



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 157

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6998

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 5

**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Få hjelp til å oppnå en alkoholfri hverdag

Get help to achieve an alcohol-free
everyday

Martin Andreas Økland Slette

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse-
og omsorgsvitenskap/Sykepleie Førde

Kandidatnummer: 157

Veileder: Anne-Margrethe Hjertenes

07.06.2019

Sammendrag

Tittel: Få hjelp til å oppnå en alkoholfri hverdag

Bakgrunn for valg av tema: Jeg har gjennom hele sykepleierstudiet hatt stor interesse for psykiatri, og da spesielt rus og rusavhengige. Jeg har valgt å skrive om veien fra rusavhengig til rusfrihet fordi jeg mener det er et stort og viktig tema. Bruken av alkohol er aktuell i dagens samfunn, og jeg syntes det kan være vanskelig ved noen tilfeller å skille vanlig bruk og misbruk. Veien mot rusfrihet er en lang og krevende prosess, hvor støtte fra sykepleier og annet støtteapparat muligens vil gi en større sjanse for å lykkes.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier hjelpe og motivere alkoholmisbrukere mot å bli rusfri?

Metode: Oppgaven er skrevet med litteraturstudie som metode og er basert på faglitteratur og tre forskningsartikler knyttet opp mot problemstillingen.

Oppsummering av funn og konklusjon: Målet med oppgaven var å få dypere forståelse for hvordan sykepleier kan hjelpe og motivere alkoholmisbrukere til å bli rusfri. Funnene i litteraturstudien viser hvordan sykepleier spiller en sentral rolle i veien mot rusfrihet, og hvordan sykepleier kan påvirke pasienten på godt og vondt. Sykepleier har en viktig rolle i å fremme motivasjon og skape endringsnakk hos pasienten. Det er viktig å skape en god relasjon allerede fra første møte mellom pasient og sykepleier da behandlingen videre vil kunne gå lettere. Empowerment og å skape mestringsfølelse er et viktig punkt for at pasienten skal kunne håndtere stressende situasjoner i løpet av behandling og etter gjennomført behandling. Behandling og mål må tilpasses etter hvert enkelt individ.

Nøkkelord: alkoholmisbruk, empowerment, relasjon, motivasjon

Abstract

Title: Get help to achieve an alcohol-free everyday

Background for theme selection: Throughout the nursing study I have had a great interest in psychiatry, and especially drug abuse and addicts. I have chosen to write about the road from being a drug addict to becoming drug free because I believe it is a major and important issue. The use of alcohol is relevant in today's society, and I find it difficult in some cases to distinguish common use and abuse. The road to freedom is a long and demanding process, where support from the nurse and other support agencies may provide a greater chance of success.

Topic question: How can nurses help and motivate alcohol abusers to become drug-free?

Method: The thesis is written as a literature study, based on academic literature and three research articles related to the topic.

Summary of results and conclusion: The aim of the task was to gain a deeper understanding of how nurses can help and motivate alcohol abusers to become drug-free. The findings in the literature study show how nursing plays a central role in the way of freedom of intoxication, and how nursing can affect the patient well and badly. Nursing has an important role to play in promoting motivation and creating change talk in the patient. It is important to create a good relationship already from the first meeting between the patient and the nurse, as the treatment may be easier. Empowerment and creating sense of mastery are an important point for the patient to be able to handle stressful situations during treatment and after treatment. Treatment and goals must be adapted to each individual.

Keywords: alcohol abuse, empowerment, relation, motivation

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	2
1.2	PROBLEMSTILLING	2
1.3	AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	2
1.4	BEGREPSAVKLARING	2
1.5	OPPGAVERENS OPPBYGNING	3
2	METODE.....	3
2.1	LITTERATURSØK.....	4
2.2	KILDEKRITIKK	5
3	TEORI	6
3.1	MISBRUKSPROBLEMER.....	6
3.2	KOMMUNIKASJON OG RELASJON	7
3.3	MOTIVASJON FOR ENDRING	8
3.4	MOTIVERENDE INTERVJU.....	8
3.5	12-TRINNSMODELLEN/ANONYME ALKOHOLIKERE	9
3.6	ENDRINGSPROSESSEN	10
3.7	RECOVERY	10
3.8	EMPOWERMENT OG MESTRING	11
3.9	SYKEPLEIERENS ROLLE OG JURIDISKE FØRINGER	11
4	FUNN	12
4.1	«MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR SUBSTANCE ABUSE»	12
4.2	«VIRKSOMME RELASJONER I PSYKIATRISK SYKEPLEIE»	13
4.3	«ALCOHOLICS ANONYMOUS AND OTHER 12-STEP PROGRAMMES FOR ALCOHOL DEPENDECE»	13

5	DRØFTING- HVORDAN KAN SYKEPLEIER HJELPE OG MOTIVERE ALKOHOLMISBRUKERE MOT Å BLI RUSFRI?.....	14
5.1	MOTIVASJON FOR ENDRING	14
5.2	MOTIVERENDE INTERVJU.....	15
5.3	12-TRINNSMODELLEN.....	16
5.4	HANDLEKRAFTIG I EGET LIV	17
5.5	OPPFØLGING OG IVARETAKELSE	18
5.6	BRUKERTILPASSET BEHANDLING	19
6	KONKLUSJON	20
	BIBLIOGRAFI	22

Vedlegg 1

Vedlegg 2

1 Innledning

Jeg hadde min første slurk alkohol da vi campet i skolegården på ungdomskolen som 15 åring, samme alder som 61% av Norges befolkning (Vedøy & Skretting, 2009). Siden da har alkohol fungert som et sosialt verktøy, og skapt flere historier og øyeblikk som jeg ser tilbake på som gode minner. Jeg drikker alkohol sjelden alene, men ved noen tilfeller tillater jeg meg et glass vin eller en øl for kosen sin skyld. Jeg er 24 år og fullfører snart min Bachelorgrad i sykepleie, og anser de store «drikkedagene» som forbi. Jeg har flere ganger drukket store mengder alkohol, men da i godt selskap og hele tiden hatt følelsen over å ha kontroll over inntaket. Jeg er i følge det internasjonale klassifikasjonssystemet for ulike sykdommer og lidelser, kalt ICD-10, en «bruker» av alkohol (World Health Organization, 2016). Men hva med dem som ikke klarer å stoppe å drikke når alle andre er gått fra festen? Eller dem som begynner dagen med å innta alkohol?

Nesten 93% av den voksne befolkningen over 15 år inntar alkohol, og av disse risikerer 5-10% å utvikle et alkoholproblem, som kan være skadelig for dem selv eller deres familier, arbeid og nettverk (Brünes, Elholm, & Kappel, 2015). Ifølge statistikk fra «World Health Organization» dør rundt 3 millioner mennesker årlig på verdensbasis som resultat av alkoholinntak (World Health Organization, 2018).

I Norge er det, per 2012, minst 2-300 000 mennesker med alkoholproblemer, hvor de da blir regnet som «misbrukere» av alkohol (Hole, 2014, s. 37). Alle mennesker er omgitt av beskyttelsesfaktorer, og utsatt for risikofaktorer. Faren for å utvikle et rusproblem er knyttet til den enkeltes samlede livssituasjon. Mange klarer seg godt selv om de er utsatt for flere risikofaktorer. Det er derfor ikke nødvendigvis slik at mennesker som blir utsatt for risikofaktorer, alltid utvikler rusproblemer. Dette kan også vises motsatt ved at en som er omgitt av beskyttelsesfaktorer, likevel kan utvikle et alvorlig rusproblem (Hole, 2014, s. 47). Dette viser at det kan være flere og kompliserte veier inn i et rusproblem og det kan derfor være vanskelig å definere eksakt hvorfor et problem oppstår (Daley & Marlatt, 2007, s. 47).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har gjennom hele sykepleierstudiet hatt stor interesse for rus og psykiatri, og da spesielt rusavhengighet. Jeg har valgt å skrive om veien fra rusavhengig til rusfrihet fordi jeg mener det er et stort og viktig tema. Bruk av alkohol er noe som angår de fleste i dag, og jeg synes det kan være vanskelig ved noen tilfeller å skille vanlig bruk og misbruk. Veien mot rusfrihet er en lang og krevende prosess, hvor støtte fra sykepleier og annet støtteapparat muligens vil gi en større sjanse for å lykkes.

Jeg synes fagområdet er interessant og vil bruke min kunnskap og relevant litteratur til å belyse sykepleiers viktige rolle for å motivere og hjelpe alkoholmisbrukere inn i et rusfritt liv.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier hjelpe og motivere alkoholmisbrukere mot å bli rusfri?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til voksne alkoholikere, 18 år og eldre, som er frivillig innlagt på avrusning. I oppgaven tar jeg for meg virkemidler og behandlingsmetoder som ikke inneholder medikamenter. Rus er et stort begrep og tar for seg en hel del forskjellige rusmidler, og da også forskjellige konsekvenser og mulig behandlingsforløp. Jeg har valgt å begrense oppgavens omfang til å gjelde alkoholmisbruk for å finne relevant forskning og litteratur. Ved å gjøre dette vil jeg kunne gå nærmere inn på hva som er spesifikt med alkoholmisbruk og forhåpentligvis lettere kunne svare på problemstillingen.

1.4 Begrepsavklaring

Begrepet alkoholmisbruk defineres ved at en person får problemer på grunn av alkohol, og er en diagnose som blir satt av diagnosesystemet ICD-10 (World Health Organization, 2016).

Alkoholmisbruk kan stilles som diagnose når forbruket fører til betydelig skade, svekkelse eller krise (Daley & Marlatt, 2007, s. 19).

Joyce Travelbee definerer sykepleie slik (Travelbee, 1999, s. 29): «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene».

Begrepet rusmidler brukes om alkohol, illegale rusmidler og vanedannende legemidler (Nesvåg, 2012, s. 56). Jeg har derfor valgt å definere ordet rusfri ved at en person ikke inntar noen av overnevnte rusmidler.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgavens besvarelse består av innledning, hoveddel og avslutning. Innledningen inneholder presentasjon og bakgrunn for valg av tema, problemstillingen og avgrensning av problemstilling. Hoveddelen av oppgaven består av kapitlene metode, teori og drøfting. I metodekapittelet beskrives det et litteraturstudium, og hva som kjennetegner metodene i valgte forskningsartikler. Videre tar kapittelet for seg fremgangsmåte i litteratursøk, og til slutt kildekritikk. I teorikapittelet legges det frem relevant teori for å belyse hvordan sykepleier på best mulig måte kan hjelpe og motivere alkoholmisbrukere mot rusfrihet. Funnet er kapittelet som beskriver forskningen brukt i oppgaven. Hoveddelen avsluttes gjennom drøfting av teori, forskningsfunn og egne erfaringer fra praksis. I oppgavens avslutning forsøker jeg å svare på problemstilling.

2 Metode

Hvordan man velger å legge frem kunnskap og hvordan en går frem for å skaffe seg informasjon kalles for en metode (Dalland, 2017, s. 52). Vilhelm Aubert definerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problem og komme fram til ny

kunnskap. Hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 51).

I denne studien har jeg tatt i bruk litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er en systematisk oversikt over flere forskningsartikler, og annen pålitelig litteratur som er knyttet opp mot en problemstilling eller tema (Thidemann, 2017, ss. 79-80). En god systematisk beskrivelse av valgt forskning og litteratur gir leseren oversikt over hva som finnes av forskning knytt til problemstillingen og hvilken kvalitet forskningen har. Målet er at den systematiske oversikten skal gjøre kunnskapen lettere tilgjengelig ved å samle flere resultat i en og samme oppgave (Thidemann, 2017, s. 80).

Jeg har både kvalitative studie og oversiktsartikkel basert på kvantitative studier med i oppgaven. Kvantitative studier er basert på målbare enheter, tall, såkalte «harde og objektive» data, det vil da si eksakt og konkret faktakunnskap. Kvalitative studier har som hensikt å få kunnskap om menneskelige egenskaper og baserer seg ofte på et individs egen mening (Thidemann, 2017, ss. 77-78). En oversiktsartikkel er sekundærlitteratur hvor data fra relevante studier reanalyseres og resultatene fra studiene sammenstilles og oppsummeres (Thidemann, 2017, s. 71).

Jeg har valgt litteraturstudie fordi det vil gi meg en oversikt over hva som finnes av litteratur og forskning knyttet til min problemstilling. Dette gir meg muligheten til å sammenligne flere utfall, og forhåpentligvis gi meg god og bred kunnskap innenfor temaet.

2.1 Litteratursøk

Jeg brukte databasene «Academic Search Elite», «MEDLINE», «CINAHL with Full Text», «Oria», «PubMed» og «Cochrane Library», men fikk mest relevant treff på «Cochrane Library» og «Oria». Jeg brukte søkeordene «empower*», «12 step*», «motivational interviewing», «relation», «substance abuse», «alcohol», «relasjoner», «psykatrisk sykepleie» og «nurs*». Disse søkeordene kombinerte jeg med OR og/eller AND. Ordene jeg brukte i søkefasen er ord jeg finner som relevant til oppgaven, og som best mulig vil hjelpe

meg med å finne relevant forskning (Dalland, 2017, s. 149). Jeg valgte ut tre forskningsartikler jeg fant relevant til problemstillingen.

2.2 Kildekritikk

Ordet kilde brukes om opphav til kunnskap, for det er ikke alt som blir presentert som kunnskap som er pålitelig. Dalland skriver at kildene må gjennomgå en prosess for å sjekke om de er holdbare. Når kilden eller informasjon vi vil bruke er funnet, må vi vurdere den på kvaliteten og hvorvidt den er relevant til oppgaven. Forskningsartiklene jeg har valgt å ta med i oppgaven er kilder jeg ser på som sikre kunnskapsartikler (Dalland, 2017, ss. 149-150). Når vi arbeider med kilder og kunnskap skiller vi mellom *informasjon* og *kunnskap*. Informasjon er opplysninger som vi ikke alltid vet er sann, mens kunnskap er kontrollerte opplysninger. Jeg har derfor valgt å holde meg til kunnskap og kontrollerte opplysninger (Dalland, 2017, s. 150).

I oppgaven min er det flere kilder som er hentet fra internett. Artiklene jeg har valgt å bruke er silt ut som faglige og relevante for min problemstilling. Jeg anser kildene mine som gode, brukbare, seriøse og kvalitetssikret. Dette har jeg gjort for å forsikre meg om at kildene jeg har funnet er god nok til å kunne referere til i oppgaveteksten (Dalland, 2017, s. 152). For å finne relevant fagstoff og forskning til min oppgave brukte jeg databasene som jeg fant gjennom Høgskolen på Vestlandet sin nettside. Dette er databaser som inneholder kvalitetssikret forskning og som er anbefalt å bruke av skolen, og jeg anser derfor kildene som sikre (Dalland, 2017, s. 150). Jeg har tatt i bruk relevante søkeord som er relevante til problemstillingen og som kan hjelpe meg til å besvare den på best mulig måte.

Det er to sider av kildekritikk. Den første innebærer å finne frem den litteraturen som best belyser problemstillingen i oppgaven, dette kalles kildesøk eller litteratursøk. Den andre dreier seg om å gjøre rede for litteraturen og kildene du har valgt å bruke i oppgaven. Det er derfor viktig at en beskriver hvordan en har gått frem for å finne kilden, og hvorfor denne kilden er blitt brukt. Olav Dalland beskriver dette som en viktig del for å oppnå troverdighet og faglighet i oppgaven (Dalland, 2017, s. 152).

Kildekritikk betyr å både vurdere og karakterisere den litteraturen du finner relevant (Dalland, 2017, s. 151). Denne oppgaven er bygget på litteratur fra relevant pensum jeg har valgt ut og inkluderer fagbøker innenfor feltet, artikler i tidsskrifter og forskningsartikler. Flere av fagbøkene har tatt opp og belyst de samme temaene og har derfor styrket min forståelse av pensumet og teorien jeg har brukt i oppgaven. Litteraturen jeg har brukt er skrevet av personer som selv har erfaring fra rusfeltet og behandling. Det er blant annet psykologer, psykiatere, professorer, leger og sykepleiere som har skrevet eller bidratt i bøkene. To av forskningsartiklene jeg har valgt å bruke er skrevet på engelsk og jeg har selv oversatt disse til norsk. Direkte oversetting fra engelsk kan føre til dårlig norsk språk og misforståelser. Jeg har derfor brukt god tid på å lese, forstå og oversette artiklene. To av artiklene jeg har valgt å bruke er oversiktsstudier baser på kvantitativ forskning, mens den siste er kvalitativ. Alle tre forskningsartiklene er fagfellevurdert, som betyr at artiklene er kvalitetssikret av andre eksperter på fagfeltet eller metoden. Dette styrker bruken av artiklene da kvaliteten og viktigheten av forskningen er vurdert av fagpersoner (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 197).

3 Teori

Her presenterer jeg relevant teori som kan bidra til å belyse problemstillingen. Deler av teorien kan også sees i oppgavens drøftingsdel, kapittel 5.

3.1 Misbruksproblemer

Ofte snakker man om et misbruksproblem når en person får vanskeligheter på grunn av bruk av alkoholen. Vanskelighetene kan opptre innenfor hvilket som helst område i livet ditt: Fysisk, psykologisk, familiemessig, relasjonelt, sosialt, akademisk, boligmessig, juridisk, finansielt, medisinsk eller åndelig (Daley & Marlatt, 2007, s. 19). Alkoholmisbruk- og avhengighet er kliniske diagnoser som stilles ved hjelp av diagnosesystemet ICD 10 (World Health Organization, 2016), som nevnt i innledningen.

Et rusproblem kjennetegnes ofte med avhengighet. Sentrale begreper ved avhengighet er lyst, tvang, mangelfull kontroll, toleranseutvikling, abstinens, økende likegyldighet og fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser (Hole, 2014, s. 18).

3.2 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon kan forstås som en vedvarende, foranderlig og dynamisk prosess- og et symbolsk samspill, hvor man påvirker andre og selv påvirkes (Hummervoll, 2016, s. 420). Å kommunisere er noe du ikke klarer å unngå. Kommunikasjon er et nyttig verktøy vi bruker når vi skal oppnå noe. Kommunikasjon er imidlertid også et mål i seg selv, og det kan være godt for oss å kommunisere fordi vi får speilet oss selv (Lingås & Herheim, 2008, s. 84).

Kommunikasjon er imidlertid langt mer enn ord. Tonefall, ansiktsuttrykk og kroppsspråk er mye av kommunikasjonens betydning utenom ordene (Aamodt, 2014, s. 69). Kroppsspråket er en stor del av kommunikasjonen vi som regel ikke er bevisst. Om du hører på noe du ikke er særlig interessert i kan dette ofte avsløres av kroppsspråket, ved f. eks gjesping eller at en snur seg vekk fra personen som prater. Selv om du prøver å kommunisere at du er interessert vil vedkommende som regel oppfatte motsatt ved å lese kroppsspråket (Lingås & Herheim, 2008, s. 85).

God kommunikasjon er viktig for å skape en god relasjon. Relasjon beskriver forholdet mellom personer, hvordan de er knyttet sammen og hvordan de oppfatter hverandre. En relasjon varierer i form og nærhet, alt etter hvem du har en relasjon til. Forskning viser at den viktigste kompetansen for en yrkesutøver i psykisk helsearbeid er relasjonskompetanse (Lingås & Herheim, 2008, s. 68).

En profesjonell relasjon er annerledes enn private relasjoner. Samværet mellom en sykepleier og pasient vil bestå av noen bestemte rammer, ansvar og roller. Rammene setter grenser for relasjonen i tid og definerer rollene dere har i forhold til hverandre. Rammene bestemmer tid, sted og hvor lenge du og pasienten skal møtes. Roller i den profesjonelle relasjon vil være at du som sykepleier hjelper mens pasienten mottar hjelp. Det er da

forventet at pasienten forteller og åpner seg mens sykepleier deler lite til ingen private tanker (Lingås & Herheim, 2008, s. 71).

3.3 Motivasjon for endring

I mange situasjoner kan en høre begrepet motivasjon bli brukt både blant helsepersonell og pasienter. Ordet motivasjon er et mye brukt begrep for å forklare hvorfor en person endrer, eller ikke endrer, atferd. I denne sammenhengen knyttes motivasjon til endringsprosesser. Det diskuteres ofte i hvilken grad pasienten er motivert, i betydningen av å ha vilje til endring. Begrepet motivasjon er sentralt i all rusbehandling og i arbeid med atferdsendring generelt, og er grunnlaget for endring (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 149).

3.4 Motiverende Intervju

Fekjær beskriver i boka si at forandring av sentrale levevaner krever to ting: Vilje og evne (Fekjær, 2016, s. 256). I starten av en endringsprosess er behandlingens hovedmål å styrke motivasjon for endring. Et verktøy som er mye brukt til dette formål er metoden kalt motiverende intervju (MI). Fordi motivasjonen ofte er vaklende og ambivalensen sterk hos ruspasienter, er MI et sentralt element i rusbehandlingen. Når endringen skal gjennomføres, er det et behov for en sterkest mulig beslutning som grunnlag for behandlingsplaner og at evnen å motstå fristelser er til stede under risikosituasjoner (Fekjær, 2016, s. 256).

Motiverende intervju er først og fremst personsentrert, noe som betyr at det er pasientens eget syn på sin situasjon og sin livsførsel som er i fokus under samtalen, ikke hjelperens. Som hjelper i samtalen retter man fokus på å utforske endring, samt ved å rette oppmerksomhet mot og forsterke det pasienten mener fører til positiv utvikling for seg selv (Ivarsson, 2017, s. 13).

Ethvert menneske har viktige evner og erfaringer som er verdt å ta vare på, og har de beste løsningene på egne problemer og har selv ansvar for hvordan han/hun lever. Med dette som grunnlag er det hjelperens oppgave å kaste lys over disse ressursene i seg selv. Ivarsson beskriver at den viktigste grunnsteinen i MI er det spesielle holdningssettet i samtalen

(Ivarsson, 2017, s. 16). Hjelperen lytter med empati, interesse og respekt, aksepterer pasienten, prøver å forstå hans/hennes syn på saken og hjelper da han/henne med å skape bevissthet rundt det pasienten selv mener er problemet. Ved å gjøre dette ser vi at hjelperen forsøker å fremkalle endringsnakk. Med denne tilnærmingen gir ikke hjelperen noen løsning på problemet, men bruker heller fokuset på å «lokke frem» motivasjon, visdom, ideer eller løsninger hos pasienten (Ivarsson, 2017, s. 16).

3.5 12-trinnsmodellen/Anonyme Alkoholikere

Anonyme alkoholikere (AA) er et felleskap av menn og kvinner som deler sin erfaring, styrke og håp med hverandre for at de kan løse sitt felles problem og hjelpe andre å friskne til fra alkoholisme (Hole, 2014, s. 58). Kjernen i disse gruppenes virksomhet er 12-trinnsprogrammet, som tilpasses etter det aktuelle hovedproblemet. Disse 12 trinnene er ment å praktisere som en måte å leve livet på, se *vedlegg 1* (Vederhus, Hjemdahl, & Kristensen, 2010, s. 180).

Den primære funksjonen i 12-trinnsgrupper er gruppemøtene. Møtene blir ledet av medlemmene selv, hvor en på rundgang deler egne erfaringer med å komme seg ut av et rusproblem. Fokuset under møtene er egne erfaringer, hvordan den enkelte har løst sitt rusproblem og hvordan han/hun håndterer livet og livsproblemene uten rus. Målet er at ved å lytte til andres historier kan en kjenne seg igjen og en står fritt til å ta til seg det en føler passer for sin egen del (Vederhus et al., 2010, s. 181). Svært mange deltakere i selvhjelpsgrupper forteller at deltakelsen har vært en avgjørende positiv faktor i deres liv. En lærer av hverandre og ser nytte i fellesskapet og kameratskapet (Fekjær, 2016, s. 280).

En av de viktigste mekanismene med AA-møter ligger i skifte av sosialt nettverk. Deltakerne på møtene får nye rusfrie venner, de lærer nye mestringsstrategier, får positive rollemodeller og får en bedre psykososial fungering. Ved deling av egne erfaringer er en med på å hjelpe andre. Deltakerne øker engasjement i egen tilfriskning, får styrket selvbilde og økt sosial status (Vederhus et al., 2010, ss. 182-183).

3.6 Endringsprosessen

Amerikanerne Carlos di Clemente og James Prochaska jobbet i utgangspunktet med røykavvenning. Da de oppdaget at pasientene var i ulike stadier av en endringsprosess, fant de ut at det var viktig å identifisere hvor langt i prosessen hver enkelt hadde kommet. Ved dette fant de ut at det var lite hensiktsmessig å ha de i samme behandlingsgruppe, ettersom deres behov var forskjellige. I senere tid har Prochaskas og di Clementes tanker om stadier i forandring blitt tatt i bruk på mange områder, inkludert rusbehandling. De ulike stadiene i endringsprosessen kan beskrives som et endringshjul, se *vedlegg 2* (Fekjær, 2016, s. 255).

Før overveielse: Har ingen seriøse tanker om gjennomføring av forandring i løpet av de neste seks månedene. Ser mer fordeler enn ulemper i nåværende livsstil. Bruker lite tid på å tenke over levestilen sin, og unngår informasjon som har som mål å motivere for forandring.

Overveielse: Har seriøse tanker om å forandre livsstil i løpet av et halvt års tid, men ikke snarest. Begynner å se fordelene med forandring av livsstil, men er ambivalent til dette.

Beslutning: Bestemt seg for å legge om levevanen. Ser at forandring har større fordeler enn ulemper. *Forberedelse:* Driver konkret planlegging, og planlegger å legge om i løpet av en måneds tid. Mange som har kommet til dette stadiet, har forsøkt tidligere og falt av.

Handling: Overgangen er i gang. Overgangsvanskene er størst i starten og krever en klar beslutning. *Forebygge tilbakefall:* Fokus på mestringsteknikker, særlig overfor skuffelser og trangen til å falle tilbake til gamle vaner. Det er ikke uvanlig med tilbakefall eller glipp før en kan kalle seg rusfri.

Vedlikehold: Hovedutfordringen er at en møter mange situasjoner som minner om den gamle livsstilen, men skal nå anvende den nye livsstilen. Her er det også fokus på mestringsstrategier for å møte utfordringer i dagliglivet (Fekjær, 2016, ss. 254-255).

3.7 Recovery

Det å oppdage og stole på egne krefter står sentralt i begrepet «recovery». Bedring fra rusmiddelproblemer er vanligvis en langvarig prosess, og det er ofte flere faktorer som kan være med å bidra til bedring (Landheim, Wiig, Brendbekken, & Brodahl, 2016, s. 23). William Anthony definerer recovery slik: «Recovery er en dypt personlig, unik prosess med forandring av holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å

leve et tilfredsstillende, håpefullt og aktivt liv på tross av begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og hensikt med ens liv mens man vokser på tross av de katastrofale virkninger av psykisk lidelse» (Anthony, 1993, s. 527).

3.8 Empowerment og mestring

I dagens helsevesen er det forventet at pasienter og brukere skal ha en aktiv rolle i helse spørsmål som angår dem selv, og at helsebeslutninger tas i samarbeid med helsepersonell og den enkelte (Finbråten, 2018, ss. 98-99). Empowerment har fått en sentral rolle i dette arbeidet, og WHO beskriver begrepet empowerment slik: «en prosess hvor folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker helsen» (World Health Organization, 1998, s. 6).

Empowerment har et stort fokus på brukermedvirkning, og innebærer å gi «makten» til brukeren eller pasienten. En tilpasser sykepleien ut fra pasientens ressurser og muligheter til deltakelse, og har som mål å skape mestringsfølelse hos pasienten (Gammersvik, 2018, ss. 119-120). Empowerment er tett knyttet til mestring siden mestring også innebærer å ha kontroll på tanker, følelser og praktiske ferdigheter. For å kunne håndtere stressfulle situasjoner er mestring grunnleggende. Mestring kan gi utvikling, forbedret livskvalitet og positive erfaringer under en endringsprosess (Hauken, 2018, s. 186).

3.9 Sykepleierens rolle og juridiske føringer

Joyce Travelbee sin sykepleieteori har fokus på menneske-menneske og at forholdet mellom pasient og sykepleier er en gjensidig prosess. Forholdet mellom pasient og sykepleier er gjensidig viktig og meningsfylt for begge parter. Menneske-menneske forholdet er karakterisert ved en spesiell atferd, altså av en viss måte å oppfatte, tenke, føle og handle på. Den syke i relasjonen oppfattes og behandles som et unikt menneskelig individ, ikke som en «sykdom», eller «en jobb som skal gjøres» (Travelbee, 1999, s. 29).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at: «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8), «Sykepleieren respekterer

pasientens rett til å selv foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8), «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8).

I Pasient- og brukerrettighetsloven står det forklart hvordan helsehjelp bare kan gis ved pasientens samtykke, med mindre det er rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Det står videre hvordan pasienten skal ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Loven gir pasienten rett til å trekke sitt samtykke tilbake, men sykepleier skal da informere om konsekvensene dette kan gi (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

4 Funn

I dette kapittelet presenterer jeg tre forskningsartikler som skal hjelpe meg å besvare problemstillingen min.

4.1 «Motivational Interviewing for substance abuse»

Dette var første forskningsartikkel jeg fant. Jeg brukte søkeordene «motivational interviewing» og «substance abuse» og fikk 6 treff i «Cochrane library». Av disse var det kun én jeg fant som relevant til problemstillingen. Dette er en oversiktsartikkel basert på flere relevante kvantitative studier. Studien tar for seg effekten og virkningen av motiverende samtale og andre motivasjonsintervensjoner blant mennesker med rusproblem. Det ble inkludert hele 59 studier med en total av 13,342 deltagere. Resultatet av MI varierte ut i fra hvor langt i behandlingsløpet de forskjellige var. Forskerne kom frem til at det var en signifikant forskjell på brukere som hadde mottatt MI mot dem som ikke hadde fått dette tilbudet. Det ble i det hele konkludert med at studien viser at personer som har gjennomgått Motiverende intervju har redusert bruken av stoffer mer enn personer som ikke har vært gjennom behandling (Smedslund, et al., 2011).

4.2 «Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie»

Ved å bruke søkeordene «relasjoner i psykiatrisk sykepleie» fikk jeg 107 treff i «Oria». Jeg begrenset søket ned til kun artikler fra 2002-2018 og fagfelleverderte tidsskrifter og endte opp med 66 treff. Av disse fant jeg én forskningsartikkel jeg mener kan hjelpe meg til å besvare problemstillingen. Dette er en kvalitativ studie og tar for seg samhandlingen mellom ansatte og brukere, og om relasjonen mellom dem var virksom. Resultatet som kommer frem fra datamaterialet peker i retning av at både ansatte og brukere retter fokus på brukernes situasjon her og nå, samtidig som de retter blikket mot brukernes muligheter for fremtiden. Studiet konkluderer med at det i startfasen er viktig å få bygget en relasjon med brukerne. Neste steg er å styrke brukerens sterke side. Og sist, men ikke minst, trenger brukerne å bli handlekraftig i eget liv. Samarbeidet med de ansatte, men også med andre i samme situasjon, etter innleggelsen er viktig for brukerne, slik at de blir i stand til å kunne mestre livets utfordringer i hverdagen (Sæterstrand, 2009).

4.3 «Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence»

Dette er tredje forskningsartikkel jeg har valgt å ta med. Jeg brukte søkeordene «alcohol» og «12-step program» og fikk med dette 2 treff i «Cochrane Library», hvor jeg valgte å bruke den mest relevante til problemstillingen. Dette er en oversiktsartikkel som sammenligner flere gjennomførte studier. All forskning som er tatt med i artikkelen er basert på kvantitative studier. Studien sammenligner virkningen av Anonyme Alkoholikere (AA) eller andre 12-trinns modeller opp mot andre psykososiale intervensjoner som har som hensikt å redusere alkoholinntak, oppnå avholdenhet og forbedre livskvaliteten til dem involverte og berørte familier, og redusere antall alkoholrelaterte ulykker og helseproblemer. Hele 3417 personer er inkludert i oversiktsartikkelen. Resultatet de kom frem til var at ingen eksperimentelle studier viste betydelig effekt av AA eller andre tolvtrinns modeller for å redusere alkoholavhengighet eller problemer sammenlignet med andre psykososiale intervensjoner, og at det er et behov for mer forskning innenfor feltet for å komme med en sikker konklusjon. Selv om det var forskning på at AA kunne bidra til at pasienter aksepterte behandling og holdt seg i behandling mer enn alternative behandlinger, var det for lite forskning til å kunne konkludere med dette (Ferri, Amato, & Davoli, 2006).

5 Drøfting- Hvordan kan sykepleier hjelpe og motivere alkoholmisbrukere mot å bli rusfri?

I oppgavens drøftingsdel diskuterer jeg teori, forskning og egne erfaringer for å forsøke å svare på hvordan sykepleier på best mulig måte kan hjelpe alkoholmisbrukere mot rusfrihet.

5.1 Motivasjon for endring

Gjennom teoridelen er det en fellesnevner som blir gjentatt i nesten samtlige punkter, og det er viktigheten for motivasjon (Sælør & Bjerknes, 2018). Fekjær (2016) beskriver i boka si at det er to ting som trengs for å gjennomføre en varende endringsprosess; vilje og evne. Gjennom praksis har jeg møtt på pasienter som virker ignorante eller «blinde» på sin egen helse. Med dette mener jeg at vi som helsepersonell lett kan se, og si, at her må det skje en endring hos pasientens holdning for at helsepersonell skal kunne behandle og gjennomføre en behandlingsplan. Egne erfaringer viser at uten vilje og evne til å ta til seg læring og ønsket behandling, vil vi veldig sjeldent få ønsket resultat.

Slik jeg ser det er sykepleier pliktig til å utføre den nødvendige sykepleien som trengs. I følge Fekjær (2016) vil du på et tidspunkt møte motstand hos en eller flere ruspasienter du ønsker å hjelpe, selv om de ved tidligere tilfeller har gitt uttrykk for at de er motivert og forberedt på en endring i livet. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) gir pasienten en mulighet til å trekke seg på ønsket tidspunkt, og kan resultere i at sykepleier ikke får gitt ønsket behandling. Både pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) skriver om viktigheten med å informere pasienten om mulige konsekvenser som resultat av avsluttet behandling. Erfaring fra praksis er at flere pasienter velger å trekke tilbake sitt samtykke midt i behandling og begrunner dette med mangel på motivasjon, selv etter å ha blitt informert om konsekvensene dette kan føre til. Selv om jeg opplevde at flere kom tilbake påfølgende dag kunne det være vanskelig å forholde seg til da det kan være lite tegn til fremgang hos pasienten, og at en får en følelse av at arbeidet man har lagt i pasienten har vært forgjeves. Dette kan relateres til Fekjærs (2016) beskrivelse av ambivalens. Fekjær

(2016) beskriver at dette er vanlig hos ruspasienter da grunnlaget for endring ikke er sterkt nok, og evnen til å motstå fristelser ikke er til stede.

5.2 Motiverende Intervju

Som forklart ovenfor er motivasjon for endring grunnlaget for å kunne gjennomføre en endringsprosess. Ambivalensen kan være sterk hos ruspasienter, og Fekjær (2016) beskriver MI som et nyttig verktøy for dette formålet. MI har som mål å bygge opp grunnlaget for motivasjon hos pasienten, og hente frem vilje og evne for endring. Jeg støtter meg her til Ivarsson (2017) som beskriver hvordan intervjuet tar utgangspunkt i pasienten sin situasjon og sitt mål for behandling, ikke hjelperens. Som sykepleier er det viktig å stille åpne spørsmål, uten å lede pasienten til en ønsket retning. Smedslund et al. (2011) forteller i artikkelen deres hvordan MI skal få frem brukerens egne mål og meninger for fremtiden, uten påvirkning fra hjelper. Fra praksis har jeg erfart at tålmodighet og evnen til å vise interesse under samtale, kan dyrke en god relasjon mellom pasient og hjelper. Denne relasjonen kan bli bygget på videre slik at en får opparbeidet tillit. Jeg har erfart god effekt med MI hos brukere, noe som stemmer med forskningen til Smedslund et al. (2011).

Ivarsson (2017) beskriver at grunnsteinen i MI er det spesielle holdningssettet. Han beskriver videre at ved å gjøre dette vil hjelperen «lokke frem» motivasjon, visdom, ideer eller løsninger hos pasienten. Sykepleier har da forhåpentligvis fått frem det Fekjær (2016) beskriver som «nøkkelen» til endring, altså vilje og evne. Et eksempel jeg har vært vitne til selv er en pasient som hele tiden ble presset til å gjennomføre behandling for å bli rusfri. Denne pasienten var inne til behandling av andres vilje, men manglet selv motivasjon til endring. Resultatet var at hun gjentatte ganger falt tilbake til rusen. Etterhvert når presset utenifra forsvant, fikk hun ta tiden hun trengte til å samle opp motivasjon for endring. Hun oppnådde da den viljen og evnen som Fekjær (2016) beskriver som nødvendig, og gjennomførte for første gang hele behandlingsløpet.

5.3 12-trinnsmodellen

12-trinnsmodellen og da spesifikt AA er ment å praktiseres som en måte å leve på. Vederhus et al. (2010) forteller at det er ment som en praksis hvor du selv forteller om egne oppturer og nedturer, samtidig som du hører på andres erfaringer og velger selv hva du vil ta med videre. Fekjær (2016) beskriver videre om viktigheten med å være sammen med andre som har samme mål om å bli rusfri. Bytte av miljø og vennekrets kan hjelpe å øke sjansen på å bli rusfri da du kan bli mindre utsatt for fristelser. Jeg har sett gjennom erfaringer i praksis hvordan Vederhus et al. (2010) og Fekjærs (2016) teori om AA utspiller seg i virkeligheten. Min erfaring viser at gruppemøter og deling av erfaringer med andre er en fin måte å kunne få tilbakemeldinger på, samtidig som at en kan føle seg mindre alene i en situasjon. Å føle at andre opplever det samme som seg og sitter på like tanker, kan være betryggende og støttende i en endringsprosess. Fekjærs (2016) og Vederhus' et al. (2010) teori stemmer også overens med min egen erfaring.

Ferri et al. (2006) oversiktsartikkel konkluderer med at AA og andre 12-trinnsmodeller kan ha god effekt ved at de kan holde pasienten lenger i behandling og lettere akseptere behandlingen, men at forskningen de har tatt for seg ikke kan konkludere med at det har noen signifikant effekt. Fekjær (2016) beskriver hvordan mennesker som har oppnådd rusfrihet har hatt stor nytte av AA. Vederhus et al. (2010) bygger videre med å fortelle om hvordan programmet øker engasjement i egen tilfriskning, får styrket selvbilde og økt sosial status. Jeg støtter meg her til Fekjær (2016) som forteller om den viktige rollen som AA har i et behandlingsforløp, da jeg selv mener at det er en viktig del av behandlingen. Jeg er også enig med Vederhus et al. (2010) hvor AA åpner opp muligheten om mestring hos den enkelte og at dette vil kunne hjelpe pasientens vei mot rusfrihet.

Gjennom AA-møter benytter en seg av verktøyet kommunikasjon, og det å skape en relasjon mellom medlemmene. Lingås og Herheim (2008) beskriver hvordan kommunikasjon kan være godt for å kunne speile oss selv. AA åpner opp for akkurat dette ved å la medlemmene selv stå for ledelsen av møtene. Hovedbehandlingen i AA og andre 12-trinnsmetoder består hovedsakelig av kommunikasjon mellom flere i samme situasjon. Viktigheten av kommunikasjon og følelsen av tilhørighet er noe jeg mener er viktig hos alle mennesker

uansett livssituasjon, og jeg støtter meg derfor til Lingås og Herheims (2008) teori om viktigheten med å få speilet seg selv.

5.4 Handlekraftig i eget liv

Den som mottar behandling for rusfrihet i dag vil oppleve at mye av behandlingen er bygget opp ved at det er pasienten selv som må ta et grep for at det skal skje en livsendring. Jeg opplever at mer og mer av dagens behandlingsmetoder bygger på pasientens egne ressurser og handlinger. WHO (1998) og Gammersvik (2018) støtter meg i denne påstand ved å beskrive begrepet empowerment om hvordan det er fokus på brukermedvirkning og å gi «makten» til brukeren eller pasienten. I Sæterstrand sin studie (2009) kommer det fram at for at pasientens skulle komme seg videre i livet, måtte vedkommende få muligheter til å kunne påvirke, delta og ha uavhengighet. Sæterstrand (2009) understreker viktigheten med å gjøre brukeren selvstendig og handlekraftig i sitt eget liv, ved at pasientens selv lærte å bruke sine egne ressurser og muligheter for et bedre liv i samhandling med andre. Mine erfaringer har vist at ved å gi mer ansvar til pasienten og vise at en har tillit, vil en få mer tillit tilbake som hjelper. Dette har jeg opplevd som en positiv utvikling ved at pasienten tar mer ansvar for egen bedring og får en mer «aktiv» rolle i livet sitt. Sæterstrand (2009) beskriver seg enig med mine erfaringer, hvor hun forteller i sin artikkel hvor viktig det er å bygge opp tillit i relasjonen, og at dette er det første som må oppnås mellom en bruker- og ansatt relasjon. Sæterstrand (2009) skriver videre at når du oppnår en relasjon til pasient, så kan du bygge videre på det og det er da en kan hjelpe pasienten videre i livet.

Empowerment og recovery beskrives som to viktige element i endringsprosessen. Det kan være vanskelig å skille, mye på grunn av de mange likhetene de har i sin beskrivelse. William Anthony (1993) beskriver recovery som en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og aktivt liv på tross av begrensninger som lidelsen forårsaker. Yrkesetiske retningslinjer (2011) for sykepleiere får frem sykepleierens viktige rolle i arbeidet med å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Både recovery og empowerment er tett knyttet til mestring siden mestring også innebærer å ha kontroll på tanker, følelser og praktiske ferdigheter. For å kunne håndtere stressfulle situasjoner er mestring grunnleggende. Mestring kan gi utvikling, forbedret livskvalitet og positiv erfaring under en endringsprosess, skriver Hauken (2018). Å

skape mestring ser ut som å ligge sentralt i begge begrep hvor man med mestring ofte oppnår bedre selvfølelse og gode opplevelser i endringsprosessen.

5.5 Oppfølging og ivaretagelse

Selv om det endelige resultatet vi er ute etter hos en ruspasient er rusfrihet, kan vi regne med at det blir en lang og krevende prosess for de fleste før de når sluttresultatet. Dette bekreftes i Fekjærs (2016) punkt i endringsprosessen, *forebygge tilbakefall*, som får frem hvordan det ikke er uvanlig med tilbakefall eller glipp før en kan kalle seg rusfri. Fekjær (2016) nevnte amerikanerne Carlos di Clemente og James Prochaska sin teori om hvordan det var viktig å identifisere hvor langt i endringsprosessen hver enkelt hadde kommet. Fekjær beskriver de forskjellige fasene, fra ingen tanker om rusfrihet til vedlikehold av den nye livsstilen. Det er totalt sju faser hvor de to siste handler om å unngå tilbakefall. I Fekjærs (2016) og Ivarssons (2017) beskrivelser kommer det frem at AA og MI har som mål å starte en endringsprosess, men skal også kunne bidra til å holde rusfriheten vedlike. Ut fra erfaring mener jeg at AA har et større fokus på vedlikehold av rusfrihet ved at det deles erfaringer ved opp- og nedturer selv etter det siste stadiet i endringshjulet er nådd. Jeg mener MI skal sette grunnlaget for endring ved å styrke endringssnakk, og har som mål at pasienten skal gå fra *før overveielse* til *overveielse/beslutning*. Det er MI som skal sette pasientens tanker i gang og hente frem motivasjon hos brukeren, før AA tar over som en støttespiller gjennom prosessen hvor bruker kan luften sine tanker fritt blant likestilte som har vært gjennom samme situasjon.

Handling: Overgangen er i gang. Fekjær (2016) beskriver hvordan overgangsvanskene er størst i starten og krever en klar beslutning. *Forebygge tilbakefall:* Fokus på mestringsteknikker, særlig overfor skuffelser og trangen til å falle tilbake til gamle vaner. Fekjær (2016) får frem hvordan det er ikke uvanlig med tilbakefall eller glipp før en kan kalle seg rusfri.

Forberedelsesfasen beskrives av Fekjær (2016) som den fasen hvor konkret planlegging skjer. Dette er fasen hvor mange har kommet seg til før, men har deretter falt av. *Handling* og *forebygge tilbakefall* er faser som jeg har vært vitne til, og som jeg opplever som mest

krevende av pasient. Fra praksis har jeg erfart at dette er to faser som krever mye fra pasient på grunn av store overgangsvansker i pasientens liv. Å gå fra et liv i rus til et liv uten rus er en stor overgang for samtlige pasienter jeg har møtt, og krever god og tett oppfølging fra sykepleier. Sykepleier kan være med å hjelpe noen deler, men Gammersvik (2018) og Haukens (2018) beskrivelse av empowerment får frem hvordan «makten» skal ligge hos pasienten. De skriver videre om viktigheten med empowerment og mestring hos pasienten hvor det å kunne håndtere stressfulle situasjoner i hverdagen er viktig for å kunne holde seg rusfri. I *forebygge tilbakefall- og vedlikeholdsfasen* er det i disse to fasene fokus på mestringsstrategier i ulike situasjoner. Her opplever jeg at sykepleier spiller en stor rolle hvor vi gjennom alle syv faser forhåpentligvis skal ha forberedt pasienten på hva han kan møte på, og hvordan han skal kunne håndtere vanskelige situasjoner i fremtiden.

5.6 Brukertilpasset behandling

Jeg mener det er viktig å se på et hvert menneske som unikt, og at det derfor er viktig å tilpasse behandling til hvert enkelt individ. Jeg støtter meg her til Travelbee (1999) som forklarer hvordan den syke i en relasjon oppfattes og behandles som et unikt menneskelig individ i et menneske-menneske forhold. Dette støtter opp min mening ved at MI kan funke bra på én pasient, men ha lite effekt på en annen. Smedslund et al. (2011) konkluderer i artikkelen sin med at MI er et godt alternativ til ingen behandling, men at det er muligheter for at andre behandlingsmåter gir samme eller bedre effekt. Ferri et al. (2006) skriver at det ikke kan konkluderes med at AA eller andre 12-trinnsmodeller har noen signifikant effekt til avholdenhet hos brukere sammenlignet med andre gruppebehandlinger. For noen vil det mulig ha stor effekt, mens hos andre ingen. Dette viser og underbygger Travelbees (1999) teori om at hvert individ er forskjellig og må behandles deretter. Jeg mener Sælør og Bjerknes (2018) teori om brukerens vilje til endring og grad av motivasjon står sentralt i denne typen behandling da brukeren selv spiller en stor rolle i endringsprosessen. Ved hjelp av samtaleverktøyet MI mener jeg sykepleier skal kunne kartlegge og identifisere hvor i endringsprosessen pasienten er, og i samarbeid med pasientens selv kunne sette konkrete mål for behandlingen videre. Skal MI ha en god effekt har jeg erfart fra praksis at sykepleier må ha god kunnskap og evnen til å få frem positive egenskaper og kvaliteter, samtidig fremme endringssnakk hos brukeren. Dette kan relateres til Fekjær (2016) som skriver

hvordan sykepleier sin oppgave er å fremme brukerens tanker og mål ved å la brukeren selv finne frem til dette med minst mulig hjelp av sykepleier. Jeg har erfart at AA og MI er begge avhengige av interesse og motivasjon fra brukerens side for at det skal kunne ha en effekt.

Det innledende møtet mellom sykepleier og pasient preges av førsteinntrykk, erfaringer og tidligere opplevelser. Travelbee (1999) vektlegger hvordan en sykepleier skal møte hver pasient der han er, med et åpent- og ikke-dømmende sinn. Lingås og Herheim (2008) understreker viktigheten med kommunikasjon og hvordan dette skal bidra til en god relasjon mellom partene. Min erfaring fra møte med ruspasienter er at førsteinntrykk spiller en stor rolle i behandlingsløpet og samarbeidet videre. Kommunikasjon er som nevnt av Lingås og Herheim (2008) mer enn kun ord. Måten du viser engasjement og forståelse på rundt pasientens situasjon skal komme frem med ord, men like viktig med kroppsspråk. For å vise at du er interessert i det du snakker om er det viktig å vise både engasjement gjennom språk og kroppsspråk. Sæterstrand (2009) støtter opp om viktigheten med Travelbees (1999) teori om å møte pasienten der han er nå, samtidig som de retter pasientens muligheter for fremtiden. Dette stemmer overens med Ivarssons (2017) teori om et av MI sine hovedelementer, hvor det skal tas utgangspunkt i pasientens situasjon her og nå. Vederhus et al. (2010) skriver hvordan også 12-trinnsmodeller er basert på denne teorien, da det er medlemmene selv som styrer møtene og tar utgangspunkt i egne erfaringer.

6 Konklusjon

Målet med oppgaven var å få dypere forståelse for hvordan sykepleier kan hjelpe og motivere alkoholmisbrukere til å bli rusfri. Funnene i litteraturstudien viser hvordan sykepleier spiller en sentral rolle i veien mot rusfrihet, og hvordan sykepleier kan påvirke pasienten på godt og vondt. Sykepleier har en viktig rolle i å fremme motivasjon og skape endringssnakk hos pasienten. Det er viktig å skape en god relasjon allerede fra første møte mellom pasient og sykepleier da behandlingen videre vil kunne gå lettere. Empowerment og å skape mestringsfølelse er et viktig punkt for at pasienten skal kunne håndtere stressende situasjoner i løpet av behandling og etter gjennomført behandling.

Motiverende samtale spiller også en viktig rolle i å belyse pasientens positive egenskaper og evne til endring. For å bringe frem motivasjon og endringsnakk hos pasienten er det viktig at sykepleier setter pasientens egne tanker og meninger i sentrum. AA viser seg som et nyttig verktøy for å møte andre i samme situasjon og lære fra deres erfaringer, men også et sted å dele egne erfaringer. Gjennom egen erfaring fra praksis og litteratur brukt i oppgaven ser jeg at behandling og mål må være individrettet for å kunne gi best mulig oppfølging av pasient og for å oppnå best mulig effekt av behandlingen.

Bibliografi

- Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen*. Oslo.
- Anthony, W. (1993). *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*.
- Brünes, N., Elholm, B. S., & Kappel, N. (2015). *Mennesker med alkoholproblemer*. Danmark: Nyt Nordisk Forlag.
- Daley, D. C., & Marlatt, A. G. (2007). *Overvinn ditt alkohol- eller rusproblem Effektive løsningsstrategier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (Vol. 6. opplag). Gyldendal Akademisk.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus- bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2006, July 19). *Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence*. Hentet April 2019 fra <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005032.pub2/full>
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik, & Torill Bognes Larsen, *Helsefremmende sykepleie- I teori og praksis* (ss. 86-110). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen, *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hauken, M. A. (2018). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen, *Helsefremmende sykepleie. i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hummervoll, J. K. (2016). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ivarsson, B. H. (2017). *Motiverende samtaler- En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. (119, Red.) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., & Brodahl, M. (2016). *Et bedre liv- Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. (S. Biong, Red.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lingås, L. G., & Herheim, Å. (2008). *Kommunikasjon og samarbeid- utvikling av relasjonskompetanse*. (R. Dromnes, Red.)

- Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 55-77). Oslo: Akribe AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!- En arbeidsbok*. Oslo, Norge: Akribe AS.
- Sælør, K. T., & Bjercknes, S. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo, Norge: Cappelen Damm AS.
- Sæterstrand, T. (2009, Januar). Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie. *Klinisk Sygepleje*(23), 4-11.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011, Mai 11). *Motivational Interviewing for substance abuse*. Hentet Mars 2019 fra Cochrane Library: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008063.pub2/full>
- Thidemann, I. J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Vedøy, T. F., & Skretting, A. (2009). *Ungdom og rusmidler- Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008*. Statens Institutt for rusmiddelforskning, Oslo.
- Vederhus, J. K., Hjemdahl, B., & Kristensen, Ø. (2010). 12- trinnbaserte selvhjelpsgrupper og 12- trinnsbehandling. http://alkoholproblemer.com/wp-content/uploads/2016/05/bokkapittel_waal.pdf, 179-195.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva.
- World Health Organization. (2016). *ICD 10*. Hentet fra WHO: <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
- GoodTherapy.org. (2016). *12-trinnsmodellen*. Hentet fra <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/12-step-program>
- Kjetil Sander. (2018). Endringshjulet. Hentet fra <https://estudie.no/personlig-endring/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV- 1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Vedlegg

Vedlegg 1:

12-trinnsmodellen av *GoodTherapy.org*. 2016.

<https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/12-step-program>



Vedlegg 2:

Endringshjulet av Kjetil Sander. 2018. <https://estudie.no/personlig-endring/>

