



“Trygghet og mestring for personer med ROP-lidelse”

Avsluttende eksamen i sykepleie

Dato for innlevering: 14. mars 2014

Kandidat nr: 114

Kull: 181

Antall ord: 9880 ord

Veileder: Trine Klette

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING.....	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Problemformulering.....	2
1.3 Hensikt.....	2
1.4 Avgrensning.....	3
1.5 Begrepsavklaringer.....	4
1.6 Presentasjon av oppgavens innhold.....	4
2. METODE.....	6
2.1 Metodebeskrivelse.....	6
2.2 Kildekritikk.....	8
3. TEORI.....	9
3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	10
3.2 Rus og psykiatri; ROP-lidelse.....	12
3.2.1 Angstlidelse.....	13
3.2.2 Rusmidler og avhengighet.....	14
3.2.3 Behandling og bedring ved ROP-lidelse.....	15
3.3 Tilknytning og barndom.....	18
3.4 Etikk.....	19
3.5 Lover og retningslinjer.....	20
3. DRØFTING.....	22
4. KONKLUSJON.....	29
LITTERATURLISTE.....	30

1. INNLEDNING

Dette kapitlet inneholder en beskrivelse av bakgrunnen for og hensikten med temaet jeg har valgt. Jeg formulerer problemstilling, avgrensner oppgaven og definerer begreper. Til sist presenterer jeg oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Jeg har valgt ROP-lidelser som tema for min bacheloroppgave fordi problematikken rundt rus og psykiatri engasjerer meg. Det skrives stadig om temaet i media, og da ofte fordi denne pasientgruppen ikke får tilbud om den behandlingen de trenger. Jeg traff flere pasienter med ROP-lidelse da jeg var utplassert i praksis innen psykiatri. Etter endt praksis merket jeg at jeg hadde vanskelig for å legge fra meg historiene til pasientene med nettopp disse utfordringene. Jeg husker godt fortvilelsen deres og deres egen mangel på tro og håp om et godt liv, uten rus. Jeg har et ønske om mer kunnskap om hva jeg som sykepleier kan gjøre for å hjelpe disse menneskene ut av fortvilelsen, til et liv med en hverdag de kan mestre og hvor de føler trygghet.

1.2 Problemformulering.

Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet og mestring hos personer med ROP-lidelse?

1.3 Oppgavens hensikt.

ROP-pasientene jeg møtte drømte om et normalt liv med venner, familie og en jobb å gå til. Det de hadde var en hverdag preget av stress og angst, konflikter og impulsivitet. Personalet

ved institusjonen var oppgitt over situasjonen og så lite bedringspotensiale for pasientene slik systemet er i dag. Det var lange ventelister for rusavvenning og lite oppfølging i etterkant. Selv hadde pasientene liten tro på at de kunne leve et liv uten rus. Det var alltid bare et spørsmål om tid før angsten kom for fullt, og rusen var deres førstevalg for å takle den. Dette gjentok seg som en livsfarlig runddans. Oppholdet i institusjon ble en pause fra hverdagen, men ikke et reelt forsøk på å komme et skritt videre i livet, ut av rusen og de psykiske problemene. Oppgavens hensikt er å belyse hva sykepleiere kan gjøre for å hindre disse reinnleggelsene, og bidra til å bryte runddans slik at pasientene kan oppleve trygghet og et liv de mestrer i egne hjem. For å kunne gjøre dette trenger jeg å lære mer både om lidelsen og om behandlingssystemet. Det er publisert mye forskning innen dette feltet det siste tiåret, og det finnes mye kunnskap både om ROP-lidelser og om rus og psykiatri generelt. Jeg håper at mitt bachelorarbeid, med gjennomgang av en del av litteraturen som finnes, vil gi meg kunnskap som er nyttig i møte med personer med ROP-lidelse, så de kan møtes på en slik måte at de opplever trygghet og mestring.

1.4 Avgrensning.

Jeg har valgt å avgrense oppgaven med en case:

Ellen er 50 år, og er nå frivillig innlagt i distriktpsikiatrisk senter (DPS), en døgninstitusjon. Hun har vært innlagt ved forskjellige institusjoner åtte ganger i løpet av sitt liv. Denne gangen ble hun lagt inn etter to tett påfølgende suicidalforsøk. Hun har slitt med adferdsproblemer siden hun var liten, og etter at hun ble voksen har livet vært preget av misbruk av beroligende tabletter og alkohol. I tillegg har hun problemer med angst. Den siste tiden har det vært vanskelig å utføre daglige aktiviteter som å gå i butikken, og hun holder seg mest innendørs. Hun har et begrenset nettverk av venner, og hun har ikke mye kontakt med familien. Før hun ble innlagt trappet hun kraftig ned på Valium og opplever nå symptomer på abstinens. Hun er fortvilet og oppgitt over situasjonen hun er i og ønsker hjelp til å klare seg i livet sitt. Hun er motivert til å få kontroll over misbruket sitt, og håper hun får bli innlagt en god stund for å komme seg igjen. I første omgang får hun bli en uke, totalt forblir hun innlagt i tre uker.

På grunn av oppgavens størrelse vil jeg ikke komme inn på sykepleiers forhold til pårørende. Jeg vil heller ikke fokusere på pårørendes forhold til pasienten, kun der det er naturlig for å belyse pasientens historie og barndom.

Mange psykiske lidelser kan være en del av en ROP-lidelse. På grunn av oppgavens begrensede størrelse vil jeg i hovedsak fokusere på angstlidelse. Av samme grunn vil jeg ikke komme inn på tunge rusmidler og andre narkotiske stoffer. Jeg vil konsentrere meg om alkohol og den beroligende medikamentgruppen benzodiazepiner. Selve rusavvenningen, medisiner og bivirkninger av disse vil ikke behandles i oppgaven, da dette er utenfor mitt felt.

1.5 Begrepsavklaringer.

ROP-lidelse: Personer med ROP-lidelse har en alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med en ruslidelse. Man inkluderer også personer med mindre alvorlige psykiske lidelser der man ser at personen har betydelig nedsatt funksjon, for eksempel sosial fungering, å bo og arbeide eller på andre betydningsfulle livsområder (Evjen, Kielland & Øiern, 2012).

Mestring: ”Mestring beskriver individets måte å forholde seg til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet” (Håkonsen, 2011, s 279).

Trygghet: En persons indre visshet om at han eller hun kan søke støtte og få hjelp fra andre ved behov (T. Klette, personlig kommunikasjon, 8. mars, 2014).

1.6 Presentasjon av oppgavens innhold.

Kapittel to omhandler en beskrivelse av fremgangsmåten jeg valgte for å finne relevant forskning og litteratur, samt kildekritikk. I kapittel tre presenterer jeg relevant teori, forskning og faglitteratur for å belyse problemstillingen, inkludert lovverk og etikk. I kapittel fire

drøfter jeg funnene fra litteraturen og ser det i forhold til egne antakelser og sykepleiers rolle. Til sist oppsummerer jeg og konkluderer med utgangspunkt i problemstillingen.

2. METODE

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for metoden for oppgaveskrivingen og fremgangsmåten som ble benyttet for å finne relevant teori og forskning. Jeg sier også noe om kildene jeg benyttet i skriveprosessen.

2.1 Metodebeskrivelse.

Dalland (2012) sier at en metode er en fremgangsmåte. Det er fremgangsmåten man velger for å løse et problem på, for å kunne komme frem til ny kunnskap. Jeg har skrevet denne oppgaven som en litteraturstudie, altså en studie som bygger på gjennomgang av skriftlige kilder og allerede eksisterende kunnskap (Dalland, 2012). Denne typen studie gir oversikt over valgt tema, og hjelper meg på veien mot et svar på problemstillingen min.

Jeg hadde et ønske om å belyse ROP-lidelser i et samfunnsperspektiv og valgte derfor å gjøre et google-søk med søkeordene *samhandlingsreform* og *psykisk helse* for å ”kick-starte” arbeidet med oppgaven. Dette ga mange treff, både relevante og ikke relevante.

Regjeringen.no med informasjon om samhandlingsreformen samt linker til rus og psykiatri var interessant lesning. På rop.no fant jeg link til ”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser” publisert av Helsedirektoratet 2011. Selv om jeg har valgt bort mye av det jeg fant, var det et lærerikt førstesøk. ROP-retningslinjen vil jeg bruke i oppgaven min, siden det oppsummerer Helsedirektoratets syn på hvordan personer med ROP-lidelser bør behandles.

For å finne relevante forskningsartikler startet jeg med enkle søk i databasen SweMed+ på leting etter gode søkeord å jobbe videre med. *Dobbeldiagnose* var et naturlig sted å starte, og ved å se over søkeordene til artiklene jeg fant dukket følgende MESH-ord opp; *diagnosis dual, patient-centered care, mental disorders, health care reform, group homes, attitude of health personnel, recovery of function, treatment outcome*.

Ved å søke på *diagnosis dual* i SweMed+ fikk jeg 48 treff. En av disse var Knut Tore Sælør og Stian Biong, 2011: ”Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen” fra Sykepleien forskning. Denne artikkelen undersøker hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har erfart sin hverdag etter rusreformen som trådte i kraft 1. januar 2004. Reformen medførte at spesialisthelsetjenesten overtok ansvaret for rusmiddelmissbrukere, samtidig som de fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter. Det er en kvalitativ studie, der det er gjennomført fokusgruppeintervju av fire sykepleiere i ulike psykiatriske avdelinger som har erfaring som strekker seg fra før reformen. Å se endringen i sykepleiers hverdag gir et interessant perspektiv, i tillegg er forskningen utført av sykepleiere. De øvrige artiklene dette søket ga, var i stor grad fra andre fagområder som medisin og psykologi, og jeg ønsket å søke videre for å finne sykepleieforskning.

Et søk med søkeord *rus* ga 5 treff og jeg fant MESH *substance-related disorders*.

Søk på sykepleie* ga 881 treff og jeg fikk søkeordene *nursing, nurses*. Søk med disse to ga henholdsvis 1477 og 1458 treff. Ved å kombinere med *diagnosis dual* fikk jeg ett treff som er det samme som jeg nevnte tidligere om endringer i sykepleiers arbeid etter rusreformen.

Jeg valgte nå å utvide søket til en større base og jeg valgte OvidNursing som er en base jeg har brukt før, og har erfaring med å finne relevant sykepleieforskning i.

Jeg søkte med ordene *diagnosis dual* (94 treff), *treatment outcome* (18217 treff) og *recovery* (10879 treff).

Diagnosis dual og *treatment outcome* kombinert ga 5 treff.

Diagnosis dual og *recovery* kombinert ga 4 treff.

Jeg anså ingen av disse som relevante for min problemstilling og valgte derfor å fokusere på de 94 treffene som søkeordet *diagnosis dual* ga. Der fant jeg artikkelen ”Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis” skrevet av L. Borge, J.I. Røssberg og S. Sverdrup. Det er en kvalitativ studie der 20 inneliggende pasienter med rus- og psykiatriske lidelser ble intervjuet om deres opphold ved institusjonen. Det er viktig for sykepleiere å ha kunnskap om pasientens perspektiv, og derfor synes jeg denne artikkelen er interessant. Kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet var viktige elementer for å fremme personlig læring og utvikling hos pasientene. Artikkelen er publisert i 2013.

Til sist ville jeg undersøke om det fantes relevant forskning på sykepleien.no. Med søkeordet *rusmidler* fant jeg nok en gang artikkelen om ”Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen”, de andre artiklene anså jeg ikke som relevante for min problemstilling. Neste søkeord var *psykisk helse*. Der fant jeg en artikkel skrevet av Anners Lerdal i sykepleien.no. Han refererte til forskning utført av Martin Salzmann-Erikson, som omhandler hva personer med psykiske lidelser mener bidrar til recovery. Originalartikkelen er en review av 14 kvalitative artikler og heter ”An integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities”, publisert i 2013. Kunnskap om nøkkelbegreper for bedringsprosessen er interessant for å belyse oppgavens problemstilling, og jeg velger derfor å inkludere studien som en del av teorien.

2.2 Kildekritikk.

Kildekritikk innebærer å se kritisk på litteraturen som er brukt i oppgaven (Dalland, 2012). I min søken etter litteratur på biblioteket og i databaser på nettet, fant jeg rikelig med relevant stoff som jeg har valgt bort fordi oppgaven er begrenset både i tid og i antall ord. Jeg hadde en for-forståelse om temaet med meg fra min praksisperiode, og den har til en viss grad styrt valgene mine når det gjelder både pensum og artikler. Dette er en begrensning for oppgaven, og gjør at besvarelsen til dels er farget av meg og mine synspunkter. Jeg har likevel forsøkt å tilegne meg teorien på en fornuftig måte for å belyse problemstillingen.

Forskningen jeg har funnet er sykepleier-relevant. Samtlige artikler er enten skrevet av sykepleiere eller publisert i tidsskrifter for sykepleiere, og gir dermed et innblikk i sykepleiers oppgaver og rolle. Alle artiklene jeg har brukt er kvalitative, og to av de har forholdsvis små utvalgsstørrelser. Dette er en svakhet for oppgaven, men mye av forskningen på området er av naturlige årsaker kvalitativ på grunn av temaets art. Jeg mener forskningen jeg har valgt er relevant for min problemstilling og hjelper meg med å se ulike aspekter ved den.

Salzmann-Eriksons (2013) artikkel baserer seg på personer med psykiske lidelser, uten ruslidelse i tillegg. Dette er en svakhet siden problematikken med rus og psykiatri er mer

kompleks. Jeg har likevel valgt å ta med denne da den belyser viktige aspekter ved hva som fører til bedring hos pasienter med psykiske lidelser.

Jeg har forsøkt å bruke primærkilder i utstrakt grad, og sykepleieteorien jeg omtaler er hentet fra Joyce Travelbees egen bok ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” fra 2007. Denne er oversatt til norsk, men jeg anser den for å være en god kilde til Travelbees teori.

Trine Klettes doktorgradsarbeid ”Tid for trøst” (2007) er grunnlaget for kapitlet om tilknytning og barndom. Jeg har også referert til hennes forelesninger ved Høyskolen Diakonova i 2011 og 2013, hvor hun underviser i sammenhengen mellom omsorg, tilknytning og psykisk helse, samt betydningen av tidlig samspill og tilknytning. I disse forelesningene kommer hun inn på temaer som hun ikke skriver om i sin doktorgradsavhandling. Jeg har derfor valgt å ha med forelesningene som kilder, selv om dette ikke er publisert litteratur og derfor ikke tilgjengelig for alle.

Jeg har hatt gleden av å ha Klette som veileder i denne skriveprosessen og det har vært interessant med faglige diskusjoner underveis i temaet om barndom og tilknytning. Jeg har valgt å bruke Klettes definisjon av trygghet da den passer godt med oppgavens stil og tema, selv om det innebærer å bruke personlig kommunikasjon som referanse.

”Dobbelt opp” er en bok om dobbeldiagnoser, fra 2012. Min erfaring med denne boken er at den er omfattende og svært detaljert. Det har vært lettere å tilegne meg stoffet når jeg har brukt pensumlitteraturen. Jeg har likevel brukt boken mye, og synes den har gitt et interessant perspektiv.

3. TEORI

I dette kapitlet gjennomgår jeg relevant teori og forskning for å belyse oppgavens problemstilling. Jeg presenterer et utdrag av Joyce Travelbees sykepleieteori og fire relevante artikler. Etikk og lovverk er også en del av dette kapitlet.

3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori.

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori i besvarelsen fordi hun i sin teori legger vekt på samhandling mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2007). Hun sier man må se forbi rollene som ”pasient” og ”sykepleier” for å kunne hjelpe. Det er det mellommenneskelige forhold som er i fokus. Hun sier at ved å kjenne personen man har omsorg for kan man respondere på det unike ved hver enkelt (Travelbee, 2007). Slik jeg ser det er dette perspektivet avgjørende i møtet med personer som sliter med psykiske lidelser og rusproblematikk.

Enkeltmennesket står i en særstilling i Travelbees teori (2007), og hun sier at ved å bruke seg selv terapeutisk kan sykepleier etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Det kan da utvikles gjensidig forståelse og kontakt mellom partene. Når en slik kontakt er oppnådd er det mulig å hjelpe personen til å forebygge eller mestre sykdommen og konsekvensene av den, i følge Travelbee, 2007. Hun legger stor vekt på å hjelpe personen med å finne mening i den situasjonen som gjennomleves. Hun presiserer at sykepleier i tillegg til å bruke seg selv terapeutisk må ha en disiplinert, intellektuell tilnæringsmåte til pasientens problem (Travelbee, 2007). I det å bruke seg selv terapeutisk legger hun at sykepleier bruker sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte for å fremme forandring hos pasienten. Det krever mye av sykepleieren. Hun må ha selvinnsikt og selvforståelse, samt forståelse for menneskelig atferd for å kunne bruke seg selv terapeutisk på en god måte (Travelbee, 2007).

Travelbee (2007) skriver at den viktigste årsaken til at man ikke klarer å kommunisere med en pasient er at den syke ikke sees som et individ. Sykepleier reflekterer ikke og spør heller ikke hva pasienten egentlig mener med det han har sagt – men tolker raskt ut fra egne forutinntatte holdninger og jobber ut fra det. Det vil da ikke kunne foregå meningsfull kommunikasjon mellom partene (Travelbee, 2007).

Travelbee (2007) understreker også at det er vanskelig å forstå noe en selv ikke har erfaring med, eller på annen måte kan relatere seg til. Dette innebærer at det er urealistisk å forvente at sykepleiere utvikler empati med alle pasienter. Det understrekes at menneske-til-menneske-forholdet er en gjensidig prosess. Selv om sykepleier har ansvaret for å etablere forholdet, krever det at begge parter bygger opp om det for at det skal bli fruktbart (Travelbee, 2007).

Begrepet håp er sentralt i Travelbees sykepleieteori. Hennes antakelse er at pasienter trenger å oppleve håp for å kunne mestre sykdom og lidelse. En rehabiliteringsprosess kan være krevende og vanskelig, og det er den profesjonelle sykepleierens rolle å hjelpe den syke til å oppleve håp. Dette gjelder enten det er snakk om en sykdom man kan bli frisk fra, eller om man må lære å leve med konsekvensene av sykdommen. Uten håp ser man ingen mulighet for forandring og forbedring i livet, det er ingen løsning på problemene man har (Travelbee, 2007).

Travelbee (2007) knytter begrepene tillit og håp sammen. Hun skriver at barn først lærer å ha tillit til verden gjennom morsskikkelsen, og sannsynligvis springer håp ut fra antakelsen om at man kan få hjelp utenfra når det er nødvendig. Hun beskriver også håp som relatert til valg. Har du håp har du også tro på at det finnes valg som er åpne for deg. Å kunne velge gir en følelse av kontroll selv om alternativene kan være lite tiltalende.

Når man jobber med håp trekker Travelbee (2007) fram utholdenhet som vesentlig. Det er evnen til å prøve om og om igjen, og å tåle vanskelige opplevelser over tid i arbeidet med å løse problemer og lindre plager. Uten utholdenhet er det vanskelig for den syke å arbeide mot bedring eller rehabilitering. Håpløshet er fravær av håp. I følge Travelbee (2007) oppstår trolig håpløshet når man har lidit alt for intenst over alt for lang tid uten å få hjelp. Sykepleiers oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet, og hjelpe den som oplever håpløshet til å gjenvinne håp.

3.2 Rus og psykiatri; ROP-lidelser.

Det å ha en ROP-lidelse innebærer at en person har minst to selvstendige lidelser; en alvorlig psykisk lidelse kombinert med en ruslidelse (Evjen, Kielland & Øiern, 2012). Det er vanlig å inkludere personer med mindre alvorlig psykisk lidelse dersom det er forbundet med betydelig nedsatt funksjon ellers i livet (Evjen et al., 2012). Tidligere ble begrepet ”dobbeldiagnose” brukt om pasientgruppen, men man har gått over til å kalle det ROP-lidelse, som står for ”samtidig Ruslidelse Og Psykisk lidelse” (Helsedirektoratet, 2011). Det er kjent at de fleste med et rusmiddelproblem også får psykiske lidelser, og omvendt er det mange med psykiske lidelser som utvikler et rusmiddelproblem (Aarre, Bugge & Juklestad, 2012). I følge Sykehuset innlandet (udatert) er rusmisbruk så utbredt blant personer med en alvorlig psykisk lidelse at det heller bør betraktes som regelen heller enn unntaket.

En psykisk lidelse påvirker følelsene, væremåten og tankene, og kan føre med seg store problemer i dagliglivet (Evjen et al., 2012). Lidelsens alvorlighetsgrad avgjøres nettopp av i hvor stor grad den påvirker personens liv, og en og samme lidelse kan variere fra nesten ingen påvirkning til å medføre store problemer med dagliglivet. Når jeg skriver om ROP-lidelse i denne oppgaven vil jeg fokusere på den psykiske lidelsen angst, som i mange tilfeller kan være invalidiserende for den det gjelder, og som ofte sees i kombinasjon med rusmisbruk (Evjen et al., 2012). Rusmidlene jeg vil se angst i forhold til er alkohol og beroligende tabletter i form av benzodiazepiner fordi dette er en vanlig kombinasjon.

For psykisk lidelse i kombinasjon med rusmisbruk er det i følge Evjen og hennes kollegaer (2012) godt dokumentert at mange opplever en betydelig funksjonsnedsettelse. Til dels kan det få store konsekvenser for personen det gjelder, men også nettverket og familien påvirkes. Livssituasjonen til mange med ROP-lidelser preges av sosiale problemer som omfatter bolig, økonomi og sysselsetting. Videre er de ofte en stor belastning for pårørende, og man ser hyppigere akuttinnleggelser og høy risiko for selvmord i pasientgruppen. Sist nevnes at de ofte har behov for langsiktig og omfattende oppfølging og rehabilitering for å bli bedre (Evjen et al., 2012). Den store variasjonen i lidelser og alvorlighetsgrad sett i sammenheng med ulike former for og omfang av rusmiddelmisbruk illustrerer kompleksiteten man møter ved å jobbe

med ROP-lidelser. De store ulikhetene er et aspekt Evjen et al. (2012) trekker frem som meget viktig å ha med seg i dette arbeidet.

3.2.1 Angstlidelse.

Angst bygger på en uhensiktsmessig vurdering av fare (Aarre et al., 2012). Frykt er en basal følelse som har vært og er nødvendig for mennesker og dyr for å overleve. Å være redd for å gå inn i en mørk skog alene er nyttig for overlevelsen, mens frykt for å hente posten eller gå i butikken er ikke like hensiktsmessig. Vanlige måter å takle angst på er enten unngåelse eller sikkerhetsatferd. Unngåelse innebærer å ikke oppsøke situasjoner man mener er farlige, som å slutte å gå i postkassen eller i butikken. Sikkerhetsatferd kan være å sikre seg med beroligende medisiner eller mobiltelefon dersom man må inn i en situasjon som oppfattes som farlig (Aarre et al., 2012). Ved angst opplever man hjertebank, svetting, skjelving, pustevansker og magesmerter. Hos personer med høyt alkoholintak er det ofte høy forekomst av angstlidelser, også når det sees uavhengig av misbruket (Evjen et al., 2012).

Håkonsen (2011) skiller mellom to hovedformer for angstlidelser. Bak den ene typen ligger det traumatiske opplevelser, som overgrep av fysisk eller psykisk art, eller alvorlige opplevelser av svik i forholdet til andre mennesker. Den andre typen innebærer vedvarende konflikter og vansker man kan ha opplevd tidligere i sin utvikling. Det kan være et barn som føler seg sveket av sine foreldre fordi de ikke i tilstrekkelig grad har sørget for trygge og kjente omsorgspersoner når de har forlatt barnet (Håkonsen, 2011).

Håkonsen (2011) trekker fram begrepet sårbarhet i forbindelse med angst. Sårbarhet innebærer at en person mangler tro på sine evner til å mestre en situasjon der han mangler kontroll. En person med angst vil ofte forsterke egen sårbarhet ved å undervurdere egne evner og ressurser, fokusere på egen svakhet og ved å se små farer som enorme problemer. Dette medfører at tilgangen på negative opplevelser i hukommelsen er mye større enn tilgangen på positive opplevelser. Dette kan for mange medføre en svært negativ sirkel, og gi en følelse av å være hjelpeløs (Håkonsen, 2011).

3.2.2 Rusmidler og avhengighet.

Det er ikke uvanlig å bruke rusmidler i blant, det gjør kanskje de fleste av oss. Hva er det som skiller normalt eller høyt konsum fra misbruk? I følge Aarre og kollegaer (2012) er det at ved misbruk vil personen oppleve å få problemer av fysisk eller psykisk art. Hvilke problemer avhenger av hvilke rusmidler man misbruker. Når man er avhengig innebærer også det at personen bruker stadig mer tid og krefter til å finansiere, skaffe seg og nyte rusmidlet. Andre viktige gjøremål blir forsømt. Hvis tilførselen av rusmiddelet opphører vil abstinenser være kroppens fysiske reaksjon på dette (Aarre et al., 2012).

Alkohol virker hovedsakelig dempende, men har varierende virkning fra person til person (Evjen et al., 2012). Noen opplever å bli sosiale, avslappede og mer sikre på seg selv, mens andre kan bli nedstemt, irritable og eventuelt aggressive. Langvarig bruk av store mengder alkohol kan føre til abstinenssymptomer som varer fra 3-7 døgn. Disse er skjjelving, svette, kvalme, rask puls, forhøyet blodtrykk, angst, depresjon, rastløshet og irritasjon. Delirium tremens er en mer alvorlig abstinensreaksjon som i tillegg gir symptomer som forvirring med sansbedrag som synshallusinasjoner (Evjen et al., 2012).

Personer med psykiske lidelser er mer utsatt for å utvikle alkoholproblemer enn andre. Hos noen kommer de psykiske lidelsene, oftest angst og depresjon, som et resultat av alkoholmisbruk. For andre oppstår alkoholmisbruket i etterkant av de psykiske lidelsene. Mange har drevet med selvmedisinering uten å lykkes med det, og opplever at angsten og stemningslidelsene forverres av alkoholen (Aarre et al., 2012). For å avgjøre om de psykiske lidelsene kom i forkant eller i etterkant av alkoholen er det nødvendig med totalavhold i 3 måneder for å se om den psykiske lidelsen forsvinner når alkoholtilførselen opphører eller ikke (Aarre et al., 2012).

Benzodiazepiner, for eksempel Valium, Vival og Sobril, er en legemiddelgruppe som vanligvis skrives ut til pasienter som lider av angst, uro og søvnløshet (Evjen et al., 2012). Dersom de tas som forskrevet har de en kortsiktig effekt mot angst og psykisk smerte. Ved nedtrapping sees ofte søvnløshet og mange får angst. Det er streng kontroll og overvåking av legemidlet for å begrense totalforbruket. Man ser ofte legemiddelet solgt i miljøer som er rusbelastet, og det kan utveksles mellom bekjente og venner. Ved økt dose svekkes hukommelse, innlæringsevne og koordinasjonsevne, men også ved lavt forbruk ser man

problemer for brukerne (Evjen et al., 2012). Ved bruk ut over en til to måneder er det på grunn av toleranseutvikling stor fare for å utvikle avhengighet av legemidlet.

Abstinenssymptomer kommer gjerne etter tre til ni døgn og varer fra noen uker til opp til ett år. Mange opplever at de opprinnelige symptomene forverres når de slutter med medisinene (Aarre et al., 2012). Avvenning etter lang tids bruk bør derfor skje over tid og i samarbeid med lege. Pasienten trenger ofte mye oppfølging for å håndtere sine problemer på andre måter under avvenning. De vanligste abstinenssymptomene er angst, uro, rastløshet, svetting, skjelving, søvnløshet, irritabilitet og konsentrasjonsvansker. For brukeren selv kan det være vanskelig å skille abstinensen fra den lidelsen de har blitt behandlet for, noe som kan gjøre det vanskeligere å slutte (Evjen et al., 2012).

3.2.3 Behandling og bedring ved ROP-lidelse.

Mange med ROP-lidelser faller fortsatt utenfor behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten, og forsøk på å etablere god samhandling for pasienten med hjelpere i andre etater og på andre nivåer viser seg vanskelig å gjennomføre. Dette til tross for at man vet at det er det pasienten trenger (Evjen et al., 2012). Ofte er personer med ROP-lidelse blitt møtt med et krav om å være rusfrie for å få behandling for den psykiske lidelsen, og samtidig et krav om å bli kvitt de psykiske problemene før de kan få hjelp for sitt rusmisbruk. Teamet av helsepersonell bør ta ansvaret for helheten av pasientens problemer, uansett om det gjelder somatiske, sosiale, rusrelaterte og psykiske problemer (Aarre et al., 2012). Aarre og kollegaer (2012) poengterer at selv om mange tror at rusmiddelproblemer er uhelbredelige, så er det også mange som opplever å få hjelp av behandlingen. Det krever blant annet at man ikke gir opp ved tilbakefall, men fortsetter og setter nye og realistiske mål. Personer med en viss sosial stabilitet som familie og arbeid, samt at de ikke har store kriminelle problemer, har størst sjanse for å lykkes (Aarre et al., 2012).

Martin Salzmann-Erikson (2013) har utført en gjennomgang av 14 kvalitative studier for å belyse hva pasienter med psykiske lidelser selv mener er viktig for personlig recovery, (heretter kalt ”personlig bedring”). I artikkelen beskrives bedring på den ene siden som at man oppnår normal frisk tilstand etter sykdom. Bedring kan også være som en livslang reise

der man til tross for sin lidelse kan finne nye verdier og mål i livet, og dermed ha et godt og meningsfullt liv til tross for en lidelse – personlig bedring (Salzmann-Erikson, 2013).

Studien identifiserer tre kategorier som bidrar til en persons bedring; en indre prosess, bidrag fra omgivelsene og deltakelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter (Salzmann-Erikson, 2013). Ved å få etablert tro og håp for framtiden kan en indre prosess av endring og bedring starte hos en person med psykiske lidelser. Denne typen bedring handler ikke om å gi opp, men om å akseptere seg selv og de omstendighetene man har i livet. Aksept av seg selv beskrives som en lang og vanskelig kamp for pasienten, samtidig omtales den som det viktigste steget i bedringsprosessen.

I prosessen med bedring kan andre mennesker pasienten omgir seg med være viktige bidragsyttere. De kan være venner, familie eller helsepersonell og andre ansatte i helsevesenet. I bedringsprosessen er de viktigste egenskapene ved disse personene at de evner å vise respekt og empati med pasienten. Både i sin profesjonelle rolle, men også at de kan gå utenom denne rollen og gjør noe ekstraordinært oppleves som viktig for pasienten (Salzmann-Erikson, 2013).

Det å ha tilknytning til og deltakelse i meningsfulle og sosiale aktiviteter er nyttig. Det kan dreie seg om utdanning, støttegrupper eller fritidsaktiviteter. Felles for disse er at de gir struktur på daglig basis og man unngår de negative effektene av isolasjon. Dette er med på å bidra til den personlige bedringsprosessen, og samtidig kan det gjøre at pasienten opplever seg mindre stigmatisert og normal (Salzmann-Erikson, 2013).

En studie utført av Borge, Røssberg og Sverdrup (2013) søker gjennom intervjuer å belyse og beskrive hva 20 inneliggende pasienter med ROP-lidelse opplever som avgjørende for å oppleve mestring og å lære nye måter å tenke på. Kognitiv miljøterapi i kombinasjon med fysisk aktivitet var de viktigste elementene i behandlingstibudet, og personalet var opptatt av å legge til rette for et god læringsmiljø. Pasientene var innlagt i gjennomsnitt 3 måneder (Borge et al., 2013). Borge og kollegaer (2013) skriver at målet med kognitiv miljøterapi er å lære pasienten hvordan tankene og adferden deres påvirker følelsene, og hvordan de kan lære å takle sine negative følelser bedre ved å endre tankemønstre og egen adferd. Videre trekker de frem dialog som et viktig virkemiddel i denne metoden; samtalen er guidet av personalet, ved

hjelp av åpne spørsmål. Det legges vekt på respekt og likeverd mellom personalet og pasienten (Borge et al., 2013). Fysisk aktivitet anses under innleggelsen som et tiltak for å endre pasientens adferd, som en del av den kognitive miljøterapien. Pasientene ble tilbudt to timer med fysisk aktivitet hver dag av en sportspedagog (Borge et al., 2013).

Pasientene opplevde at læringsmiljøet skilte seg fra andre institusjoner de hadde vært på tidligere. De beskrev at det var preget av trygghet og varme, respekt og likeverd, samarbeid og deltakelse. Et slikt læringsmiljø oppfattes som stimulerende og meningsfullt, noe som igjen påvirker pasientens motivasjon og opplevelse av å mestre og å lære (Borge et al., 2013). Relasjoner ble i intervjuene trukket fram som positivt for læring, og relasjonene ved institusjonen ble beskrevet som nære og tillitsfulle til staben. Personalet fokuserte mer på framtid enn fortid og på det positive istedenfor det negative. Dette er med på fremme håp og opplevelse av å mestre. Pasientene fikk hjelp til å se at det finnes alternative måter å tolke deres opplevelser på. Det bidro til utvikling hos pasientene og ga en tro på at de hadde alternative handlingsmåter (Borge et al., 2013).

Fysisk aktivitet for å fremme læring ble beskrevet som veldig verdifullt av Borge og kollegaer (2013). Det bidro til nye vaner, frihet og mening samt personlig motivasjon. De opplevde også at det bidro til distraksjon av negative tanker og til en følelse av fellesskap. Rusmisbruk kan ofte knyttes til regulering av negative følelser, og Borge et al. (2013) trekker frem at fysisk aktivitet kan være en alternativ måte for pasientene til å regulere disse følelsene. Videre oppsummerer de at ved å betrakte fysisk aktivitet som et tiltak for å regulere eller endre adferd, kan det inkluderes som en del av kognitiv miljøterapi. Dette igjen er med på å gi pasienten nyttig kunnskap om sammenhengen mellom tanker, følelser og adferd (Borge et al., 2013).

I artikkelen ”Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen” (Sælør & Biong, 2011) beskriver sykepleierne livet etter rusreformen. De rapporterer om en hverdag der de ikke føler at de strekker til. De mener vi er på vei mot et bedre syn på pasientgruppen med ROP-lidelser og at mange blir bedre ivaretatt, men at mangel på behandlingsplasser, tid og personell gjør at behandlingen blir vanskelig. Et eksempel som trekkes frem er når de opplever brudd i behandlingsskjeden og må be pasienter dra hjem og vente på behandlingsplass, når de vet det med stor sannsynlighet fører til tilbakefall. Sælør & Biong (2011) trekker også fram

utfordringer knyttet til hvilken behandling pasientene skal tilbys. Det er for dårlig kunnskap om hvordan man skal hjelpe de med rusproblemer. Negative holdninger til rusmisbrukere og rusproblematikken, samt at de som sykepleiere føler seg lite verdsatt når de jobber med rus, bidrar til at ruskompetanse nedprioriteres. Forfatterne uttrykker et ønske om at lederne må erkjenne at pasienter med ROP-lidelser er en faglig, ressursmessig og holdningsmessig utfordring for sykepleierne, og jobbe målrettet for at de skal få den kompetansen de trenger. Det er i tillegg nødvendig at sykepleierene opplever at kunnskap knyttet til rusmisbruk er verdsatt (Sælør & Biong, 2011).

3.3 Tilknytning og barndom.

Tilknytningsteorien baserer seg på at alle mennesker er født med et biologisk behov for å knytte seg til andre mennesker for å få beskyttelse (Klette, 2007). Spedbarnets gråt og suging er ansett som de første instinktive tilknytningsrelaterte responser som er tilgjengelig for barnet. Sammen med klamring, smil og etterfølging er dette en måte for barnet å danne tilknytning til en omsorgsperson. Oftest vil det være foreldrene som er de nærmeste og viktigste tilknytningspersonene for et barn, og allerede etter første leveår er det mulig å identifisere utviklede tilknytningsmønstre hos barna. Erfarer barnet god respons og trygt samspill med omsorgspersonen, legger det grunnlag for sosial og emosjonell trygghet senere i livet. Motsatt vil et samspill preget av frykt for avvisning og å bli forlatt ha store konsekvenser for barns utvikling og senere sosial atferd (Klette, 2007).

Klette (2007) beskriver tre hovedstrategier for tilknytningsatferd: Trygg tilknytning og to typer engstelig tilknytning. I tillegg finnes det som kalles desorganisert tilknytning, som innebærer at personen ikke har maktet å utvikle noen klar strategi på grunn av omfattende omsorgssvikt eller overgrep.

Trygg tilknytning assosieres med sensitiv og responderende omsorg fra omsorgsgiveren. Barn med trygg tilknytning har tillit til at en beskyttende og støttende omsorgsperson vil være tilgjengelig for dem dersom de trenger det (Klette, 2007). Grunnlaget for trygg tilknytning legges gjennom omsorgspersonens tilstedeværelse, tilgjengelighet, stabilitet, forutsigbarhet, pålitelighet og trøst (Klette, 2011 & Klette, 2013).

Engstelig tilknytning innebærer at barnet ikke har erfart å få trøst og beskyttelse i stabile former gjennom barndommen. Personer med engstelig unnvikende strategi har en tendens til å trekke seg unna og skjule sine følelser for omsorgspersonen. Dette er ofte et resultat av at barnets ulike behov ikke er blitt møtt og ivaretatt på en tilstrekkelig måte, men heller blitt avvist (Klette, 2007). Denne typen tilknytning er knyttet til økt forekomst av blant annet stoffmisbruk og avhengighet, samt angst som vises tydelig for, og preger omgivelsene (Klette, 2013).

Engstelig ambivalent tilknytning kjennetegnes ved demonstrativ og konfliktfylt atferd. Barnet kan ta i bruk sterke affektive virkemidler for å få omsorgspersonens oppmerksomhet. Denne typen tilknytning ser man ofte knyttet til uforutsigbare omsorgspersoner der barnet tidvis opplever å få god omsorg, men at det er omsorgspersonens behov som står i sentrum - ikke barnets (Klette, 2007).

Til grunn for tilknytningsstrategiene ligger indre arbeidsmodeller som i løpet av barndommen automatiseres og blir ubevisst. Vi tar de med oss videre i livet og de styrer og regulerer våre reaksjoner og atferd (Klette, 2007). Klette (2011) trekker fram en siste type tilknytning som kalles ervervet trygg tilknytning. Det er en type trygghet som oppnås til tross for belastende opplevelser fra barndommen og kjennetegnes av at personen kan huske og snakke direkte om fortiden. Den forbindes med følelsesmessig støtte og alternativ trygg tilknytning, og det krever bearbeiding av tidligere erfaringer og utvikling av refleksjonsevne. I teorien kan tilknytningsstrategien endres gjennom hele livet, men Klette (2011) nevner faser i livet der vi er mer sårbare eller åpne for endring. For eksempel nevnes tidlig barndom, pubertet, forelskelse, sykdom, tap og traumer.

3.4 Etikk

Som sykepleiere har vi et etisk ansvar, som er oppsummert i våre yrkesetiske retningslinjer. I innledningen gis en oppsummering av sykepleiens grunnlag. Det er respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet som skal være grunnlag for all sykepleie. Sykepleie skal være kunnskapsbasert, men likevel bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for

menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Jeg vil i dette kapitlet trekke frem noen punkter fra retningslinjene, som jeg anser som relevante for oppgaven.

Retningslinjens første kapittel omhandler sykepleieren og profesjonen. Her trekkes det i punkt 1.5 frem at ledere har et spesielt ansvar for å skape rom for fagutvikling og refleksjon (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Retningslinjens andre kapittel omhandler sykepleieres forhold til pasienten. Punkt 2.1 påpeker at sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Videre i punkt 2.2 heter det at sykepleiere skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3.5 Lover og retningslinjer.

Jeg vil nå trekke fram noen punkter i lovene som regulerer gjennomføring av psykisk helsevern og pasient- og brukerrettigheter. Lovene er omfattende, og jeg vil kun belyse paragrafer som er relevante for oppgavens problemstilling, i et sykepleierperspektiv. Jeg presenterer også kort et utdrag av Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.

Lov om psykisk helsevern

I Psykisk helsevernloven (1999) §1-1. spesifiseres det at formålet med loven er å sikre at psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, og at det skal være i tråd med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Videre står det at tiltakene beskrevet i loven tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet. I § 1-5 henvises det til pasient- og brukerrettighetsloven, som også gjelder for psykisk helsevern.

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det i beskrivelsen av formål at befolkningen skal ha lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Loven skal bidra til et tillitsforhold mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten. Den skal fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

§ 2-1. a og b stadfester retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester samt spesialisthelsetjenesten.

§3-1. stadfester pasientens rett til medvirkning. Tjenestetilbudet (både undersøkelsesmetoder og behandling) skal utformes i samarbeid med pasient i så stor grad som mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Helsedirektoratets nasjonale retningslinje

Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelse (2011) har som formål å gi kunnskapsbaserte anbefalinger til personell som jobber med personer med ROP-lidelser, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten samt andre tjenester som skal være tilgjengelige for denne pasientgruppen. Den gir anbefalinger for utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging, ansvar og samhandling.

Brukermedvirkning trekkes fram som viktig allerede i innledningen. Det er et overordnet mål at pasienten skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene (Helsedirektoratet, 2011). Bakgrunnen for dette er blant annet at det kan gi pasienten økt kontroll med viktige forhold i livet sitt. Det legges også vekt på at pasienten skal få informasjon om selvhjelp og selvhjelpsforståelse, samt brukerstyrte tilbud i sitt nærområde. Kapitlet om behandling og oppfølging er mest relevant for oppgavens problemstilling. Her vektlegges god terapeutisk relasjon som avgjørende for god behandling og oppfølging av pasienter med ROP-lidelse (Helsedirektoratet, 2011). Også langvarige relasjoner vektlegges til denne pasientgruppen. Tydelighet og utfordring bør balanseres med aksept og empatisk lytting. Stikkord er å stimulere til utvikling og skjerme fra nederlag.

Helsedirektoratet (2011) trekker også frem som viktig at målsettingen for behandlingen må tilpasses fra person til person. Det som er viktig er å støtte personens egne ressurser på en slik måte at livskvaliteten øker.

4. DRØFTING

I dette kapitlet vil jeg på bakgrunn av teorien som er presentert i foregående kapittel drøfte problemstillingen: ”Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet og mestring hos personer med ROP-lidelse”?

I følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er god sykepleie basert på respekt for menneskets liv og iboende verdighet. Barmhjertighet, omsorg og respekt trekkes fram som viktige egenskaper hos sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Slik jeg ser det er en følelse av trygghet og mestring både personlig og individuell, og for at sykepleier skal kunne bidra til å øke denne må det en relasjon til.

Travelbee (2007) har det menneskelige i fokus i sin sykepleieteori. I møte med pasienten mener hun at sykepleier skal se forbi rollene som *pasient* og *sykepleier* og bruke seg selv terapeutisk for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Over tid kan det da utvikle seg et forhold basert på gjensidig forståelse mellom partene, som gjør sykepleier i stand til å hjelpe personen. Med å hjelpe mener Travelbee (2007) å bidra til at pasienten blir frisk, mestrer sykdom og konsekvensene av den, eller å finne mening i situasjonen som gjennomlevs.

Evjen et al. (2012) påpeker at mange med ROP-lidelser fremdeles faller utenom behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten. Det stemmer godt med hva jeg observerte da Ellen var innlagt på mitt praksis-sted. Hun var fortvilet over at hun aldri hadde fått hjelp med sine atferdsvansker som hun selv mener ligger til grunn for hennes problemer. Hun ville så gjerne forbli innlagt over lengre tid så hun kunne få hjelp til å forstå atferdsproblemene, samt problematikken rundt rus og angst. Hun fikk til sammen bli i tre uker.

Jeg har reflektert en del rundt om tre uker er tilstrekkelig tid til å utvikle et menneske-til-menneske-forhold og iverksette tilpassede tiltak for pasienten basert på forholdet som bygges. I Helsedirektoratets (2011) retningslinje vektlegges en god terapeutisk relasjon som avgjørende i arbeidet med ROP-lidelser. Også langvarige relasjoner trekkes fram som viktig i retningslinjen. Det jeg opplevde med Ellen var at hun og jeg utviklet en relasjon, men jeg

hadde trengt mer tid for å kunne støtte henne og gi god og tilpasset hjelp så hun kunne komme videre i livet. Borge et al. (2013) beskriver i sin forskningsartikkel en pasientgruppe som er inneliggende i snitt tre måneder. De trekker fram viktigheten av et læringsmiljø preget av trygghet og varme, respekt og likeverd. For pasientene i undersøkelsen ble det avgjørende for opplevelse av læring. Det gode miljøet stimulerte og påvirket pasientene positivt slik at de fikk økt motivasjon og en opplevelse av å mestre det å lære nye ting. Målet med innleggelsene var at pasientene skulle finne alternative måter å tolke opplevelser på, og gi tro på at det finnes andre måter å handle på enn den måten de var vant til (Borge et al., 2013). Slik jeg ser det, kunne en lengre innleggelse der sykepleiere legger til rette for et godt læringsmiljø ha bidratt til god læring og mestring for Ellen slik som for pasientene i studien til Borge et al. (2013). Helsedirektoratet (2011) støtter funnene til Borge og kollegaer, med vekt på den langvarige og gode relasjonen. De tre ukene Ellen var innlagt opplevdes som for kort til å oppnå utvikling og endring, mens pasientene i studien opplevde læring og mestring etter tre måneder. Jeg tror ikke pasientene i studien var friske i medisinsk forstand etter innleggelsen, men at de hadde fått økt håp og en tro på at de kunne lære nye måter å løse livets utfordringer på. Nøyaktig det som Travelbee (2007) trekker fram som vesentlig for at pasienter skal kunne mestre sykdom og lidelse, noe som også Ellen trenger.

Under oppholdet hadde Ellen abstinenser, særlig etter nedtrappingen av Vival, men også alkoholabstinenser. Hun var fast bestemt på å bare ta medikamentene som var foreskrevet, men jeg forstod på henne at hun gikk og ventet på neste medisintdeling store deler av dagen. For benzodiazepiner er vanlige symptomer på abstinens angst, uro, rastløshet, skjelving og søvnløshet (Evjen et al., 2012). Disse symptomene kan vare opp mot et helt år, og mange opplever at de opprinnelige symptomene forverres når de slutter med medisinen (Aarre et al., 2012). På grunn av abstinensene opplevde Ellen en sterkere angst under oppholdet, og hun var tidvis også engstelig inne på avdelingen. Hun var vår for stemningen blant de som var innlagt og personalet, og kunne bli redd dersom andre pasienter oppførte seg påfallende. Travelbee (2007) peker på at menneske-til-menneske-forholdet er en gjensidig prosess. Riktignok understreker hun at sykepleier er ansvarlig for å etablere forholdet, men begge parter må være med på å bidra for at det skal bli fruktbart (Travelbee, 2007). Jeg opplevde at Ellen gjerne ville være med på å bygge et forhold til oss på avdelingen, men jeg merket også at hun syntes det var vanskelig. Jeg opplevde at abstinensene og angsten var en forstyrrende faktor for henne, hun ble for urolig og rastløs til å kunne fokusere skikkelig på noe. Det

gjorde også at hun sov dårlig og følte stadig at hun trengte hvile for å kunne fungere godt. En annen forstyrrende faktor var at hun ikke visste hvor lenge hun fikk bli. Oppholdet ble forlenget med en halv eller en uke av gangen, og det var knyttet mye usikkerhet til dette. Hver mandag og torsdag/fredag ble det vurdert av psykologene om hun skulle hjem eller få bli, og det ble sjelden gitt signaler på forhånd om hva de mente ville skje. Disse dagene ble hele formiddagen ødelagt av ”å vente på dommen” som Ellen uttrykte det. Det var vondt å se på, både for meg og for de andre ansatte. Det følte feil med tanke på hva vi ønsket å oppnå med innleggelsen, siden det heller var med på å understreke hennes følelse av verdiløshet heller enn å bygge henne opp. I sykepleiernes etiske retningslinjer understreker punkt 2.2 sykepleiers plikt til å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Jeg antar at psykologene har tilsvarende etiske retningslinjer. De er i tillegg underlagt Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og skal derfor bidra til å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Slik jeg ser det hadde Ellen viljen til å være aktivt deltakende i et konstruktivt forhold til personalet, men manglet evnen da hun var innlagt siden hun var dårlig og påvirket av abstinensene. Når hun i tillegg opplevde usikkerhet istedenfor trygghet i samarbeidet med psykologene og til dels personalet for øvrig ble det vanskelig for henne å bidra med sin del for å bygge en god relasjon.

I avdelingen hadde Ellen en primærkontakt, men måtte også forholde seg til annet personale på jobb. Hun ble tatt godt imot og personalgruppen var imøtekommende. Jeg observerte at de møtte henne med en god kombinasjon av tydelighet og utfordring samt aksept og empatisk lytting slik som beskrevet av Helsedirektoratet (2011). Jeg satt likevel igjen med en følelse av at personalet selv ikke hadde tro på at de kunne hjelpe henne. Det kan jeg forstå, for institusjonen Ellen var på hadde ikke langtidsplasser, og personalet mente at det de reelt sett kunne oppnå var et lite push i riktig retning før Ellen dro hjem. Den videre oppfølgingen var opp til kommunen. Slik jeg ser det påvirker dette måten sykepleierne møter Ellen på. Hvis de ikke egentlig har tro på at de kan hjelpe henne, er det da realistisk å tro at de er i stand til å se pasienten som et individ og bygge en god relasjon slik Travelbee (2007) er opptatt av? Hvis det ikke dannes en fruktbar relasjon står personalet i fare for å tolke pasienten ut fra egne forutinntatte holdninger og jobbe ut fra det. I følge Travelbee (2007) vil det hindre sykepleier i å bruke seg selv terapeutisk og dermed vil det være vanskelig for sykepleier å hjelpe pasienten med å mestre sykdommen og å finne mening i situasjonen som gjennomlevs.

Sykepleiers forsøk kan da i liten grad fremme forandring hos pasienten som igjen kunne bidratt til å lindre eller redusere plagene hennes (Travelbee, 2007).

Sælør & Biong (2011) beskriver i sin artikkel at personalet som ble intervjuet opplever hverdagen etter rusreformen som preget av mangelen på behandlingsplasser, tid og personell. De trekker også frem at personalet har for lite kunnskap om hvilken hjelp de med rusproblemer skal tilbys. I følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er vi ansvarlige for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I henhold til § 2-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten rett til nødvendig hjelp både fra kommune og spesialisthelsetjenesten. I samme lov understrekes det at helsetjenesten skal fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv. Det virker sannsynlig for meg at det er utfordrende og demotiverende å være sykepleier når man opplever at ytre omstendigheter som mangel på bemanning og behandlingsplasser hindrer oss fra å hjelpe pasientene slik vi plikter, både i henhold til etiske retningslinjer og norsk lov. Det stilles krav til sykepleieres virke fra myndighetene og forventninger fra Sykepleierforbundet, men det legges ikke nok til rette slik at vår jobb kan utføres på en tilfredsstillende måte. Jeg synes det er vanskelig å akseptere dette, siden det er pasientene det går utover. Det er viktig for sykepleiere å være klar over at alle pasienter, også Ellen og andre med en ROP-lidelse, har krav på god behandling. Myndighetene bærer et stort ansvar for å legge forholdene til rette for dette.

Sælør & Biong (2011) skriver videre at gamle negative holdninger til rusmisbrukere henger igjen hos enkelte av personalet, og at det fører til en nedprioritering av ruskompetanse. De påpeker at slike negative holdninger er med på å få sykepleierne som jobber med rusproblematikk til å føle seg lite verdsatt, noe som igjen hindrer økt ruskompetanse. Kanskje henger det sammen med at rusmisbrukere opplever stadige tilbakefall, og at jobben sykepleier gjør da virker mindre viktig. Jeg merket også negative holdninger i min praksis, særlig overfor de som bar synlig preg av rusmisbruket. Det ble en avstand mellom personalet og disse pasientene, og en felles forståelse av at de uansett ikke kunne hjelpe personen før han eller hun var rusfri og tilstrekkelig motivert. Slik jeg ser det strider dette mot hva rusmisbrukere faktisk trenger av støtte for å klare å bli rusfrie. På en annen side ser jeg at slike holdninger kan være et resultat av at tilbudet som gis ikke er tilpasset pasienten, og dermed blir personalet demotivert og mister troen på å kunne hjelpe. Sælør & Biongs (2011)

undersøkelse bygger opp under min antakelse om at det kan være vanskelig å danne et godt menneske-til-menneske-forhold. Ikke bare fra pasientens side, men også for sykepleier. Dette er problematisk siden det er sykepleiere som er ansvarlige for forholdet, slik det understrekes av både Travelbee (2007) og Norsk Sykepleierforbund (2011). Sælør & Biong (2011) trekker fram nødvendigheten av at ledere må erkjenne at pasienter med ROP-lidelse er en faglig, ressursmessig og holdningsmessig utfordring for sykepleiere. Det kreves målrettet arbeid på ledelsesnivå for å heve kompetansen og endre rammebetingelsene, og dermed danne gode vilkår for endring for pasienten (Sælør & Biong, 2011). De yrkesetiske retningslinjene trekker også frem lederes ansvar for å legge til rette for fagutvikling og refleksjon (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Så hva bør sykepleiere vite for å danne en relasjon med Ellen? Angst bygger på en uhensiktsmessig følelse av fare (Aarre et al., 2012). Samtidig er angst et fremtredende abstinenssymptom for benzodiazepiner og alkohol (Evjen et al., (2012). Det kan være vanskelig å skille hva som er angst på grunn av abstinenser og hva som er de opprinnelige symptomene på angst (Evjen et al., 2012). Håkonsen (2011) trekker fram to hovedformer for angstlidelser utenom de som er et resultat av rus. Begge knyttes opp mot tidligere hendelser i livet som traumer, svik, overgrep og konflikter. Dette er, slik jeg ser det, interessant og relevant for Ellens situasjon. Ellen er preget av sin barndom, hvor hun har opplevd å ikke passe inn og stadig høre at hun har atferdsproblemer. Som student kunne jeg sette av god tid til å snakke med henne. Hun fortalte blant annet at moren ofte var fortvilet over Ellen da hun var barn, og ikke visste hva hun skulle gjøre for å få henne til å oppføre seg fint. Ellen hadde det vanskelig på skolen og opplevde å bli mobbet, og var i stadige konflikter med elever og lærere. Slik jeg ser det kan Ellen ha med seg traumer og svik fra barndommen som har bidratt til hennes angst og rusmiddelmissbruk.

Personer med psykiske lidelser er mer utsatt for å utvikle alkoholproblemer enn andre. For mange kan det starte med selvmedisinering, men så opplever man at angsten forverres av alkoholen (Aarre et al., 2012). Ellen beskrev følelsen av å ikke få til noe, at alt hun gjør går galt og mislykkes. Håkonsen (2011) beskriver en uttalt sårbarhet hos pasienter med angst, ved at personen ikke har tro på egen evne til å mestre en situasjon der de føler de ikke har kontroll. De undervurderer egne evner og ressurser, og det blir en destruktiv spiral der de negative opplevelsene er mye mer tilgjengelige i hukommelsen enn de positive (Håkonsen,

2011). Dette gir ekstra utfordringer for sykepleier i møtet med Ellen. Det vil, slik jeg ser det, være viktig å underbygge de gode mestringsopplevelsene slik at de blir lettere tilgjengelig i hukommelsen. På den måten vil Ellen etter hvert kunne hente fram den gode følelsen av å mestre framfor å forvente at hun ikke får det til. Man kan spørre seg om det er realistisk å få til dette. Jeg mener det er en prosess som krever innsats over tid, og det er viktig at Ellen opplever denne typen støtte fra flere personer i sine omgivelser. Sykepleiers bidrag er kanskje begrenset, men vi er en profesjon som bør ha kunnskap om dette og kan være nettopp en del av Ellens omgivelser som viser at hun kan mestre mer enn hun tror.

Doktorgradsarbeidet til Klette (2007) gir et viktig perspektiv på hvordan sykepleier kan møte Ellen på hennes premisser. Tanken om at Ellen på bakgrunn av samspeilet med sin mor har en tilknytningsstrategi som er engstelig er nærliggende ut fra det Ellen har fortalt fra barndommen. Stadige konflikter og en oppvekst i en tid der barn i større grad skulle adlyde og oppføre seg pent kan ha ført moren til å straffe og skjenne på barnet. Hun klarte ikke å se at det Ellen trengte var å få trøst og støtte nettopp fordi hun stadig var i konflikter, og følte at hun ikke fikk til det som ble krevd av henne.

Salzmann-Eriksons (2013) studie trekker frem tre forhold som viktige for personlig bedring hos personer med psykiske lidelser. I tillegg til en indre prosess av endring, legges det vekt på bidrag fra omgivelsene og å delta i sosiale og meningsfulle aktiviteter. Den indre prosessen forutsetter at personen har tro og håp for framtiden, og bidrag fra omgivelsene kan være det som aktiverer håpet (Salzmann-Erikson, 2013). I følge Travelbee (2007) er det en viktig oppgave for sykepleiere å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet, og å unngå håpløshet. Hun skriver videre at håpløshet trolig oppstår når man har lidt intenst alt for lenge uten å få hjelp. Det er vanskelig for meg som utenforstående å si om Ellen hadde håp eller ikke, men om hun hadde det så tenker jeg at det var ganske skjørt. Travelbee (2007) knytter håp sammen med tillit, og trekker frem at barnet lærer tillit fra omsorgspersoner i barndommen. Barnet får da en antakelse om at det vil få hjelp utenfra når det er nødvendig, noe også Klette (2007) anser som en viktig del av et trygt tilknytningsmønster. Men hva skjer hvis et barn ikke får hjelpen det trenger, men heller opplever at det må klare seg selv? Slik jeg ser det, kan Ellen ha følt seg alene med sine problemer i barndommen, og har derfor ekstra behov for støtte som voksen for å kunne ha et reelt håp for framtiden. Det innebærer at for personer med ROP-lidelser generelt og for Ellen spesielt, vil det være ekstra viktig for sykepleier å vise personen

at det finnes muligheter for forandring og bedring i livet. Det vil kunne være med på å underbygge håp (Travelbee, 2007). Helsedirektoratet (2011) støtter Travelbee i dette, og fremhever viktigheten av å ha en realistisk målsetning med behandlingen, som stimulerer til utvikling men som skjermer pasienten fra nederlag. Begge legger vekt på langvarig behandling og en god relasjon.

Klette (2011) beskriver i sin forelesning en fjerde type tilknytning som hun kaller ervervet trygg tilknytning. Dette er en type tilknytning man kan oppnå til tross for belastende erfaringer i barndommen, dersom personen opplever sensitivitet og empati i stabile nære relasjoner senere i livet. Hvis min antakelse stemmer, og Ellen har en type engstelig tilknytning med seg fra barndommen, så finnes det et håp om endring og bedring for henne gjennom denne typen tilknytning. Klette (2011) beskriver faktorene følelsesmessig støtte og alternativ trygg tilknytning som viktige i denne sammenheng. Det som kjennetegner den som har oppnådd å erverve seg trygghet, er en åpenhet og evne til refleksjon ut fra egen person når de forteller sin historie. Klette trekker blant annet frem sykdom, tap og traumer som faser i livet der man er mer åpen og mottakelig for en slik endring. Slik jeg ser det, kan Ellen være i en slik fase nå siden hun er så fortvilet over situasjonen hun er i. I så fall vil det være viktig at den hjelpen hun tilbys er tilstrekkelig, og av en slik art at hun opplever at det er hjelp å få utenfra når hun trenger det. I motsatt fall vil det være nok en bekreftelse på at hun må klare seg selv.

Hvordan kan sykepleier bidra til å vri Ellens engstelige tilknytning til en ervervet trygg tilknytning? Jeg tror ikke det er realistisk at en sykepleier tar på seg rollen som en alternativ trygg omsorgsperson, siden vi mangler aspektet ”nære relasjon”. Men vi kan bidra med følelsesmessig støtte, empati og sensitivitet i vår relasjon. I tillegg har mange med ROP-lidelse ikke noe nært nettverk de kan bruke. Da blir institusjonen og personalet som jobber der nære og viktige omsorgspersoner likevel. Slik jeg ser det kan vi så et frø av håp dersom vi evner å møte pasienten på en sensitiv og empatisk måte. Vi kan vise at vi er trygge å forholde seg til og at vi er der når pasienten trenger oss. Kanskje er vi personens mest nære og stabile kontakt? Det viser hvor stort ansvar vi har i vår rolle som sykepleiere, men også hvor mye godt vi kan gjøre for pasienten dersom vi har kunnskap om hva som hjelper.

5.0. KONKLUSJON

Hensikten med denne studien har vært å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til trygghet og mestring hos personer med ROP-lidelse. Besvarelsen har dreid seg om Ellen, men også for pasienter med tilsvarende lidelser.

Travelbee (2007) legger i sin teori vekt på sykepleiers evne til å danne gode relasjoner. Relasjonstanken støttes av flere, blant annet Klette (2013) som sier at ved å gi Ellen følelsesmessig støtte og møte henne med empati og sensitivitet kan sykepleier bidra til en alternativ trygg tilknytning for Ellen. Mye tyder på at det kan være utfordrende å danne en god relasjon til personer som Ellen. Nedprioritert ruskunnskap og et utilstrekkelig behandlingstilbud for pasientgruppen i kombinasjon med negative holdninger hos personalet, kan påvirke sykepleieres evne til å danne en god relasjon. Abstinenser og sykdom samt en manglende tro på at de kan få hjelp, kan gjøre det vanskelig for pasienten å bidra til relasjonen. Sykepleiers evne til å fremme håp hos pasienten trekkes frem som viktig av Travelbee (2007). Jeg har funnet støtte for dette i pensumbøkene og i artiklene jeg har brukt. Håp for fremtiden og en tro på at det finnes alternativer, selv om de ikke alltid er så gode, kan sette i gang en indre endringsprosess mot bedring (Travelbee, 2007 & Salzmann-Erikson, 2013). Sykepleiers arbeid med pasienter med ROP-lidelse handler om å sette realistiske mål som fremmer følelse av mestring og samtidig skjermer fra nederlag (Helsedirektoratet, 2011). Det krever utholdenhet fra både pasientens og sykepleiers side (Travelbee, 2007) og ved tilbakefall kan sykepleier ikke gi opp, men må fortsette og sette nye realistiske mål (Aarre et al., 2012). Det er viktig å anerkjenne ROP-pasienter som en utfordring for sykepleiere og hjelpeapparatet for øvrig, og legge til rette for tilstrekkelig kunnskap og et godt behandlingstilbud, slik at sykepleier kan gjøre jobben sin og hjelpe pasienter som Ellen til å føle seg verdsatt.

Jeg vil til sist understreke viktigheten av at sykepleiere kjenner til årsakene til angst og hvordan pasienter kan påvirkes av traumer og svik i relasjoner fra barndom inn i det voksne livet. Hvis vi anerkjenner dette vil det være mulig å hjelpe Ellen og andre i hennes situasjon til å oppleve økt trygghet og mestring i sine liv.

LITTERATURLISTE:

- Aarre, T., Bugge, P. & Juklestad, S.I. (2012). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Borge, L., Røssberg, J. I. & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 932-942.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- Evjen, R., Kielland, K.B. & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelse. (IS-1948/2011). Oslo: Direktoratet.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal.
- Håkonsen, K. M. (2011). *Innføring i Psykologi*. Oslo: Gyldendal.
- Klette, T. (2007). *Tid for trøst. En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner* (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Norge). Nova Rapport 17/2007. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Klette, T. (2011). Betydningen av tidlig samspill og tilknytning. Forelesning i modul 4, holdt ved Høyskolen Diakonova, Oslo.
- Klette, T. (2013). Sammenhenger mellom omsorgssvikt, tilknytning og psykisk helse. Forelesning i modul 9, holdt ved Høyskolen Diakonova, Oslo.

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra:

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-002.html>

Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven). Hentet fra:

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-001.html>

Salzmann-Erikson, M. (2013). An integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 185-191.

Sykehuset innlandet. (udatert). Nasjonal kompetansetjeneste ROP. Hentet 12. mars 2014 fra

<http://www.rop.no>

Sælør, K.T. & Biong, S. (2011). Endringer i sykepleieres hverdag etter rusreformen. *Sykepleien Forskning* 6(2), 170-176.

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.