



BACHELOROPPGAVE

Motivasjon til endring av rusatferd

Hvordan kan sykepleier bidra til motivasjon til endring av rusatferd?

Av

Ida Storhaug Swane
Kandidatnummer 42

Bachelor i sykepleie

Emnekode: SK 152

Innleveringsdato: 25.11.2016

Antall ord: 6736

Veileder: Runar Tengel Hovland

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 42. Navn: Ida Storhaug Swane

JA X NEI__

Sammendrag

Tittel

Motivasjon til endring av rusatferd

Bakgrunn

Rusavhengige pasienter kan ha vanskeligheter med å finne motivasjon til endring av rusvaner. Jeg opplevde i praksis hvordan relasjon mellom sykepleier og pasient kunne bidra til økt motivasjon til endring av rusatferd. Mitt møte med rusavhengige pasienter gjorde sterkt inntrykk på meg. Med dette fikk jeg et ønske om å øke kunnskapen om hvilke faktorer som kan gjøre det utfordrende å skape motivasjon i en avrusningsbehandling.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til motivasjon til endring av rusatferd?

Framgangsmåte

Opgaven er en litteraturstudie. Basert på pensumlitteratur. Annen litteratur, seks forskningsartikler en fagartikkel og en kronikk.

Konklusjon/oppsummering

For å kunne trigge motivasjon til endring av rusatferd må sykepleier ha kunnskaper om ulike årsaksfaktorer til et rusmisbruk. Da forståelsen av de ulike faktorene er avgjørende for å kunne forstå pasienten sitt liv og utfordringer. Ikke minst hvordan å forholde seg til de ulike faktorene i en endringsprosess.

Innhold

1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning av problemstilling.....	2
1.4	Disposisjon	2
1.5	Metode.....	2
1.5.1	Søkeprosess etter forskningsartikler.....	3
1.6	Artikler	4
1.7	Kildekritikk	4
2.0	Teori.....	4
2.1	Yrkesetiske retningslinjer.....	5
2.2	Meld. St. 30 (2011-2012)	5
2.3	Nasjonalfaglige retningslinjer for avrusnings behandling	5
2.4	Hva er rusavhengighet?.....	5
2.5	Biopsykososial modell for å forstå rusavhengighet.....	6
2.6	Motivasjon.....	7
2.6.1	Indre og ytre motivasjon.....	7
2.6.2	Ambivalens.....	7
2.6.3	Motiverende intervju.....	8
2.7	Endringshjulet.....	8
2.8	Miljøterapi.....	10
2.9	Avrusning	10
3.0	Forskning.....	11
4.0	Drøfting.....	13
4.1	Biologiske faktorer	13
4.2	Psykologisk og sosiale faktorer	14
4.3	Ambivalens.....	15
4.4	MI som metode	16
4.5	Konklusjon	17
	Bibliografi	18

1.0 Innledning

Mellom 10-20 prosent av Norges befolkning vil i løp av livet få en ruslidelse (Folkehelseinstituttet, 2016). Veien ut av rusavhengigheten innebærer blant annet avrusning. Ikke alle gjennomfører avrusning ved hjelp av et behandlingsapparat. Men de som gjør det vil få profesjonell hjelp til å takle utfordringene som hører avrusningen med (Lossius, 2015, s.441). I Norge var det i tidsperioden 2008 – 2012, om lag 104000 menn og kvinner i behandling for ruslidelser i spesialisthelsetjenesten, aldersgruppe 23-62 år (Folkehelseinstituttet, 2016). De nasjonalfaglige retningslinjene sier at avrusningsbehandlingen bør stimulere til økt mestring (Helsedirektoratet, 2016). For å mestre trenger vi som mennesker motivasjon. For å vekke motivasjon kan det benyttes ulike terapeutiske modeller. Nasjonalfaglige retningslinjer anbefaler blant annet motiverende intervju i avrusningsbehandling (Helsedirektoratet, 2016). Når man mestrer, vil man kunne møte belastende utfordringer i livet. Ved å mestre helse eller livssituasjon, vil det styrke den generelle helsen (Haugen & Rannestad, 2016). Personer med ruslidelser er i behov for en sammensatt og variert behandling (St.mld. nr.30 (2011-2012), 2012, s. 7). Årsakene til at mennesker utvikler en rusavhengighet vil kunne være sammensatt. De medvirkende faktorene til et rusmisbruk kan også være sammenfallende med veien ut av et rusmisbruk (St.mld. nr.30 (2011-2012), 2012, s. 7). Verdens helseorganisasjon definerer rusmisbruk ut ifra den biopsykososiale modellen. (World Health Organization, 2008). Modellen tar for seg biologiske, psykologiske og sosiale aspekter i en sammenheng for å kunne forstå rusavhengighet (Hole, 2014, s.69). I min forståelse er kunnskaper om den biopsykososiale modellen viktig for å kunne bidra til motivasjon til endring av rusatferd.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg hadde psykiatri- og fordypnings praksis på en avrusningsavdeling. Der fikk jeg et innblikk i rusmisbrukere sin hverdag og utfordringer. Ikke minst hver enkelt sin motivasjon og evne til å mestre de ulike utfordringene. For mange pasienter kan det være en stor påkjenning både psykisk og fysisk. Avrusningsprosessen vil kunne springe ut forskjellig hos vær enkelt. Avhengig av alt etter hva de avruses fra. Omfanget av rusmisbruket. Psykisk tilstand. Ytre press, som sosiale påvirkninger. I observasjoner og samtaler med pasienter var det gjennomgående at avrusningstiden var preget av tunge og dystre tanker. Ikke alle var i posisjon til endring, og trakk seg gjerne litt tilbake. Flere av pasientene ga uttrykk for at "*livet ikke hadde noe mening*". Andre kunne ikke se for seg et liv uten rus. Fysiske plager som frysninger, hodeverk, oppkast og kramper forekom også. Tanker om hvordan de skulle mestre et annen liv, et eventuelt rusfritt liv virket for mange håpløst. Til tross for følelsen av håpløshet hadde samtlige et stort ønske om et rusfritt liv. Om ikke rusfritt, ønsket de i endring i rusvaner. Motivasjonen var til stadighet preget av ambivalens. Jeg fant det utfordrende og spennende å se hvordan man som sykepleier kunne bidra til motivasjon. Sykepleiers kunnskaper og

evne til å motivere pasient i rusbehandling er en sentral og betydningsfull del av holde ut denne fasen. Praksisperiodene vekket for meg en stor personlig interesse for rusomsorgen og skapte et brennende ønske om å bidra. Bidra til at mennesker med avhengighetsproblematikk kan finne motivasjon til endring.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til motivasjon til endring av rusatferd?

1.3 Avgrensing av problemstilling

Avrusningen finner sted på i institusjon for rusbehandling (TBS). Pasientgruppen har avhengighetsproblematikk til illegalt narkotika. Jeg tar i betraktning at det er ulike rusmiddelgrupper. Jeg vil her nevne hovedgruppene. Opioider, anxiolytika, hypnotika, sentralstimulerende, cannabis og hallusinogener. Rusmidlenes effekt og virkning er ulik. Men vil ikke gå i dybden på det i oppgaven. Fokuset mitt er blandingsmisbruk. I forståelse av rusmisbruk har jeg tatt utgangspunkt i den biopsykososiale modellen. Dette er i tråd med Verdens helseorganisasjons definisjon på rusavhengighet (World Health Organization, 2008). Ulike metoder benyttes i terapeutisk behandling. Metoden jeg tar utgangspunkt i er motiverende samtale. Har tatt i betraktning at det er flere aspekter ved en avrusning. Blant annet medikamentell behandling. Informasjon og hjelp til utdanning, bolig, fysisk aktivitet og ettervernstilbud. På grunn av oppgavens omfang og størrelse har jeg måtte begrense innholdet.

1.4 Disposisjon

Innledningsvis vil det være forklaring på hvilken metode som er benyttet for å bygge opp oppgaven. I teori delen kommer yrkesetiske retningslinjer, stortingsmelding og nasjonalfaglige retningslinjer. Deretter blir det gjort rede for hva avhengighet er, og det belyses via den biopsykososiale modellen. Forklaring på hva motivasjon er kommer deretter inn for å gi grunnforståelse til behandlingsmetoden jeg har valgt, som er motiverende samtale. Endringshjulet er med for å vise forståelse av endringsprosessen man går gjennom. I siste del av teori delen vil det være en beskrivelse hva miljøterapi og en avrusning innebærer. Deretter vil jeg presentere valgt forskning. Under drøftings delen vil jeg drøfte forskning, valgt litteratur og egne erfaringer opp mot problemstillingen. Jeg vil under drøftingsdelen omtale behandler/ansatt som sykepleier. Avslutningsvis vil jeg komme med en konklusjon.

1.5 Metode

Eksisterende litteratur er benyttet i denne oppgaven. For å samle inn data til problemstillingen min, begynte jeg med å søke på Google og Google scholar. Søkene var rettet mot artikler som handlet om rusavhengighet og motivasjon. På denne måten fant jeg fagartikkel og kronikk som jeg fant relevant til oppgaven. Søkene ga inspirasjon til den mer systematiske prosessen i søk etter forskning. Der

brukte jeg konkrete søkeord og avgrensinger. Ved å søke i ulike databaser, kom jeg frem til forskjellig forskning. Avslutningsvis endte jeg opp med tre databaser som det ble hentet forskning fra. Da jeg synes forskningen jeg fant her var mest relevant til min problemstilling. Kvantitative og kvalitative studier er med i søkene. Kvantitative studier gir data i målbare enheter (Dalland, 2015, s.112). Kvalitative studier har som hensikt å forklare opplevelser eller en mening (Dalland, 2015, s.112). Fagbøkene jeg har valgt ut er alle rettet mot å kunne gi svar til problemstillingen min og oppgave oppbygning. Litteraturen som er benyttet i oppgaven ga meg ny innsikt og kunnskaper.

1.5.1 Søkeprosess etter forskningsartikler

	Inkludert	Ekskludert
Databaser	Academic Search Elite ,PubMed og Google Scholar	
Tidsperiode	2006-2016	Artikler publisert før 2006
Type artikkel	Fagligvurderte artikler	Ikke fagligvurderte artikler
Fokus	Motivasjon, endring, rusbehandling, pasienter, narkotikamisbruk.	
Metode	Kvantitative og kvalitative studier	
Språk	Engelsk og Norsk	Andre språk
Populasjon	Voksene, over 18år	Ungdom
Hvor	I behandling	

Databaser:	Søkeord	Antall treff:	Artikler benyttet
Pubmed	Commitment AND language AND behavior AND change	36	1
Academic Search Elite	Drug rehabilitation AND motivational interviewing	197	1
Pubmed	emotions AND therapeutic change AND drug abuse	26	1
Pubmed	Nurse, motivation interview, performance	16	1

Google Scholar	Hva er viktig for pasienter i rusbehandling	586	1
-----------------------	---	-----	---

1.6 Artikler

Biopsykososial tilnærming til rusavhengige pasienter. Fagartikkel

Den biopsykososiale modellen sett i sammenheng med rusavhengighet. Forklaringer på hvordan man kan møte pasienter ut ifra modellen. Forståelse av medvirkende faktorer til et rusmisbruk og hvorfor faktorene gjør det utfordrende å bryte med rusavhengigheten (Stallvik, 2011).

Ut av ruståka? Kronikk

Beskrivelse av hvordan rusavhengige pasienter kan føle på det å avruse seg. Guri Vindegg (2011) setter ord på et ønske om å bare være et alminnelig menneske, når rusenes tåke forsvinner (Vindegg, 2011).

1.7 Kildekritikk

Bøkene som er valgt ut til denne oppgaven er blant annet hentet fra pensumlisten som inngår i sykepleier utdanningen. Med dette er de kvalitetssikret. Litteraturen fra pensumlisten hadde ikke stort nok spekter til å belyse min problemstilling. Derfor fant jeg resterende faglitteratur på et bibliotek. Valg av bøker ble tatt med utgangspunkt i anbefalinger fra personer som jobber i rusfeltet. Jeg ser det som en styrke i oppgaven at personer med erfaring innen feltet anbefaler litteratur som de finner relevant. Databasene jeg brukte i søkeprosessen etter forskningsartikler har blitt anbefalt av høyskolen, og jeg ser dermed på disse som pålitelige kilder. Forskning som er valgt ut er både av kvalitativ og kvantitativ design. Jeg ser det som en styrke i oppgaven at begge design er tatt med. Da kvalitativ forskning får frem følelser og opplevelser (Dalland, 2015, s. 113). Kvantitativ forskning gir et bredere bilde av hva som er representativt for valgt pasientgruppe (Dalland, 2015, s. 113).

Forskningsartiklene som er tatt med er fra 2008 til 2015. Jeg ser det som positivt at forskningsartiklene ikke er eldre enn 8 år, da utvalget er preget av nyere forskning. En fagartikkel er tatt med for å gi et personlig blikk fra feltet sett i sammenheng med forskning. Det er også tatt med en kronikk.

Svakheter med denne kronikken er at den ikke er fagligvurdert og er mer en mening som belyses. Jeg ser allikevel det som positivt å ha med skildringer som aktualiserer emnet jeg tar for meg i oppgaven.

2.0 Teori

Innledningsvis er det et utvalg av yrkesetiske retningslinjer. Verdier og ansvar man har som sykepleier i en avrusingsavdeling. Stortingsmeldingen beskriver hva som vektlegges i ruspolitikken. Nasjonalfaglige retningslinjer gir en forståelse for hva en avrusningsbehandling bør inneholde. Videre forklares det hva det vil si å være rusavhengig. Forståelse av kompleksiteten av ruslidelse forklares

gjennom den biopsykososiale modellen. Deretter beskrives motivasjon som begrep og hvordan man kan skape motivasjon i samtalebehandling. For å kunne motivere pasient, må sykepleier vite hvor pasienten er i sin endringsprosess. Endringsprosessen beskrives via endringshjulet. Avslutningsvis forklares det om hva miljøterapi innebærer og hva som skjer i en avrusningsbehandling.

2.1 Yrkesetiske retningslinjer

“ Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.

Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.

Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester. ” (Norsk sykepleierforbund, 2016)

2.2 Meld. St. 30 (2011-2012)

Regjeringen legger vekt på en helhetlig rusmiddel politikk i stortingsmeldingen. Dette innebærer tidlig innsats og forebygging av rusproblemer. Bedre samhandling, slik at tjenestene bygges tettere rundt den som trenger hjelp. Gjennom bedre samhandling er målet færre brudd i behandlingsforløpet. Mennesker med rusavhengighet skal bli møtt med respekt. Hjelpen som tilbys skal ikke stille krav om rusfrihet, men ha det som et mål. Strategi er lagt opp for å øke kompetanse og kvalitet, samt styrke kunnskapen om rusproblematikk. Mål om å arbeide mot at rusavhengige, på tross av sykdom og avhengighetsproblematikk, vil kunne oppleve seg som en del av samfunnet (St.mld. nr.30 (2011-2012), 2012, s. 8).

2.3 Nasjonalfaglige retningslinjer for avrusnings behandling

For å skape et bilde på hva en avrusningsbehandling skal inneholde har jeg tatt utgangspunkt i de nasjonalfaglige retningslinjene. Her fremkommer det at behandlingen skal være individualisert etter pasientens behov og egen forståelse av sine utfordringer (Helsedirektoratet, 2016). Behandlingen skal inneholde farmakologisk, psykologisk og miljøterapeutiske tiltak. Det skal utføres relasjons arbeid og enheten for avrusning skal benytte seg av ulike terapeutiske metoder. Behandlingen bør stimulere til økt mestring (Helsedirektoratet, 2016).

2.4 Hva er rusavhengighet?

Avhengighet, er et begrep som blir brukt når en bruker har vanskeligheter med å kontrollere inntak av rusmidler og et sterkt ønske om å ta rusmiddelet (Helsedirektoratet, 2016). Den manglende kontrollen og det sterke ønske sees i sammenheng med at bruker vet skadevirkningene av bruken. Rusmiddelet vil også ha en høyere verdi enn andre aktiviteter eller forpliktelser (Helsedirektoratet, 2016). For å diagnostisere rusproblemer bruker helsevesenet i Norge et internasjonalt sykdomsklassifikasjons system, ICD-10. Avhengighet omfattes av flere komponenter, både

fysiologiske, atferdsmessige og kognitive utfall av bruken av et gitt substans (Helsedirektoratet, 2016).

2.5 Biopsykososial modell for å forstå rusavhengighet

Verdens helseorganisasjon definerer rusavhengighet som en biopsykososial lidelse (World Health Organization, 2008). Modellen tar for seg biologiske, psykologiske og sosiale aspekter i en sammenheng for å kunne forstå rusavhengighet (Hole, 2014, s.69). Modellen tar sikte på at man ikke kan se på aspektene vær for seg, men at helse og sykdom må sees på som et for å kunne skape forståelse (Hole, 2014 s.69).

Når mennesker opplever noe godt, vil det sendes signaler til hjernens belønningssystem. Sex, mat og drikke er eksempler på naturlige stimuler (Folkehelseinstituttet, 2015). Slike stimuler fester seg i hukommelsen. Behovet for gjentagelse vil skje, da stimuliene er essensielle behov for overlevelse (Folkehelseinstituttet, 2015). Kunstig stimuli vil skje ved rusinntak. Følelsen av velvære og behovet for gjentagelse vil inntreffe (Folkehelseinstituttet, 2015). Den positive opplevelsen av rusmiddelet vil med langvarig bruk svekkes. Behovet for gjentagelse vil øke. Dette skjer fordi kroppen får en toleranseøkning til rusmiddelet (Folkehelseinstituttet, 2015). Toleransen til rusmiddelet vil i midlertidig svekkes ganske hurtig når personen slutter å bruke rusmiddelet. Motivasjonen for å bruke rusmidler vil deretter kunne ligge latent i kroppen. Eksponering av situasjoner eller tanker som minner om tidligere rusmisbruk vil vekke lysten til å innta rusmidler (Folkehelseinstituttet, 2015).

I de frontale delene av hjernen avgjør vi hvilken handlinger vi utfører. Her setter vi opp fordeler mot ulemper, før vi fatter en beslutning (Folkehelseinstituttet, 2015). Denne delen av hjernen er ikke ferdig utviklet før man er mellom 20 – 30 år gammel. Under ruspåvirkning vil de frontale områdene bli hemmet som fører til nedsatt kritisk sans (Folkehelseinstituttet, 2015). Valgte handlinger vil derfor under ruspåvirkning være mer impulsiv. Ved hyppig rusinntak i ung alder vil disse delene av hjernen kunne bli permanent skadet (Folkehelseinstituttet, 2015).

Psykologisk og sosialt ser man på bakenforliggende årsaker til at man bruker rusmidler. Man kan være genetisk disponibel (Føyn & Shaygani, 2010, s.35). Oppvekst og ytrepåvirkninger vil kunne preget sinnet og valgene man tar i livet. Inntak av rusmidler vil kunne være en måte å dempe emosjonelle reaksjoner på ubehagelige opplevelser (Føyn & Shaygani, 2010, s.53). Rusmiddelet kan for noen bli en måte å takle smerten på (Føyn & Shaygani, 2010, s.54). Boforhold, økonomi, utdanning, arbeid og generell sosial inkludering vil også kunne spille en rolle (Hole, 2014, s.68).

Overgangen fra skadelig bruk av rusmidler til avhengighet av rusmidler handler om sårbarhet (Hole, 2014, s.69). Høy sårbarhet i både det kroppslige, psykiske og sosiale vil øke sannsynligheten for å bli rusavhengig (Hole, 2014, s.69). Modellen tar også med i betraktning at sårbarhet ved kun et av

områdene, eller lavere sårbarhet på flere eller alle områder vil også kunne føre til rusmisbruk. Med sistnevnte går man ut i fra at et rusmisbruk vil øke sårbarheten på alle områdene på sikt (Hole, 2014, s.70).

2.6 Motivasjon

Motivasjon er det som styrer menneskers handlinger. Opprinnelig stammer motivasjon fra det latinske ordet, «movere», som betyr, å bevege (Renolen, 2010, s.41). I livet til et menneske med avhengighetsproblematikk, vil rusmiddelbruken styre mye av tilværelsen. Avhengigheten vil kunne bestå av to motpoler. På den ene siden, vil det være en sterk trang til å bruke rusmidler (Hole, 2014, s.106). På den andre siden, vil det gjerne være et ønske om å gjenvinne kontroll over rusmiddelet. Kraften og ønske om endring kan betegnes som motivasjon (Hole, 2014, s.107). Motivasjon kan være en positive kraft et individ har. Men den positive kraften med ønske om endring vil alltid stå i spenning med de kreftene som bidrar til avhengigheten. I motivasjonsarbeid vil man prøve å fremheve, understøtte og bidra til videreutvikling av de positive kreftene (Hole, 2014, s.107).

2.6.1 Indre og ytre motivasjon

Indre motivasjon kan sees på som det naturlig motivasjonssystemet kroppen har. Den indre motivasjonen er en ønsket aktivitet for å oppnå en indre tilfredsstillelse (Renolen, 2014, 42). Ytre motivasjon kan sees på som en mer kunstig motivasjon. Krefter utenfor en selv vil igangsette handlinger som påvirker motivasjonen vår. Ytre motivasjon vil gjerne ha belønning eller straff ved å utføre eller ikke utføre en handling (Renolen, 2014, s.43).

2.6.2 Ambivalens

Mennesker generelt kan ha vanskeligheter med å endre livssituasjoner eller væremåter. I avrusningsbehandling kommer dette også tydelig frem. Ambivalens kan defineres som stadige vekslende motstridende tanker, impulser eller følelser. Dette knyttet mot et objekt, en handling eller person (Hole, 2014, s.64). Den ene motpolen, kaller man *endringssnakk*. Her vil man støtte og motivere seg selv til endring. Den andre motpolen kaller man *qou-snakk*. Her vil man argumentere for å ikke skape endring (Miller & Rollnick, 2016, s.29). I motivasjonsarbeid handler erkjenne de negative kreftene som en del av prosessen pasienten gjennomgår (Fekjær, 2014, s. 107). Da ambivalensen er en naturlig del av avrusningen (Fekjær, 2014, s. 107). En måte å trigge den positive motivasjonen til pasienten er ved å liste opp konkrete fordeler og ulemper ved et rusmisbruk sett fra pasientens ståsted (Fekjær, 2014, s. 107). Dette vil også gi pasienten en forståelse av at endring ikke trenger å være, enten/eller, men både/og (Fekjær, 2014, s. 108).

2.6.3 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en terapeutiske samtale metode utviklet på 1980-tallet (Miller & Rollnick, 2016, s.9). Metoden tar sikte for at helsepersonell av ulike slag kan lære og benytte samtale teknikken i arbeid med pasienter i behov for motivasjon til endring (Miller & Rollnick, 2016, s.29).

Motiverende samtale er basert på at pasienten selv skal snakke seg selv til endring (Miller & Rollnick, 2016, s.30). Drøftingen fra behandlers side skal være nøytral og være av en ikke konfronterende karakter. Endringen skal være basert på pasientens egne verdier og interesser (Miller & Rollnick, 2016, s.30). Behandler skal stille åpne spørsmål for å oppmuntre pasient til å reflektere og utdype valg og handlinger (Miller & Rollnick, 2016, s. 61). Ved å stille åpne spørsmål kan man få innsikt i pasienten sin indre referanseramme og styrke relasjonen mellom pasient og behandler (Miller & Rollnick, 2016, s.61). Tanken er at mennesker lettere lar seg overbevise av det de selv har å si. Målet ligger i å styrke personens indre motivasjon for å kunne skape endring (Miller & Rollnick, 2016, s.39). Motiverende intervju er basert på flere prinsipper, jeg vil her ta for meg noen av hovedprinsippene i behandlings metoden:

Partnerskap, pasienten har med sitt levde liv, en mening og forståelse av sine erfaringer. Behandler skal prøve å forstå pasientens tilværelse ved å verden gjennom pasientens øyne (Miller & Rollnick, 2016, s.42). Når man har fått innblikk i pasientens verden, handler det om å faktisk *akseptere* det pasienten kommer med. Ved aksept handler det ikke om å samtykke eller være ening i det pasienten formidler. Men å evne å se pasienten for den han er, uten å dømme. Ved å gjøre dette respekterer man autonomien til pasienten og viser empati. Tanken i motiverende samtale er at mennesker som opplever aksept for den de er, vil stå fritt til å kunne endre seg. Videre vil det være viktig å gi bekræftelse og anerkjennelse til pasientens innsatsvilje og styrker (Miller & Rollnick, 2016, s.44-46). *Medfølelse* er også et viktig prinsipp, det å vise medfølelse i samtale handler om å ønske å fremme pasientens interesser og den eget beste (Miller & Rollnick, 2016, s.47). Behandler skal *fremkalle* motivasjon til endring hos pasienten gjennom bevisstgjøring av ressurser som allerede er i pasienten (Miller & Rollnick, 2016, s.48).

2.7 Endringshjulet

I boken *Rus* viser Fekjær til James Prochaschas og Carlos di Clemente sin modell som forklarer ulike endringsstadier (Fekjær, 2010, s.247). Endringshjulet blir blant annet brukt i rusbehandling (Fekjær, 2010, s.247). Når et menneske skal gjennomføre en endring i livet, vil ofte prosessen bestå av forskjellige stadier (Fekjær, 2010, s.247). Endringshjulet er en beskrivelse av endringsprosessene og stadiene man går gjennom. Hjulet beskrives i syv stadier (Fekjær, 2009, s.247). Stadiene følges nødvendigvis ikke i rekkefølge. Noen vil kunne stoppe opp på et stadiet og noen vil kunne få

tilbakefall (Fekjær, 2009, s,249). Hvor pasienten er i endringsprosessen vil avgjøre hvilken metode og teknikk som brukes for å hjelpe pasienten videre (Fekjær, 2009, s.249).

Før overveielse: Ser på fordeler ved nåværende livstil, ulempene har ikke så stor betydning. Unngåelse av informasjon som potensielt kan gi vedkommende motivasjon til endring. Er ikke i posisjon til å gjennomføre endring de neste seks månedene (Fekjær, 2009, s.247).

Overveielse: Interessen for å endre livsstil innen et halvt år er nå tilstede. Begynner å se fordeler ved en livsstilsendring. Pasient vil fremstå ambivalent.

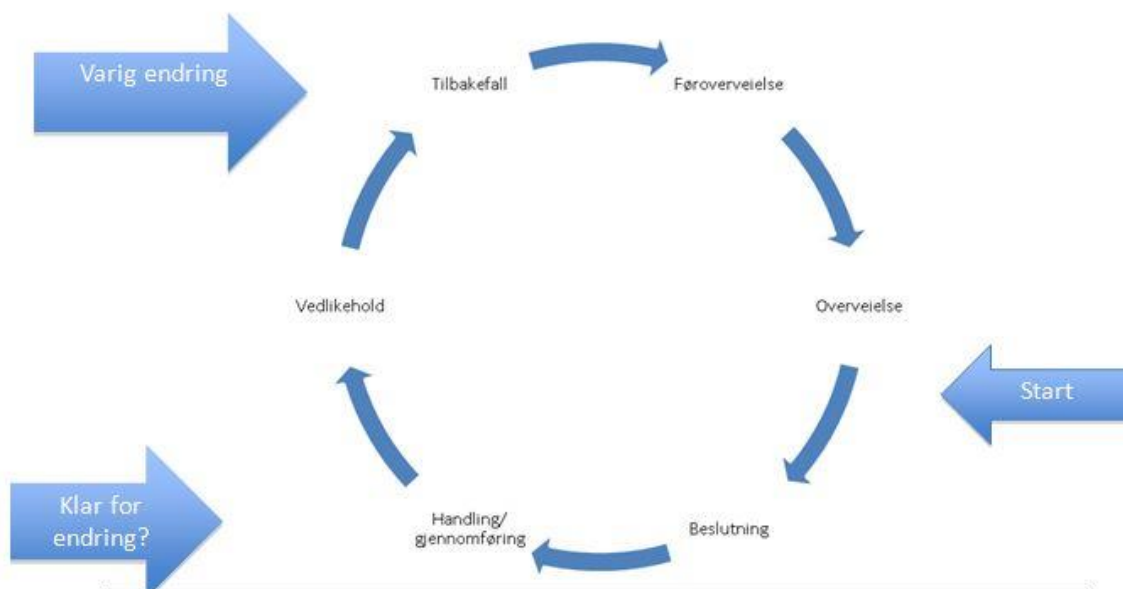
Beslutning: Endring vil her oppleves mer positivt, da fordeler vil virke høyere enn ulemper. På dette stadiet bestemmer pasient seg for endring.

Forberedelse: Konkrete mål om å legge om livsstil innen en månedstid

Handling: Her iverksetter pasienten planlagt strategi for endring

Forebygge tilbakefall: For at pasienten skal komme gjennom denne fasen kreves det mestringsteknikker. Her vil trangen til å gi opp kunne være stor.

Vedlikehold: I denne fasen handler det om hvordan pasienten takler sin livsstilsendring og hvordan man mestrer ulike fristelser for tilbakefall (Fekjær, 2009, s.247-248).



(Endringshjulet [Bilde], 2013).

2.8 Miljøterapi

I miljøterapi er tanken at psykiske lidelser oppstår i mellom-menneskelige relasjoner. Måten man kan redusere eller bli kvitt lidelsen vil derfor være gjennom mellom-menneskelige relasjoner (Skårderud, Haugsjerd, & Stänicke, 2015). At personer er genetisk disponibel eller har hjerneorganiske forandringer blir også tatt hensyn til (Skårderud, et al., 2015, s.206). Men hovedtanken er at personer som opplever trygge, gode rammer i oppvekst trolig vil ha større sannsynlighet til å ha beholde et livsmot og alminnelig godt humør som voksen (Skårderud, et al., 2015, s. 207). Personer som derimot opplever traumer eller motgang tidlig i livet vil kunne føle på en nedtrykthet og følelse av skam. Følelsene vil kunne komme til uttrykk ved sinne, redsler, undertrykkelse eller innestengelse (Skårderud, et al., 2015, s. 207).

Miljøterapiens kjerneoppgaver omfatter blant annet, vise genuin interesse for den enkelte pasient sin livshistorie og livssituasjon (Skårderud, et al., 2015 s. 208). Reflektere sammen med pasienten om hvordan de følelsesmessig blir påvirket av behandlingskontakten. Tilføre pasientgruppen håp og bevare vitaliteten (Skårderud, et al., 2015, s. 208). Hensikten med miljøterapi er å få pasienten til å føle på en større selvfølelse, større mestringsevne. Ikke minst og bedre evnen til å gå i mellom-menneskelige relasjoner og være følelsesmessig engasjert (Skårderud, et al., 2015, s. 213).

2.9 Avrusning

Under avgiftnings behandling, vil de fleste abstinensplagene være over i løp av en til to uker. Men det finnes unntak der noen legemidler kan gi symptomer i flere måneder (Lossius, 2015, s.441). Utover abstinensplagene, vil ofte en avrusning være preget av psykiske og psykososial utfordringer. For noen vil det faktum at de oppholder seg på en institusjon med regler og struktur kunne bli vanskelig å kombinere med abstinensplager (Fekjær, 2009, s.281). De vanligste fysiske abstinensplagene vil være, smerter i muskler og ledd, muskelkramper, skjelving, diare', magesmerter, nedsatt appetitt, kvalme, redusert allmenntilstand, økt sekresjon fra øyne og nese, økt spytt sekresjon, økt kroppstemperatur og gåsehud. Psykiske plager vil kunne være depresjon, uro, irritabilitet, søvnforstyrrelser, trøtthet og konsentrasjonsvansker (Hafseng, 1998, s.22). Et mer alvorlig utfall som vil kunne inntreffe er abstinenskramper med bevissthetstap (Fekjær, 2009, s.281). Delirium tremens er også en alvorlig komplikasjon der det vil inntreffe en akutt psykose preget av uro og synshallusinasjoner. Ubehandlet vil denne tilstanden potensielt kunne være livstruende, da det vil kunne føre til kretsløpskollaps. Under et institusjonsopphold vil det være ofte være nødvendig med medisinsk lindring av abstinensplager for å unngå at klienten avbryter avrusningen (Fekjær, 2009, s.282).

3.0 Forskning

The potential of the commonplace: A sociological study of emotions, identity and therapeutic change.

Kvalitativ studie. Deltagende observasjon og intervju ble benyttet som metode. Betydning av den hverdagslige kontakten mellom pasient og sykepleier i behandlingsinstitusjon for avrusning ble kartlagt. Behovet for den mellom-menneskelige kontakten viser seg å ha stor betydning for pasientene. Da relasjonen bidro til en positive tanker omkring endring og en ny identitet som rusfri (Skatvedt & Schou, 2010).

Single-Session Motivational Interviewing for Drug Detoxification Inpatients: Effects on Self-Efficacy, Stages of Change and Substance Use.

En randomisert kontrollert studie med kvantitativ utførelse. Pasientene var innlagt på avrusingsavdeling. Det ble målt effekt av en økt MI i tillegg til vanlig i behandling. I kontroll gruppen ble det kun gitt vanlig behandling. I gruppen der MI ble benyttet viste pasientene høyere motivasjon til avholdenhet enn kontrollgruppen (Berman, Forsberg, Durbeej, Källmén, & Hermansson, 2010).

The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit - a randomised controlled trial with two year follow-up

En randomisert kontrollert studie. Forskning med mål å finne ut om to seanser med motiverende intervju for pasienter med rusproblematikk, innlagt på akutt psykiatrisk avdeling ville vise endring i rusvaner. Pasientene ble delt opp i to grupper, en gruppe fikk ordinær helsehjelp. Mens andre gruppen fikk ordinær helsehjelp pluss to seanser med motiverende intervju. Etter et år viste begge gruppene nedgang i rusinntak. Etter to år viste gruppen som fikk MI, et vedvarende mindre rusinntak. Kontrollgruppen hadde like høyt forbruk som før innleggelsen på akutt psykiatrisk avdeling (Bagøien, G., Bjørngard, J., Østensen, C., Reitan, S. K., Romundstad, P., & Morken, G., 2013)

Cognition, commitment language and behavior change among cocaine dependent patients.

Placebokontrollert randomisert studie med kvantitativ utførelse. Studien ønsket å se om det var sammenheng mellom kognitiv funksjon og endringspotensiale hos kokain avhengige pasienter. Kognitiv atferdsterapi ble brukt som terapeutisk samtalemetode. Konklusjonen er at engasjement til avrusning ikke trenger å ha sammenheng med kognitiv funksjon. I selve behandlingsøktene tyder resultatene på at pasienter med bedre kognitiv funksjon hadde mer utbytte av øktene (Aharonovich, Amrhein, Bisaga, Nunes, & Hasin, 2008).

Primary care nurses' performance in motivational interviewing.

Kvalitativ forskning med beskrivende design. Kartlegging sykepleieres kompetanse i Motiverende intervju. Sykepleierne i studien brukte MI for å hjelpe pasienter til livsstilsendring. Alle sykepleierne som deltok i forskningen hadde mellom 2-11 år bak seg med Motiverende intervju som arbeidsverktøy, i tillegg hatt kursing i MI. Sykepleierne vurderte seg selv til å ha gode ferdigheter. Gjennomsnittlig oppnådde ikke sykepleierne tilfredsstillende ferdigheter og kompetanse i alle aspekter av motiverende intervju (Ostlund, Kristofferzon, Haggstrom, & Wadensten, 2015).

Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling.

Semistrukturerte kvalitative intervjuer som belyser hva som er viktig for pasienter med avhengighetsproblematikk i avrusnings behandling (TBS). Bli sett, tatt på alvor, trygge rammer, tilgjengelig ansatte og et meningsfullt program viste seg å være betydningsfullt. Ansatte som fremstod uhøflig, ikke holdt det de lovet og fremstod kunnskapsløs i forhold til rusproblematikk ble sett på som negativt i et behandlingsforløp (Dahle & Iversen, 2014).

Sammenfatning av forskningsartiklene

Avrusningsbehandlingen vil kunne omfatte utfordringer i forhold til motivasjon til rusendring Flere rusavhengige pasienter kan ha svekket kognisjon på grunn av store rusinntak. Den svekket kognitive funksjon vil kunne være en faktor som gjør det vanskeligere å motivere denne gruppen pasienter. Viktig å utøve motiverende intervju etter prinsipper i behandlingsmodell. Vedlikeholde og bli testet i metoden for å kunne beherske den i praksis. Motiverende intervju viser seg å ha effekt i rusbehandling. Men det er flere aspekter som kan bidra til motivasjon og positive følelser rundt endring. Mellom-menneskelig kontakt er også av stor betydning for pasientgruppen. Hverdagslige samtaler kan sees i sammenheng med en forberedelse til livsstilsendring. Motivasjon kan skapes ved å føle seg sett og verdsatt som et menneske, ikke bare en pasient.

4.0 Drøfting

Motiverende intervju viser seg å ha effekt på rusavhengige pasienter i behandling. Berman et al. bekrefter at kun en økt med MI i avrusningsbehandling har langvarig effekt på pasientenes motivasjon og rusmestring (Berman, et al. 2010). Men er det så ukomplisert å gi behandling til rusavhengige pasienter? Som definisjon på hva en avhengighet omfatter er det flere komponenter. Verdens helseorganisasjon definerer rusavhengighet som en biopsykososial lidelse (World Health Organization, 2008). For å kunne forstå rusavhengighet, kan man ikke se helse og sykdom vær for seg (Hole, 2014 s.69). Som sykepleier skal man " fremme helse og forebygge sykdom" (Norsk sykepleierforbund, 2016). Jeg finner det derfor betydningsfullt å ta for meg faktorer innen helse og sykdom som kan prege hvordan den enkelte mestrer avrusningsbehandlingen. De ulike faktorene, kan gi kunnskaper om den enkelte pasient sin " *motivasjon til endring av rusatferd*".

4.1 Biologiske faktorer

Rusmidler vil for en rusavhengig være like essensielt som mat og drikke da rusen gir stimuli i hjernenes belønningssenter (Folkehelseinstituttet, 2015). Men inntaket av rusmidler kan også gi varige skader i funksjoner i hjernen (Folkehelseinstituttet, 2015). Personer med avhengighetsproblematikk kan derfor ha en lavere kognitiv funksjon (Folkehelseinstituttet, 2015). Sykepleier bør være bevisst på at pasienter med lavere kognitiv funksjon ofte velger handlinger i impulsivitet (Folkehelseinstituttet, 2015). Pasienten sin evne å se de negative konsekvensen av en valgt situasjon kan være svekket (Folkehelseinstituttet, 2015). I avrusningsbehandling opplevde jeg at impulsiviteten viste seg i forbindelse med rus-sug. Pasienten viste da manglende motivasjon til å endre rusvaner. For å fremkalle motivasjon mener Miller & Rollnick (2016) at sykepleier skal oppmuntre pasient til utdype tankene sine (Miller & Rollnick, 2016, s. 61). Ved å stille åpne spørsmål til pasienten (Miller & Rollnick, 2016, s. 61). Sykepleier vil da få innsikt i pasienten sin indre referanseramme og legge til grunne for at pasienten får en høyere motivasjon (Miller & Rollnick, 2016, s.61).

Man kan stille spørsmål om det er kognitiv kapasitet til fordøye den kognitive påvirkningen? Vil en pasient med lavere kognitiv funksjon ta innover seg motivasjonen som sykepleier prøver å fremkalle? Forskning setter oppmerksomhet på hva den kognitive funksjonen har i betydning i en avrusning (Aharonovich, et al., 2008). Studien tar utgangspunkt i hvordan pasienter kognitiv svikt er i samtale behandling kontra pasienter uten kognitiv svik. I utgangspunktet ønsket begge pasient gruppene å endre rusvanene sine. I samtalebehandling viste pasientene med lav kognitiv funksjon generelt lavere engasjement enn pasientene som ikke hadde kognitive svekkelser. Metoden som var brukt var kognitiv atferdsterapi som baserer seg på at pasienten er engasjert i samtalebehandling (Aharonovich, et al., 2008). Miller & Rollnick (2016) tar også utgangspunkt i at pasientene skal være

engasjert i samtalen. I forskningen til Aharonovich et al., (2008) viste pasientene med svekket kognitiv funksjon mindre evne til å endre rusvaner. I tillegg hadde de en større tendens til å avbryte rusbehandlingen (Aharonovich, et al., 2008).

I praksisperiodene mine opplevde jeg at noen pasienter dro fra avdelingen på grunn av rus-sug. Før de dro fra avdelingen oppholdt de seg ofte på sitt eget rom og trakk seg vekk fra felles sosiale miljøet. Noen av pasientene som dro fra avdeling, kom gjerne tilbake neste dag og ønsket å skrive seg inn igjen. For meg sier dette noen om impulsiviteten som kan drive pasientene. Handler det også om å bli sett som menneske i en sårbar situasjon? Intervjuer gjort på avrusingsavdeling viste at noen pasienter følte seg glemt (Dahle & Iversen, 2014). Pasienter som var stille og sjenert følte de burde bli tatt bedre vare på (Dahle & Iversen, 2014). Jeg stiller spørsmål til om det er sånn pasientene skal oppfatte en avrusingsforløpet. I yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier skal "*yte omsorgsfull hjelp*" (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Avrusningsbehandling skal blant annet inneholde miljøterapeutiske tiltak (Helsedirektoratet, 2016). Miljøterapi har den hensikt å få pasienten til å føle på en større selvfølelse, større mestringsevne. Pasientene skal føle en genuin interesse for den de er med sin livshistorie og livssituasjon (Skårderud, et al., 2015 s. 208). Miljøterapi skal også bedre pasienten sin evnen til å gå i mellom-menneskelige relasjoner (Skårderud, et al., 2015, s. 213). Jeg ser også betydningen av at sykepleier fremstår kontaktsøkende med pasienter som trekker seg vekk fra det sosiale miljøet på avdelingen. Med tanke på den potensielle impulsiviteten som kan drive dem (Folkehelseinstituttet, 2015). I tillegg til det mellom-menneskelige behovet som vil ha stor betydning i den terapeutiske prosessen i å skape en ny identitet som "*rusfri*" (Skatvedt & Schou, 2010).

4.2 Psykologisk og sosiale faktorer

Pasienter kan ha psykologiske grunner til rusmisbruket (Føyn & Shaygani, 2010, s.35). I samtale jeg hadde med pasienter i praksisperiodene mine kom det frem at noen hadde hatt en problematisk oppvekst. Vold, misbruk og mangelfull tilstedeværelse av foreldre er noen eksempler. Skårderud et al. (2015) mener at traumer eller motgang tidlig i livet vil kunne bidra til psykiske lidelser (Skårderud et al., s.207). Men det er nødvendigvis ikke bare ytre påkjenninger, man kan også være genetisk disponibel (Føyn & Shaygani, 2010, s.35). Guri Vindegg (2011) beskriver hvordan pasienter kan kjenne på ulike følelser i en avrusning. Følelser av ensomhet, kjedsomhet og traumer som kommer til overflaten da rusen sakte forsvinner fra kroppen (Guri Vindegg, 2011). Videre beskriver hun hvordan rusmiddelet har vært en venn i livet som har hjulpet pasienten å legge lokk på de vonde opplevelsene (Guri Vindegg, 2011). I avrusningen må pasienten finne sin nye identitet, uten rusen som følgesvennen (Guri Vindegg, 2011). I min forståelse handler det om å forstå betydningen av rusmiddelet for pasienten og hvor krevende det kan være å endre rusatferden.

Sykepleier skal *“ bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester”* (Norsk sykepleierforbund, 2016). Pasientene skal også bli møtt med kompetanse og kvalitet (Regjeringen, 2011-2012). Samt ansatte med kunnskap om rusproblematikk (Regjeringen, 2011-2012). Enheten for avrusning skal benytte seg av ulike terapeutiske metoder (Helsedirektoratet, 2016). I min forståelse er det ulike måter å møte pasienter med rus og psykiske lidelser i samtale. I studien til Bagøien et al. (2013) er det tatt utgangspunkt i inneliggende pasienter på akutt psykiatrisk avdeling. Pasientene led av ulike psykiatriske lidelser i tillegg hadde de en ruslidelse (Bagøien, et al., 2013). Forskningen viser at MI som metode er mer effektiv enn vanlig behandling på lang sikt for denne pasientgruppen (Bagøien, et al., 2013). Kontroll gruppen som kun fikk vanlig behandling hadde også redusert rusinntaket ved et årskontroll. Men etter to år hadde kontroll gruppen et tilsvarende rusinntak som før studien begynte (Bagøien, et al., 2013). Intervensjonsgruppen som mottok MI hadde etter to år vedlikeholdt et lavere rusinntak (Bagøien, et al., 2013).

Kan det være at den humanistiske måten å møte pasientene på bidro til større mestring? Miller & Rollnick (2016) mener at mennesker lettere lar seg overbevise av det de selv har å si. I forståelse av ønske om å endre livssituasjon mener Miller & Rollnick at det handler om å få aksept for den man er (Miller & Rollnick, 2016, s.45). Ved å få denne aksepten vil man stå fritt til å endre seg (Miller & Rollnick, 2016, s.45). Det er i min forståelse at den mangelfulle moraliseringen vil bidra til indre styrker. Også sett i MI modellen sin forståelse av at mennesker vet selv sitt eget beste ut i fra sitt levde liv med erfaringer (Miller & Rollnick, 2016, s.30).

Marianne Stallvik (2011) beskriver rusen som forelskelsens magi. Sett i den sammenheng at rusen sin virkning kan få mennesker til å se på andre primærkilder som mat og søvn som mindre viktig (Marianne Stallvik, 2011). Forelskelse er en sterk følelse, noe de fleste av oss kan relatere til. For meg gir dette en forståelse av behovet for gjentagelse av rusinntak for rusavhengige pasienter. Trangen til å innta rusmidler kan vekkes ved eksponering av situasjoner eller tanker som minner om tidligere rusmisbruk (Folkehelseinstituttet, 2015). I praksisperiodene mine merket jeg hvordan pasienter sine uttalelser om rusmidler eller rusrelaterte situasjoner kunne trigge andre pasienter sitt rus-sug. Motivasjonen til rusmestring kunne fort svekkes. I intervju av pasienter i rusbehandling ble det sagt at det var ønskelig at en ansatt alltid var tilstede blant beboerne (Dahle & Iversen, 2014). Ved å være tilgjengelig og tilstede vil sykepleier etter min forståelse kunne bidra til unngåelse av rus relaterte samtaleemner. En unngåelse av situasjoner som vil kunne svekke motivasjonen.

4.3 Ambivalens

Motiverende intervju har som hensikt å styrke den indre motivasjonen for å kunne bidra til endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 39) Den indre motivasjonen forklares som en ønsket aktivitet for å oppnå en indre tilfredsstillelse (Renolen, 2014, s. 42). Men behovet for den indre tilfredsstillelsen vil i en

avrusning kunne stå i spenning med motstridene tanker (Hole, 2014, s.64). Hva vil være gunstig når en pasient mangler motivasjon og argumenterer for å ikke skape endring (Miller & Rollnick, 2016, s.29). En måte å trigge den positive motivasjonen til pasienten er ved å liste opp konkrete fordeler og ulemper ved et rusmisbruk sett fra pasientens ståsted (Fekjær, 2014, s. 107). Dette vil også gi pasienten en forståelse av at endring ikke trenger å være, enten/eller, men både/og (Fekjær, 2014, s. 108). I motivasjonsarbeid vil man prøve å fremheve, understøtte og bidra til videreutvikling av de positive kreftene (Hole, 2014, s.107).

4.4 MI som metode

Motiverende intervju er basert på at pasienten selv skal snakke seg selv til endring (Miller & Rollnick, 2016, s.30). For å bidra til motivasjon via MI må sykepleier ha kunnskaper om grunnleggende prinsipper i modellen (Miller & Rollnick, 2016). Men er det alltid slik at sykepleiere mestrer teknikken. I en studie gjort av sykepleiere som hadde MI som arbeidsverktøy i motivasjonsarbeid ble det belyst svakheter i utøving av metoden (Ostlund, et al., 2015). Gjennomsnittlig oppnådde ikke sykepleierne tilfredsstillende ferdigheter og kompetanse i alle aspekter av motiverende intervju (Ostlund, et al., 2015). Det handler gjerne om å ha et større faglige fokuset på metoden man benytter. Ostlund et al. (2015) mener at viktige aspekter for å beherske metoden handler om å jevnlig trene på MI (Ostlund, et al., 2015). Få tilbakemeldinger, oppfølging og støtte for å kunne mestre MI som behandlingsmodell (Ostlund, et al., 2015).

Et grunnleggende prinsipp i MI er å danne et partnerskap med pasienten. Hensikten med å danne relasjonen er å evne å se pasienten gjennom pasienten sine øyne (Miller & Rollnick, 2016, s.42). Så hvordan kan man danne en god relasjon med pasientene. En studie viser til hvordan man kan danne positive relasjoner mellom pasient og ansatt i rusbehandling (Skatvedt & Schou, 2010).

Hverdagssamtaler viste seg å kunne ha stor terapeutisk effekt hos pasientene (Skatvedt & Schou, 2010). Trivielle og nesten overfladiske samtaler ble oppfattet av pasientene som en ekte tilstedeværelse fra de ansattes side (Skatvedt & Schou, 2010). Behovet for at det var ektefølt gjorde at pasientene følte seg mer sett og verdsatt (Skatvedt & Schou, 2010). Men under en avrusning vil pasientene være preget av abstinenssymptomer (Hafseng, 1998, s.22). Abstinensene vil ha psykisk og/eller fysisk karakter. Jeg opplevde at abstinensplager kunne gjøre det utførende å danne gode relasjoner. Uro og irritabilitet er vanlige psykiske abstinens symptomer (Hafseng, 1998, s.22). For noen kan det å oppholde seg på en institusjon med regler og struktur være vanskelig å kombinere med abstinensplagene (Fekjær, 2009, s.281).

For å få et bilde på hvor pasienten er i forhold til motivasjon kan sykepleier kartlegge dette ut ifra endringshjulet som ble laget av Prochaschas og Carlos di Clemente (Fekjær, 2009, s.249). Kunnskaper om hvor pasienten er i endringshjulet vil hjelpe sykepleier til å avgjøre hvilken metode og teknikk

som brukes for å hjelpe pasienten videre (Fekjær, 2009, s.249). Men det er gjerne ikke slik at pasientene kommer seg videre i endringsprosessen. Noen vil kunne stoppe opp på et stadiet og noen vil kunne få tilbakefall (Fekjær, 2009, s.249). Sykepleier kan da bidra til motivasjon hos pasienten gjennom bevisstgjøring av ressurser som allerede er i pasienten (Miller & Rollnick, 2016, s.48). Ved å bevisstgjøre pasienten fremmer sykepleier pasienten sine interesser og eget beste (Miller & Rollnick, 2016, s.47). Behandlingen som gis i rusbehandlingen skal heller ikke stille krav om rusfrihet, men ha det som et mål (Regjeringen, 2011-2012). I nasjonalfaglige retningslinjer for avrusningsbehandling står det at behandlingen skal bidra til mestring (Helsedirektoratet, 2016). Mestringen trenger kanskje ikke å være rusfrihet. Men at pasientene på tross av sykdom og avhengighetsproblematikk, vil kunne oppleve seg som en del av samfunnet (Regjeringen, 2011-2012). I det store og hele handler det om at sykepleier skal "*understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten*" (Norsk sykepleierforbund, 2016).

4.5 Konklusjon

I en avrusningsbehandling vil det være pasienter som vil kunne ha ulike sårbarheter i biologiske, psykologiske og sosiale områder. Rusavhengige er derfor i behov for et bredt spekter av tjenester innen somatisk og psykisk sykdom (St.mld. nr.30 (2011-2012), 2012, s. 7). Den kognitive funksjonen til rusavhengige pasienter kan være svekket. I samtale behandling ser man at den kognitive funksjonen vil kunne spille en rolle i forhold til engasjement til å endre rusatferd (Aharonovich, et al. 2008). Flere pasienter vil ikke komme i posisjon til å bli rusfri (Aharonovich, et al. 2008). Målet med en avrusningsbehandling er nødvendigvis heller ikke at pasientene må bli rusfri (St.mld. nr.30 (2011-2012), 2012, s. 8). Da hjelpen som tilbys ikke krever rusfrihet men at rusavhengige, på tross av sykdom og avhengighetsproblematikk, vil kunne oppleve seg som en del av samfunnet (St.mld. nr.30 (2011-2012), 2012, s. 8). Sykepleier skal i behandling bidra til "*håp, mestring og livsmot*" (Norsk sykepleierforbund, 2016). Motiverende intervju viser seg å ha motiverende effekt for rusavhengige pasienter (Bagøien et al., 2013). Men sett i sammenheng med at sykepleiere ikke nødvendigvis mestrer MI som metode, er det essensielt at metoden vedlikeholdes og jevnlig øves på for at MI kan ha effekt (Ostlund, et al., 2015). Miller & Rollnick (2016) mener at alle mennesker indrest inne vet sitt eget beste ut i fra sitt levde liv (Miller & Rollnick, 2016, s.39). I samtale behandling vil sykepleier kunne bidra til å fremme den indre referanse rammen hos pasienten (Miller & Rollnick, 2016). Den mellom-menneskelige kontakten er også en viktig del i en avrusningsbehandling. Da dette kan gi positive tanker omkring endring og en ny identitet som rusfri (Skatvedt & Schou, 2010). I min forståelse et avrusningsbehandling en kompleks behandling. Vær enkelt pasient er unik med sitt levde liv og historie. Endring av rusatferd er mulig, men det krever at sykepleier er faglig oppdatert og kunnskapsrik. Ikke minst at den rusavhengige pasienten ønsker endring av rusatferd.

Bibliografi

- Aharonovich, E., Amrhein, P. C., Bisaga, A., Nunes, E. V., & Hasin, D. (2008, desember 22). *Cognition, Commitment Language, and Behavioral Change Among Cocaine Dependent Patients*. doi:10.1037/a0012971
- Berman, A. H., Forsberg, L., Durbeej, N., Källmén, H., & Hermansson, U. (2010, februar 8). Single-Session Motivational Interviewing for Drug Detoxification Inpatients: Effects on Self-Efficacy, Stages of Change and Substance Use. doi:10.3109/10826080903452488
- Dahle, K. A., & Iversen, H. H. (2014). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?* Oslo: Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. Hentet november 4, 2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/hva-er-viktig-for-pasienter-innen-rusbehandling>
- Endringshjulet [Bilde]*. (2013). Hentet fra www.frisklivfollo.no: <http://www.frisklivfollo.no/endringshjulet/>
- Fekjær, H. O. (2009). *RUS* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Avhengighet - faktaark*. Folkehelseinstituttet. Hentet november 5, 2016 fra <https://www.fhi.no/ml/alkohologrusmidler/rusmidler-og-avhengighet/avhengighet--faktaark/>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Rusmidlenes virkning på hjernen - faktaark*. Folkehelseinstituttet. Hentet november 5, 2016 fra <https://www.fhi.no/ml/alkohologrusmidler/rusmidler-og-avhengighet/faktaark/rusmidlenes-virkning-pa-hjernen---f/>
- Folkehelseinstituttet. (2016, mars 11). *www.folkehelseinstituttet.no*. Hentet oktober 8, 2016 fra Ruslidelser i Norge: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/ruslidelser-i-norge---folkehelse-og-sykdom/forbruk-og-tilrettelegging/forbruk-og-tilrettelegging>
- Føyn, P., & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hafseng, K. (1998). *Legemiddelavhengighet* (1. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Haugen, G., & Rannestad, T. (2016). Helsefremmende helsearbeid - patogenese og salutogenese. I G. Haugen, & T. Rannestad, *Helsefremming i spesialst-helsetjenesten* (1. utg., s. s.46). Oslo: Cappel Damm.
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. Helsedirektoratet. Hentet november 1, 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/seksjon?Tittel=psykososial-behandling-ved-avrusning-10214>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet november 3, 2016 fra [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=terapeutiske-tilnæringer-i-rusbehandling-9262#motiverende-intervju-\(mi\)-\(rusbehandling\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=terapeutiske-tilnæringer-i-rusbehandling-9262#motiverende-intervju-(mi)-(rusbehandling))
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Helsedirektoratet. Hentet

- november 2, 2016 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm/2.3.2-avhengighet-i-icd-10>
- Helsedirektoratet. (2016, mai 5). *www.helsedirektoratet.no*. Hentet oktober 12, 2016 fra Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/seksjon?Tittel=psykososial-behandling-ved-avrusning-10214#kompetanse-og-opplæring>
- Helsedirektoratet. (2016, oktober 05). *www.helsedirektoratet.no*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju>
- Hole, R. (2014). *Forbygging og behandling av rusproblemer. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Lossius, K. (2015). Rusmidler. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke, *Psykriatiboken Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2016). *Motiverende Samtale Støtte til endring* (3. utg.). (A. Sjøbu, Overs.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2016, mai 23). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet oktober 28, 2016 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Ostlund, A.-S., Kristofferzon, M.-L., Haggstrom, E., & Wadensten, B. (2015, juli 1). Primary care nurses' performance in motivational interviewing - a quantitative descriptive study. *Academic Search Elite*, s. 12. doi:10.1186/s12875-015-0304-z
- Regjeringen. (2011-2012). *Meld. St. 30*. Det kongelige helse og omsorgsdepartementet. Hentet oktober 28, 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/sec1>
- Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skatvedt, A., & Schou, K. C. (2010, august 5). *The potential of the commonplace: A sociological study of emotions, identity and therapeutic change*. doi:10.1177/1403494810382814
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2015). Miljøterapi og nettverksbaserte tilnærminger. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke, *Psykriatiboken Sinn- kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stallvik, M. (2011). Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet. *Rusfag, 1*, ss. 105-112. Hentet november 4, 2016 fra <http://kompetansesenterrus.no/file/rusfag-2011biopsykososial-tilnærming.pdf>
- Vindeg, G. (2011). Tidskrift for norsk psykologiforening. *Ut av ruståka?*, Vol 48, nummer 3, ss. 272-273. Hentet november 16, 2016 fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=136764&a=3
- World Health Organization. (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion paper*. Genève: WHO. Hentet 10 26, 2016 fra http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf?ua=1

