



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Alt har ein skjønneheit, men ikkje alle ser den
Everything has a beauty but not everyone sees
it

Jesica Thorseth & Birgitte Seim

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for
helse- og omsorgsvitenskap / Sjukepleie Førde

Innleveringsdato: 14.06.2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Bakgrunn: I Noreg er forholdet til rus eit aukande problem. Statistikk frå 2019 viser at 35% av menneske i alle aldrar benytter seg av alkohol og illegale rusmiddel ein, eller fleire gongar i veka. Det er ikkje meir enn 16 år sidan denne gruppa menneskjer fekk like rettigheter som andre pasientgrupper innanfor helsevesenet. Til tross for stigma, dårleg motivasjon og redusert livskvalitet ynskjer me å undersøkje korleis sjukepleiaren kan skape ein relasjon som motiverer til endring og eit betre liv hos opioidavhengig.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiaren gjennom relasjon legge til rette for motivasjon i rusbehandling?

Hensikt: Å få belyst viktigheita av ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient, og korleis denne relasjonen vidare kan skape motivasjon og endring i forhold til livsstil. Studien baserar seg på eit sjukepleiefagleg perspektiv.

Metode: Bacheloroppgåva er basert på ein systematisk litteraturstudie. Me har benytta oss av både sjølvvalt litteratur og pensumlitteratur. Forskingsartiklar og lover som belyser problemstilling er òg nytta. Det er fem kvalitative, ein kohort og ein forskningsartikkel med kombinert design. Vidare har me applisert erfaringar frå praksis.

Resultat: Funn frå forskning har vist at ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient er heilt grunnleggande for oppleving av motivasjon og god behandlingseffekt. Samt har fysisk aktivitet gunstig effekt i fleire fasar i rusbehandling.

Konklusjon: Ei sentral oppgåve for sjukepleiaren vil være å bygge ein god relasjon og motivere til endring gjennom ulike tiltak som fremmar autonomi og auka sjølvfølelse. Samtidig er det nødvendig med brukarmedverknad og lytte til pasienten sine behov.

Nøkkelord: Kommunikasjon, relasjon, motivasjon, rusavhengighet, recovery, behandling, ikkje-medikamentell rusbehandling.

Abstract

Background: In Norway, drugs are an increasing problem. Statistics from 2019 show that 35% of people of all ages use alcohol and illegal drugs more than once a week (Statistisk Sentralbyrå, 2019). It is no more than 16 years since this patient group received the same rights as other patient groups within the healthcare system. Despite the stigma, poor motivation and reduced quality of life, we wish to investigate how the nurse can create a relationship that motivates change and a better life for opioid addicts.

Purpose: The purpose of this study is to highlight the importance of good relationships between the nurse and the patient, and how this can create motivation and change in relation to lifestyle. The study is based on a nursing professional perspective.

Method: The assignment is based on a systematic literature study. We have used self-elected literature and the syllabus. Research articles and laws that highlight issues are also used. There are five qualitative, one cohort, and one research article with combined design. The authors have also applied experience from practice.

Result: Findings from research refers to a good relationship between a nurse and a patient is basic for good experience of motivation and good treatment effect. Also physical activity has beneficial effects in several stages of substance abuse treatment.

Conclusion: The key task for nursing is to build a good relationship and motivate change through various measures that promote autonomy and increase self-confidence. At the same time, it is necessary with user participation and listen to patient`s needs.

Keywords: Communication, relation, motivation, drug addict, recovery, treatment, non-medical treatment.

«Hvis du behandler en person som den han er, vil han forbli den han er. Behandler du ham som den han burde og kunne være, vil han bli den han burde og kunne være»

Von Goethe, Johan Wolfgang. (Miller & Rollnick, 2016, s. 41).

Innholdsliste

1. Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling:	1
1.3 Avgrensing	2
1.4 Omgrepsforklaringar	2
1.5 Bacheloroppgåva si oppbygning	3
2. Metode	3
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Søke- og utvalprosess – Litteratur	3
2.3 Søke- og utvalprosess - Forsking	4
2.3.1 SveMed+ og Oria	4
2.3.2 Manuelle søk	4
2.4 Kjeldekritikk	5
3. Teori	6
3.1 Problematisk rusmiddelbruk	6
3.2 Spesialisert rusbehandling	6
3.2.1 Miljøterapi	7
3.2.2 Treningsterapi	7
3.3 Kommunikasjon som verktøy	7
3.3.1 Sjukepleieteori: Travelbee	7
3.3.2 Profesjonell kommunikasjon	8
3.3.3 Recovery	9
3.4 Motivasjon	9
3.4.1 Motiverande Intervju (MI)	9
4. Resultat/ Funn	10
5. Drøfting	13

5.1 Korleis kan sjukepleiaren bidra?	13
5.2 Effekten av miljøterapi.....	14
5.3 Er kommunikasjon nøkkelen?.....	16
5.4 Å få leve eit meningsfullt liv.....	17
6. Konklusjon	18
7. Litteraturliste.....	20
Vedlegg 1 – Sjekkliste kvalitative forskingsartiklar.....	
Vedlegg 2 – Sjekkliste kohort studie	
Vedlegg 3 – Sjekkliste oversiktsartikkel.....	

1. Innleiing

I Norge er forholdet til rus eit aukande problem. Statistikk frå 2019 viser at 35% av menneske i alle aldrar nytta seg av alkohol og illegale rusmiddel ein, eller fleire gongar i veka (Statistisk Sentralbyrå, 2019). Det er både menn og kvinner som nyttar seg av rusmiddel, men prosentandelen av menn er vesentleg større (Folkehelseinstituttet, 2016). I 2013 rekna FHI at rundt 16 000 personar hadde høgrisiko bruk av opioider i Norge utanfor LAR, der 7000 var under LAR behandling (Folkehelseinstituttet, 2018). Skremmande 82% av rusrelaterte dødsfall var i 2018 knytt til opioidmisbruk, der 71% av dei var menn (Folkehelseinstituttet, 2019).

Rusmiddelproblem kan føre til relasjonsproblem, redusert livskvalitet, auka dødelegheit, sjukefråvær og uførepensjon. Dette er folkehelseutfordringar det må settast større fokus på (Biong & Ytrehus, 2018, s. 13). Rusmiddelpolitikken jobbar for å rette tiltak mot befolkninga og baserar seg på korleis samfunnet skal bli betre til å utvikle og implementere effektive førebyggjande tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6). Pasient- og brukarrettighetslova § 2-1 viser at pasient og brukar har rett på nødvendig helsehjelp. I tillegg viser samhandlingsreforma til eit viktig rusførebyggjande arbeid, der sjukepleiaren har ei sentral rolle for å følge opp rettane til den enkelte pasient (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 69).

1.1 Bakgrunn for val av tema

I tidlegare praksis har me vore på ein døgninstitusjon for avrusing. Da fekk me større interesse for temaet rusbehandling, som inkluderer måten ein møter pasienten på. Dette er noko me ynskjer å sette oss meir inn i. Gjennom erfaring har me sett at rusavhengige opplever nedlatande haldningar. Dei opplev sjølv mangelfull motivasjon og ser ofte mørkt på å møte kvardagslivet. Ved hjelp av denne oppgåva ynskjer me å få større kunnskap om korleis ein sjukepleiarar kan hjelpe rusavhengige til å oppretthalde motivasjonen ved ulike behandlingstiltak, som for eksempel fysisk aktivitet. I praksis har me sett viktigheita av at rusavhengige finn mening, slik ein betre kan takle utfordringane ein seinare møter.

1.2 Problemstilling:

Korleis kan sjukepleiaren gjennom relasjon legge til rette for motivasjon i rusbehandling?

1.3 Avgrensing

Oppgåva vil i hovudsak handle om rusbehandling. Me har valt å avgrense pasientgruppa til opioidavhengige under LAR behandling i institusjon. Opioider er eit stoff som inneheld analgetisk, rusande midlar og morfin (Skjøtskift, 2018, s.105 ; Aarre, 2018, s.272). Vidare avgrensar me pasientgruppa til vaksne over 18 år. Fokuset vårt vil ligge på kva ikkje-medikamentelle tiltak og behandlingsmetodar ein kan ta i bruk for å hjelpe opioidavhengige så godt som mogleg mot eit meiningsfullt liv. Dette inkluderer korleis ein ved hjelp av kommunikasjon og relasjon kan skape motivasjon for vidare behandling og meistring av livet.

1.4 Omgrepsforklaringar

Sentrale omgrep blir skildra under, på måten me forstår og nyttar dei i denne oppgåva.

Legge til rette: I denne oppgåva vil "legge til rette" sei å involvere pasienten. På den måten blir pasienten sine ressursar og meistringsevne ivaretatt og styrka. Ein legg til rette for makt og innflytelse i eige liv, auka evna, samt moglegheitene for deltaking og innflytelse i samfunnet (Helsedirektoratet, 2014, s. 18)

Relasjon: "Begrepet relasjon stamma frå det latinske ordet *relatio*. I eit helsefagleg perspektiv brukast omgrepet om helsepersonell sitt forhold til pasientar, pårørande, kollegaer eller andre" (Eide & Eide, 2017, s.17).

Motivasjon: Omgrepet blir definert som biologiske, psykologiske og sosiale faktorar som aktiverer, gir retning til og opprettheld åtferd i ulike grad. Motivasjon er "det som setter handlingar i gang" (Helsekompetanse, u.å).

Rusbehandling: Inneberer å styrke og støtte evna til å leve eit liv utan avhengigheit til rusmidlar. Det består av fleire delar ein må jobbe med parallelt. For eksempel fokus på meistre skyld og skam, psykiske helseplager, somatiske helseplager og sosiale problem (Kunøe, 2020).

1.5 Bacheloroppgåva si oppbygning

Bacheloroppgåva vår består av seks kapittel. Fyrste kapittel er innleiing, der blir sjølve oppgåva presentert. Kapittel to tek for seg metodebeskrivelse. Me gjer greie for korleis litteratur og forskning er funne, samt kjeldekritikk. Vidare til kapittel tre, som presenterer relevant teori og pensum litteratur som me meiner er nødvendig for å svare på problemstillinga vår. Når ein kjem til kapittel fire er det presentert funn frå forskingsartiklane. I kapittel fem blir problemstillinga drøfta ut i frå presentert teori, og sentrale funn frå forskning samt våre egne erfaringar. Til slutt kjem kapittel seks med ein konklusjon for å samanfatte bacheloroppgåva.

2. Metode

Vilhelm Aubert siterer følgande i Dalland (2017, s. 51) « En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Me har valt å bruke kvalitative metodar. Ved kvalitativ metode skal ein fatte meining og eller opplevingar som ikkje kan talfestast eller målast. Hensikta med metoden er å få kunnskap om menneskelege eigenskapar som meining, erfaringar, opplevingar, tankar, motiv og haldningar (Thidemann, 2019, s.76 ; Dalland, 2017, s. 52).

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er ein studie der kunnskap blir systematisert frå skrivne kjelder. Å systematisere vil sei å innhente litteratur med eit kritisk blikk, etterfølgt av ein konklusjon (Thidemann, 2019, s. 77). Ved val av litteraturstudie fekk me dekkja fleire områder når det gjeld pasientar sine erfaringar og opplevingar av behandlingsmetodar.

2.2 Søke- og utvalprosess – Litteratur

Med tanke på at rusfeltet stadig er under utvikling var det viktig for oss å finne litteratur som ikkje er utdatert. Høgskulen sin søkemotor, Oria, har vore nyttig i forhold til å finne relevante bøker. Me vurderte teori og kunnskap som var henta frå pensum bøkene og anna relevant litteratur, for eksempel nasjonale retningslinjer innan rusbehandling.

2.3 Søke- og utvalprosess - Forsking

Databasane anbefalt av høgskulen er knytt til helse-, sosial og samfunnsvitenskap, psykologi og medisin. Me har blant anna brukt Oria, SveMed+ (nordisk database), Medline, Cochrane, Academic Search Elite, Idunn (nordisk database) og Cinahl. Me søkte etter forskning i tida mellom 17.03.20 - 29.05.20.

Me brukte SveMed+ for å oversette til engelske søkeord. Eksempel er: "drug user", "drug addict", "opiate abuse", "opioid related disorder", "substance abuse", "motivation", "institution" og "rehabilitation". Søk av engelske søkeord blei gjennomført i kombinasjon med databasane Medline, Cochrane, Cinahl og Academic Search Elite. For å avgrense søket, brukte me "and" og "or" i søkeprosessen. Norske søkeord var: "rusbehandling", "fysisk aktivitet", "rusmiddelbruk", "rusmisbruker", "recovery", "livskvalitet", "motivasjon" og "terapi". Som resultat for å finne forskning ynskja me det som var relevant, anten om det var kvalitative, kvantitative eller kombinerte forskingsartiklar. For å betre funn av forskningsartiklar avgrensa me til vaksne over 18 år. Eit eksklusjonskriterie var å avgrense søket til artiklar publisert etter 2014.

2.3.1 SveMed+ og Oria

Me nytta oss av same søkjeord og begrensingar. Dette resulterte i fleire relevante treff. Søk i nordiske databasar, resulterte i at fleire av studiane var utført på norske sjukehus eller rusinstitusjonar.

Starta strukturert søk i SveMed+ med å nytte søkeord som "rusbehandling" og "addictive behaviour", her fekk me 55 treff, men ingen direkte relevante artiklar. Me la til fleire søkeord som "recovery" og "drug abuse", her endte me opp med 11 treff der me valte å nytte ein av dei.

I Oria starta me fyrst med engelske søkeord som "drug addiction", "substance abuse", "Norway" og "treatment". Dette resulterte til stort sprik i resultata med alt frå 20 til 96 658 treff. Me gjekk over til fleire norske søkeord som "fysisk aktivitet" og "rusbehandling" dette gav 67 treff. "Behandling" og "terapi" blei lagt til å gav 13 treff, der me tok i bruk ein av artiklane.

2.3.2 Manuelle søk

Da me ikkje lykkast med søkeprosessen i dei engelske databasane, valte me å gjere oss nytte av manuelle søk. Det blei funnet relevant forskning gjennom handsøk i Oria, og forskjellige databasar.

I Litteraturlista til Kapittel 12 i Psykiatri for helsefag (Aarre, 2018) vart ei metaanalyse av fleire studiar funne. Artikkelen “Impact of physical exercise on substance use disorder: a met-analysis” blei søkt opp ved hjelp av tittelen i databasen Academic Search Elite.

“Effects of acute exercise on drug craving, self-esteem, mood and affect in adults with poly-substance dependence: Feasibility and preliminary findings” vart funnen ved hjelp av eit tidlegare arbeidskrav. Da hadde me nytta litteratur frå Egil Martinsen. Namnet blei søkt opp i fleire databasar og gav resultat i SPORTDiscus.

For kvart utført søk såg me på overskriftene og abstraktet til relevante artiklar. Om innhaldet førte til at me vurderte artikkelen som aktuell, skumleste me den for vurdering. Fleire artiklar viste seg å ikkje vere aktuelle, medan andre blei gjennomgått med sjekklister. Etter å ha nytta dei ulike søkemetodane enda me opp med sju relevante forskingsartiklar.

2.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er ein metode me brukar for å vurdere om kjelda er sikker eller ikkje. Hensikta er å la lesarane ta del i kva tankar ein har gjort om litteraturen som har blitt funnen. Kjeldekritikk går ut på å finne litteratur som er relevant for vår problemstilling, og gjere greie for det som har blitt brukt. Det har blitt nytta noko sekundærlitteratur, og er derfor mogleg at det har oppstått feiltolkingar. Dette har me forsøkt å unngå i størst mogleg grad. Å finne direkte tiltak og teori opp mot opioidavhengige har vore utfordrande. Ettersom rusavhengige er eit meir generelt ord har me henta teori der ifrå, og knytt det best mogleg opp til anna teori som me fant relevant for oppgåva vår. Me har vidare brukt litteratur frå kjende forfattarar som er spesialisert innanfor rus og psykiatri faget, samt nasjonale retningslinjer og veiledarar innan feltet. Litteratursøket resulterte i eit utval av sju forskningsartiklar. Litteraturen er hovudsakleg henta frå Noreg, og er kvalitetssjekka ut frå sjekklister frå Helsebiblioteket. Viser til vedlegg 1-3. Me har valt å inkludere ein kombinert forskningsartikkel frå andre land som har overføringsverdi til Noreg.

3. Teori

3.1 Problematisk rusmiddelbruk

Helsevesenet i Noreg brukar internasjonal sjukdom klassifikasjon til å diagnostisere rusproblem. Diagnosen baserer seg i hovudsak på problem rusmiddelbruket medfører (Lossius, 2012, s.26). Begrepet rus blir omtalt som ein tilstand av eufori (Nesvåg, 2018, s. 22). Dopaminfrigjeringa er vanedannande, ein blir avslappa, roleg, får godt humør, opplev mindre angst og bekymringar. Alt som forårsakar ei kraftig dopaminfrigjering kan føre til tilvenning, misbruk og avhengigheit (Aarre, 2018, ss. 264-265). Opioider verkar dempende på sentralnervesystemet og gir derfor ein rus som er prega av redusert merksemd og konsentrasjon, minne og læringsevne, samt ein kjensle av ro og velvære. Det fører raskare til avhengigheit og abstinensar enn andre rusmiddel (Aarre, 2018, s. 272). Skal ein forstå korleis og kvifor rusmiddel blir brukt må ein sjå vekk ifrå stoffet sin kjemiske verknad. Helsepersonell må bruke evna til å lære og akseptere fortolkingar og forståelsar basert på pasientane sine erfaringar (Nesvåg, 2018, s. 28).

Rusmiddelavhengigheit gir sterk trong til å nytte stoffet og vanskar med å kontrollere bruken med omsyn til tid og mengde. Ein blir likegyldig ovanfor interesser og bruken fortsette sjølv om det tydeleg pregar livskvaliteten (Aarre, 2018, s. 263). Stigma er uttalt som ei av dei vanskelegaste sidene ved rusproblem. Det kan påverke pasienten sitt sjølvbilete, samfunnet sine haldningar og tenesteutøvarane si vurdering av behandling og tenestebehov. Stigma kan ha innverknad på relasjonen mellom pasient og sjukepleiar, og bidra til ein uønskt ubalanse i samarbeidet (Helsedirektoratet, 2014, s.31; Ytrehus, 2018, s.224). Uansett kva som forårsakar kva, vil innsats retta mot levekår og eit godt kvardagsliv påverke både førekomsten av psykiske vanskar og rusproblem. Dersom ein ikkje ser heilheita i behandlinga kan ein gå glipp av moglegheita til å betre livskvalitet hos pasienten (Juklestad & Aarre, 2018, s.58).

3.2 Spesialisert rusbehandling

Dagens helsevesen er basert på Pasient og brukarrettighetslova (1999). § 2-1 fortel at rusavhengige har rett til nødvendig helsehjelp i eiga kommune, og i spesialisthelsetenesta. LAR pasientar har like rettigheter for helsehjelp og behandling som andre. LAR, legemiddelassistert rehabilitering, er ein tverrfagleg behandling mellom spesialisthelsetenesta, sosialtenesta i kommunen og primærhelsetenesta, med pasienten i fokus (Helsedirektoratet, 2010, s.12).

Alle menneske har dei same grunnleggjande behova. Styrken og intensiteten i behova varierer, og kjem til uttrykk på forskjellige måtar (Travelbee, 2001, s.57). For ein vellykka rusbehandling er det nødvendig å ha tverrfagleg innsats som tek omsyn til heile mennesket, inkludert rusmessige faktorar i pasienten sitt liv, psykiatrisk komorbiditet, somatisk helse status, sosiale problem, samt nettverk og familie. Det finst god dokumentasjon på at samtalebehandling betrar pasienten sin livskvalitet. Ei vellykka behandling treng god terapeutisk allianse som viser at kvar enkelt blir møtt med forståing, empati og respekt (Kronholm, 2012, s.176).

3.2.1 Miljøterapi

Miljøterapi krev at miljøet, personar i miljøet og miljøbetingelsar blir oppretthald på ein målretta og systematisk måte. Aktivitetane tek utgangspunkt i pasienten sitt individuelle behov, samt til fellesskapet. Målet er å betre pasienten sin rusavhengigheit, hjelpe pasienten til å fungere betre sosialt og motverke moglege negative konsekvensar av institusjonsopphaldet. Som sjukepleiar har ein ansvar for utforming av det terapeutiske miljø. Det skal gi rom for at både pasientar og personale får moglegheit for vekst og utvikling (Sælor & Bjerknes, 2018, ss.146-147)

3.2.2 Treningsterapi

Rusavhengige slit ofte med dårleg tolmodigheit, kjedar seg og blir lett frustrerte, aktivitet kan difor vere gunstig (Aarre, 2018, s.284). Fysisk trening har terapeutisk verdi, både i ein abstinensfase, behandlingsfase og med hensikt å inkludere pasientane i samfunnet (Dahl, 2012, s.339). I følge Caspersen, Powell & Christenson referert i Lerdal & Grov (2015, s.822) er fysisk aktivitet «ein kvar kroppsleg bevegelse er produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i energibruk». For at pasienten skal ha utbytte av treningsterapi er det viktig å kartlegge kva funksjonar rusmiddelbruken har og knytte det opp til kva ein ønskjer å få ut av treninga. Dette bidreg til at treninga erstattar noko av dei funksjonane rusmiddelbruken tidlegare har gitt. Pasientar med gjennomført treningsterapi samanliknar effektar av det med tidlegare rusopplevingar (Dahl, 2012, s. 329).

3.3 Kommunikasjon som verktøy

3.3.1 Sjukepleieteori: Travelbee

Travelbee uttrykker tydeleg at kommunikasjon er ein prosess som kan gjere sjukepleiaren i stand til å etablere eit menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle sjukepleiaren sitt mål òg hensikt om å hjelpe medmenneske. Dette inkludera førebygging av sjukdom og liding, òg om nødvendig hjelpe

dei til å finne meining i disse erfaringane (Travelbee, 2001, s.135). Det overordna målet for all sjukepleie er ifølge Travelbee å etablere eit menneske-til-menneske-forhold og sørge for at opplevinga av gjensidig forståing òg kontakt er overhaldd. Gjensidig forståing og kontakt blir oppnådd etter at sjukepleiaren òg pasient har gått gjennom ulike fasar som har fokus på identitet, empati, sympati og medkjensle (Travelbee, 2001, s. 211).

Kommunikasjon er ein kontinuerleg prosess der ein overfører meiningar eller budskap mellom individ. Disse meiningane blir overført gjennom verbale og non-verbale uttrykksmidla (Travelbee, 2001, ss. 137-138). Den profesjonelle sjukepleiaren må bruke seg sjølv terapeutisk i møte med pasienten og deira pårørande. I eit slikt mellommenneskelege forhold kan pasienten få hjelp til å finne håp og meining, òg til å meistre opplevinga av sjukdom og liding. Det er gjennom observasjon og kommunikasjon sjukepleiaren kan identifisere og ivareta pasienten sine ulike behov (Travelbee, 2001, s. 142).

3.3.2 Profesjonell kommunikasjon

God profesjonell kommunikasjon er personorientert og fagleg fundert, det vil sei å akseptere pasienten sitt perspektiv, sin psykososiale kontekst, og ha felles forståing for pasienten sine verdiar. Det inneberer å stimulere pasienten til å utøve sjølvbestemmelse og ta kontroll over eigen situasjon om mogleg (Eide & Eide, 2017, s.17). Sjukepleiarar har kommunikasjonsmakt til å starte ein samtale ut i frå behovet (Ingstad, 2016, s. 158). For å skape god kontakt, motivasjon og støtte gjennom kommunikasjon må ein ta omsyn til kjenslene som oppstår, ein må kunne gi informasjon, forklare årsak og samanhengar på ein velfundert og gjennomtenkt måte. Sjukepleiaren må vise gode personlege eigenskapar som å vere venleg, hjelpsam, og omsorgsfull, samt truverdig og tillitsvekkande. Desse eigenskapane er sentrale i kommunikasjon mellom helsepersonell og pasientar (Eide & Eide, 2017, s. 393).

Yrkesetiske retningslinjer har fokus på forholdet mellom sjukepleiar og pasient. I møte med pasienten skal sjukepleiaren ivareta verdigheit og integritet. Kapittel to seier følgande:

2.1 Sjukepleiaren har ansvar for sjukepleiepraksis som fremjar helse og førebyggjer sjukdom

2.2 Sjukepleiaren understøttar håp, meistring og livsmot hjå pasienten

2.3 Sjukepleiaren ivaretek den enkelte pasienten sitt behov for heilheitleg omsorg

2.4 Sjukepleiaren fremmar pasienten si moglegheit til å ta sjølvstendige avgjerdslar ved å

gi tilstrekkelig, tilpassa informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2019).

3.3.3 Recovery

Recovery er eit samleomgrep for ulike tilnæringsmetodar sjukepleiarar kan ta i bruk for å yte god hjelp og støtte til pasientar. Det er ein innstilling, visjon og prosess som ein kan bruke til rettleiing i psykisk helsearbeid. Helsefremmande teknikkar som meistringsstrategiar og empowerment blir nytta under recovery (Hummelvoll, 2018, ss. 55-57).

Fokuset ligg på å sjå diagnosen i eit aspekt og som ein del av personens identitet. Pasientar opplev utfordringar og hinder grunna rusavhengigheit. Betring vises gjennom å ta kontroll over abstinensar, bu forhold, tap av sosiale roller, arbeidsløyse, identitet, sjølvkjensle og meistring (Hummelvoll, 2018, ss. 57 – 59). Å bli rusfri er ikkje alltid eit realistisk mål, men redusert bruk og mindre skadeomfang, kan bidra til eit mål om eit verdig liv (Aarre, 2018, s. 279). Målet med recovery er at ein kan få leve eit meningsfullt liv til tross for dei begrensingar problemet kan forårsake. Myndiggjering og gjenvinning av kontroll over eige liv er sentrale element i betringprosessen. Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient må vere prega av likeverdighet, openheit, ærlegheit òg tillit for å hjelpe pasienten til å utvikle ferdigheiter, nettverk òg støtte slik ein kan ta ansvar over eige liv (Helsedirektoratet, 2014, s.31).

3.4 Motivasjon

Motivasjon står sentralt i rusbehandling og adferdsendring. Dei som kjem til behandling kjem ofte ikkje på grunn av rusmisbruket sin hyppigheit eller mengde, men grunna konsekvensane. Dei kan vere økonomiske, relasjonelle, lovmessige, helsemessige eller psykologiske. Tru og håp om at endring er mogleg er like viktig som ønsket om å oppnå det. Helsepersonell må vere klar over at tilbakefall, ambivalens og endringsmotstand er naturlege element i ein endringsprosess (Sælør & Bjerknes, 2018, ss.149-150).

3.4.1 Motiverande Intervju (MI)

“MI er en samarbeidsbasert samtalestil som har som mål å styrke en persons indre motivasjon for og forpliktast overfor endring” (Miller & Rollnick, 2016, s. 38). Hovudformålet med samtalen er å styrke motivasjonen ved å ta i bruk egne tankar, kjensler og motivasjon for endring (Miller et al., 2016, ss. 38 - 39). Motivasjon har ein vesentleg faktor i MI-metoden og må tilpassast i kva grad ein er motivert til endring (Ivarsson, Ortiz & Wirbing, 2015, s.45)

I arbeidet med ruspasientar er det viktig å hugse på kva som skaper motivasjon. Korleis kan sjukepleiaren hjelpe pasientar til å fokusere på kva faktorarar som fremjar og bevare motivasjon til meistring, avhenger av deira relasjon og veremåte. Sjukepleiaren må bruke pasienten sine ressursar og utfordre kreativitet, da formidlar ein til pasienten at han/ho er i stand til å meistre situasjonen. Det er viktig at sjukepleiaren aksepterer og respekterer pasienten for den ein er, deira tankar, verdiar og mål. Ein vil setje seg lettare inn i situasjonen til pasienten, å hjelpe ut i frå ståstad og motivasjonsfase. Motiverande intervju skal ta utgangspunkt i det pasienten ser på som meningsfullt og viktig. Samstundes kan ein rettleie pasienten til akseptering av sin situasjon og merksemd på å vere til stades (Eide & Eide, 2017, ss. 272 - 274).

4. Resultat/ Funn

1. Aspekter ved samarbeidsrelasjonar mellom erfaringsmedarbeidare og brukere i psykisk helse- og rustjenester av Karlsson, Borg, Ogundipe, Sjøfjell og Bjørlykhaug (2017).

Dette er ein norsk, kvalitativ studie. Publisert i Nordisk tidsskrift for Helseforskning. Formålet med studien var å beskrive psykisk helse og rus pasientar sine erfaringar frå behandling. Dei såg på relasjonen mellom brukar og erfaringsmedarbeidarar òg deira rolle. Generelle funn viser at pasientane føler seg utanfor og kjenner på stigma. Ein erfaringsmedarbeidar kan skape fellesskap, formidle og informere pasienten, fungere som ein rollemodell og motivere til håp i behandling. Me har valt å bruke denne artikkelen for å vise kor viktig det er å respektere pasienten for den han er, samstundes som ein viser tolmod og kommuniserer på pasienten sitt nivå.

2. Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme - a qualitative study from the clients' perspective av Granerud & Toft (2015).

Formålet med denne kvalitative studien var å finne ut kor stor brukarmedverknad pasientane sjølv føler og opplever dei har i LAR-behandling i Norge. Artikkelen er publisert i BMC Part of Springer Nature. Resultata frå studien viser til fleire ulike opplevingar og erfaringar LAR-pasientane har hatt i behandling. Totalt sett følte deltakarane at dei ikkje hadde stor innverknad på deira behandling, og at deira rolle var å følge reglane som vart laga for dei. Artikkelen synes me er relevant for vår oppgåve sidan den viser til korleis pasienten sjølv opplever rusbehandling og tolkar ulike tiltak me som helsepersonell tilrår og utfører, noko som vidare gir rom for tolking og forbetring.

3. Opioid and Polydrug use among patients in opioid maintenance treatment av Carlsen, Lunde & Torsheim (2020).

I denne kvalitative forskingsartikkelen tek forfattarane for seg samanhengen mellom LAR og bruk av fleire rusmidlar samstundes, òg korleis dette påverkar pasienten sine sosiale ressursar og livskvalitet. Artikkelen vart publisert i Dovepress. Funn frå studiet viser at livskvalitet er ein viktig faktor i LAR-behandling. Det kom fram at mangel på psykososiale behov er knyta opp til misbruk av rusmiddel i LAR-behandling. Vi har valt å nytte artikkelen for å belyse viktigheita av psykososiale behov, samt forståing frå helsepersonell under institusjonell behandling.

4. Rusmisbruk, angst og depresjon etter 10 år: En prospektiv undersøkelse av stoffmisbrukere med og uten LAR-behandling av Ravndal & Lauritzen (2015).

Dette er ein kohort studie utført i ein tidsperiode frå 1998 til 2009, publisert i Nordic Studies on Alcohol and Drugs. Bakgrunnen for denne studien var å vurdere forskjellar i førekomsten av angst og depresjon, samt bruken av rusmiddel i- og utan LAR behandling. Ved avslutta studie viste resultata at alle gruppene hadde ein høgare førekomst av angst og depresjon, og eit auka problem med dette etter oppstart av LAR. Denne artikkelen ser me på som relevant da den belyser ulike utfordringar pasientar kjenner og møter på, noko som igjen kan gi helsepersonell ein betre forståing av denne pasientgruppa.

5. Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis av Wang, Wang, Wang, Li, & Zhou, (2014).

Denne forskingsartikkelen vart publisert i PLOS one i 2014. Forfattarane brukte ei metaanalyse for å undersøke kor potensielt effektivt det var med fysisk aktivitet som behandling for rusmiddelforstyrningar. Studien resulterte i fire utfallsmetodar som går på avholdenheitsrate, abstinenssymptom, angst og depresjon. Funn frå studien viste at fysisk aktivitet kan lettare auke avholdenheitsraten, det kan lette abstinenssymptoma, samt kan redusere angst og depresjon hos både alkoholmisbrukarar og illegale rusmisbrukarar enn andre rusmiddelgrupper. Artikkelen ser me på som nyttig i forhold til at ein må finne noko som kan erstatte rusbehovet, og oppretthalde motivasjonen mot betring av livskvalitet.

6. Experiences of professional helping relations by persons with co-occurring mental health and substance use disorders av Brekke, Lien & Biong (2017).

Denne kvalitative forskningartikkelen vart publisert i *International journal of mental health and addiction* i 2017. Formålet til forfattarane var å undersøke kva faktor haldningar og eigenskaparar helsepersonell har til pasientar innan recovery, basert på erfaringar frå pasientar med psykiatrisk komorbiditet. Resultatet frå studien supplerer til andre funn frå andre studiar om at tillit er ein sentral forutsetning for relasjonen. I tillegg har den relevante funn innan korleis ein kan bygge tillit. Med fokus på håp, forpliktingar, pålitelegheit, handling og motivasjon.

7. Effects of acute exercise on drug craving, self-esteem, mood and affect in adults with polysubstance dependence av Ellingsen, Johannesen, Martinsen & Hallgren (2018).

Denne kvalitative forskningsartikkelen vart publisert i *Australian Professional Society on alcohol & other drugs*. Studien blei utført ved ein norsk institusjon for behandling av rusmiddelavhengige og psykisk helse. Formålet med studie var å undersøke kva effektar ein har av ulike typar fysisk aktivitet. Resultat av dei ulike treningane blei delt inn i fire hovudgrupper; rusmiddel behov, humør, positiv og negativ verknad og sjølvtilit. Ulike funn frå studien viste at all fysisk aktivitet har god effekt på sjølvtiliten. Me synest difor artikkelen er relevant for å belyse kva effekt fysisk aktivitet kan ha på dei psykososiale behova, samt motivasjon for vegen vidare.

5. Drøfting

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene»

(NSF, 2019).

5.1 Korleis kan sjukepleiaren bidra?

Rusmiddelavhengigheit gir sterk trong til å nytte stoffet, vanskar med å kontrollere bruken og gir tydeleg redusert livskvalitet (Aarre, 2018, s.263), for helsepersonell kan det vere utfordrande å forstå bruken av rusmiddel, noko me har erfart i praksis. Som sjukepleiar er ein nøydd å bruke evna til å lære og akseptere tolkingar og forståing basert på pasientane sine erfaringar (Nesvåg, 2018, s.28). Me har vore borti pasientar som ikkje ønskjer å redusere bruken. Dei forklarar det på same måte som Aarre beskriv i boka Psykiatri for helsefag (2018, s. 264), at dopaminfrigjeringa gir dei mindre opplevingar i forhold til angst og uro, samt er dei avslappa og i godt humør. Det blir ofte skildra frå pasientane som eit enklare liv å leve. Dei fortel om livshistoriene sine, og ein kan i fleire høve ikkje tru at dette har skjedd i verkelegheita. Vidare er det andre pasientar som opplev at misbruket fører til redusert livskvalitet. Ein har verken energi eller motivasjon. For helsepersonell er ikkje det alltid like lett å sette seg inn i slike tankar og kjensler. Det har gjennom studie vist at erfaringsmedarbeidarar innan rustenesta kan bidra til å motivere til håp i behandling. Samt får ein snakka med nokon som veit korleis ein har det, og kanskje bidra til å sette ord på situasjonar som er vanskelege (Karlsson, Borg, Ogundipe, Sjøfell & Bjørklykhaud, 2017). Det er heilt sentralt for all helsepersonell som arbeider med ruspasientar at ein respekterer pasienten for den ein er, har tolmodigheit og kommuniserer på eit nivå slik at pasienten forstår ein er her for å hjelpe. Dette bidreg også til forståing rundt behandlinga.

Stigma er ei vanskeleg side ved rusproblematikk. Dei fleste pasientane me har vore borti har fleire tilfelle å fortelje. Det har oppstått situasjonar der pasientar har blitt utsett for vald fordi ein ikkje lev opp til forventningane som er kravd, enten det er frå familie eller samfunnet generelt. Stigmatisering kan påverke pasienten sitt sjølvbilete, samfunnet sine haldningar og tenesteutøvarane si vurdering av behandling og tenestebehov. Dette kan ha innverknad på relasjonen mellom pasient og sjukepleiar, og bidra til ein uønskt ubalanse i samarbeidet (Helsedirektoratet, 2014, s.31). I praksis erfarte me heldigvis ikkje mange slike tilfelle. Likevel skjedde det stigmatisering på postane. Ein “utfordrande”

pasient frå ei anna avdeling skulle flyttast til ein ny post. Den nye posten fekk rapport og annan informasjon dei synest var relevant, samt blei dei anbefalt til å lese i journalen på førehand. Kvinna hadde gått i LAR-behandling i fleire år. Helsepersonell la fram informasjon på ein nedlatande måte. "Ho ville ikkje samarbeide", samt gav dei uttrykk for at ho ikkje er motivert og at ho nyleg har rusa seg. Når ein får slike beskjedar og les ulike rapportar frå journalen dannar ein seg eit bilete om korleis personen er. Dette er veldig uheldig for pasienten sjølv og for sjukepleiaren som skal yte god sjukepleie. Ein studie basert på pasientane sine erfaringar tok for seg haldningar og eigenskapar hos helsepersonell. Der kom det fram at pasientane satt pris på ærlegheit, konstruktiv tilbakemelding, forventningar og forpliktelsar (Brekke, Lien & Biong, 2017). Det som hadde skjedd i denne situasjonen var at den tidlegare rusposten ikkje hadde lytta til kvinna sine meiningar og mål. Dei var oppgitt over at ho ikkje følgde dei reglane som dei hadde sett. Kvar skal ho då hente motivasjon frå, dersom ho ikkje får noko ut av behandlinga? Ein annan norsk studie frå 2015, viser til at pasientar i LAR-behandling manglar brukarmedverknad i fleire tilfelle (Granerud & Toft). Kvinna i dette tilfellet fekk ein ny start, behandlinga vart tilrettelagt, og ho oppretthaldt håp og motivasjon. For at rusbehandlinga skal vere personorientert er det pasienten sitt mål som må vere i fokus. Me som helsepersonell kan bidra, gi informasjon og støtte på vegen mot betring.

I arbeidet med ruspasientar er det viktig å hugse på kva som skapar motivasjon. Sjukepleiaren må bruke pasienten sine ressursar og utfordre kreativitet. Kvinna i dømet over er eit godt eksempel på viktigheita av MI, i forhold til behandling. Sjukepleiaren må akseptere og respektere pasienten sine verdiar og mål. Kvinna i dette tilfellet vart ikkje godt nok ivaretatt ut ifrå kva yrkesetiske retningslinjer tilsei. Å bygge opp tillit og motivasjon etter slike "brot" kan være utfordrande. Korleis kan sjukepleiaren hjelpe pasientar til å fokusere på kva faktorar som fremjar motivasjon avhenger av deira relasjon og veremåte (Eide & Eide, 2017, ss. 272 - 274). Eine studien tek for seg pasientane sitt syn på korleis helsepersonell kan bygge tillit. Då blir det vektlagt at helsepersonell som viser omtanke, motiverer for håp og forandring, viser forplikting og er engasjerte kan lettare skape ein god relasjon (Brekke, Lien & Biong, 2017).

5.2 Effekten av miljøterapi

Alle menneske har dei same grunnleggande behova. Styrken og intensiteten i behova varierer og kjem til uttrykk på forskjellige måtar. I helsepersonellova (2019, §4) står det «dersom pasienten sitt behov tilseier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med anna kvalifisert helsepersonell». Sjukepleie funksjonen i helsetenesta er retta mot helsefremmande arbeid som blant

anna inkludera førebyggande, behandlande, rehabiliterande og miljøterapeutiske aktivitetar (Hellesø, 2015, s.215). For ei vellykka rusbehandling er det ein god terapeutisk allianse som møter pasienten med forståing, empati og respekt som er nøkkelen. Ein studie bekreftar at mangel på psykososiale behov er knytt opp til misbruk av rusmiddel i LAR-behandling (Carlsen, Lunde & Torsheim, 2020). Mange har ein førestilling at når ein blir innlagt på rusinstitusjon er rusproblema plutselig vekke. Det har seg slik at å bli mindre skadelidande av rusmiddelavhengigheit er som ei berg og dal bane. Som sjukepleiar må ein ver klar over at tilbakefall og ambivalens er normale reaksjonar som kan førekomme. Og dersom pasienten sine ulike behov ikkje blir respektert tyr ein ofte til andre løysningar som tilfredsstillar behovet. Deriblant å ty til rus, noko me har erfart førekjem. Dette viser seg igjen i miljøet og ein har sett at pasientane påverkar kvarandre med både positive og negative effektar. Erfaringsmessig har ein sett at pasientane er flinke til å motivere kvarandre når det gjeld fysisk trening, derimot har ein ugunstig effekt når pasientar tilbyr rusmiddel til andre. Tru og håp om at endring er mogleg, er like viktig som ønsket om å oppnå det (Sælør & Bjerknes, 2018, ss.149-150).

Miljøterapi krev at miljøet, personar i miljøet og miljøbetingelsar blir oppretthaldt på ein målretta og systematisk måte. Når behova til pasientane ikkje blir ivaretatt merkar ein det fort på miljøet. Ein blir uroleg og rastlaus, òg følg ikkje dei reglane som er satt for fellesskapet. I enkelte tilfelle kan det å kjenne på utfordringar være gunstig for utvikling, men i institusjon er det viktig at det som er tilrettelagt av aktivitetar tek utgangspunkt i pasienten sitt individuelle behov. Som sjukepleiar har ein ansvar for utforming av det terapeutiske miljø, slik at det gir rom for vekst og utvikling. Viser til studien av Granerud og Toft (2015) der funn viser at nedsett brukarmedverknad gir redusert behandlingseffekt.

Treningsterapi har vi valt å ha under miljøterapi, sidan det er ein del av eit større behandlingsopplegg. Me har begge erfart på urolege og utolmodige pasientar i praksis, som leitar etter noko å gjere. Dette er noko rusavhengige kan slite med (Aarre, 2018, s.284). Fysisk trening har ein terapeutisk verdi både i ein abstinensfase, behandlingsfase og med hensikt å inkludere pasientane i samfunnet (Dahl, 2012, s.339). Under samtalar med pasientar har det vore vanskeleg å sette seg inn i opplevinga av rusmiddelet. For å forklare at me forstår, har me samanlikna det med meistring av fysisk aktivitet og forklart kjenslene me sjølv opplev. Hard fysisk aktivitet kan i teorien aktivere og utløyse dei same verknadane som rusmiddel. Mange opplev derfor velvære og ei forbigåande mild rusliknande effekt etter ei vellykka økt (Aarre, 2018, s.284). Det verkar som at ein er meir mottakelege for å teste ut fysisk aktivitet på bakgrunn av følelsane me har gitt uttrykk for. Det

er fleire studiar som viser til god effekt av fysisk trening, enten det er snakk om sjølvbilette, betring av psykiske problem eller generelt betre humør og livsglede (Wang, Wang, Wang, Li, & Zhou, 2014; Brekke, Lien & Biong, 2017). Mange pasientar ynskjer òg eit større fokus på fysisk aktivitet under behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.22). I den kombinerte forskningsartikkel resulterte funn i auka avholdenheitsrate, mindre abstinenssymptom og redusert angst og depresjon (Wang, Wang, Wang, Li & Zhou, 2014). Denne studien kombinert med studien frå Ellingsen, Johannesen, Martinsen & Hallgren (2018) bekreftar viktigheita av fysisk aktivitet. Det resulterte i mindre rusmiddelbehov, godt humør og positiv verknad på sjølvtilitt. Alle desse psykososiale faktorane er sentrale for korleis ein skal bygge motivasjon for å fortsette det gode arbeidet mot eit betre liv. Vidare legg Martinsen fram i (Hummelvoll, 2016, s.483) at det har komme eit solid erfaringsgrunnlag for å framheve den positive samanhengen mellom fysisk trening og indikatorar på psykisk helse.

5.3 Er kommunikasjon nøkkelen?

Måten me uttrykker oss på, påverkar kommunikasjonen vår med andre. Ingstad legg fram at non-verbale kommunikasjonsmetodar som stemmeleie, kroppshaldning, uttrykk og bevegelse påverkar kommunikasjonen så vel som det ein seier. Måten ein bruker dette i samhandling med andre vil derfor i stor grad påverke korleis mottakaren oppfattar og mottek budskapet. Om ein i tillegg tek i bruk fagterminologi som pasienten ikkje forstår kan dette gi pasienten kjensle av skam og dumheit, som igjen kan lage avstand mellom pasient og sjukepleiaren (Ingstad, 2016, s. 157). For å unngå slike situasjonar kan sjukepleiaren og pasienten ha fokus på identitet, empati, sympati og medkjensle for å oppnå gjensidig forståing og kontakt (Travelbee, 2001, s.211).

Som sjukepleiar har ein makt til å bestemme kva tema ein skal snakke om ut ifrå behovet (Ingstad, 2016, s.158). I eit intervju av Granerud & Toft (2015, ss. 4-5) fortalte ein pasient sine erfaringar frå eit behandlingsprogram. Pasienten gav uttrykk for at samtaleemne i møtet med helsepersonell var opplagt og bestemt på førehand, og satt dermed igjen med ei kjensle av at det han sjølv ville ta opp ikkje var viktig. For at sjukepleiaren skal få god kontakt, gi motivasjon og støtte gjennom kommunikasjon må ein ta omsyn til kjenslene som oppstår. Sjukepleiaren må vise gode personlege eigenskapar som å vere venleg, hjelpsam, og omsorgsfull, samt truverdige og tillitsvekkande. Desse eigenskapane er sentrale i kommunikasjon mellom helsepersonell og pasientar (Eide & Eide, 2017, s. 393).

Ein sjukepleiar har ei sentral rolle i arbeid og samarbeid med pasientar. Ingen pasient responderer likt på lik behandling. Å tilpasse framgangsmåten ved å vise forståing og aksept, kan gjere at pasienten ikkje gir etter gamle vanar og reaksjonar med å skyve vekk hjelpa. Dette kan bidra til at pasienten aksepterer sin situasjon og samtidig kjenner på meistring (Eide & Eide, 2017, ss. 273 - 274). Ein pasient fortalte i eit intervju frå Karlsson, Borg, Ogundipe, Sjøfjell & Bjørklykhaug at rett “feedback” frå helsepersonell gir ei kjensle av å bli sett og forstått. Vidare kom det fram at det å bli forstått, førte til at helsepersonell forstod kva behov dei trong. I tillegg gav helsepersonell uttrykk for håp og tru som førte til at pasienten blei inspirert til å oppretthalde håp og motivasjon. “Tenk at det er mogleg for deg. Da er det jammen håp for meg” (Karlsson et al., 2017, ss. 9 - 10)

5.4 Å få leve eit meningsfullt liv

Recovery er eit samleomgrep for ulike tilnæringsmetodar sjukepleiarar kan ta i bruk for å yte god hjelp og støtte til pasientar. Det er ein innstilling, visjon og prosess som ein kan bruke til rettleiing i psykisk helsearbeid (Hummelvoll, 2018, ss. 55-57). Det er en måte å leve eit tilfredsstillande, håpefullt og aktivt liv på tross for begrensningar som lidinga forårsakar. Betring kan visast gjennom å ta kontroll over abstinensar, bu forhold, tap av sosiale roller, sjølvkjensle og meistring (Hummelvoll, 2018, ss.57-59). Me har erfart gjennom fysisk aktivitet at ein kan oppnå betre livskvalitet. Pasientane me har lært å kjenne uttrykker at fysisk aktivitet dempar rusbehovet, gir etter kvart auka sjølvkjensle og styrkar meistringsfølelsen. Ein studie gjennomført i Noreg har forskningsgrunnlag som bekreftar dette (Ellingsen, Johannesen, Martinsen & Hallgren, 2018).

For at ein skal kunne oppnå recovery, er det nødvendig med støtte og hjelp frå helsepersonell og miljøet rundt for at pasienten skal kunne leve eit verdig og trygt liv (Hummelvoll, 2018, s. 56). Sjølv om hjelp frå helsepersonell ofte er nødvendig og nyttig, er det viktig å hugse på at det aldri er mogleg å oppnå recovery utan pasienten sjølv. Anthony fortel at pasienten sjølv har nøkkelen til recovery, medan sjukepleiarane berre kan legge til rette, tilpasse og motivere den enkelte på vegen. Sentralt i prosessen er at pasienten har ein eller fleire som har tru på pasienten og forstår han. Ulike hinder, utfordringar og tilbakefall kan skje på vegen mot recovery, men dette vil ikkje sei at progresjon er øydelagd eller har stagnert. Det vil derfor vere viktig at sjukepleiaren står i dei ulike utfordringane som kan oppstå saman med pasienten, og minner han på at det er ein naturleg del av prosessen (Anthony, 1993, ss. 530 - 533). Pasientar sjølv seier at det å tru på, samt støtte og forstå pasientane er grunnleggande for deira motivasjon og sjølvkjensle i behandling (Granerud & Toft, 2015).

Alle menneske er ulike, sjukdom og utfordringar vil derfor påverke og gi forskjellige hindringar til kvar enkelt. At sjukepleiaren fangar opp dette er nøkkelen i behandlinga. Ut frå nødvendige og viktige observasjonar blir tiltak og ferdigheitar danna rundt pasienten (Hauken, 2018, s. 184 - 185). Vidare legger Hummelvoll (2018) vekt på ulike personlege eigenskapar ein som sjukepleiar skal fokusere på i behandling. Identitet er vår oppfatning av oss sjølv (Ingstad, 2016, s. 126). For å kunne bidra til pasienten sin recovery må ein vektlegge personen sine eigenskapar. Å bli kjent med pasienten og hans personlege eigenskapar, kva eigenverd og kor sjølvbevisst han er, samtidig å observere om han har sjølvinnst og/eller meistrar symptom og sjukdomsendringa er ein viktig faktor for at pasienten skal føle seg sett og høyrte under behandling. Samtidig må ein sjå etter kva type relasjon og interaksjon pasienten har saman med andre. Korleis pasienten er og oppfører seg i møte med andre ukjente og kjente menneske kan sei mykje om den enkelte. Her vil ein også kunne sjå korleis pasienten er sosialt, om han greier å tilpasse, justere og regulere sin oppførsel mot andre og korleis han plasserer seg sjølv i relasjon med andre (Hummelvoll, 2018, ss. 66 - 70). Dette er viktige og sentrale faktorar som spelar inn på eit menneske. Sjukdom kan ofte påverke og endre ein person sin identitet (Ingstad, 2016, s. 126). Og ved å fange opp menneske bak rusen kan ein hjelpe pasienten med å legge til rette for utfordringar, oppgåver, interesser, verktøy og kommunikasjon i prosessen mot recovery (Hummelvoll, 2018, ss. 75 - 76).

6. Konklusjon

Bacheloroppgåva si hensikt er å gi eit svar på problemstilling med hjelp av pensum litteratur, sjølvvalt litteratur, forskning og egne erfaringar. Gjennom denne oppgåva har me tileigna oss meir kunnskap om kva faktorar som kan spele inn på rusavhengige sine liv og behandlingsforløp. Rusavhengigheit og forholdet til illegale rusmiddel er generelt aukande. Det krevst meir kunnskap om dette for både helsepersonell og til befolkninga elles, ettersom det er eit samfunnspolitisk problem som pregar meir enn pasientgruppa sjølv.

Alle menneskjer er ulike og unike på kvar sin måte. Forutsetninga for at den enkelte skal oppnå eit godt liv, vil variere og basere seg på pasienten sine mål og verdiar. Ved å anvende teori om kommunikasjon og korleis skape relasjon har me sett viktigheita av sjukepleiaren sine verdiar, haldningar og innverknadskraft. Desse faktorane er heilt sentrale i forhold til pasienten sin motivasjon og korleis ein kan bidra til å fremme motivasjon, håp og meistring. Sjukepleiaren må bruke sin fagkunnskap og erfaringar til å støtte opp pasienten uansett behov.

Det er ingen fasit innan rusbehandling, men fokuset i vår oppgåve var å løfte fram motivasjon som ein sentral faktor i rusbehandling. Utan motivasjon er det ingenting som driv framover. Vår rolle som sjukepleiar er å støtte, tilpasse og minne pasienten på kvifor ein skal vere motivert. Me meina at kunnskapen som er komen fram i oppgåva er relevant og trengst å belysast for å unngå implikasjonar for sjukepleiepraksis. Sjølv om teorien og fleire retningslinjer tilsei korleis ein skal opptre, er det ikkje i like stor grad dette blir oppretthald. Kunnskapen me har kome fram med vil ha implikasjonar for sjukepleiepraksis dersom det ikkje blir retta eit større fokus på haldningar til rusavhengige. Alt i alt vil ivaretaking av respekt og verdigheit, samt forståing, tillit og håp motivere pasienten til eit betre liv. På den måten kan sjukepleiaren yte god helsehjelp.

7. Litteraturliste

- Aarre, T. F. (2018). Rusmiddelproblemer. I Aarre, T. F. (Red.), *Psykisatri for helsefag* (2. utg., s. 261 - 290). Bergen: Fagbokforlaget.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4): 11-23.
https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer - en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg, s.13-20). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Brekke, E., Lien, L. & Biong, S. (2017, Juni 21). Experiences of Professional Helping Relations By Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *International journal of mental health and addiction*. ss. 53-62. DOI:10.1007/S11469-017-9780-9
- Carlsen, S-E. L., Lunde, L-H. & Torsheim, T. (2020, Mai 3). Opioid and Polydrug Use Among Patient in Opioid Maintenance Treatment. *Dovepress*. ss. 9-16. DOI: 10.2147/SAR.S221618
- Dahl, T. (2012). Treningsterapi, fysisk trening som behandlingsmetode. I Lossius, K. (Red.), *Håndbok i rusbehandling til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. Utg., s. 324 - 342). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. (3. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, M. M., Johannesen, S. L., Martinsen, E. W., & Hallgren, M. (2018, September). Effects of acute exercise on drug craving, self-esteem, mood and affect in adults with polysubstance dependence. *APSAD*, ss. 1-5. DOI:10.1111/dar.12818
- Folkehelseinstituttet. (2016, desember) Rusmidler i Norge 2016. Henta frå <https://www.fhi.no/publ/2017/rusmidler-i-norge-2016/>

Folkehelseinstituttet. (2018, 18 september). Problembruk av narkotika. Henta frå <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/problembruk-av-narkotika/?term=&h=1>

Folkehelseinstituttet. (2019, 04 desember). Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2018. Henta frå <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautlostedodsfall-i-norge-i-2018/?term=&h=1>

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Granerud, A. & Toft, H. (2015). Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme - a qualitative study from the clients' perspective. *BMC Part of Springer Nature*, 10 (35). 2 - 9. DOI 10.1186/s13011-015-0031-4

Hauken, M. A. (2018). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg. s. 179- 199). Bergen: Fagbokforlaget.

Hellesø, R. (2015). Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I E.K. Grov & I. M. Holter. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5.utg, ss.209-243). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklister. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet. (2014, mars). Sammen om mestring. Henta frå: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (2010, august). Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Hentet fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioidavhengighet%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-fd0deebe3c93:357f2ad4147fd531e79b8030b24d8a126f4c4826/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioidavhengighet%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioidavhengighet%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-fd0deebe3c93:357f2ad4147fd531e79b8030b24d8a126f4c4826/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioidavhengighet%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)

Helse og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (Meld. St. 47. (2008-2009)). Henta frå:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptappingsplanen for rusfeltet* (Prop. 15 S (2016–2020)).

Henta

frå:<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

Helsepersonelloven. (2019). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Henta

frå:https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellova#KAPITTEL_2

Hummelvoll, J.K., Dahl, T. E., Eriksson, B. G., Jenssen, P. & da Silva, A. B. (2018). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ingstad, K. (2016). *Sosiologi i sykepleie og helsefagarbeid* (1 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ivarsson, B. H., Ortiz, L. & Wirbing, P. (2015). *MI - motiverende samtaler : en praktisk håndbok for sosialt arbeid : med eksempler fra NAV, rusfeltet, kriminalomsorgen og arbeid med ungdom*. (1. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Juklestad, S. I. & Aarre, T. F. (2018). Bredden i det psykiske helsearbeidet. I Aarre, T. (Red.) *Psykisatri for helsefag* (2. Utg., s. 55 - 68). Bergen: Fagbokforlaget.

- Karlsson, B., Borg, M., Ogundipe, E., Sjøfjell, T. L. & Bjørlykhaug, K. I. (2017). Aspekter ved samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse- og rustjenester. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(2), 1 - 19. <http://dx.DOI.org/10.7557/14.4214>
- Kronholm, K. (2012). Avrusning. I Lossius, K. (Red.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2.utg, s.169-193). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Lerdal, A. V. & Grov, E.K., (2015). Aktivitet. I Grov, E.K. & Holter, I.M. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 819 - 835). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I Lossius, K. (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale, støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiv på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblem* (2.utg, s. 21-43). Oslo: Akribe AS
- Norsk Psykolog Forening (2020, 4. jan). Hva er rusbehandling?. Henta frå: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/hva-er-rusbehandling>
- Norsk Sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Henta frå: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighets#KAPITTEL_2
- Ravndal, E. & Lauritzen, G. (2015, mai 5). Rusmisbruk, angst og depresjon etter 10 år: En prospektiv undersøkelse av stoffmisbrukere med og uten LAR-behandling. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. ss.495-506. DOI:10.1515/nsad-2015-0048
- Skjøtskift, S. (2018) Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblem* (2.utg, s.90-113). Oslo: Akribe AS

Statistisk Sentralbyrå. (2019). *SSB*. Hentet fra

<https://www.ssb.no/statbank/table/12392/chartViewColumn/>

Sælør, K.T. & Bjerknes, S.O. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personar med rusproblem* (2. utg, s. 141-158). Oslo: Akribe AS

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie (1.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ytrehus, S. (2018). Familiens situasjon. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *helsehjelp til personar med rusproblem* (2.utg, s. 215-233). Oslo: Akribe AS

Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., & Zhou, C. (2014, Oktober 16). Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *PLOS one*, ss. 1-15. DOI: 10.1371/journal.pone.0110728

Vedlegg 1 – Sjekkliste kvalitative forskningsartiklar

Kvalitativ sjekkliste av artikkel:	«Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme»	Opioid and Polydrug Use Among Patients in Opioid Maintenance Treatment	Aspekter ved samarbeidsrelasjonar mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse- og rustjenester	Experiences of professional helping relations by persons with co-occurring mental health and substance use disorder	Effects of acute exercise on drug craving, self-esteem, mood and affect in adults with poly-substance dependence: Feasibility and preliminary findings
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja: X Uklart: Nei:	Ja: X Uklart: Nei:	Ja: X Uklart: Nei:	Ja: X Uklart: Nei:	Ja: X Uklart: Nei:
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja: X Uklart: Nei:	Ja: X Uklart: Nei:	Ja: X Uklart: Nei:	Ja: X Uklart: Nei:	Ja: X Uklart: Nei:
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar: Det er eit detaljert metodekapittel for korleis dei har gått fram for å få deltakarar av studiet, informasjon om dei, samt korleis dei samlar inn data og behandlar den.	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar: Ein beskriv godt måten data blei samla inn på og analysert. Det blei og tatt med forbehold om at nokon droppa ut under undersøkinga.	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar: Studien bygger på ein empirisk studie som blei gjennomført i samarbeid med ulike institutt, fakultet og høgskule. Det blei utført eit systematisk litteratursøk, tatt i bruk aktuelle databasar	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar: Metodekapittelet tek for seg framgangsmåte ved innsamling. Vidare korleis deltakarane fekk vite om studien og måten dei behandlar innsamla data på.	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar: Studien bygger på eit cross-over design som undersøker fire utfall. Studien baserar seg på personlege observasjonar etter endt fysisk aktivitet.
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja: Uklart: X Nei: Kommentar:	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar:	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar:	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar:	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar:

	<p>I studiet har dei intervjuet sju personar av begge kjønn, ulike alder og geografisk område. Det kjem fram at det ikkje er tilstrekkelege med deltakarar i studiet, men det har gitt eit innblikk av kva ein kunne ha funne.</p>	<p>Studien ser på samanheng mellom OMT og sosiale faktorar som bakgrunn, erfaringar, ressursar og livskvalitet, og korleis det påverkar pasientane det fyrste året etter behandling.</p> <p>47 deltakarar. Kriteriane var: første gang dei hadde vært til OMT behandling og alder over 18 år. Eit ekskluderande kriterie var dersom pasienten hadde mista samtykkeretten.</p>	<p>Deltakarane blei rekruttert frå tenester innan psykisk helse og rusabrid som hadde erfaringsmedarbeidarar. Det var ulike kriteriar for å kunne delta.</p> <p>Det var totalt 26 deltakarar, 17 kvinner og 9 menn. Deltakarane er født mellom 1950 – 1989. Alle er etnisk norske. Det er litt variasjon mellom utdanning, forholdsstatus, boligsituasjon og arbeidssituasjon.</p>	<p>Deltakarane hadde til felles eit misbruk av rusmidlar og psykiske problem. Dei var i tillegg i kontakt med behandlarar.</p> <p>Det var fire menn og fire kvinner som blei intervjuet ved hjelp av semi-strukturerte metodar.</p>	<p>Studien tek for seg pasientar som er innlagt på institusjon for rusmisbruk med psykiske helseproblem.</p> <p>Totalt var det 10 pasientar som deltok i studien. Årsaka til at dei ville studere ei mindre gruppe var for å kartlegge effekten av informasjon og støtte.</p>
<p>5. Ble dataen samla inn på ein slik måte at problemstillinga blei besvart?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: For å samle inn data har deltakarane stilt til kvalitative, semi-strukturerte intervju. Ekstra spørsmål og kommentarar kunne førekomme for å få best kvalitet av svara. Intervjuet blei tatt opp digitalt og transkribert.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Deltakarane gav skriftleg informert samtykke. Vidare samla ein inn data via personlege intervju. Ved bruk av KvaRus metoden. Ei systematisk samling av informasjon om pasientgruppa si helse, livssituasjon ved oppstart, innhald i behandling, pasienten sin oppleving av behandling og korleis det går i forløpet.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Data er samla inn frå 9 mai til 16 juni, 2016. Det blei oppretta fokusgruppeintervju som blei utført av to personar. Ein av dei hadde kompetanse innan både vernepleie og rus.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: For å samle inn data måtte deltakarane skrive under ei taushetsplikt. Problemstillinga blei besvart ettersom dei beskrev personlege erfaringar i møte med helsepersonell.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Før sjølve observasjonsfasen vart det samla data om pasienten sin utdanning, bustatus, rusmisbruk og erfaring av fysisk aktivitet. Vidare var det kvalifisert personell som observerte pasientane under fysisk aktivitet.</p>

<p>6. Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført? Er fortolkninga av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Det som kom fram i intervju blei koda og analysert. Det som blei sagt blei deretter delt opp etter konsept og tema, for så å samanlikne ulikeiter og likheiter.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Det vart samla data i 3 mnd intervallar fram til 1 års oppfølging. Vidare kategoriserte ein utfalla og brukte ei logistisk regresjonsanalyse som gav to utfall.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Intervju blei analysert og demografiske data blei samla inn på eit skjema av tre forskarar. Ulike erfaringar frå brukarane blei plassert i kategoriar etter diskusjon dei i mellom. Det var fem analyse møter mellom fire og seks timar.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Intervju blei tatt opp og transkribert gjennom fire prosessar, på norsk. Sluttresultate brukte oppdikta namn. Detaljar som kunne identifisere deltakarane var fjerna og studien var godkjent av Norwegian Center for Research Data.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Forskarane valte ut målingar som lett kunne gjennomførast for pasientane sjølv. Etter aktiviteten var overstått vart pasientane personleg intervju til å begrunne sine erfaringar i forhold til det som har blitt studert.</p>
<p>7. Blei det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påverka fortolkningen av data?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Det kjem fram at den som intervju tok opp samtalen, medan ein annar person transkriberte det som blei sagt. Dei fant deltakarane frå ei open rekruttering og informasjonsside på Facebook.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: For å styrke studien sine funn testa dei for spesifikke livskvalitetsfaktorar som inkluderer sosial funksjon og økonomisk situasjon</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Intervju blei tatt opp på lydband og transkribert. Alle intervju varte mellom 60 til 120 minutt. Utvalet av deltakarar i studien var basert på å få ein bredde av funna.</p>	<p>Ja: Uklart: X Nei:</p> <p>Kommentar: Dei legg vekt på ei moglegheit for at studie designet og rekrutteringsstrategien kunne bli påverka av personar som ikkje stoler på systemet</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Det blir sagt at ingen situasjonar oppstod som burde bli rapportert. Vidare fortel dei at denne forskinga vil i seinare framtid ta for seg eit større prosjekt på effekten av fysisk trening på sjølvbiletet.</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funna?</p>	<p>Ja: Uklart: Nei: X</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p>	<p>Ja: Uklart: Nei: X Kommentar:</p>

	<p>Kommentar: Det er ikkje gjort forsøk på å underbygge funna, da det er brukarane sine egne erfaringar, meiningar og følelsar som kjem fram i studiet.</p>	<p>Kommentar: Det er henvist til samhandlingsreforma som skal bidra til sikrare folkehelse og betre helsetjenestetilbud. Samt henvis studien til ei forskning som bekreftar same funn.</p>	<p>Kommentar: Like funn er funne i liknande internasjonale studiar og andre studiar.</p>	<p>Kommentar: Det blir uttrykt at resultatane frå studien støttar argumentet om at tillit er heilt sentralt, noko som blir henvist til andre kjelder.</p>	<p>Det er ikkje gjort reie for å underbygge funna, det er begrunna med at forskarane vil gå vidare på ein større studie i framtida.</p>
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Alle deltakarane i studiet var frivillige deltakarar. Det er sårbare deltakarar i studiet, noko som forfattarane tek hensyn til. Forfattarane har forholdt seg til Norwegian Social Science Data Services, samt etiske retningslinjer frå World Medical Association's Helsinki Declaration.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Deltakarane skreiv under samtykke. Og forfattarane henvis til ingen konfliktar med pasientane under studien.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Studien er registrert i Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Alle deltakarane blei informerte om bakgrunn og mål for studien skriftleg og munnleg, samt at dei fekk eit informasjonsskriv og samtykkeskjema. Deltakarane kunne når som helst trekke seg frå studien og be om å få deira informasjon sletta. Deltakarane er anonymisert.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Studien er godkjent gjennom Norwegian Center for research data. Alle deltakarane var informerte om samtykke og signering av taushetsplikt. Detaljar som kunne identifisere var utelukka frå materialet.</p>	<p>Ja: Uklart: Nei: X</p> <p>Kommentar: Dei etiske forholda vart utelukka ettersom studien er basert på frivillig deltakelse. Pasientane var allereie innlagt og hadde samtykka frivillig til fysisk aktivitet som ein del av behandlingsopphaldet. Forskarane avsluttar med at ingen konfliktar oppstod og ein takk til dei som meldte seg frivillige.</p>
<p>10. Kommer det klart fram kva som er hovudfunna i undersøkelsen?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar:</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar:</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar:</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar:</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar:</p>

	Gjennom artikkelen blir det lagt diskutert ulike meiningar, tankar og direkte sitat som har blitt fortalt av deltakarane av studiet.	Det kom fram at OMT har stor betydning for opioid use, mindre for sentralstimulerande misbruk. Og at livskvalitet er ein viktig faktor for behandling i OMT.	Funna frå intervju er presentert gjennom tre hovudtema og kjem tydeleg fram i artikkelen.	Funn frå studien er delt inn i fire kategoriar for recovery fremmande haldningar og eigenskapar.	Funn frå studien belyser at sjølvfølelsen blir i positiv retning påverka av fysisk aktivitet.
11. Kor nyttige er funna frå denne studien?	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Funna frå denne studien er nyttig for å få eit innblikk i korleis brukaren sjølv synest behandlinga og handteringa av rusavhengige fungerer i dag. Det gir klar informasjon om kva som fungerer/ ikkje fungerer, som igjen kan bli tatt i betraktning ved seinare evaluering av behandlingsmetodar.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Funna i denne studien er nyttige for å framheve psykososiale tiltak med vektlegging på livskvalitet under LAR behandling</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Funna frå studien er nyttig med tanke på korleis ein skal forholde seg, behandle og tilpasse behandlinga og tiltak til brukarar. Den får fram viktigeita med å bli sett, høyrte og respektert som individ av behandlarar og helsepersonell.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Funna i denne studien er nyttig i forhold til bevisstgjerjing av haldningar. Samt kor viktig personlege eigenskapar er for pasientar i rusbehandling.</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Funn frå denne studien er nyttige i forhold til drøfting, der vi vil begrunne at fysisk aktivitet har ein gunstig effekt på sjølvbiletet på pasientar som slit med rusmisbruk.</p>

Vedlegg 2 – Sjekkliste kohort studie

Sjekkliste for kohortstudie	«Rusmisbruk, angst og depresjon etter 10 år: En prospektiv undersøkelse av stoffmisbrukere med og uten LAR-behandling»
1. Er formålet med studien klart formulert?	<p>Ja: X</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p>
2. Blei personane rekruttert til kohorten på ein tilfredsstillande måte?	<p>Ja: X</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p>
3. Blei eksponeringa presist målt?	<p>Ja: X</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar: Det er blitt brukt kji-kvadrat for kategoriske og t-test for kontinuerlege variablar. Det er også blitt benytta logisk regresjon.</p>
4. Blei utfallet presist målt?	<p>Ja: X</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar: Forfattarane eller deltakarane blei ikkje blinda i dette studie, da dette er vanskeleg. Deltakarane blei delt inn i tre ulike grupper, basert på deira problemstilling.</p>

<p>5. Forvekslingsfaktorar</p> <p>a) Har forfattarane identifisert alle viktige forvekslingsfaktorar?</p>	<p>Ja: X</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar: Forfattarane har tatt hensyn til at det er menneskjer med ulik bakgrunn, alder og behandlingsforløp i dei ulike gruppene. I tillegg til at kjønn og geografisk område var forskjellig, var det ulik behandlingsforløp for deltakarane. Nokon fekk poliklinisk behandling, andre var i døgninnsusjon og i kollektiv.</p>
<p>b) Har forfattarane tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorar i design og/eller analyse?</p>	<p>Ja: X</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar: Forfattarane har tatt i betraktning at frafall av ulike årsaker, samt nye deltakarar kan oppstå i løpet av forskingsperioden. I tillegg kunne behandlingsmetodar variere for enkelte brukarar.</p>
<p>6. Oppfølging</p> <p>a) Blei mange nok av personane i kohorten fulgt opp?</p>	<p>Ja:</p> <p>Uklart: X</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar: Da studien starta var det 407 deltakarar med. Under forløpet var det eit frafall på 15%. Etter 10 år var det 333 deltakarar. 74% av desse (248) blei intervjuet.</p>

<p>b) Blei personane fulgt opp lenge nok?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei: Kommentar: Deltakarane blei fulgt opp med intervju etter eit, to, sju og 10 år.</p>
<p>Basert på svara dine på punkt 1 – 6 over, meiner du at resultatata frå denne studien er til å stole på?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p>
<p>7. Kva er resultatata i denne studien?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei: Kommentar: Resultata viser at LAR gruppa hadde mindre angst og depresjon den siste veka av studien, enn ikkje LAR. I begge gruppene var forbruket av heroin og kriminalitet den siste månaden betydeleg redusert. Etter 10 år hadde 87% i LAR og 89% i ikkje LAR gruppa problem med å skaffe seg bolig. 15% av LAR gruppa var i arbeid, medan 58% i ikkje LAR. Kontra 53% av LAR hadde ufør pensjon, medan 15% i ikkje LAR som var avhengig av dette.</p>
<p>8. Kor presise er resultatata og kor presist er risikoestimatet?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei: Kommentar: Nokså presist, LAR hadde noko stabilt inntak av heroin gjennom intervjutidspunkta, kontra ikkje LAR som låg stabilt på 0,1%. P-verdien på alle frekvensane låg på <0,001 som betyr at resultatet er statistisk signifikant.</p>

<p>9. Trur du på resultatata?</p>	<p>Ja: X</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar: Dei underbygger funn med andre studiar som har forska på like områder, men over ein kortare periode. Vidare underbygger dei med studie på kvifor det kanskje kan vere slik. For eksempel at i LAR gruppa var det likte auke av angst og depresjon, dette kan skyldast sjølve livssituasjonen ein er i og at fokus på psykososiale tiltak bør settar meir lys på i LAR behandling.</p>
<p>10. Kan resultatata overførast til praksis?</p>	<p>Ja: X</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar: Deltakarane i dei ulike gruppene representerer variasjonen og breidda av dei ulike pasientgruppene. Deltakarane representerer eit større geografisk område, noko som gir større heilheits forståing.</p>
<p>11. Sammenfaller resultatata i denne studien med resultatata frå anna forskning?</p>	<p>Ja:</p> <p>Uklart: X</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar: Da me ikkje har funne fleire liknande studiar, er det vanskeleg å sei.</p>

Vedlegg 3 – Sjekkliste oversiktsartikkel

Sjekkliste for vurdering av ein oversiktsartikkel	«Impact of physical exercise on substance use disorders: A meta-analysis»
Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja: X Uklart: Nei:
Søkte forfattarane etter relevante typer studier?	Ja: X Uklart: Nei:
Er det sannsynleg at alle viktige og relevante studier blei funnet?	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar: På bakgrunn av gode utvalgte databaser og god beskrivelse av evalueringskriterier er det høgst sannsynleg at ein fekk henta ut studier som er relevante og viktige.
Blei kvaliteten på dei inkluderte studiane tilstrekkelig vurdert?	Ja: X Uklart: Nei: Kommentar: Det blei ved hjelp av Delphi sin sjekkliste for kvalitet av litteratur grundig gjennomgått.
Hvis resultater frå dei inkluderte studiane er slått saman statistisk i ein metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Ja: Uklart: X Nei: Kommentar: Dei går fram med at målet for meta-analysen er å bekrefte effekten av fysisk aktivitet på rusavhengigheit.
Kva er resultatata?	Meta-analysen bekrefta tydelig at fysisk aktivitet kan være gunstig som ein av fleire behandlingsmetoder.

<p>Kan resultata overføres til praksis?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: I praksis nyttar fleire rusinsutisjonar seg av fysisk aktivitet som eit behandlingstiltak i institusjonell behandling.</p>
<p>Blei alle viktige utfallsmål vurdert?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Dei tok for seg fleire utfallsmål som for eksempel abstinensar og angst- og depresjonssymptom</p>
<p>Veier fordelane opp for ulemper og kostnader?</p>	<p>Ja: X Uklart: Nei:</p> <p>Kommentar: Slike tiltak er ikkje kostbare ettersom ei større pasientgruppe har gjennom forskning vist god effekt av tiltaket.</p>



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Danuta Teresa Zablotna		

Deltaker

Naun:	Jesica Thorseth
Kandidatnr.:	323
HVL-id:	573491@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	1-41		
Antall ord *:	6762		
Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei