lytte, vise forståelse og ha medfølelse anser vi som viktige egenskaper i det å etablere en god relasjon til pasienten, men en må også holde en nødvendig avstand til pasienten slik at en ikke tar livssituasjonen inn over seg og at dette preger relasjonen.

Som vist i våre funn (Wadell og Skärsäter 2007, Hoxmark og Wynn 2010) framkommer viktigheten av å etablere en god relasjon til pasienten, og at dette påvirker muligheten for å nyttiggjøre seg av behandlingen. Slik vi ser det er ikke dette spesifikt for behandlingen av ROP-pasienten, men for alle pasientgrupper. Ved å etablere et godt og tillitsfullt forhold til pasienten vil sykepleieren gjøre det mulig med å forebygge eller mestre sykdom.

5.5 Å være der pasienten er

Travelbee (1999) hevder at ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold kan sykepleieren yte den hjelp som behøves, og at dette hjelper den syke til å finne mening og mestre sykdommen. Travelbee (1999) trekker fram at sykepleieren bør forsøke å peke på noen av problemer pasienten kan komme til å møte, og at en forbereder pasienten og familien på hvordan dette skal håndteres. Dette underbygges av blant annet Cleary m. fl (2008), Wadell og Skärsäter (2007), som sier at i arbeid med for eksempel pleieplan bør pasienten og familien involveres, og at innsikt i egen sykdom gis ved hjelp av informasjon og undervisning. Helsedirektoratet (2014a) trekker også fram pårørende og sosialt nettverk som en viktig ressurs for pasienten og helsetjenesten.

Sykepleierne trakk også fram betydningen av ytterligere behandling utenfor sykehuset, at pasienten var kjent med mulighetene og at de fant tilbudene akseptable (Wadell og Skärsäter 2007).

Som beskrevet har ROP-pasienten behov for langsiktig engasjement fra sykepleieren for å etablere et tillitsfullt forhold (Helsedirektoratet 2012, Coombes og Wratten 2007, Wadell og Skärsäter 2007). En god relasjon mellom bruker og tjenesteyter har stor betydning for behandlingsresultatet, og kan ofte være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt (Helsedirektoratet 2012).

Edward og Munro (2009) og Cleary m. fl. (2008) viser til tidligere forskning som understreker at denne pasientgruppen ofte har dårligere behandlingsprognose, herunder tilbakevending og frafall fra behandlingstiltak. En mulig løsning på frafallsproblematikken, er å etablere en relasjon med pasienten der pasienten er. ACT-team, «aktivt oppsøkende behandlingsteam», er et tverrfaglig sammensatt team bestående blant annet av lege/psykiater, sykepleier og sosionom. Dette aktivt oppsøkende behandlingsarbeidet foregår hovedsakelig der pasienten oppholder seg eller bor (Helsedirektoratet 2014b). ACT-teamenes funksjon er beskrevet ytterligere i bakgrunn-delen.

I 2014 utga Helsedirektoratet en evalueringsrapport om utprøving av ACT-team i Norge fra 2007 til 2012 (Helsedirektoratet 2014b). Den hyppigste type kontakt med pasienten var i form av støttesamtaler og hjelp til administrering av medisiner, oftest hjemme hos pasienten, men også per telefon. Annen kontakt var sosialtrening, fritidsaktiviteter, hjelp angående bolig, følge til fastlege og andre praktiske ferdigheter (Ibid.). Av samhandling med andre instanser var kontakten med rustjenesten i kommunen eller byen hyppigst, etterfulgt av NAV og

fastlege. Av innholdet på disse møtene var rusbehandling oftest tema, etterfulgt av støttesamtaler og medisinerings (Helsedirektoratet 2014b). Det er derfor rimelig å anta at samtale med pasienten er en svært sentral del av arbeidet med denne pasientgruppen. I evalueringsrapporten kommer det frem av pasientene opplevde høy tilfredshet med tjenesten (Ibid.). Pasientene rapporterte at de fikk mulighet til å prate med sin kontaktperson i ACT så ofte som de ønsket. Samtalene ble rapportert som nyttige, og at de kunne stole på kontaktpersonen. Kontaktpersonen kunne være lege/psykiater, sykepleier, sosionom eller andre i ACT (Helsedirektoratet 2014b). Relasjonen til kontaktpersonen ble beskrevet som svært god. Tillitsforholdet var gjensidig ved at behandler og pasient var åpne mot hverandre. Å møtes ute eller hjemme hos pasient var en arbeidsmetode som ble rapportert som svært positiv (Ibid.).

Evalueringen konkluderer med positive tilbakemeldinger fra pasienter sammenlignet med ordinære helsetjenester. Teamansatte rapporterer om stor tro på ACT-modellen. ACT-teamenes oppfølging har inkludert faktorer som tidligere har vært vanskelig å gjennomføre, som kontinuitet, relasjon, tillit og tilgjengelighet. Pasientene framhever økt stabilitet, økt livskvalitet, bedre mestring og trygghet i hverdagen deres (Helsedirektoratet 2014b). Konkret hva pasientene legger i økt livskvalitet blir ikke beskrevet, men vi velger å sette likhetstegn mellom forbedring av funksjonsnivå og livskvalitet. Med grunnlag i dette ser vi viktigheten av å etablere en god relasjon med pasienten - der pasienten er.

Utilstrekkelig opplæring om ACT-modellen ble rapportert i startfasen. Underveis i prosjektperioden fikk ACT-teamene opplæring fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunen (NAPHA). Å stifte et ACT-nettverk ble fremhevet som svært positivt av teammedlemmene, som alltid hadde noen å ringe hvis de lurte på noe (Helsedirektoratet 2014b). Som vist har opplæring bidratt til færre negative holdninger blant helsepersonell som arbeider med ROP-pasienter (Howard og Holmshaw 2010, Moore 2013). Howard og Holmshaw (2010) viser til en mangel på nettopp en ressursperson å gå til hvis noe var uklart. Evalueringen om ACT-utprøvingen viser svært gode resultater og kan således underbygge påstanden om at opplæring fører til bedre behandlingsoptimisme og holdninger hos helsepersonell som arbeider med ROP-pasienter. En kan derfor hevde at dette videre vil føre til bedre behandlingsutfall og økt livskvalitet for pasienten.

5.6 Kildekritikk

Dalland og Tygstad (2012) beskriver kildekritikk som en prosess hvor kilden vurderes i forhold til kvalitet og relevans, samt de metoder en benytter for å fastslå om kilden er sann. For å avgjøre kvaliteten ses det på troverdigheten til kilden, og til å vurdere kildens relevans ses det opp mot spørsmålet som stilles i oppgaven og på hvordan kilden besvarer spørsmålet (Dalland og Tygstad 2012).

Kilden vurderes kritisk og det vises til hvilke kriterier som er benyttet ved utvelgelse. Å være kritisk til en kilde innebærer at den gjennomgås nøye for å finne sterke og svake sider ved den. Å karakterisere litteraturen som er benyttet er til god hjelp til å belyse relevans og gyldighet i forhold til problemstillingen (Ibid.).

Kildekritikk av valgte vitenskapelige artikler.

1. Wadell og Skärsäter (2007). Studie fra Sverige som omhandler sykepleieres erfaringer med pasienter med en depresjon og alkoholmisbruk. Artikkelen er publisert i et tidsskrift som er fagfellevurdert til nivå 1. Artikkelen følger IMRAD-struktur og er vurdert av en etisk komité. Det er intervju av 11 sykepleiere på to forskjellige sykehus i Sverige. Tre av informantene var psykiatriske sykepleiere. At intervjuene ble foretatt i 2003, og at det tok flere år før den ble publisert kan være en svakhet med studien.

Vi har valgt å inkludere artikkelen da den er fra et land som kan sammenlignes med Norge og at den tar for seg sykepleieres erfaringer med å yte omsorg til pasienter med dobbeltdiagnose.

2. Edward og Munro (2009). Litteraturstudie fra Australia. Artikkelen er publisert i et tidsskrift som er fagfellevurdert til nivå 1. Studien følger ikke IMRAD-struktur. Den baserer seg på 185 artikler hentet fra databasene Cinahl Complete, Medline, PsycARTICLES og PsycINFO. Alle inkluderte artikler var publisert fra 2002 til 2008. Noe av forskningen som er inkludert ble publisert for 13 år siden. Dette beveger seg utenfor våre inklusjonskriterier og ses på som en svakhet med litteraturstudien. Bakgrunnen for studien var at forfatterne ville se på om det hadde vært en bedring i måten å behandle pasienter med en dobbeltdiagnose, og presentere implikasjoner for sykepleie. En svakhet med artikkelen er at den ikke følger IMRAD-struktur. Vi ser positivt på omfanget av materiale forfatterne har gjennomgått. Dette gir oss en bred forståelse for problematikken.

3. Howard og Holmshaw (2010). Engelsk artikkel som er publisert i et tidsskrift som er fagfellevurdert til nivå 1. Artikkelen følger IMRAD-struktur og er vurdert av en etisk komité. Kvalitativ og kvantitativ metode er benyttet. Det er foretatt intervju av 10 deltakere. Deltakere i studien inkluderte sykepleiere, leger og annet helsepersonell. Kun 84 av 270 deltakere fullførte spørreundersøkelsen. Lav deltakelse på spørreundersøkelsen kan være en svakhet med studien. Ved å benytte både kvalitativ og kvantitativ metode ses resultatene opp mot hverandre og gir et bredere resultat. Vi anser artikkelen som relevant da den tar for seg helsepersonells erfaringer med å yte omsorg til pasienter med dobbeltdiagnose.

4. Coombes og Wratten (2007). Engelsk artikkel som er publisert i et tidsskrift som er fagfellevurdert til nivå 1. Artikkelen følger IMRAD-struktur og er vurdert av to etiske komitéer. Målet med artikkelen var å få fram erfaringer fra sykepleiere som jobbet med pasienter med en dobbeltdiagnose. Det er benyttet semi-strukturerte intervju med 7 psykiatriske sykepleiere. Antall intervjuobjekt kan være en svakhet med studien og vi setter spørsmålsteget om funnen deres kan være representative. Vi har valgt å benytte denne da den sier noe om sykepleiernes utfordringer i arbeidet med denne pasientgruppen.

5. Pettersen m. fl. (2013). Norsk studie som er publisert i et tidsskrift som er fagfellevurdert til nivå 1. Artikkelen følger IMRAD-struktur og er vurdert av en etisk komité. Artikkelen har kun pasienter med en primær psykiatrisk lidelse, og det kan da ikke ses noen resultater på om en psykiatrisk diagnose kommer sekundært til en ruslidelse. Det er 11 deltakere i denne kvalitative studien. Individuer som har en mindre alvorlig ruslidelse kan idealisere den og se på den som noe mer positivt enn noen som har en alvorlig ruslidelse. Studien er basert på hva pasientene selv husker og sier om sin ruslidelse sett i sammenheng med sin psykiatriske lidelse og kan derfor være forutinntatt.

6. Moore (2013). Engelsk studie som er publisert i et tidsskrift som er fagfellevurdert til nivå 1. Artikkelen følger IMRAD-struktur og er vurdert av en etisk komité samt lokalt av et forskningsteam. Artikkelen er kvantitativ med spørreundersøkelse av totalt 230 deltakere. Resultatet er basert på 70 besvarelser. Studien er relevant for oppgaven da den undersøker sykepleieres behov for opplæring og deres holdninger rettet mot rusmisbrukere i tvunget psykiisk helsevern. En svakhet ved studien er at artikkelforfatteren er leder for avdelingene dataene er samlet fra. Tvunget psykiisk helsevern er ikke noe vi har fokusert på i denne

oppgaven, men vi har valgt å inkludere artikkelen da den tar for seg sykepleiere i arbeid med ROP-pasienter.

7. Cleary m.fl. (2008). Australsk litteraturstudie som er publisert i et tidsskrift som er fagfelleurdert til nivå 1. Artikkelforfatterne har skrevet artikkelen for å øke bevisstheten rundt dobbeltdiagnoser i arbeidshverdagen til helsepersonell. Således er den relevant for oppgaven. Artikkelen følger ikke IMRAD-struktur og blir litt mindre oversiktlig grunnet dette. Av den inkluderte litteraturen er noe publisert før år 2005, som er ett av våre eksklusjonskriterier. Litteraturstudien er likevel inkludert da den er relevant for vår problemstilling og er publisert i 2008.

8. Hoxmark og Wynn (2010). Norsk studie som er publisert i et tidsskrift som er fagfelleurdert til nivå 1. Artikkelen følger IMRAD-struktur og er ikke vurdert av en etisk komité. Artikkelen omhandler to avdelinger, en for pasienter med alvorlig rusproblematikk og en for ROP-pasienter, og hvordan disse håndterer relasjonsbygging. Dataene er innsamlet fra to avdelinger ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Informasjonen fra artikkelen er basert ut i fra to fokusgrupper, med henholdsvis to og tre deltakere. Deltakerne hadde alle lang erfaring i arbeidet. Resultatet er basert på selvrapporterte svar ut i fra en svært liten utvalgsstørrelse, og sees på som en svakhet med studien. Vi kan ikke vite hvor representative deltakerne var for begge avdelingene, ei heller for sykepleiere generelt.

5.7 Forskningsetiske overveielser

Forskningsetikk handler om planlegging, gjennomføring og rapportering. Etikken skal veilede og danne et grunnlag før valg foretas (Dalland 2012). Personvernet ivaretas og troverdigheten til forskningsarbeidet skal sikres. Forskningsdeltakere skal ikke påføres skade og unødig belastning. Forskningen skal sikre at ny kunnskap og innsikt tilføres, og den skal ikke foregå på bekostning av velferd og integritet til deltakerne (Ibid.).

6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier ved hjelp av terapeutisk allianse og relasjonsbygging kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter med en ROP-lidelse.

Etter gjennomgang av litteraturen har vi kommet fram til at utfordringene for ROP-pasienten er mange og sammensatte. Flere blir møtt av en helse- og omsorgstjeneste som ikke tar problemene på alvor, og avvisningen kan oppleves som en ytterligere belastning. Våre funn viser at flere sykepleiere har forutinntatte negative holdninger til denne pasientgruppen, og at dette kan ha en innvirkning på behandlingen. Det framkommer flere barrierer for sykepleiernes omsorgsytelse til ROP-pasienter, herunder manglende kunnskap om samtidig ruslidelse og psykiske lidelse, behovet for langsiktig engasjement samt tilnæringsmetoder. Økt kunnskap og opplæring kan fremme holdninger og behandlingsoptimisme hos helsepersonellet.

Med mange sammensatte problemer og et behov for hjelp fra flere aktører på samme tid, stiller dette store krav til hjelpeapparatet. Mange faller utenfor behandlingstilbudene grunnet dårlig samhandling i systemet. Slik vi ser det så er det behov for ytterligere fokus for å øke kunnskapen til sykepleieren, for eksempel gjennom opplæring om ROP-lidelser i utdanningen, samt kursing og opplæring på arbeidsplassen.

En god relasjon med ROP-pasienten er en nødvendig forutsetning og danner en plattform for videre effektiv behandling. Relasjonsbygging og terapeutisk allianse anses som sentrale elementer i behandlingen, men det framkommer ulike meninger blant sykepleiere om nøyaktig hvor viktig dette var for behandlingsutfallet. Respekt, tillit, ekthet og oppriktig interesse er aspekter ved sykepleiers terapeutiske holdning som kan danne en langsiktig relasjon med pasienten. Sykepleieren må ha forståelse og empati for pasientens livssituasjon for å kunne etablere en allianse. Når en god relasjon med pasienten er etablert, er det viktig at sykepleier har et helhetlig perspektiv på pasientens bedring. Forbedring av pasientens egne ressurser, herunder sysselsetting, sosiale og familiære forhold, meningsfulle aktiviteter, økonomiske behov og boligforhold, er med på å øke livskvalitet og selvfølelse. Pasientens egne ressurser må støttes under behandlingen slik at livskvaliteten bedre.

Litteraturliste

American Psychiatric Association (2015) *DSM* [online] URL: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm> (26.3.15)

Blåka, S (2012) *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom*. NIBR-rapport 2012:9. Oslo. Norsk institutt for by- og regionsforskning

Christoffersen, L., A. Johannesen, P. A. Tufte og I. Utne (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* Oslo: Abstrakt Forlag

Cleary, M. m.fl. (2008) Promoting Dual Diagnosis Awareness in Everyday Clinical Practice. Publisert i: *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(12) s. 43 – 48.

Coombes. A., L. Wratten (2007) The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. Publisert i: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (14) s. 382-392.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo. Gyldendal Akademisk

Dalland, O., H. Tygstad (2012) Kilder og kildekritikk. I: Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo. Gyldendal Akademiske

Edward, K-L., I. Munro (2009) Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. I: *International Journal of Nursing Practice*, 15(2) s. 74-79

Evjen, R., K B. Kielland, T. Øiern (2012) *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo. Universitetsforlaget

Fekjær, H O (2009) *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo. Gyldendal Akademisk

Gråwe, R W., T. Ruud (2006) *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF rapport STF78 A06003

Helsedepartementet (2004) *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Oslo. Helsedepartementet

Helsedirektoratet (2011) *Kvalitet og kompetanse... om hvordan tjenestene til mennesker med psykisk lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. RAPPORT IS-1914. Oslo. Helsedirektoratet

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

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014a) *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo. Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014b) *Utpøving va ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Oslo. Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping*. Meld. St. 30 2011-2012. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet

Hoxmark, E. M., R. Wynn (2010) Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses. Publisert i: *Journal of Addictions Nursing* (21) s. 187-19.

Hummelvoll, J. K. (2012) *HELT - Ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo. Gyldendal Akademisk

Høgskolen i Gjøvik (2014 a) *Forskningsområde klinisk sykepleie* [online]
<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (11.03.15)

Høgskolen i Gjøvik (2014 b) *Kvalitet i sykepleie* [online] URL:
<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (11.03.15)

Høgskolen i Gjøvik (2014 c) *Beskrivelse av databasene* [online] URL:
http://www.hig.no/biblioteket/databaser/database_info (24.4.15)

Howard, V. og J. Holmshaw (2010) Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, s. 862–872.

Kringlen, E (2011) *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J.,(2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen N J., F. Nordtvedt, E-A Skaug (red) *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo. Gyldendal Akademiske. s. 207-280

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

Mackesy-Amiti M. E, G. R Donenberg og L. J Ouellet (2012) Prevalence of psychiatric disorders among young injection drug users. Publisert i: *Drug and Alcohol Dependence*. 124 (1-2)

Meuser, K. T, D. L. Noordsy, R.E. Drake og L. Fox (2006) Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget

Mitchell A. J., O. Lord og D. Malone (2012) Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. Publisert i: *The British Journal of Psychiatry* s.435-443.

Moore, J. (2013) Dual diagnosis: Training needs and attitudes of nursing staff. I: *Mental Health Practice*, 16(6). s. 27-31.

Norsk Helseinformatikk (2013) *Amfetamin og metamfetamin* [online] URL: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/livsstil/amfetamin-og-metamfetamin-1478.html?page=1> (30.3.15)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (2015a) *Publiseringskanaler* [Online]. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (26.3.15)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (2015b) *Publiseringskanaler. Register for publiseringskanaler* [online] URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Om> (27.3.15)

Norsk sykepleieforbund (2014) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online] URL: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile> (14.4.15)

Norvoll, R. (2012) Sosiale avvik og sosial kontroll. I: Brodtkorb, E., M. Rugkåsa (red) *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo. Gyldendal Akademisk

Olson, H. og S. Sørensen. (2003) *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver* Oslo. Gyldendal Akademisk

Pettersen, H., T. Ruud, Ravndal, E. og A. Landheim (2013) Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. I: *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*

Polit, D. F., C. T. Beck (2014) Literature Reviews: Finding and Reviewing Research Evidence. I: Polit, D. F., C. T. Beck. *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice*

Skretting, A., E.K. Bye, T. F. Vedøy, K. E. Lund (2015) *Rusmidler i Norge*. Oslo. SIRUS

Skårderud, F., S. Haugsgjerd, E., Stänicke(red) (2010) *Psykatrieboken. Sinn - kropp - samfunn*. Oslo. Gyldendal Akademisk

Sosial- og helsedepartementet (1997) St.prop. nr. 63. (1997-1998) *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo. Sosial- og helsedepartementet

Svartdal, F. (2014) Fagfelle vurdering. [online]. URL: <http://snl.no/fagfelle vurdering> (25.3.15)

Travelbee, J (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Wadell, K., I. Skärsäter (2007) Nurses's experience of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. I; *Issues in Mental Health Nursing*, 28 (10) s.1125-1140

World Health Organization (WHO 2015) *Classifications* [online]

URL:<http://www.who.int/classifications/icd/en/> (26.3.15)

Vedlegg 1. Søkehistorikk

Oversikt over databaser og hvilke søkeord som er benyttet med antall treff. Artiklene er nummerert og presentert i henhold til tabell i resultatpresentasjonen.

Database	Søkeord	AND/OR	Antall treff	Artikler valgt	Artikkelnr. i tabell
Cinahl Complete	1. dual diagnosis 2. nursing	1 AND 2	1795 549541 72	1	1
Embase (Ovid)	1. dual diagnosis 2. nursing	1 AND 2	1813 101142 35	1	2
PsychINFO	1. mental disorder 2. drug abuse 3. health personell attitudes	1 AND 2 1 AND 2 AND 3	268546 49145 11160 8544 25	1	3
Cinahl Complete	1. dual diagnosis 2. nurses experience	1 AND 2	1795 1960 3	1	4
Medline (Ovid)	1. patient experiences 2. mental illness	1 AND 2	348 3715 4	1	5
Cinahl Complete	1. dual diagnosis 2. nursing attitudes	1 AND 2	1795 714 2	1	6
Embase (Ovid)	1. dual diagnosis 2. nurse attitude	1 AND 2	1813 33993 12	1	7
Cinahl Complete	1. dual diagnosis 2. therapeutic relationship	1 AND 2	1795 1313 4	1	8