



Høgskolen i **Hedmark**

BASY 2012

Avd. Kongsvinger

Veileder: Marit Berg

Linn Mari Sørgård og Pia Kirsebom

4BACH

Livskvalitet til samfunnets mest utsatte

Quality of life for society's most vulnerable

Antall ord: 12 427

Bachelor Sykepleie

Våren 2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Sammendrag

Denne bachelor oppgaven tar utgangspunkt i problemstillingen vår; Hvordan kan vi som sykepleiere gi best mulig oppfølging til ROP pasienten i kommunehelsetjenesten for å sikre best mulig livskvalitet? Vi har valgt å fordype oss kun i mennesker som har en antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette er en krevende pasientgruppe som det er vanskelig å gi god oppfølging til da de som regel ikke klarer å opprettholde relasjoner over tid. Videre har disse pasientene manglende evne til empati og kan utføre grusomme handlinger uten å føle hverken anger eller skyld for dette samt at de kan være en fare for seg selv og samfunnet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2013). Oppgaven bygger på en case som omhandler Thomas og hvordan hans livskvalitet er svært redusert.

Vår opplevelse fra praksis er at denne pasientgruppen utgjør en stor fare for samfunnet, i tillegg til at de er svært kostbare å behandle. Vi som sykepleiere møter store utfordringer når det gjelder pasienter som kan ha stor grad av voldsrisiko, og i tillegg bruker rusmidler.

I oppgaven har vi hatt med oss sykepleieteoretiker Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Martinsen (2003) skriver mye om at man ikke skal ha et mål at pasientene skal blir friske, men at de skal bli mest mulig velfungerende ut i fra deres forutsetning. Dette har vi lagt stor vekt på i oppgaven vår. Gjennom hele oppgaven har vi hatt fokus på at Thomas sin livskvalitet vil bli vesentlig bedre hvis hans rusmisbruk blir sterkt redusert samt at han får en tettere og mer tilpasset oppfølging.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	
1.1 Vår hensikt med oppgaven	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Avgrensning	7
1.4 Case	7
1.5 Anonymisering	8
1.6 Begrepsavklaring	8
1.7 Oppgavens oppbygging	9
2. Metode	10
2.1 Valg av metode	10
2.2 Søk	11
2.3 Kildekritikk	11
2.4 Forskning	12
3. Teori	14
3.1 Sykepleieteoretiker	14
3.2 ROP - pasient	15
3.3 ACT - team	16
3.4 Antisocial personlighetsforstyrrelse	16
3.5 Autonomi og empowerment	17
3.6 Kommunikasjon, relasjon og allianser	18
3.7 Egostyrkende sykepleie	20
3.8 Etikk	21
3.9 Individuell plan	22
3.10 Lovverk	22
3.10.1 Helsepersonelloven	22
3.10.2 Lov om psykisk helsevern	23
3.10.3 Yrkesetiske retningslinjer	23
4. Drøfting	24
4.1 Hvordan fungerer lovverket rundt psykisk helsevern?	24
4.2 Samarbeid mellom ulike instanser	28

4.3 Individuell plan	30
4.4 Relasjoner	31
4.5 Kommunikasjon med Thomas	33
4.6 Veien videre	34
4.7 ACT - team	35
5. Konklusjon	38
Litteraturliste	40
6. Vedlegg 1. Søkeprosess	44
7. Vedlegg 2. PICO skjema	45

1. Innledning

1.1 Vår hensikt med oppgaven

Vår hensikt med denne oppgaven er å synliggjøre utfordringene med å ivareta og kunne gi god sykepleie og oppfølging til pasienter med ROP lidelse slik at de får opprettholdt best mulig livskvalitet. Vi ønsker å belyse hvor viktig det er med engasjerte helsepersonell, og viktigheten av at disse har gode holdninger og klarer å stå i relasjon med pasientene over tid selv om dette kan være krevende med denne typen pasienter. Denne pasientgruppen er en stor belastning for samfunnet, både økonomisk og i tillegg utsetter de samfunnet for en stor voldsrisiko. ROP pasientene er en krevende pasientgruppe med mange ulike aspekter av psykiske lidelser og rusproblematikk. De er noen av de svakeste i samfunnet og derfor er de i større grad utsatt for stigmatisering. De krever mye ressurser, tett oppfølging og kontinuitet. De trenger stor grad av tilrettelegging for at de skal få best mulig livskvalitet ut fra deres forutsetninger (Helsedirektoratet, 2012).

Vi velger å ta utgangspunkt i ROP pasienten, videre vil vi ha fokus på pasienter med antisosial / dyssosial personlighetsforstyrrelse. Personer med denne lidelsen har ofte en sterk tilbøyelighet til å ruse seg, og kan i stor grad ha høy voldsrisiko (Evjen, Kielland & Øiern, 2012). Dette gjør disse pasientene til en samfunnsmessig fare både for seg selv og andre hvis de ikke får den hjelpen og oppfølgingen de trenger fra helsevesenet. Diagnosen krever god kunnskap og profesjonell oppfølging av kunnskapsrikt helsepersonell, som samtidig har gode holdninger, stor grad av empati og respekt. Balansegangen mellom autonomi, empowerment og paternalisme er noe vi ser på som viktige prinsipper i oppfølging av disse pasientene.

Videre vil vi se på om gjeldende lovverk kan vanskeliggjøre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen i forhold til å kunne gi god sykepleie og oppfølging av denne pasientgruppen. Hvordan blir de ulike tvangsparagrafene brukt for å sikre pasienten og samfunnet best mulig? Vi tar videre utgangspunkt i Kari Martinsens sykepleierteori som innebefatter relasjoner mellom mennesker og videre møte pasienten på det nivået der den er.

Vår hensikt med denne oppgaven, er å fokusere på hvordan det tverrfaglige systemet rundt oppfølgingen av disse pasientene fungerer. Og hvordan fokuset på opprettholdelse av livskvalitet ofte blir borte. Vår erfaring fra praksis med denne pasientgruppen var at de ofte

faller utenfor systemet og at de i stor grad blir overlatt til seg selv. Fokuset på livskvalitet blir glemt.

Vi erfarte at det var vanskelig å få til et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Fra praksis opplevde vi ofte at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ikke fungerte. Ofte ble pasienter tvangsinnlagt fra kommunelegen til spesialisthelsetjenesten, hvor de som regel ble utskrevet dagen etter uten at kommunen ble informert om dette. Vi reagerte på dette, da disse pasientene ofte kan være til stor fare for seg selv og andre. Antisocial personlighetsforstyrrelse er en diagnose som ofte forbindes med lav sosioøkonomisk status og stor voldsrisiko, pasientene er i stor grad utsatt for stigmatisering av samfunnet, og til en viss grad også av helsepersonell (Black, Skodol & Hermann, 2015).

I følge rapporten Drap i Norge fra 2004-2009 var totalt 71 % av gjerningspersonene som begikk drap i denne perioden personer med en psykisk lidelse på gjerningstidspunktet. Personlighetsforstyrrelser var representert med 30 %, og videre var det 17 % av disse som hadde en antisosial / dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det var en overhyppighet av personlighetsforstyrrelser og rusrelaterte lidelser. Samme metastudie som er gjort i norske fengsel konkluderte med at 47 % av de mannlige innsatte har en dyssosial personlighetsforstyrrelse (Olsen et al., 2010, s. 31-32).

Vi mener derfor det er viktig å belyse dette temaet, i håp om at fokuset på oppfølging og holdninger hos helsepersonell kan være med å øke livskvaliteten til disse pasientene.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere gi best mulig oppfølging til ROP pasienten i kommunehelsetjenesten for å sikre best mulig livskvalitet?

1.3 Avgrensning

Dette er et stort tema, og vi vil derfor velge å avgrense oppgaven. ROP pasienter innebærer et stort spekter av psykiske lidelser, men vi har valgt å kun fokusere på mennesker med antisosial personlighetsforstyrrelse da vi ser at dette er en viktig pasientgruppe som det er utfordrende å utøve god sykepleie til. Vi velger å ikke utdype eller ta med pårørende, selv om disse i stor grad kan være viktige støttespillere og ressurser for denne pasientgruppen.

Videre vil vi avgrense oppgaven til å omhandle kommunehelsetjenesten, men vi kommer til å ha med lovverket rundt tvangsparagraferne, hvordan disse fungerer og hvordan disse pasientene eventuelt må innlegges i spesialisthelsetjenesten. Vi går ikke noe mer inn på spesialisthelsetjenestens oppgaver utover dette. Vi ser viktighet og nødvendighet med et godt samarbeid mellom disse instansene for å sikre at pasientene får den kontinuitet og behandlingen de trenger. Vi kommer til å skrive om rusmidler generelt, og kommer ikke til å gå inn på de ulike rusmidlers virkemåter. Vi kommer heller ikke til å skille mellom alkohol eller pillemisbruk, bare overordnet om rusmidler. Vi kommer også til å utelukke all medikamentell behandling i oppgaven, selv om det finnes mange ulike medikamenter som kan hjelpe disse pasientene til å minske symptomtrykk.

1.4 Case

Thomas er en mann i midten av 30 årene. Thomas har en antisosial personlighetsforstyrrelse, i tillegg bruker han rusmidler i stor grad. Derfor er han en ROP pasient. Det vil si en diagnose som innebærer både rus og psykiatri. Thomas viser liten bønn, det er kommunens ansvar å finne et passende sted han kan bo. Thomas har bodd både på institusjon og i egen bolig. Han har rasert det ene stedet etter det andre, og kommunen har problemer med å finne en egnet bolig til han. Thomas viser aggressiv atferd og utøver vold mot både naboer, totalt fremmede og personale. Han har ikke evnen til å se konsekvenser og mangler impulskontroll. Han kan i tillegg seksuelt trakassere både kvinner og menn.

Thomas utøver en stor fare både for seg selv og samfunnet. Han mangler evne til empati, han klarer ikke å sette seg inn i andres følelser. Han gjør alt for egen vinning og det er i det lange

løp nødvendigvis ikke positivt for han. Thomas liker å skremme, og er heller ikke redd for å havne i fengsel. Dette gjør han til en særdeles farlig person. Thomas har flere ganger prøvd å ta sitt eget liv, noe som har ført til at han ofte har blitt lagt inn på tvang, men skrevet ut igjen dagen etter.

Thomas har et høyt symptomtrykk som vurderes til stadig å være eskalerende. Han har flere dommer på seg og har sonet flere ganger i fengsel. Her fungerer han godt, da det er trygge rammer og han ikke får muligheten til å ta så mange gale valg. Thomas forteller at de faglærte er mer opptatt av å sette diagnoser på han, enn å faktisk hjelpe han. Han gir tydelig uttrykk for at han trenger hjelp til å forandre livet sitt.

1.5 Anonymisering

Denne casen bygger på en reell pasient, men vi har valgt å forandre navn og en del annet innhold i selve casen slik at pasienten ikke skal bli mulig å kjenne igjen. Dette er for å beskytte og anonymisere pasienten (Dalland, 2013).

1.6 Begrepsavklaring

Antisosial personlighetsforstyrrelse: Personlighetsforstyrrelse som er alvorlig. Innebefatter manglende evne til empati, høy grad av volds og rusproblematikk. Antisosial eller dyssosial personlighetsforstyrrelse går under samme klassifisering (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2013).

ROP pasient: En ROP- pasient har minst to selvstendige lidelser, en rus lidelse og en psykisk lidelse samtidig (Evjen, Kielland og Øiern, 2012).

Voldsrisiko: Hvor stor faren er for at en pasient skal utagere og utøve vold (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2013).

Stigmatisering: Utstøtelse skjer når en person viser tilløp til sosiale avvik, og dermed blir sett på som annerledes. Det kan føre til reaksjoner og avvisning av personen, og den stigmatiserte opptrer etter hvert etter de forventningene som er knyttet til rollen (Hummelvoll, 2012).

Livskvalitet: Er individuelt og dreier seg om optimal velværefølelse fysisk og psykisk utfra forholdene som ligger til grunn og hva den enkelte ønsker for livet sitt (Hummelvoll, 2012).

Autonomi: Retten til å bli informert og til å få velge selv. Retten til å få bestemme selv og bli hørt og respektert for sin beslutning er både en etisk og en juridisk rettighet. (Brinchmann, 2013).

Empowerment: Handler om å ha kontroll over eget liv, en forutsetning for dette er å ha en viss selvbevissthet og være bevisst sin egen situasjon. Man må være delaktig i forhold til å definere behov og problemer og beslutninger som tas som handler om ens eget liv (Tveiten, 2008).

Paternalisme: Før bestemte legen hva slags behandling en pasient skulle ha, i dag står autonomi og retten til å bestemme selv sterk. Paternalistiske holdninger ses ikke på som noe utelukkende positivt i dagens helsevesen. Svak paternalisme kan godtas i de tilfellene pasienten er ute av stand til å ta vare på seg selv og ikke vet hva som er til hans eget beste. I noen tilfeller vet helsepersonellet best, men hovedregelen er at paternalisme skal unngås, vi må passe på å ikke krenke pasientens integritet (Brinchmann, 2012).

1.7 Oppgavens oppbygging

Vi har valgt å bygge opp oppgaven på følgende måte.

1. Innledning, og vår hensikt med oppgaven. Videre kommer problemstilling og avgrensing av oppgaven. Presentasjon av case, anonymisering og begrepsavklaring.
2. Metodekapittel, dette inneholder metode, valg av metode og søk. Videre inneholder det kildekritikk, hvordan vi har vurdert og kritisk gransket våre forskningsartikler. Så kommer det en presentasjon av hver forskningsartikkel vi har valgt og mener er særdeles relevant for vår oppgave. PICO skjema og søkeprosess er vedlegg.
3. Teoridel, denne delen innebefatter en presentasjon av sykepleieteoretiker Kari Martinsen, videre har vi tatt med ROP pasienter, ACT - team, antisosial personlighetsforstyrrelse, autonomi, empowerment og kommunikasjon, relasjon og allianser. Videre kommer,

egostyrkende sykepleier prinsipper, etikk, individuell plan og lovverket, som innebefatter følgende; helsepersonelloven, lov om psykisk helsevern samt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

4. Drøftingsdel

5. Konklusjon

6. Litteraturliste

7. Vedlegg, 1. Søkeprosess og 2. PICO skjema.

2. Metode

Aubert (1985) beskriver metode som en fremgangsmåte til å løse problemer slik at man kan komme frem til ny kunnskap om et tema. Metoden vi velger vil hjelpe oss å finne gode data og opplysninger som vil hjelpe oss å belyse vår problemstilling (Dalland, 2013).

For å kunne løse oppgaven vår, er det viktig å velge en metode som er formålstjenelig i henhold til vår problemstilling.

Det finnes flere ulike metoder for hvordan vi kan jobbe for å belyse vår problemstilling på en best mulig måte. Kvantitativ metode går ut på at den gir oss data i forhold til målbare enheter, dette kan forstås med at det gir en forståelse av mer holdbare fakta, mens kvalitativ metode gir oss muligheten til å poengtere meninger og opplevelser som man ikke kan måles i statistikk eller andre målbare enheter. Dette kan i hovedsak mer klassifiseres som den tolkende måten å samle data på (Dalland, 2013).

2.1 Valg av metode

Metoden vi velger i vår oppgave er viktig for å gi oss best mulig informasjon og en systematisk oversikt om vårt tema. Som fremgangsmåte for vår oppgave tar vi utgangspunkt å innhente informasjon gjennom en kvalitativ metode og et litteraturstudie for å kunne belyse

vår oppgave og problemstilling. Dette gjør vi slik at vi kan få et best mulig resultat i forhold til problemstillingen. Vi tar utgangspunkt i all teori og litteratur vi har hatt gjennom 3 år på dette studiet, videre tar vi med systematisk søk, forskning og selvvalgt litteratur på vårt tema. Vår oppgave og problemstilling går ut på å gi best mulig oppfølging til ROP pasienten for å øke livskvaliteten til denne utsatte gruppen (Dalland, 2013).

2.2 Søk

Vi har søkt systematisk i følgende databaser: CINAHL, Cochrane database of systematic Reviews, SveMed+, Helsedirektoratet, Medline og Helsebiblioteket. Vi har søkt med ulike MESH termer for å gjøre søkende optimale i forhold til vår problemstilling. Vi har videre tatt utgangspunkt i PICO skjema som ligger som vedlegg i oppgaven for å finne rett søkeord. I tillegg ligger det en utfyllende søkeprosess som vedlegg. Denne søkeprosessen beskriver hva slags ord vi har søkt på, hvor mange treff vi har fått og hvor det er funnet. Vi har brukt faglitteratur som står på pensumlisten. I tillegg har vi vært på biblioteket å hentet inn relevante bøker som omhandler vårt tema og som er relevante for vår problemstilling.

2.3 Kildekritikk

Vi har kritisk gransket alle forskningsartikler med utgangspunkt i sjekklister for gjeldende studier. Vi har videre brukt IMROD som en mal for å vurdere om det vi har funnet er forskningsartikler. Mye av forskningen vi har funnet har vært oppdatert forskning. Vi har også funnet både primær og sekundær forskning. Forskjellen på dette er følgende; primær forskning er skrevet av forskeren selv, eller en forskningsgruppe, mens en sekundær forskning betyr at det er noen andre som har tolket hva en annen forskning som er gjort på et emne.

Det er viktig at forskningen er relevant og ikke for gammel. Videre er det viktig å se om forskningen vi har funnet er pålitelig og om vi kan stole på resultatene. Videre om resultatene er relevante for vår oppgave og om det kan benyttes i videre praksis. Alt dette må vurderes nøye. Vi har søkt øverst i kunnskapspyramiden slik at våre søk skal være mest mulig systematisk med utgangspunkt i kunnskapsbasert forskning. Kunnskapsbasert forskning er forskning som har både erfarings-, forsknings- og brukererfaringsperspektiv.

2.4 Forskning

Her kommer en presentasjon av forskningsartiklene vi mener er svært relevante for vår problemstilling og som vi velger å ta med i vår oppgave.

Ruud et al., 2014 har skrevet forskningsrapporten som har evaluert utprøvingen av ACT-team i Norge. Studien er utgitt i 2014. Studien er relevant i forhold til oppfølging, helhetlig og kontinuerlig behandling av mennesker med alvorlig psykisk lidelse og stor grad av rusproblematikk. Vi ser at denne har viktige prinsipper i forhold til videre behandling av denne pasientgruppa. Data materialet som er brukt i forskningen baserer seg på en kvantitativt studie. Vi har valgt å ta med denne studien i vår oppgave da vi mener den er relevant i forhold til mennesker som har antisosial personlighetsforstyrrelse og belyser hvor krevende denne pasientgruppen kan være å få til å fungere i hverdagen.

Duggan, Stoffers, Huband, Völlm, Ferriter & Lieb (2010) har skrevet en forskningsartikkel som tar for seg oppdatert forskning rundt ulike tiltak til mennesker med antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette er oppsummert forskning fra 2010 som har basert seg på 11 studier som omhandler dette temaet. Studien er viktig i forhold til ulike tiltak og behandlingsmetoder til mennesker med antisosial personlighetsforstyrrelse. Den tar også utgangspunkt i volds og rusproblematikken disse pasientene har. Studien bekrefter også at denne pasientgruppen er vanskelig å beholde i behandling da pasientene som regel ikke oppsøker behandlingshjelp selv, men heller tar avstand fra dette. Derfor ser vi denne som svært relevant i henhold til vår oppgave. Denne studien baserer seg på sekundær forskning.

Kunnskapssenteret har utgitt en systematisk oversikt over effekten av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne i 2012 på oppdrag av Norsk Psykolog forening. Denne rapporten viser at det finnes lite forskning på hvilke tiltak som er effektive for dette formålet. Rapporten tar utgangspunkt i forskning som er gjort i forhold til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som for eksempel schizofreni, bipolare lidelser eller alvorlige personlighetsforstyrrelser. Derfor ser vi at denne studien er relevant i forhold til vår oppgave. Studien er fagfelleurdert og baserer seg på sekundær forskning.

Dieterich, Irving, Park og Marshall (2010) har utgitt denne oppsummerte forskningen i 2010. De har sett på en gjennomgang av 38 studier som går på oppfølging av alvorlig psykisk syke og bruk av ACT- team og Case management. Denne studien er relevant for oss da den ser på arbeid med denne modellen internasjonalt, og i tillegg underbygger studien den norske evalueringen av ACT - team i Norge. Studien er basert på sekundær forskning.

Cramer har skrevet en forskningsartikkel i 2014 som baserer seg på forekomsten av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsel. Studien er gjennomført av kompetansesenteret for fengsel-, sikkerhets- og rettspsykiatri for helseregionen Sør - Øst, Oslo Universitetssykehus. Denne rapporten tar også for seg forekomst av psykiske lidelser i utenlandske fengsel. Den viser at en høy andel av de innsatte i fengsel lider av en antisosial personlighetsforstyrrelse. Derfor ser vi at denne er særdeles relevant i forhold til vår oppgave og Thomas sin økende voldsrisiko. Studien baserer seg på en spørreundersøkelse / intervju av de innsatte i norske fengsel.

Bremnes, Lilleeng, Pedersen, Hellevik og Bergersen har utgitt en forskningsrapport i 2014 om bruken av tvang i psykisk helsevern for voksne. Rapporten belyser hvordan tvangsparagrafene fungerer og om hvor mye tvang det blir brukt i psykisk helsevern i løpet av de siste årene. Rapporten er viktig i forhold til vår oppgave, da det viser seg at 37 % av innleggelsene til tvungen observasjon er pasienter med rus og avhengighetsproblematikk og personlighetsforstyrrelser.

3. Teori

I dette kapittelet har vi valgt å ta med all teori vi anser som relevant for vår problemstilling og oppgave med utgangspunkt i faglitteratur og selvvalgt litteratur.

3.1 Sykepleieteoretiker

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Kari Martinsens sykepleierteori gjennom hele oppgaven. Kari Martinsen er sykepleier med spesialutdanning innen psykiatri og er dr. Philos. Martinsens filosofiske perspektiv og tenkning er i stor grad basert på arbeidet til den danske filosofen Knud Løgstrup (Martinsen, 2003).

Vi har valgt å bruke Martinsen (2003) da sykepleieren i hennes teori har en avgjørende rolle i omsorgsutøvelsen i og med at hun bestemmer innholdet i omsorgen ut fra sin situasjonsforståelse. Vi er inne i en tid der autonomi, selvbestemmelse og brukermedvirkning står i sentrum, og man kan stille spørsmål om det er riktig å basere sykepleien på en teori som argumenterer for svak paternalisme.

Martinsen (2005) tar et oppgjør med egenomsorgstenkningen på ulike nivåer. Hun gir uttrykk for at egenomsorg som et mål var noe hun var sterkt uenig i. Dette var fordi hun mente at mange pasientgrupper som kunne forventes at ikke ville klare seg selv ble glemt. Og at samfunnet ville bli organisert ut i fra et hjelp til selvhjelp prinsipp. Videre gir hun uttrykk for at egenomsorg som en metode i omsorgen, er noe hun kan slutte seg til. Hun tok et oppgjør med den amerikanske sykepleierteorien og mente at teori og praksis ikke bare var teori og praksis men kunne være komplisert når teoriene ble fastlåst i allerede ferdig begrepsoppstillinger.

Martinsen (2003) har sitt hovedfokus på den hjelpetrengende og avhengige pasienten, hun er mindre opptatt av den selvhjulpne pasienten. Hun vektlegger sykepleierens ansvar for personer som ikke har mulighet til å gjenvinne uavhengighet, og i disse situasjonene kan det være godt at sykepleieren har evnen til å se hva pasienten har behov for uten at han må sette ord på det til enhver tid. Respekt for pasienten blir svært viktig i disse tilfellene der pasienten er svært sårbar. Martinsen (2003) er veldig opptatt av moral i sin teori, hun baserer seg på et kollektivistisk menneskesyn som sier at alle mennesker er avhengige og sårbare.

Martinsen (2005) fremhever at omsorg har med relasjoner, moral og gode sykepleieholdninger å gjøre. Hun mener omsorg er fagets grunnleggende verdiforankring, og viser seg gjennom naturlige og allmennmenneskelige uttrykk som barmhjertighet, medfølelse og tillitt (Martinsen, (2005).

Martinsen (2005) vektlegger viktigheten av relasjoner mellom mennesker i sin teori. Det blir poengtert at omsorg er et mål, men det er ikke nødvendigvis et mål at pasientene skal bli selvhjulpne og uavhengige. Målet er at pasienten skal ha et visst funksjonsnivå og at pasienten skal ha det bedre, slik at blant annet livsmot og livskvalitet bedres. En faglig dyktig sykepleier er også en kritisk sykepleier, faglig dyktighet læres ikke bare igjennom vitenskap, men også gjennom praksis. Sykepleieren må bruke sitt faglige skjønn og, utøve omsorg i sykepleien ut fra en autoritetsstruktur med svak paternalisme (Martinsen, 2005).

Martinsen (2005) snakker om spenningsfeltet mellom autonomi og paternalisme. Hun fremhever den svake paternalismen som ønskelig. Hun mener sykepleieren må benytte seg av sin faglige styrke og merforståelse på en måte som vil føre til det beste for pasienten. I enkelte situasjoner vil det være å ta pasienten med i de beslutninger som angår han, og i andre situasjoner vil det derimot innebære å la pasienten slippe å ta stilling til kompliserte spørsmål som han ikke har forutsetninger for å håndtere, og som han selv også kanskje ønsker å slippe å ta stilling til (Martinsen, 2005).

3.2 ROP pasienten

Evjen, Kielland og Øiern (2012) skriver at disse pasientene kan ha store problemer med å tilpasse seg samfunnet og fungere selvstendig. De har gjerne en sosialt avvikende adferd, og som nevnt tidligere kan føre til stigmatisering.

ROP pasienten kan ha et stort spekter av psykiske lidelser, og har også ulike grader av rusmiddelbruk. Mange av disse pasientene har svært dårlig livskvalitet, dårlig økonomi og kan tilhøre de svakeste i samfunnet vårt. Pasientene kan ofte være dårlig utredet i forhold til psykisk lidelse eller rus, og får derfor ikke et tilfredsstillende behandlingsopplegg.

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse medfører ofte alvorlig funksjonsnedsettelse som gir store konsekvenser for personen selv, og gjerne også pasientens pårørende og nettverket generelt. Disse pasientene er overrepresentert i forhold til kriminalitet og vold. De utgjør

derfor en fare for samfunnet og medfører samfunnet store kostnader. ROP pasienten har høyere risiko for selvmord, er oftere enn andre innlagt på tvang og har hyppigere akuttinnleggelser og avgiftninger enn andre (Helsedirektoratet, 2012).

ROP pasientene faller lett utenfor behandlingstiltak, de har gjerne liten evne til å følge opp avtaler med fastlege, NAV eller andre instanser som kan hjelpe dem. I følge Helsedirektoratet (2012) har det vært økt fokus på denne brukergruppen de siste årene, men det er fortsatt store mangler når det gjelder utredning, oppfølging og behandling (Helsedirektoratet, 2012).

3.3 ACT - team

Det viste seg ved evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) at personer med alvorlige psykiske lidelser, og gjerne en rusproblematikk i tillegg, kan ha problemer med å nyttiggjøre seg av andre eksisterende behandlingstilbud og oppfølgingstilbud. ACT- team er et aktivt oppsøkende behandlingsteam og er et av tiltakene som ble foreslått ovenfor denne pasientgruppa. Fra 2007 - 2014 ble det etablert 14 ACT- team Norge. Modellen er godt dokumentert internasjonalt, og har de beste resultatene for målgruppen (Landheim og Ruud, 2014).

Det stilles krav til at ACT- teamene skal være tverrfaglig sammensatt. Modellen setter krav til at 70- 80 % av kontaktene skal være utenfor egne lokaler. I de norske teamene var hele 90% av ansikt til ansikt kontakten hjemme hos brukeren eller i lokalsamfunnet. Teamene inkluderer i all hovedsak personer med alvorlig psykisk lidelse, i tillegg har ca. 60 % av brukerne en problemfylt bruk av et eller flere rusmidler (Ruud, 2014).

3.4 Antisosal personlighetsforstyrrelse

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2013) klassifiserer antisosal eller dyssosial personlighetsforstyrrelse som en alvorlig personlighetsforstyrrelse. Før det fantes tilstrekkelig diagnosekriterier og inndelinger av de ulike personlighetsforstyrrelsene ble mennesker med denne type personlighetsforstyrrelse ofte omtalt som psykopater.

Mennesker som har denne personlighetsforstyrrelsen kjennetegnes på følgende måte; de bryr seg ikke om andres følelser. De har ingen ansvarlighet for det de gjør, og har en manglende forståelse av sosiale normer, regler og forpliktelser. De har videre vansker for å bli værende i langvarige forhold. De har svært lav frustrasjon og aggresjonsterskel. De føler ikke skyld og lærer heller ikke av sine negative erfaringer. De har en uttalt tilbøyelighet til å skyld på andre og videre komme med bortforklaringer. Manglende evne til empati er et særtrekk ved disse pasientene, og det kan gjøre de til særdeles farlige personer. De kan gjøre forferdelige handlinger mot andre mennesker. Selv om de forstår deres lidelse, blir de ikke følelsesmessig berørt av å skade andre eller gjøre grusomme handlinger (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2013).

Torgersen (2012) beskriver at den antisosial personen har en ekstremt høy risiko for å utvikle store rusproblemer, både i forhold til alkohol og stoffmisbruk. Det er betydelig høyere risiko for at disse pasientene utvikler dette da deres impulsivitet og manglende forsiktighet er i større grad høyere enn hos personer som ikke har denne lidelsen. De har ofte et sterkt ønske om opplevelser og mangler evnen til å tenke fornuftig og rasjonelt. Videre har den antisosiale en mye høyere tilbøyelighet til å utøve vold, og særdeles når de har et høyt inntak av rusmidler. Dette øker også deres risiko for å dø i ung alder.

Black, Skodol & Hermann (2015) definerer antisosial personlighetsforstyrrelse som et mønster som innebærer sosial uansvarlighet og at de sjelden lærer av sine negative erfaringer. De hevder videre at antisosial oppførsel trer i kraft i barndommen, men at den ikke tar ordentlig feste før i slutten av 20 årene, eller begynnelsen av 30 årene. Videre avtar ofte den mest utsatte kriminelle- og rusrelaterte livstilen jo eldre disse menneskene blir, og at den ofte brenner ut jo eldre pasientene blir.

En høy andel av de innsatte i fengsel har en antisosial personlighetsforstyrrelse, 47 % av menn og 21 % av kvinner hadde denne diagnosen i fengsel. Det er vist at diagnosen er assosiert med en økt risiko for suicidalitet, redusert livskvalitet og høyere tilbakefall til ny kriminalitet (Cramer, 2014).

3.5 Autonomi og Empowerment

Autonomi og Empowerment henger sammen. Autonomi kan tolkes som selvbestemmelsesrett og medbestemmelsesrett. God sykepleie skal bygge på respekt for pasienten og dermed inngår

også integritet og verdighet som viktige verdier når vi snakker om autonomi. Hvert menneske har rett til autonomi, men er ikke alltid i stand til, har krefter, eller evner til å utøve denne retten grunnet intellektuelle, fysiske eller psykiske hindringer eller utfordringer. Om man ikke kan ta vare på sin autonomi selv, har man likevel krav på at dette blir tatt vare på igjennom andre. Det er viktig at vi som helsepersonell jobber for at pasientens integritet og verdighet opprettholdes selv når pasienten ikke kan ta vare på sin autonomi (Hummelvoll, 2012).

Brinchmann (2013) skriver om pasienters rett til medvirkning og informasjon som nedfelt i loven. Når og for at pasienter skal kunne foreta selvstendige valg som kan være avgjørende for helse og framtid, forutsetter det at pasienten har fått god og objektiv informasjon. I enkelte tilfeller må det derfor vurderes om pasienten er kompetent og mentalt skikket til å ta slike avgjørelser.

Empowerment, handler om å la pasientene ta mest mulig del, høre på deres perspektiv, og la pasientene ha så stor innflytelse som overhodet mulig over sin egen situasjon. Vi må vise respekt for pasienten og styrke og stimulere pasienten til å ta del i beslutningsprosesser. Hensynet til pasientens beste, kommunikasjon og respekt er viktig for Empowerment prosessen (Eide & Eide, 2012).

Sykepleiere må ha evnen til å tilpasse kommunikasjonen etter pasientens behov og forutsetninger, for å kunne styrke pasientens selvbestemmelse og integritet. Videre vil dette være viktig for å hjelpe og motivere pasienten til å se muligheter og ta eget ansvar i situasjoner. Å tilpasse informasjon og kommunikasjon etter pasientens behov og forutsetninger krever omtanke, empati og forberedelser (Eide & Eide, 2012).

Å gi informasjon og veiledning er en av de viktigste oppgavene i forhold til Empowerment prosessen. Det er viktig å skape en god relasjon og en god atmosfære slik at forståelse og motivasjon for å skape endring i pasienten kan utvikle seg i løpet av samtaler. Videre må vi styrke pasientens evne til refleksjon, erkjennelse av problemer og det å ta valg (Eide & Eide, 2012).

3.6 Kommunikasjon, relasjon og allianser

Eide & Eide (2012) beskriver kommunikasjon som det å gjøre noe felles, la en annen person være delaktig og ha en forbindelse med denne. Kommunikasjon er viktig i møte med pasienter som har psykisk lidelse og rusproblematikk. Det å bygge gode relasjoner til disse pasientene

er avgjørende for et videre samarbeid. Det finnes mange ulike begreper innen kommunikasjon, samt ulike hjelpemidler man kan bruke i samtale med pasientene.

Det å bruke aktiv lytting er en måte man kan vise personen at man er interessert i det han eller hun sier. Det er både verbal og non verbal atferd som kan vise at man er lyttende til det pasienten sier og viser at man er interessert og tar en aktiv del i det pasienten sier. Det finnes mange ulike hjelpemidler man kan bruke ved denne formen for kommunikasjon. Ved non verbal atferd er man henvendt og oppmerksom mot pasienten, på denne måten viser man pasienten at man er interessert i det den sier. Videre kan man bruke verbale oppmuntringer slik at personen forstår at du har en aktiv lyttende oppmerksomhet mot det den sier. Ved å omformulere det den andre sier kan man sjekke ut om det vi hørte var det faktisk pasienten fortalte. Videre er det å bruke empati i samtalen og rundt pasientene viktig for å vise at vi forstår pasientens følelser og reaksjoner (Eide & Eide, 2012).

I møte med pasienter som er utsatt for stigmatisering er det viktig å bruke affektbevissthet og affekttoleranse, dette handler om å være bevisst og kunne akseptere egne følelser pasientene vekker i deg selv. Ved å være bevisst disse følelsene er det lettere å forstå hva den andres reaksjoner er. Hvis du som sykepleier ikke klarer å være bevisst disse følelsene og videre forstå hva pasientene føler, vil din mulighet til å hjelpe pasienten bli svært begrenset. Det å kunne akseptere å tåle følelser man opplever inkludert følelser man ikke liker, kalles affeksjonstoleranse. Dette kan forstås med at man kan i møte med den antisosiale personen ville få en følelse av å bli sint da disse pasienten ikke har den graden av empati til å sette seg inn i andres følelser. De kan gjøre grusomme handlinger uten å forstå hvorfor den andre personen får vondt. Hvis vi som sykepleiere ikke klarer å håndtere følelsen av sinne i møte med denne personen, kan vi heller ikke hjelpe personen videre. Vi må kunne føle sinne, men ikke la det gå utover omgivelsene. Dette har med evnen til å føle empati. (Eide & Eide, 2012).

Det å skape tillit til pasienten, og at pasienten skaper tillit til deg er vesentlig for et godt samarbeid. Dette handler om å ha en god relasjon til den du møter. Det å bekrefte, støtte å være til stede viser at du er til å stole på, og at du viser motparten respekt. Reflektere sammen med pasienten, og lytte til pasientens behov og meninger gjør at den andre parten føler seg sett, hørt og ivaretatt. Når man kjenner pasienten godt er det også lettere å veilede denne i å ta riktige beslutninger i livet sitt. (Tveiten, 2008).

Å skape en god allianse vil være avgjørende for et vellykket resultat av behandling. En god allianse utvikles ved at sykepleieren viser seg som en tydelig og forutsigbar person,

sykepleieren må kunne vise seg som trygg i situasjoner som pasienten opplever som kaotisk. Sykepleieren må være tydelig ovenfor pasienten, samt også vise en oppriktig interesse for pasientens liv. Det vil være viktig å prøve å utvikle en allianse som kan være holdbar over tid, det kan være krevende da mange pasient grupper kan ha varierende motivasjon for behandling (Hummelvoll, 2012)

3.7 Egostyrkende sykepleie

Strand (1990) beskriver de egostyrkende sykepleierprinsippene som en måte å hjelpe pasienter som i en periode har en sviktende egofungering, videre er «jeg - grensene» svake og på den måten er «jeg - ressursene» svake. Egostyrkende prinsipper er videre bygget rundt det moderlige og faderlige prinsippet, hvor det moderlige prinsippet representerer en base og beskyttelse for pasienten. Prinsipper i det moderlige er kontinuitet, trofasthet og kravløshet. Dette forstås med at moren lar barnet få lov til å være, la det vokse uten at man griper noe spesielt inn. Dette er viktig for at barnet skal få mulighet til å utvikle seg. Det faderlige prinsippet forstås med det at far setter krav, og gir barnet et «dytt» ut i verden. Prinsippet inkluderer tilbud om aktivitet, krav om å utvikle seg videre, samt å lære nye ting. Faren setter krav til barnet å lære seg ting, bli kraftfull og kunne utvikle seg. Begge prinsippene brukes sammen, og ligger naturlig i alle mennesker (Strand, 1990).

Vi velger å bare ta med noen av prinsippene som vi føler er særdeles viktige i møte med den antisosiale pasienten. Strand (1990) beskriver at kontinuitet og regelmessighet er rammen i forholdet mellom sykepleier og pasient. For å kunne tilby noe til pasienten må man først bygge en allianse til pasienten. Vi må vise at vi er til å regne med, at vi følger tett opp og at vi er til å stole på. Videre er nærhet og avstand viktig i møte med den antisosiale. Å tilpasse dette er viktig i relasjonsbyggingen. Behovet for oppfølging, og behovet for avstand er viktig å regulere. For mye avstand kan oppfattes som avvisning. I kontrast kan for tett oppfølging oppleves som invaderende. Å vise en passe interesse for pasienten er en kunst, og det bør eksistere en balanse mellom å vise for mye, eller for lite interesse. Videre er grensesetting også et viktig prinsipp. Det å ha klare grenser, og holde disse krever at sykepleieren har evnen til å stå i utfordrende samtaler. Det er viktig at man ikke lar seg manipulere og har klare grenser for hva som er lov og ikke lov (Strand, 1990).

3.8 Etikk

Etikk og moral henger sammen, moral handler om det gode og onde, rett og urett, tillatt og ikke-tillatt. Menneskers moral vil vise seg i oppførsel og handlinger mot andre mennesker. Etikken vil være en refleksjon over de moralske handlingene. Etikk krever solidaritet mellom mennesker og at man ønsker å ta vare på hverandre, altså om menneskers ansvar for hverandre (Hummelvoll, 2012).

Som sykepleiere vil vi stadig stå i nye situasjoner og være nødt til å handle og foreta valg og prioriteringer. Vi vil oppleve at valgene er vanskelige mange ganger. Våre valg og handlinger vil i mange situasjoner være avgjørende for pasientens helse og velvære. Vi må hele tiden reflektere over hva som vil være det beste for pasienten. Etikk vil kunne hjelpe oss å belyse de valgmulighetene vi har og hvorfor noen valg blir bedre enn andre. Det vil være viktig med god kunnskap og en reflektert holdning for å kunne komme fram til de rette valgene og handlingene (Slettebø, 2013).

Etikken kan deles inn i 4 prinsipper, prinsippene er likeverdige og det ene anses ikke som viktigere enn det andre. De er ikke absolutte, men de er mer som prinsipper man kan følge som en veileder, men innimellom vil man bli nødt til å fravike dem om tilstander eller situasjoner skulle tilsi det.

- Velgjørenhet- plikten til å gjøre godt mot andre.
- Ikke skade- Plikten til å ikke skade andre
- Autonomi- plikten til å respektere autonome personers beslutninger
- Rettferdighet- plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2013)

Som sykepleiere skal vi ivareta pasientens integritet, gi helhetlig omsorg, ivareta medbestemmelse så langt det er forsvarlig og ikke krenke pasientene. Vi må ta et faglig og et personlig ansvar for våre handlinger og vurderinger. Andres helse er avhengig av hvordan vi handler på samme måte som vår helse er avhengig av hva andre gjør. Det finnes en forbindelse mellom velvære, trivsel og moral. Sykepleieren må være oppmerksom på sitt profesjonelle og etiske ansvar ovenfor pasienter, arbeidssted og samfunn (Hummelvoll, 2012).

Etiske dilemmaer vil vi alltid møte i helsevesenet så lenge vi må gjøre valg som innebærer og sette et verdsett opp imot et annet. Et etisk dilemma vil oppstå når to eller flere etiske regler,

prinsipper eller verdier kommer i konflikt med hverandre og uansett hva man gjør så gjør man feil. Som sykepleier vil man lett bli satt i en vanskelig situasjon hvor det velges mellom to alternativer hvor ingen av dem vil virke tilfredsstillende for pasienten. Et eksempel vil være en helsearbeiders innblanding og begrensning av en pasients rett til autonomi grunnet konsekvenser for helsetilstanden. Her vil det raskt komme en spenning imellom autonomiprinsippet og en sykepleiers plikt til å vise omsorg for den hjelpetrequende velferd og trivsel (Hummelvoll, 2012).

3.9 Individuell plan

Alle personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering eller rehabilitering har et lovfestet krav om en individuell plan. Denne individuelle planen er ment å bidra til å stimulere egen læring, motivasjon eller gi økt funksjons og evne til mestring, likeverdighet og deltakelse. Det er kommunens ansvar at de brukerne som faller innenfor dette får tilbud og god oppfølging av en individuell plan. Denne planen kan ikke tas i bruk før brukeren har gitt samtykke til at en slik plan skal gjennomføres. Videre har brukeren rett til å være med i utarbeidelsen av en slik plan og det er kommunes ansvar å legge til rette for dette. Planen skal inneholde brukerens mål, ressurser og behov for tjenester. I likhet med kortsiktig og langsiktig mål. Planen skal også inneholde en oversikt over hvem som er ansvarlig for å gjennomføre de ulike tiltakene, og hvor ofte planen skal revideres. Planen og arbeidet med planen skal ha fokus på pasient og brukermedvirkning (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

3.10 Lovverk

3.10.1 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven skal bidra til sikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenester til pasienter, samt tillitt til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder alt helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som må utføres av helsepersonell. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2015).

3.10.2 Lov om psykisk helsevern

Formålet med loven er å ivareta pasientens behov og respekten for menneskeverdet, samt at gjennomføring av psykisk helsevern skjer forsvarlig og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Med psykisk helsevern menes undersøkelser og behandling av mennesker med psykisk lidelse, samt pleie og omsorgen dette krever. Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder pasient- og brukerrettighetsloven. Ved tvungen psykisk helsevern menes undersøkelse, behandling, pleie- og omsorg uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven (Psykisk helsevernloven, 2013).

3.10.3 Yrkesetiske retningslinjer

Retningslinjene beskriver sykepleierens profesjonsetikk og de forpliktelser som tillegger god sykepleiepraksis. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere setter fokus på hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier skal vektlegges i praksis. Respekten for det enkelte menneskes liv og verdighet skal prege praksisen. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Retningslinjene skal sikre god praksis hos sykepleiere i møte med pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet forøvrig. Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Yrkesetiske retningslinjer skal sørge for at sykepleierens profesjonsetiske ansvar omfatter mennesker i alle livsfaser fra livets begynnelse til slutt. Sykepleie utøves på sårbare arenaer og retningslinjene skal derfor ikke bare være sykepleieprofesjonens yrkesetikk, men den profesjonelle sykepleieres etikk i praksis. Retningslinjene definerer ikke hva som er faglig forsvarlig sykepleie eller lovbestemmelser som regulerer yrkesutøvelsen, den gir ikke konkrete løsninger på etiske dilemmaer, men angir retningen når vanskelige avgjørelser skal tas. En handling kan være faglig forsvarlig og juridisk tillatt, men etisk uakseptabel. Retningslinjene skal gjenspeile samfunnsutviklingen og nye problemstillinger som sykepleiere stilles overfor (Yrkesetiske retningslinjer, 2014).

4.0 Drøfting

Nå skal vi drøfte oppgaven vår med utgangspunkt i vår problemstilling. Hvordan kan vi som sykepleiere gi best mulig oppfølging til ROP pasienten i kommunehelsetjenesten for å sikre best mulig livskvalitet? Vi tar utgangspunkt i casen vår som gjelder Thomas. Hvordan vi kan hjelpe han på en best mulig måte for å sikre at han får den oppfølgingen han har krav på, slik at Thomas får best mulig livskvalitet ut i fra hans forutsetninger.

4.1 Hvordan fungerer lovverket rundt psykisk helsevern?

I casen skriver vi om Thomas sitt økende rusmisbruk og manglende evne til egenomsorg. Thomas har behov for hjelp til å forandre livet sitt, dette gir han uttrykk for selv også som beskrevet i casen. For å hjelpe Thomas til å forandre den negative retningen livet hans var på vei inn i, bør vi vurdere om bruk av tvang kan hjelpe Thomas til å få orden på sine rusproblemer som var en hovedårsak til at ting var vanskelig. Thomas var redd for abstinensene han fikk ved å ikke ruse seg jevnlig, derfor var dette et jag han følte i kroppen hele tiden. Han ble farlig når han ikke fikk ruset seg nok, og han ble farlig når han var ruset. Dette var en utfordring for kommunen å håndtere da de ikke innehar samme kompetanse eller ressurser til å følge opp Thomas godt nok over tid som dette krever.

I lovverket for psykisk helsevern kan vedtak om tvungen observasjon gjøres hvis vilkårene for dette oppfylles. Kommunehelsetjenesten satt med en oppfatning av at Thomas utgjorde en stor fare for seg selv, med tanke på hans selvmordsforsøk og hans hyppige rusmisbruk. Videre oppfattes Thomas som en stor fare for samfunnet i forbindelse med at han stadig truet og hadde ved flere anledninger gått til fysisk angrep på tilfeldige mennesker. I paragrafene som omhandler tvungen observasjon i psykisk helsevernloven (2013) må kriteriene for dette oppfylles før Thomas kunne legges inn på tvang. Som tidligere beskrevet har Thomas en alvorlig sinnslidelse og kraftig rusproblematikk som gjør han til en stor fare for både seg selv og andre.

Loven kan gi vedtak om tvunget observasjon hvis pasienten har en alvorlig psykisk lidelse. Etablering av tvungen observasjon er sterkt nødvendig da Thomas kan utgjøre en alvorlig fare

for seg selv eller andre. Denne beslutningen må gjøres av to uavhengige leger. Videre skal frivillig psykisk helsevern ha vært forsøkt, eller det ikke har noen formål i det hele tatt å prøve dette (Psykisk helsevernloven, 2013).

Thomas var heller ikke redd for å havne i fengsel, videre så han ikke konsekvenser av sine handlinger. I følge Torgersen (2012) har pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse svært lav frustrasjonstoleranse, og lav terskel for voldshandlinger. De mangler evne til å oppleve skyld, og lærer heller ikke av negative erfaringer. På bakgrunn av dette var han en sterk kandidat til å innlegges på tvang. Thomas har også tidligere gitt uttrykk for at han trives i fengsel, og derfor er det en nærliggende fare for at han vil kunne gjøre en alvorlig handling som kan føre til at han havner i fengsel.

Som beskrevet i innledningen har Departementets Servicesenter (2010) gjennomgått drap som er gjort i Norge, hvor 71 % av gjerningspersonene som gjennomførte dette hadde en psykisk lidelse, rusrelatert lidelse eller personlighetsforstyrrelse. Antisocial / dyssosial personlighetsforstyrrelse var en gruppe som var høyt representert i denne undersøkelsen (Olsen et al., 2010, s. 31-32). På bakgrunn av dette og Thomas sin tidligere voldshistorikk, må man ta høyde for at det er stor risiko for at Thomas kan utføre en voldshandling hvis hans behov for rusmidler ikke blir dekket, eller hvis han ruser seg så sterkt at hans aggresjonsterskel blir enda lavere. Torgersen (2012) beskriver videre at overgrep, syndebukker og fordommer er et samfunn den antisosiale fungerer godt i. Deres manglende innlevelse i andres lidelser påvirker ikke den antisosiale i noen grad. De er ofte likegyldige til livet og drives av jaget etter sterke opplevelser.

Det å legge Thomas inn på tvang har konsekvenser for hvordan Thomas vil møte oss som helsepersonell. Bremnes, Lilleeng, Pedersen, Hellevik & Bergersen (2014) skriver at det kan være utfordrende for sykepleiere som jobber i psykisk helsevern å ikke gripe inn i situasjoner der pasientene åpenbart trenger helsehjelp, men motsetter seg den nødvendige helsehjelpen. Her vil vi møte på et etisk dilemma, hvor begge alternativer fort kan føre til uønskede konsekvenser. Det er ikke hensiktsmessig at pasienten ikke får den hjelpen den trenger til å ta de beslutningene som er riktige for egen helse. Det er heller ikke hensiktsmessig at pasienten føler at det blir begått et overgrep (Brinchmann, 2013). Pasienterfaringer viser at bruk av tvang kan oppleves som et voldsomt overgrep. Derfor bør en fra et faglig og politisk ståsted,

så langt det er mulig, basere psykiske helsetjenester på frivillighet (Bremnes, Lilleeng, Pedersen, Hellevik & Bergersen, 2014).

Martinsen (2005) påpeker at tillit er en grunnleggende verdi som er spontant til stede mellom mennesker. Tillit er også et uunnværlig fenomen i forhold til yrkesmessig omsorg. En pasient vil ofte vise sykepleieren en spontan og umiddelbar omsorg og dermed overlater pasienten noe av sitt liv til sykepleieren. Hvis vi da som sykepleiere må handle mot pasientens ønsker for pasientens beste, vil han mest sannsynlig føle seg sviktet og kan miste tilliten til oss.

Det er viktig å vise respekt mot Thomas, og det er et viktig utgangspunkt i kontakten mellom mennesker. Respekt er en forutsetning for etablering av gode relasjoner. Det er viktig å se mennesket og ikke bare diagnosene (Eide & Eide, 2012).

Martinsen (2003) sier mye om hvor viktig og grunnleggende relasjonen mellom mennesker er, og hvor viktig det blir med gode relasjoner når mennesker opplever sykdom og kriser.

Martinsen (2003) vektlegger også at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker. Martinsens menneskesyn bygger på en verdioppfatning der relasjoner blir sett på som det fundamentale i menneskelivet. Mennesker blir forbundet med hverandre igjennom relasjoner, og igjennom relasjoner blir mennesker avhengig av hverandre. Menneskers avhengighet til hverandre blir svært tydelig når man befinner seg i en situasjon der man opplever sykdom, eller trenger hjelp av forskjellige grunner (Martinsen, 2003).

Jamtvedt, Reinart, Leiknes & Dahm (2012) skriver om tiltak for å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Bruk av tvang bryter med autonomi og selvbestemmelsesprinsippene til pasientene i pasientrettighetsloven, men på en annen side plikter vi som helsepersonell å yte helsehjelp til pasienter som har behov for dette. Lovverket sier at helsepersonell skal hjelpe pasientene etter sine egne faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller videre henvise pasienter der det er behov for dette. Videre skal helsepersonell gi helsehjelp når hjelpen er påtrengende nødvendig, noe vi mener den var i Thomas sitt tilfelle (helsepersonelloven, 2015).

Som sykepleiere har vi også yrkesetiske retningslinjer å forholde oss til, dette går ut på at vi skal fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse for våre pasienter (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Vi ser imidlertid at bruken av tvangsparagrafen vil kunne føles krenkende for Thomas, og det vil føles som tap av autonomi og selvbestemmelse, og kan skape et tillitsbrudd mellom

Thomas og psykisk helsetjeneste i kommunen (Jamtvedt, Reinart, Leiknes & Dahm, 2012). På den andre siden er bruk av tvang nødvendig for Thomas sin helse og sikring av resten av samfunnet. Thomas har problemer med å ta riktige beslutninger i livet sitt, og tar ofte valg som ikke alltid gagnar han best mulig i det lange løp. Han klarer ikke å se fremover og lever mer i et her og nå prinsipp, hvor det å ruse seg ofte er det som er viktigst. Det er viktig å skape en god relasjon med Thomas. Det å ta Thomas med i beslutningen om å legge han inn på tvang og få han til å forstå at dette er det beste for han nå, er et viktig mål (Eide & Eide, 2012).

Tveiten (2008) skriver at empowerment er et viktig prinsipp, selv om det kan være vanskelig for Thomas å forstå at det har noen hensikt å innlegges på tvang. For å oppnå en god relasjon er det viktig at vi lytter til hva Thomas mener selv, og viser han respekt. Samtidig må vi bruke svak paternalisme for å få Thomas til å forstå at tvang er den beste løsningen for å få han mest mulig rusfri. Martinsen (2005) understreker at sykepleieren er suveren i sitt fag og har en faglig forutsetning for å hjelpe pasienten best mulig, når en omsorgsstruktur med svak paternalisme benyttes. Det å forklare Thomas at innleggelsen bare var aktuell for en periode, og at han etter dette kan få komme hjem og få videre oppfølging av kommunen er viktig (Eide & Eide, 2012).

Martinsen (2005) skriver om å gi omsorg til pasientene. Dette kan også forstås med at vi plikter å hjelpe Thomas. Vi må kartlegge hva han har behov for av hjelp, og personalet må konsekvent følge de samme reglene og sette de samme grensene å tørre å stå i dette. Dette vil skape en trygg ramme rundt oppfølgingen av Thomas og gjøre dagene forutsigbare. Som sykepleiere har vi yrkesetiske retningslinjer vi skal forholde oss til, dette innebærer at vi skal beskytte pasienten mot all slags krenkende behandling, og i dette innebærer bruken av tvang (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Videre har vi også en plikt mot samfunnet og mot Thomas generelt.

Helsedirektoratet (2012) skriver i sine ROP retningslinjer at vi som sykepleiere kan komme i en lojalitetskonflikt mellom hva pasientens ønsker er, hensynet til pasientens helse og hensynet til fare for andre, eller samfunnet generelt. Dette er etiske aspekter som må nøye vurderes før man bestemmer seg for å legge inn Thomas på tvang.

4.2 Samarbeid mellom ulike instanser

Psykiatrisk sykepleie er en betydningsfull del av det totale omsorgs- og behandlingstilbudet Thomas vil møte, og er et viktig element i hans bedringsprosess. Vi som sykepleiere har et vesentlig ansvar for utformingen av det terapeutiske miljøet, og det er videre viktig og ha fokus på hvilke organisasjonsformer som best får frem personalets evner og muligheter til behandling og omsorg (Hummelvoll, 2012).

Kommunen har ansvaret for oppfølging av pasienter med ROP lidelser. Sykepleierens ansvar vil i dette tilfelle være å bistå Thomas med kartlegging, behandling og etablering av kontakt med de ulike instansene i kommunene som kan være med å hjelpe Thomas (Helsedirektoratet, 2012).

Thomas har som beskrevet et høyt symptomtrykk, hvor det stadig er eskalerende. Han havnet ofte i bråk og ruset seg store deler av tiden. Han kom stadig med trusler når hans behov for rusmidler økte. Vi opplevde selv at Thomas hadde utagering og vold mot tilfeldige personer. Teamet og sykepleierne rundt Thomas i kommunen hadde utfordringer med å hjelpe Thomas med en tilfredsstillende løsning, de begynte å gå tom for mulige steder han kunne bo, da han viste svært liten boevne, og var tidvis bostedsløs. Vi opplevde at Thomas generelt aldri holdt avtaler som ble gjort med han, og at han var tidvis vanskelig å få kontakt med.

Thomas var sterkt ruset over en lengre periode og forsøkte å begå selvmord, hvor han etter denne hendelsen ble lagt inn på tvang i spesialisthelsetjenesten. Kommunen tok kontakt med spesialisthelsetjenesten og ba om hjelp til videre oppfølging og samarbeid rundt Thomas. Sykepleierne rundt Thomas så at Thomas ikke var i stand til å ta vare på seg selv, og i tillegg utgjorde han en stor fare for resten av samfunnet. Kommunehelsetjenesten var rådløse og følte at de hadde prøvd alt de kunne for å hjelpe Thomas. Helsedirektoratet (2012) beskriver i sine ROP retningslinjer at kommunen er ansvarlig for Thomas, men hvis kommunen ikke klarer å gi Thomas et forsvarlig tilbud skal de henvise han videre. Psykisk helsetjeneste i kommunen, i samråd med kommunelegen ba om at han skal vurderes innlagt på tvang for en lengre periode for å gi han en mulighet til å bedre livet sitt. Med dette menes å holde Thomas rusfri over en lengre periode. Lov om psykisk helsevern tilser at tvungen psykisk helsevern ikke kan etableres hvis ikke en lege personlig har vurdert Thomas for å undersøke og godkjenne om lovens vilkår for tvungen psykisk helsevern er oppfylt (Lov om psykisk helsevern, 2013).

Thomas blir vurdert av både fastlege og kommunelege ved selvmordsforsøket, og de besluttet da å legge han inn på tvang. For å opprettholde vedtaket om tvungen observasjon må Thomas i tillegg vurderes av en lege på institusjonen han legges inn på, her kan vedtak om tvang over en lengre periode bestemmes. Lovverket tilsier at hvis ikke lovverket påklages kan Thomas holdes i tvungen observasjon i inntil 3 måneder, etter dette skal vedtaket gås igjennom på nytt for vurdere om det fortsatt er behov for tvungen observasjon (Lov om psykisk helsevern, 2013).

Thomas er klassifisert som en ROP pasient, dette innebærer som beskrevet i teoridelen at han har psykisk lidelse, og i stor grad rusproblematikk. Denne pasientgruppen vil ifølge Helsedirektoratet (2012) ha mulighet til bedring av både symptomer og livskvalitet dersom utredningen er godt koordinert og det er en behandling av begge lidelser. Dette vil kreve et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Utfordringen med denne typen pasienter er at de i stor grad kommer med bortforklaringer, de manipulerer andre mennesker hvis de selv kan dra nytte av noe og de føler som oftest ikke anger for de gjør (Black, 2013). På bakgrunn av dette blir spesialisthelsetjenesten sittende med en annen oppfatning av Thomas enn kommunehelsetjenesten, og velger i dette tilfelle å skrive han ut dagen etter uten å informere kommunen. Thomas ringte selv kommunen og informerer at han ble skrevet ut og kom hjem. ROP retningslinjene påpeker at det må sikres at personer får tilfredsstillende oppfølging for å ivareta kontinuitet og unngå brudd i behandlingen. Dette påpeker retningslinjene at også gjelder alle utskrivelser fra døgntil behandling (Helsedirektoratet, 2012).

Spesialisthelsetjenesten mente at Thomas hadde behov for noe å gå til, og anbefalte arbeidsutprøving. Psykisk helsetjeneste i kommunen og spesialisthelsetjenesten satt med to svært forskjellige oppfatninger av Thomas. Sykepleierne i kommunehelsetjenesten mente Thomas hadde behov for tettere oppfølging enn det kommunen kunne gi. ROP retningslinjene legger også vekt på at døgntil behandling bør vurderes som supplement til oppsøkende tiltak eller som alternativ når oppsøkende og hjemmebaserte tjenester viser seg å ikke strekke til (Helsedirektoratet, 2012).

ACT- modellen understreker viktigheten av samarbeid mellom de forskjellige instanser. Det bekreftes at det finnes svært dårlige resultater på behandlingsopplegg for pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse og at mange av disse kan oppleve dårlige holdninger hos helsepersonell. Denne behandlingsmodellen har vist seg å gi gode tjenester for brukere som trenger de mest. Det er lang erfaring med denne modellen i flere land og den er godt dokumentert internasjonalt (Dieterich, Irving, Park & Marshall, 2010).

Sykepleierens oppgaver vil bestå i å ha en dialog med Thomas, koordinere kommunikasjon mellom de ulike instansene som vil være med i oppfølgingen av Thomas. Vi som sykepleiere bør ta utgangspunkt i oppsøkende virksomhet for å lettere kunne følge opp Thomas i hjemmet.

4.3 Individuell plan

Thomas har et lovfestet krav om individuell plan, denne planen skal bidra til å hjelpe Thomas til en bedre funksjons, mestringsevne, likeverdighet og deltagelse, og den skal plassere ansvar for oppfølging tydelig. Planen skal utarbeides med tanke på et samarbeid mellom bruker og instanser (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Det er kommunes ansvar å utarbeide planen, og spesialisthelsetjenesten er pliktet til å medvirke når det er behov for det. Noe som er gjeldende i dette tilfellet. Både kommunen og spesialisthelsetjenesten plikter å stille med en koordinator. Sykepleieren har en stor rolle i utarbeidelse av denne planen, samt også sørge for en ukentlig dialog med Thomas. For å utarbeide denne planen må Thomas godkjenne at en slik plan skal lages. Planen skal bygge på tydelig brukermedvirkning og formålet vil være å få en sammenhengende helhetlig å individuelt tilpasset plan med klar ansvarsfordeling (Hummelvoll, 2012).

Helsedirektoratets retningslinjer for ROP- pasienter slår fast at selv om ansvaret plasseres et sted, vil andre nødvendige instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres et forpliktende samarbeid. Uenighet som ansvarsforhold må ikke føre til at Thomas får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende (Helsedirektoratet, 2012).

Vi ser at Thomas kan ha god nytte av en individuell plan, men vi ser også utfordringene med at han skal klare å opprettholde denne planen på sikt. Med denne planen vil man kunne sikre

bedre oppfølging og ansvarlig gjøre de menneskene som har et ansvar for at planen blir fulgt og revidert.

4.4 Relasjoner

Martinsen (2005) skriver om det hippokratiske prinsipp som går ut på at sykepleieren skal jobbe ut i fra prinsipper som skal gagne pasientene best mulig, dette kan forstås ved at sykepleieren skal ta pasienten med i beslutningsprosesser, men at i enkelte tilfeller skal man bestemme for pasienten hvis han ikke klarer dette selv. I Thomas sitt tilfelle var det vanskelig for han å fatte de riktige beslutningene da han ikke klarte å se hva som er viktig for han akkurat i den situasjonen han befant seg i. Thomas ble drevet av behovet for rus og en umiddelbar tilfredsstillelse av egne behov.

Martinsen (2005) fremhever at det er viktig at sykepleieren setter seg inn i pasientens situasjon og handler deretter. Hun skriver videre at en autoritetsstruktur som bygger på den svake paternalismen forutsetter at sykepleieren har en faglig kunnskap pasienten ikke besitter, og at sykepleieren tar beslutninger som vil gagne pasienten i en positiv retning.

Sykepleierne i kommunehelsetjenesten så at Thomas trengte hjelp, men klarte ikke helt å gi han den hjelpen han hadde behov for akkurat der og da. De så at det var behov for at han burde bli lagt inn på tvang en periode i håp om at hans rusproblem skal forbedres. Psykisk helsetjeneste i kommunen satt da med en faglig vurdering av at Thomas hadde behov for kontinuerlig oppfølging og at de verken hadde ressurser eller kompetansen til å utføre dette i kommunen. Den eneste måten å få til dette på var at han da ble lagt inn på tvang slik at han fikk avruset seg. Etter dette kunne man starte en tettere oppfølging av Thomas ute i kommunen og gi han den hjelpen han hadde behov for på dette tidspunktet.

Thomas kunne også legges inn frivillig, men dette hadde vært forsøkt mange ganger tidligere og hadde liten hensikt da Thomas ofte skrev ut seg selv etter bare noen få timer. Den antisosiale vil verken følge regler eller forpliktelser som frivillig behandling krever. De mangler evnen til å følge forpliktelser som denne behandlingen vil kreve av Thomas (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2013).

Duggan, Stoffers, Huband, Völm, Ferriter & Lieb (2010) konkluderer med at det er svært få behandlingsmetoder som kan hjelpe disse pasientene. De er sjeldent interessert i, eller i stand

til å opprettholde en relasjon over tid, og dette gjør de ulike behandlingsmåtene vanskelige for disse pasientene. Antisosiale pasienter oppsøker sjelden behandling, og tar i heller stor grad avstand fra behandlingsmetoder. Det er en bevist positiv effekt for behandling dersom man får rusproblematikken ned. Dette kan være positivt for pasientene og vi forstår det derfor sånn at dette kan være aktuelt for Thomas også (Duggan, Stoffers, Huband, Völlm, Ferriter & Lieb, 2010)

Vi forstår Martinsens (2003) tenkning med at man ikke kan ha som mål at Thomas skal bli frisk, men at han kan bli mest mulig velfungerende ut i fra hans forutsetninger. Her er det viktig at det er Thomas sin livskvalitet som er i fokus. Livskvalitet er individuelt fra menneske til menneske og derfor kan vår opplevelse av livskvalitet være noe helt annet enn hva Thomas mener er livskvalitet, og dette må respekteres. En måte å få til dette på er at han da blir mest mulig rusfri og kan fungere så optimalt som mulig i en egen bolig. Dette vil trolig gi Thomas en bedre livskvalitet.

Duggan, Stoffers, Huband, Völlm, Ferriter & Lieb (2010) beskriver i sin studie at mennesker med antisosial personlighetsforstyrrelse har en bedre mulighet til å bli mest mulig velfungerende i samfunnet hvis deres inntak av rusmidler blir svært begrenset. Derfor ser vi at dette vil være et viktig mål for Thomas også. Black, Skodol & Hermann (2014) mener at pasientene med antisosial personlighetsforstyrrelser ofte avflater i oppførsel når de blir eldre, og den kriminelle løpebanen og jaget etter rus avtar kraftig.

Evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse viste at ROP pasienter ikke klarte å nyttiggjøre seg av eksisterende behandling - og oppfølgingstilbud. Det viste seg at de trengte mer helhet og kontinuitet i tjenestene. Og det viste seg også at det var behov for tettere samarbeid mellom den kommunale helse- og sosial tjenesten og spesialist helsetjenesten (Landheim & Ruud, 2014).

Opptak i et ACT- team er da et av tiltakene som vil kunne være å anbefale for Thomas. ACT-teamene er aktivt oppsøkende behandlingsteam. Formålet med ACT- modellen er at brukerne skal oppnå bedring over tid når det gjelder funksjonsnivå, bruk av rusmidler, symptombelastning, livssituasjon, bosituasjon og ikke minst livskvalitet. Dette opplever vi at kan være veldig relevant i forhold til Thomas. Han oppsøker ikke psykisk helseteam i kommunen annet enn når han har behov for mer medikamenter, derfor ser vi at det vil være mer relevant at vi oppsøker Thomas for å få en bedre oppfølging med mer kontinuitet i hans oppfølging (Ruud, 2014).

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2013) skriver at den antisosiale gjør alt for egen vinnings skyld og er ekstremt gode på manipulering. Dette er en grunn til at det er viktig med et godt samarbeid mellom pasient, helsepersonell og kommune / spesialisthelsetjeneste for å kunne følge opp denne pasientgruppen best mulig for å sikre at de har best livskvalitet ut ifra deres forutsetninger.

4.5 Kommunikasjon med Thomas

I samtaler med Thomas oppleves han stort sett som rolig og fattet, samtalen bærer preg av en god dialog hvor han virker samarbeidsvillig og hyggelig samtidig opplever vi at han ofte kommer med kommentarer som kan oppfattes som en salgs trussel. Han forteller om situasjoner hvor han gjør oss oppmerksom på hvor farlig han er, det er ikke direkte trusler, men indirekte trusler som skal poengtere hvor farlig han kan være. Thomas kan være sjarmerende og gi oss hyggelige komplimenter, spesielt hvis han vil oppnå noe. Dette er som Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2013) presenterer som en ganske normal antisosial atferd. Thomas er en mester i manipulering, og kommer gjerne med positive komplimenter hvis dette gagnar han selv. Ofte kan han komme med indirekte trusler samtidig. Når Thomas er ruspåvirket blir ofte alt dette veldig forsterket, i tillegg blir han mye mer aggressiv og trusler blir oftere direkte rettet mot oss. Faren for utagering blir større og han blir seksuelt trakasserende mot personalet. Voldsterskelen blir svært lav og Thomas drives av behovet for mer rusmidler og penger.

Vår erfaring fra praksis var at vi opplevde at denne pasientgruppen var særdeles utfordrende å jobbe med. De krever tett, og regelmessig oppfølging. I møte med Thomas eller andre mennesker med antisosial personlighetsforstyrrelse er det viktig å møte han med gode holdninger, empati og respekt. Vi som helsepersonell må jobbe med oss selv hele tiden og bruke både affeksjonsbevissthet og affekttoleranse i møte med Thomas. Thomas vil hele tiden være utfordrende i oppførsel, og dette kan gjøre oss sinte, redde eller fortvilet. Her vil det være viktig at vi klarer å holde oss profesjonelle og ikke lar han provosere oss til å bli sint, redd eller lignende. Vi må akseptere at Thomas kommer til å utfordre oss sterkt på dette, akseptere følelsene han vekker i oss men allikevel være profesjonelle hele veien. Dette er

utfordrende å stå i, det vil ikke hjelpe Thomas at vi blir sinte og går fra situasjonen (Eide & Eide, 2012).

Våre holdninger mot Thomas er viktig, vi må vise han respekt og vise oss verdig å motta det Thomas forteller oss. Aktiv lytting kan være en metode for å vise Thomas at vi er interessert i den han sier. Ved aktiv lytting er vi oppmerksom mot Thomas, stiller spørsmål som han kan utdype og i tillegg komme med verbale oppmuntringer (Eide & Eide, 2012). Ved å ikke vise tydelig interesse, vil Thomas oppfatte vår interesse som uekte og han vil få mistillit til oss (Martinsen, 2005).

4.6 Veien videre

Thomas ble innlagt på tvang over en periode på 3 måneder, etter dette ble det vurdert av spesialisthelsetjenesten at Thomas kunne skrives ut til kommunen. Etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten var det viktig med tett oppfølging av Thomas ute i kommunen, i tillegg ble det opprettet en individuell plan som har klare retningslinjer for hvordan videre oppfølging skal foregå. Denne oppfølgingen må iverksettes tidlig og her vil det være viktig å sette tydelige grenser for hvordan denne oppfølgingen skal foregå. Strands (1990) egostyrkende prinsipper ser vi som viktige her. Både grensesetting, nærhet / avstand, kontinuitet og regelmessighet. I starten må oppfølgingen av Thomas være tett, han må vite at vi er til å stole på, at vi kommer når vi sier slik at tillitsbruddet eventuelt Thomas fikk til oss kan forbedres. Som sykepleiere må vi bygge en god allianse til Thomas, denne alliansen danner forutsetningen for en god relasjon til Thomas. Vi må også tåle å bli avvist.

Martinsen (2005) skriver om tillit. Vi som sykepleiere må vise Thomas tillit til å motta hva han sier, det kan forstås med at uansett hva Thomas sier, så må vi vise tydelig interesse og oppriktighet i det han sier. Vi må tørre å stå i relasjonen, og vi må være villig til å vise et tydelig engasjement. Det å vise at vi er til å regne med, at vi stiller opp uansett er viktig prinsipp i møte med Thomas. Den antisosiale bærer ofte skuffelser og svik dårlig, og dette kan være vanskelig for Thomas å bære hvis han føler seg sviktet av oss (Torgersen, 2012).

De moderlige og faderlige prinsippene i Strands (1990) egostyrkende sykepleie kommer inn på dette. Vi må vise at vi er til å stole på, men samtidig setter tydelige grenser for hva vi aksepterer av Thomas sin oppførsel.

Tidligere har han ofte latt sitt raseri og aggresjon gå ut over oss i forbindelse med trusler og seksuell trakassering. Vi må vi sette tydelige grenser, og tørre å stå i dette. Samtidig må vi tenke på vår egen sikkerhet, som for eksempel aldri dra dit alene, i tillegg ha tydelige avtaler med annet personell. Vi må ha klare grenser for rus og at vi ikke kan besøke Thomas når han er i påvirket tilstand, da faren for vold og trusler er større. Hvis Thomas begynner med denne oppførselen må vi fortelle han tydelig hva slags konsekvenser dette vil få for han. Grenser skaper trygghet, og derfor vil dette være viktig for Thomas. Videre er prinsippet med nærhet og avstand også viktig. Det å vise at vi er der, samtidig som vi gir Thomas en viss mengde avstand er med på å få han selvstendig. Målet er at Thomas skal være mest mulig rusfri, kunne fungere i en bolig og ha best mulig livskvalitet (Strand, 1990).

Omsorg, tillit og gode relasjoner er hovedelementene i Martinsens (2005) tenkning og vi ser på dette som viktig i møte med Thomas. Vi må vise Thomas gode holdninger og respekt, samtidig må vi tåle at han ikke kommer til å gi oss noe igjen. Dette kan være utfordrende over tid, og kan være grunnen til at mange velger å gi opp denne pasientgruppen. Det å stå i relasjon over tid krever mye av oss som helsepersonell.

ROP retningslinjene påpeker at når en god relasjon er etablert er det viktig å fokusere på et helhetlig perspektiv i forhold til Thomas sin bedring. Vi må jobbe for å hjelpe Thomas til å finne egne ressurser i forhold til meningsfulle aktiviteter, få jobb, øke sosialt nettverk, løse økonomiske og boligmessige behov slik at livskvalitet og selvfølelse hans bedres. Thomas sine egne ressurser må støttes under hele prosessen på en slik måte at livskvaliteten bedres. I Thomas sitt tilfelle valgte kommunene å skaffe et hus til han i et område han kunne trives i, uten for mye folk rundt, samt tett oppfølging fra kommune (Helsedirektoratet, 2012).

4.7 ACT - Team

Skal vi klare å gjøre et godt og profesjonelt arbeid for Thomas videre, må man ha høyt kunnskapsnivå og gode egenferdigheter. Det viktigste er kanskje interesse og holdninger. Det

handler om respekt og empati, evne til å se verdighet gjennom mye elendighet og brutte avtaler. Sannsynligheten for at Thomas vil komme til å bryte avtaler vil være stor, og det er viktig at vi som sykepleiere tar høyde for at dette kan skje, men allikevel ikke gir opp Thomas. (Helsedirektoratet, 2014).

Martinsen (2005) påpeker at sykepleierens omsorg omfatter personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglige vurderinger.

Som nevnt tidligere er det viktig med en godt fungerende individuell plan, som oppdateres og tilrettelegges jevnlig, samt at alle tar sin del av ansvaret svært seriøst. Thomas må få ta en aktiv del i dette slik at hans meninger blir tatt høyde for ved bearbeidelse og oppdateringer. Forskrifter om individuell plan sier at brukerens rettigheter skal tas med i betraktning når denne planen skal utarbeides (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Slik vi kan se det ut i fra forskningen vil det være en stor fordel om et ACT -team blir dannet, og at dette teamet kan følge Thomas tett. Uprøvingen av ACT- team viser at ACT er et godt tilbud til pasienter og brukere som ikke har klart å nyttiggjøre seg av ordinære tjenester (Heiervang og Lofthus, 2014).

Håkonsen (2011) skriver at mennesker med antisosial personlighetsforstyrrelse har en likegyldighet og ansvarsløshet til andre, og derfor vil et vanlig behandlingsopplegg være vanskelig for disse pasientene å overholde. Dette bekreftes også av studien til Gibbon, Duggan, Stoffers, Huband, Völlm, Ferriter & Lieb (2010). De mangler evnen til å holde varige relasjoner over tid, og i Thomas sitt tilfelle tar han som tidligere skrevet bare kontakt med kommunen når det er noe han har behov for, som oftest medikamenter eller når han har behov for penger (Gibbon, Duggan, Stoffers, Huband, Völlm, Ferriter & Lieb, 2010).

Det stilles krav til at ACT- teamene skal være tverrfaglig sammensatt (Stuen, 2014).

Sykepleierens oppgaver med pasienten i ACT- modellen vil eksempelvis være støttesamtaler/støtteterapi og administrering av medikamenter. De kan også bli med ved sosial- trening og fritidsaktiviteter, planlegging av behandling og tiltak, ulike typer hjelp ved bo- trening, jobb og andre praktiske ferdigheter. En del kontakt kan også bestå i å følge til fastlege og andre typer møtevirksomhet brukerne kan trenge oppfølging rundt (Ruud, 2014).

Martinsen (2005) understreker også i sin tenkning at omsorg er mer enn en grunnholdning, det gjelder også i aller høyeste grad praktisk handling. Omsorg kan utføres i dagligdagse

situasjoner som både pasient og sykepleier kjenner. Hjelpen blir gitt og utført utfra tilstanden til den hjelpetrengende. Situasjonene pasienten har behov for hjelp i vil vokse seg fram i de konkrete situasjonene vedkommende befinner seg i.

Studien om ACT-team viser at antall oppholdsdøgn på tvang halveres etter inntak i ACT-team (Clausen, 2014). Brukernes erfaringer med ACT-team var positive. Helsen ble opplevd som forbedret og de erfarte ACT som bedre behandling enn de hadde fått tidligere. Hjelpen ble ikke oppfattet som påtrengende, de ønsket seg heller mer kontakt enn mindre (Heiervang og Lofthus, 2014).

Dette kan bekreftes av vedlikeholdsomsorgen som Martinsen (2005) skriver om. Det er ikke noe mål i seg selv at mottakeren skal bli selvhjulpne og uavhengig. Målet er å opprettholde et så godt funksjonsnivå som mulig og helst unngå forverring. Vi skal gjøre det best mulig for pasienten her og nå og målet er at Thomas skal få det bedre, slik at livsmot og livskvalitet kan bedres. Sykepleieren har et vesentlig ansvar i dette arbeidet. Studien bekrefter at utprøvingen av ACT-team oppfattes som en fremtidsrettet måte å jobbe på, og at brukere og sykepleiere ønsker å fortsette å jobbe etter ACT-modellen (Odden, 2014).

Dieterich, Irving, Park & Marshall (2010) skriver at behandling og oppfølging fra ACT-team reduserte antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern, det ble også sikret bedre pasienttilfredshet og samtidig ble det sikret bedre boligsituasjon for brukerne. Gjennomgangen viser også at brukerne ble i større grad i behandling, og at de fikk en mye høyere grad sosial fungering. Vi ser utelukkende positive fordeler ved bruk av denne modellen i oppfølgingen av Thomas.

Å jobbe etter ACT-modellen fremstår som nyttig i forhold til pasientene, resultatene gir likevel ikke en utelukkende bedret opplevelse av livskvalitet hos brukerne. Gibbon, Duggan, Stoffers, Huband, Völm, Ferriter & Lieb (2010) konkluderer i sin studie at den antisosiale fungerer uansett dårlig i hverdagslivet, på tross av ulike behandlingsmetoder. Videre er mange av disse pasientene enten i fengsel, eller har ofte en tendens til å havne i fengsel innen 2 år etter de har blitt utskrevet. Cramer (2014) konkluderer i sin studie at en høy andel av de innsatte i norske fengsler har en antisosial personlighetsforstyrrelse og at det er viktig med fokus på behandling og rehabilitering.

5.0 Konklusjon

Vi har erfart at tett oppfølging over tid med sykepleiere som har gode holdninger, respekt for pasientene og gode samarbeidsevner, videre opprettholder tette relasjoner til pasientene over lang tid gjør en stor forskjell for disse pasientene.

Målet er at pasientene skal få et liv som er så stabilt som mulig ut i fra deres forutsetninger. Livskvalitet er individuelt fra person til person, og målet er å få dette så optimalt som mulig for disse pasientene. Martinsen (2005) understreker at livsmot og livskvalitet, og det å ha noe å leve for er viktig uansett hvordan type pasienter man møter.

Antisocial personlighetsforstyrrelse er en gruppe pasienter som er svært utfordrende og vanskelig å beholde i relasjoner over tid. Det er ingen klare behandlingsmetoder som fungerer optimalt for disse pasientene (Gibbon, Duggan, Stoffers, Huband, Völlm, Ferriter & Lieb, 2010). Det er påvist at hvis man klarer å få ned rusmisbruket vil dette gi pasientene en større forutsetning for å fungerer bedre og forhåpentligvis gi de bedre livskvalitet. Oppfølgingen må være tett og helhetlig, samt at helsepersonell som jobber med disse pasientene har gode holdninger og klarer å jobbe med denne pasientgruppen som stadig vil være utfordrende i forhold til at deres manglende evne til empati som kan føre til at de utfører grusomme handlinger som de verken viser anger eller skyld over (Dieterich, Irving, Park & Marshall, 2010).

Det underbygges av ACT modellen at det kreves gode kvalifikasjoner og personlige egenskaper fra sykepleierne for å hjelpe ROP pasientene, videre har pasientene behov for individuell oppfølging av sykepleiere som har gode relasjoner til pasientene. Individuell oppfølging er sentralt da disse pasientene fungerer dårlig i samtalegrupper eller andre former for terapi som vil kreve gruppearbeid (Helsedirektoratet, 2012).

Målet er ikke nødvendigvis at de skal bli helt friske, men mest mulig velfungerende. Den praktiske fungeringen kan fortsatt være dårlig og symptombelastningen kan likevel være høy selv med innføring av ACT- team (Dieterich, Irving, Park & Marshall, 2010).

Slik det ser ut nå er dette det beste vi har å tilby Thomas. Det ville være ønskelig ifølge helsedirektoratet (2012) å ha mer fokus tidlig på hvilke personer som mest sannsynlig vil kunne utvikle ROP lidelser, da vil vi lettere kunne behandle og forebygge. Sykepleiere i både psykisk helseteam og eventuelt hjemmesykepleien i kommunen vil ha en viktig jobb med oppfølging, og har en større sjanse til å fange opp disse pasientene tidlige.

I følge Black, Skodol & Hermann (2015) begynner de antisosiale trekkene tidlig i barndommen, gjerne i begynnelsen av barnehagen eller tidlig i skolen og utvikler seg mer jo eldre man blir. Med tidlige intervensjoner og oppfølging vises det at man kan sette inn tiltak tidlig. Lav sosioøkonomisk status er et problem for pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse. Det å holde på en jobb eller relasjon over tid er vanskelig for disse pasientene, og det samme gjelder for Thomas. Derfor er det viktig med tidlig intervensjon, tett oppfølging og kontinuitet for å sikre at Thomas får hjelp og oppfølging. Dette vil bedre hans livskvalitet betraktelig. Jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser, og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto høyere er forekomsten av ruslidelse (Helsedirektoratet, 2012).

Litteraturliste

- *Black, D.W. (2013). *Bad boys, bad men. Confronting antisocial personality disorder (sociopathy)*. Oxford University Press.
- *Black, D.W., Skodol, A., Hermann, R. (2015). *Treatment of antisocial personality disorder*. Lokalisert på: http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-antisocial-personality-disorder?source=search_result&search=antisocial+personality+disorder&selectedTitle=2%7E19
- *Black, D.W., Skodol, A & Hermann, R. (2015). *Antisocial personality disorder: Epidemiology, clinical manifestations, course and diagnosis*. Lokalisert på: http://www.uptodate.com/contents/antisocial-personality-disorder-epidemiology-clinical-manifestations-course-and-diagnosis?source=search_result&search=antisocial&selectedTitle=1%7E19
- *Bremnes, R., Lilleeng, S.E., Pedersen, P.B., Hellevik, V. & Bergersen, F. (2014). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013*. Helsedirektoratet. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Brinchmann, B.S. (2013). De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B.S Brinchmann (Red.), *Etikk i sykeleien*. (3.utg., s.81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Clausen, H. (2014). Er det reduksjon i sykehusinnleggelse etter inntak i ACT - teamene. I T. Ruud & A. Landheim. *Utprøvingen av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* (s. 69-74). Nasjonalt kompetansetjenester for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.
- *Cramer, V (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*. Kompetansesenter for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregionen Sør - Øst (Kompetansesenterets prosjektrapport 2014-1). Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/nyheter/psykiske-problemer-utbredt-i-fengsler>
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B. & Marshall, M. (2010). *Intensive case management for severe mental illness*. Lokalisert på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007906.pub2/abstract>

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjon. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Forskrift om habilitering og rehabilitering, FOR-2011-12-16-1256.

*Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Völlm, B.A., Ferriter, M. & Lieb, K. (2010). *Psychological interventions for antisocial personality disorder*. Lokalisert på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007668.pub2/abstract;jsessionid=07535EA38E97AB4DDCF8C21A21CD92.f01t04>

*Heiervang, K. & Lofthus, A.M. (2014). Brukernes erfaringer med ACT - teamene. I T. Ruud & A. Landheim. *Utprøvingen av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* (s. 75-77). Nasjonalt kompetansetjenester for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

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

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, K.M. (2011). *Innføring i psykologi*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Jamtvedt, G., Reinar, L. M., Leiknes, K. A., & Dahm, K. T. (2012). *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne*. Kunnskapssenteret. Lokalisert på: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-tiltak-for-a-redusere-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne?vis=sammendrag>

*Landheim, A. & Ruud, T. (2014). Forsøk med ACT - modellen. I T. Ruud & A. Landheim. *Utprøvingen av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* (s.13-14). Nasjonalt kompetansetjenester for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven), LOV-1999-07-02-64. (2015).

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62. (2013).

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62. § 3-8. (2013).

*Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup, om etikk og sanselighet i sykepleien*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk - filosofiske essays*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Martinsen, K. (2005). *Samtalen, Skjønnhet og evidensen*. Oslo: Akribe.

*Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Nasjonal kompetansetjenester for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF. (2014). *Utprøving av ACT -Team i Norge. Hva viser resultatene*. Akershus Universitetssykehus.

*Odden, S. (2014). Ansattes erfaringer med ACT - modellen. I T. Ruud & A. Landheim. *Utprøvingen av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* (s. 81-92). Nasjonalt kompetansetjenester for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

*Olsen, A.K., et al. (2010). *Drap i Norge i perioden 2004-2009*. (NOU 2010:3). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

*Ruud, T. (2014). Hvilke tjenester gir ACT - teamene? I T. Ruud & A. Landheim. *Utprøvingen av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* (s. 45-52). Nasjonalt kompetansetjenester for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2013). *Psykiatriboken, sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2013). Ethiske dilemmaer. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3.utg., s.42-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Stuen, H.K. (2014). Organisering av ACT -team. I T. Ruud & A. Landheim. *Utprøvingen av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* (s. 27-32). Nasjonalt kompetansetjenester for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sykepleierforbundet. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*.

Lokalisert på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler>

*Torgersen, S. (2012). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2008). *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1: Søkeprosess

Vi søkte på helsebiblioteket.no gjennom tilgang fra skolen, her ble det søkt på følgende ord antisocial personality disorder, vi fikk opp 25 treff og gikk inn på 3 link på siden som heter psykologisk behandling av dyssosial personlighetsforstyrrelse. Her var det skrevet et sammendrag av den oppsummerte studien, ved å trykke på linken kom man inn på sammendraget, hvor man videre kunne trykke på fulltekst av forskningsartikkelen.

Vi søkte på helsebiblioteket.no gjennom tilgang fra Høyskolen i Hedmark, vi søkte på ordet tvang og fikk opp 265 treff, vi gikk inn på linken; her er kunnskapen om å redusere bruken av tvang som lå som nr. 8 på førstesiden. Nederst på siden var det anbefalt videre lesing, og henvist til forskningen, Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruken i psykisk helsevern for voksne. Her kunne man finne hele publikasjonen.

Vi søkte på Helsedirektoratet.no på psykiatri i fengsel og fikk opp 5 treff på disse søkeordene. Første treff på siden var psykiske problemer utbredt i fengsler. Her var det linket til en forskningsartikkel som omhandler forekomsten av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Ved å trykke på denne linken kommer man inn på denne forskningsartikkelen.

Vi søkte i COCHRANE Library på følgende ord, mental illness. 182 resultater kom opp, og vi fant forskningsartikkelen Intensiv case management for severe mental illness som er en oppdatert forskning på første siden. Ved å trykke på linken får du opp artikkelens sammendrag, hvor du så kan trykke deg inn på fullteksten til sammen artikkel.

Vi søkte i helsebiblioteket.no med adgang gjennom Høyskolen i Hedmark på følgende term; ROP, her fikk vi opp 217 treff på dette søkeordet. Nederst på førstesiden stod overskriften; Antall døgnopphold halvert med ACT - team, ved å trykke på linken nederst på siden kom vi en side som tilhører ROP, nederst her lå rapporten; Sluttrapport evaluering av ACT -team, hvor du får opp hele publikasjonen som omhandler ACT -team i Norge, og hva resultatene av dette viser.

Vi søkte på helsedirektoratet.no på ordet tvang og fikk opp 38 treff på dette søket. Vi fant en overskrift som het bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne på den første siden. Ved å trykke på denne linken kom vi opp på en side hvor hele forskningsartikkelen kunne lastes ned. Vi valgte den siste rapporten fra 2013.

Vedlegg 2: PICO skjema

Pasient / Populasjon	Intervensjon	Sammenligning	Utfall
Antisocial personality disorder. Antisocial - Personlighets- Forstyrrelse. Rus. ROP pasient. Psykiatri i fengsel. Mental illness.	Tvang Tillit		Livskvalitet / Quality of life. Oppfølging