



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

Overgangen frå behandling til heim

Korleis kan sjukepleiar på ein ruspost best mogeleg førebu pasienten til ein kvardag etter utskriving?

Bachelor Sjukepleie

SK152

Høgskulen på Vestlandet

02.06.17

6980 ord

AMALIE HENJUM HOVLAND

Rettleiar: Mona Hamnes Christensen

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, § 10

Samandrag

Tittel

Overgangen frå behandling til heim.

Bakgrunn

Som sjukepleiarstudent har eg vore i praksis på rus døgnpost og allmenn sengepost innanfor psykiatrifeltet i spesialisthelsetenesta. Noko som kjenneteiknar behandlinga på ein døgnpost, er at pasienten har hjelpeapparatet rundt seg heile døgnet, og dermed har tilgang på hjelp når det måtte vere naudsynt. Mykje av arbeidet som pasienten skal gjere, ligg likevel i utfordringane som kjem etter utskrivning frå institusjon, der pasienten møter kvardagen. Overgangen frå behandling til heim er for mange veldig stor. I løpet av praksis har eg sett kva utfordringar dette kan by på, noko som har inspirert meg til å skrive ei oppgåve om korleis sjukepleiar på ein ruspost best mogeleg kan førebu pasienten til kvardagen som kjem etter endt behandlingsopphald.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar på ein ruspost best mogeleg førebu pasienten til ein kvardag etter utskrivning?

Framgangsmåte

Denne oppgåva er ein litteraturstudie. Det vil seie at den byggjer på eksisterande litteratur. I tillegg har eg med døme og erfaringar frå eigen praksis.

Oppsummering

I denne oppgåva har eg sett på kva rolle og funksjon sjukepleiar har i tverrfagleg spesialisert behandling av rusproblem. Målet var å synleggjere korleis sjukepleiar gjennom sin kompetanse, kan førebu pasientar på ruspost best mogeleg til ein kvardag etter utskrivning, og dermed gjere overgangen frå behandling til heim betre. Oppgåva mi synleggjer sjukepleiars kjernekompetanse innanfor tverrfagleg spesialisert behandling: kartlegging, å sjå heile mennesket, samt relasjonskompetanse. Dette er viktige moment som inngår i behandlinga og førebuing av pasienten til ein kvardag etter utskrivning. Andre viktige delar av arbeidet, er miljøterapi, motivasjonsarbeid, samt samarbeid med den kommunale helse – og omsorgstensta for å skape ein heilskapleg rusomsorg.

Nøkkelord: Rusproblem, TSB, miljøterapi, relasjonskompetanse, motivasjon.

Innhald

1 Innleiing.....	1
1.1 Samfunnsperspektiv.....	1
1.2 Bakgrunn for val av tema	1
1.3 Problemstilling med avgrensing.....	2
1.4 Oppgåva si oppbygging	2
2 Metode	3
2.1 Val av metode	3
2.2 Søk og utval av forskning.....	3
2.3 Søk og utval av bøker	4
2.4 Kjeldekritikk.....	4
3 Teori.....	5
3.1 Rusproblem	5
3.2 Kva er TSB?.....	6
3.2.1 Heilskapleg menneskesyn i rusbehandling.....	6
3.2.2 Kartlegging i TSB - Tverrfagleg Spesialisert Behandling.....	7
3.2.3 Kva kjenneteiknar miljøterapi?.....	7
3.2.4 Kommunikasjon og relasjon	8
3.2.5 Motivasjon og endringsprosess	8
3.3 Systemarbeid i møte med ruspasientar	9
3.4 Presentasjon av forskingsartiklar	9
3.4.1 Artikkel 1.....	9
3.4.2 Artikkel 2.....	10
3.4.3 Artikkel 3.....	11
3.4.4 Artikkel 4.....	11
4 Drøfting.....	12
4.1 Kva er sjukepleiar si rolle i TSB?	12

4.2 Når russuget kjem... ..	15
4.3 Overgangen frå behandling til heim	16
5 Konklusjon	18
Kjeldeliste	19

1 Innleiing

1.1 Samfunnsperspektiv

Rusproblem kan skape store utfordringar for samfunnet, helsetenesta, og ikkje minst for personen det gjeld (Biong & Ytrehus, 2012, s. 15). For den enkelte kan det vere snakk om personelege, sosiale og helsemessige problem, der mange slit gjennom fleire år utan at dei får hjelp eller oppsøker hjelp på eiga hand (Biong & Ytrehus, 2012, s. 26-27).

Som sjukepleiar kan ein møte pasientar med rusproblem i alle delar av helsesektoren. Rusproblem vert nemnt som ein av folkehelseutfordringane det må setjast større fokus på, blant anna fordi det er venta auka førekomst av denne problematikken i framtida (Biong & Ytrehus, 2012, s.15). Tilgang til behandling, samt hjelp og støtte til personar med rusproblem har vore mangelfull, og helsetenesta har framleis ei utfordring med å hjelpe denne pasientgruppa (Biong & Ytrehus, 2012, s.21). Det er difor viktig at dagens, og framtidas sjukepleiarar har god nok kunnskap om rus og rusrelaterte problem, slik at ein kan bidra til velfungerande behandling for denne pasientgruppa, både no, men også i framtida.

Det har vore mykje fokus på rus i det offentlege rom dei siste åra, og det føreligg mange nasjonale dokument. I opptrappingsplanen for rusfeltet (2016 – 2020) lovar regjeringa eit rusløft og ei hovudsatsing på dette området (Prop.15 S (2015 – 2016), 2015, s. 6). Det kjem mellom anna fram at det er naudsynt med auka kompetanse om rusproblem i alle sektorar. Etter oppdrag frå Norsk Sykepleierforbund har SINTEF utarbeid ein rapport der ønsket er å auke kunnskapen om sjukepleiars ansvar og oppgåver innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusproblem (SINTEF, 2017).

1.2 Bakgrunn for val av tema

Som sjukepleiarstudent har eg vore i praksis på rus døgnpost og allmenn sengepost innanfor psykiatrifeltet i spesialisthelsetenesta. Rus døgnpost var mitt første ordentlege møte med psykiatrien. Etter nokre få veker i praksis visste eg at dette var noko eg fant interessant og ville lære meir om.

Noko som kjenneteiknar behandlinga på ein døgnpost, er at pasienten har hjelpeapparatet rundt seg heile døgnet, og har dermed tilgang til hjelp når det måtte vere naudsynt. Mykje av arbeidet som pasienten skal gjere, ligg likevel i utfordringane som kjem etter utskrivning frå institusjon, der pasienten møter kvardagen. Overgangen frå behandling til heim er for mange særst stor. I løpet av praksisane har eg sett kva utfordringar dette kan by på, noko som har inspirert meg til å skrive ei oppgåve om korleis sjukepleiar på ein ruspost best mogeleg kan førebu pasienten til kvardagen som kjem etter endt behandlingsopphald.

1.3 Problemstilling med avgrensing

Korleis kan sjukepleiar på ein ruspost best mogeleg førebu pasienten til ein kvardag etter utskrivning?

Eg har valt å avgrense problemstillinga til å gjelde pasientar med rusproblem. Det er ofte ein tydeleg samheng mellom rus og psykiske lidingar (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s.438), men eg har valt å fokusere på sjølv rusproblematikken i mi oppgåve. I tillegg vil eg også avgrense oppgåva til å gjelde ein arena i spesialisthelsetenesta som driv tverrfagleg spesialisert behandling ved døgnopphald. Dette fordi det er her eg har min praksis ifrå, noko som igjen fører til at eg kan bruke opparbeidd kunnskap og erfaringar i arbeidet mitt. Pasientgruppa i oppgåva omfattar pasientar som er 16 år eller eldre, både kvinner og menn er representert.

Når eg snakkar om å førebu pasienten til ein kvardag etter utskrivning, vil eg vektleggje kva rolle og funksjon sjukepleiar har i tverrfagleg spesialisert behandling. Det betyr korleis sjukepleiar kan hjelpe pasienten til å stabilisere sin situasjon og førebu utskrivning, og samtidig samhandle med den kommunale helse – og omsorgstenesta til å kunne følgje opp frå første utskrivingsdato. Målet er å gjere overgangen frå behandling til heim lettare og betre for pasienten.

1.4 Oppgåva si oppbygging

Denne oppgåva er ein litteraturstudie bygd opp av fem delar. Del ein består av innleiing med samfunnsperspektiv, bakgrunn for val av tema, og problemstilling med avgrensing. Del to er metodekapittelet. Her presentere eg val av metode, databasar og søkeord, samt kjeldekritikk. Del tre består av teori og forskning, som igjen skal vere med i del fire, drøftingsdelen. Til sist kjem konklusjonen.

2 Metode

2.1 Val av metode

Metode er framgangsmåten ein nyttar for å samle informasjon og kunnskap for å belyse ei problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Denne oppgåva er ein litteraturstudie, noko som vil seie at eg systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder (Thidemann, 2015, s.79). I følgje Magnus & Bakketeig (2000) referert i Thidemann (2015) handlar systematisering om å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt skrive ei oppgåve der ein samanfattar det heile. Ein skil mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvalitative har som mål å fange opp meiningar og opplevingar som ikkje kan talfestast eller mållast, medan den kvantitative metoden gjev oss data i form av målbare einingar (Dalland, 2012, s. 112).

2.2 Søk og utval av forskning

Før eg byrja å søke etter forskning, ville eg finne gode søkeord å bruke, slik at det ville bli lettare å finne forskning som var relevant til problemstillinga mi. Eg brukte ein del tid på å finne fram til søkeord, og for å gjere det noko lettare bruke eg Svemed +. Her fann eg synonym og engelske ord til bruk i søka mine, noko som kunne vere med å utvide søka i databasane.

I mitt første søk brukte eg databasen Academic Search Elite, der eg kryssa av for Chinahl og Medline. Eg valte også at artikkelen skulle vere på engelsk. I tillegg avgrensa eg søket frå 2007 – 2017 for å få fram den nyaste forskinga. Eg kombinerte søkeorda *drug abuse or substance abuse AND milieu therapy interventions OR milieu therapy OR milieu treatment*. Eg las gjennom overskriftene, og kom over artikkelen "*Patient experiences questionnaire for interdisciplinary treatment for substance dependence (PEQ-ITSD): reliability and validity following a national survey in Norway*". Etter å ha lese gjennom abstraktet, vurderte eg artikkelen som relevant for mi oppgåve.

I det andre søket mitt brukte eg Academic Search Elite. Eg gjorde same avgrensinga her ved å krysse av for Chinahl og Medline, velje engelskspråklege artiklar, samt forskning frå 2007 – 2017. Eg ville prøve å finne ein artikkel som omhandla ettervern til personar med rusproblem, og kombinerte difor søkeorda *drug addicts OR drug abuse or substance abuse AND aftercare*. Eg fekk då opp mange ulike artiklar, men kom over ein artikkel med overskrifta «*Recovery post treatment: plans, barriers and motivators*». Eg las abstraktet og fant ut at dette var ein artikkel som var nyttig for mi oppgåve.

Søk nummer tre vart også gjort i Academic Search Elite, der eg avgrensa ved å krysse av for Chinahl og Medline, velje engelskspråklege artiklar, samt forskning frå 2007 – 2017. Eg ønska å finne forskingsartikkel som sa noko om kommunikasjon og relasjon er mellom pasient og sjukepleiar. Eg nytta difor søkeorda *nurse's role AND nurse – patient relations AND communication*. Den første artikkelen som dukka opp hadde overskrifta "*Exploring Nurse's Communicative Role in Nurse-Patient Relations: A Qualitative Study*". Eg las abstraktet, men vurderte den som ikkje aktuell. Eg gjekk i gjennom referanselista til artikkelen, for å sjå om eg kunne finne andre artiklar som omhandla kommunikasjon. Eg fann artikkelen med tittel "*What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients*". Eg las abstraktet og fant artikkelen som relevant i høve mi oppgåve.

Artikkel nummer fire har tittelen "*Nurse-patient interaction and communication: a systematic literature review*". Eg fant denne i referanselista til artikkelen nummer tre, "*What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients*". Eg las abstraktet, samt skumlas gjennom resultatane som oversiktsartikkelen presenterte, og fant artikkelen som relevant for oppgåva mi.

2.3 Søk og utval av bøker

For å finne relevant litteratur har eg nytta biblioteket ved høgskulen. I tillegg har eg teke i bruk høgskulen sin søkemotor «ORIA», der eg kunne bruke søkeord som var knytt til mitt tema. Eg har nytta fleire forskjellige bøker i oppgåva. Blant dei mest brukte er Helsehjelp til personer med rusproblemer av Biong & Ytrehus (red) (2012). Boka er særleg relevant då den tek for seg tverrfagleg spesialisert rusbehandling, derunder ansvar, rollar og funksjonar. Mesteparten av bøkene i oppgåva står oppført på pensumlista til sjukepleieutdanninga ved Høgskulen på Vestlandet. Eg har også valt å inkludere eit par andre som er relevante.

2.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er ein metode som blir nytta for å vurdere om ei kjelde er sann (Dalland, 2012, s. 67). I følge Dalland (2012, s. 68), er det to sider ved kjeldekritikk. Den første handlar om å finne fram til litteratur som best mogeleg kan belyse problemstillinga ein har valt seg ut. Den andre sida handlar om å gjere greie for litteraturen ein har anvendt i oppgåva.

For å kritisk vurdere vitenskaplege artiklar har eg brukt Kildekompasset, som tek utgangspunkt i at artiklane skal ha oppbygging etter IMRAD – strukturen (Kildekompasset, 2016). Denne strukturen består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Vidare viser Kildekompasset til andre faktorar ein skal sjå etter. Dette inkluderer blant anna forfattar, kvar forskinga er publisert, om artikkelen held mål vitenskapleg, referansar med meir. I tillegg har eg teke i bruk sjekklister henta frå Kunnskapssenteret, som er eit hjelpemiddel for å vurdere metodekapittelet i den vitenskaplege artikkelen. På denne måten kan ein finne ut om resultatane som er presentert i artikkelen er til å stole på (Kunnskapssenteret, 2017). Eg har brukt sjekklister for kvalitativ forskning, der ein blant anna må sjå om formålet med studien er klart formulert, korleis data har blitt samla inn, om hovudfunn i frå studien er presentert, og om etiske forhold er vurdert med meir. Eg har også brukt sjekklister for vurdering av oversiktsartikkel, der ein mellom anna vurderer kva søkestrategi som er brukt, om føremålet med oversikta er klart formulert, samt kor vidt dei inkluderte studiane i artikkelen er tilstrekkeleg vurdert.

Av anna litteratur brukt i oppgåva er det meste henta i frå bøker på pensumlista til sjukepleiarutdanninga ved Høgskulen på Vestlandet. Litteratur som ikkje står på pensum er også nytta, noko eg ser på som ei styrke ved oppgåva. Tillegglitteratur er brukt for å finne meir spesifikk informasjon om eit ønska tema. Eg har teke i bruk eit representantforslaget til Stortinget i frå 2009 Sjølv om denne publikasjonen ikkje er av nyare dato, viser den til fleire sider ved norsk rusomsorg som framleis er aktuelt i dag (Stortinget, 2009).

3 Teori

3.1 Rusproblem

I denne oppgåva har eg valt å bruke omgrepet rusproblem, fordi omgrepet kan dekke alle betydingar av fenomenet rus, som for eksempel rusbruk, rusmisbruk, rusliding og rusavhengigheit (Biong & Ytrehus, 2012, s. 18). Når eg i denne oppgåva snakkar om rus, omfattar det både alkohol, samt vanedannande og illegale rusmiddel (Skårderud et al., 2010, s. 434). Vanedannande middel blir vanlegvis delt i tre grupper: sovemedisinar, angstdempende og smertedempande. Desse er alle narkotikaklassifiserte legemiddel. Illegale middel omfattar andre narkotiske stoff, eksempelvis heroin, hasj, LSD, kokain, amfetamin, cannabis, ecstasy.

3.2 Kva er TSB?

TSB er ei forkorting for tverrfagleg spesialisert behandling, som er eit tenesteområde i spesialisthelsetenesta (Sælør & Bjerknes, 2012, s.143). Tverrfagleg vil seie at behandlinga består av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfagleg kompetanse. Spesialisert vil seie at behandlinga skal fylle krav til helsetenester på spesialistnivå (Oslo - universitetssykehus, 2016).

Yrkesgrupper med medisinskfagleg kompetanse kan vere lege eller psykiater som spesialisert, samt sjukepleiar som viktig medspelar. Oppgåva er å kartlegge pasientens somatiske og psykiske helse, samt sørge for tilfriskning (Lundberg, 2012, s. 42). Psykologen utgjer den psykologiske kompetansen, og har som hovudoppgåve å arbeide med pasientens psykiske helse (Lundberg, 2012, s. 42). Sosionomen er spesialist innan det sosialfaglege, og arbeider med områder knytt til det sosiale, bustad, og arbeid (Lundberg, 2012, s. 42).

I tverrfagleg spesialisert behandling av rusproblem er det avgjerande at alle fagområder er tilstade i behandlinga. Rusproblem opptrer sjeldan aleine, og ein må vere klar over andre psykiske helseproblem (Skårderud et al., 2010, s.438). Det er difor naudsynt å sjå dette i samanheng. Behandlinga i TSB er kjenneteikna ved at ein dreg i flokk, og at ein byggjer rundt og med pasienten og tek tak i behandlinga frå ulike vinklar (Lundberg, 2012, s. 42).

3.2.1 Heilskapleg menneskesyn i rusbehandling

Rus er ofte blitt forstått som eit individbasert ansvar. Menneskesynet i sjukepleien blir beskrevet som humanistisk, også i rusbehandling må dette gjelde. Det vil seie at ein set mennesket i sentrum, og at ein ser kvart enkelt individ som unikt, verdifullt og særeige (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s 94). Eit humanistisk menneskesyn ser på mennesket som ein udelelig heilhet, noko som fører til at sjukepleiar må forhalde seg til den heilheten som personen er. Det er heile mennesket som reagerer på sjukdom og helsesvikt (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s 95).

Eit viktig aspekt ved sjukepleie, er å lære å kunne ivareta heile mennesket. Sjølv om behandlinga gjeld rus, skal alle behova til pasienten ivaretakast. Det inneber ivaretaking av kroppen sine fysiologiske behov, derunder også komponentar av psykisk, sosial og åndeleg karakter (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 97). Sjukepleiar må difor sjå på pasienten med eit heilskapleg syn, altså ei tilnærming som ivaretek heile mennesket.

3.2.2 Kartlegging i TSB - Tverrfagleg Spesialisert Behandling

Ein sentral del av sjukepleie er å kartlegge kva pasienten treng. Sjukepleiar føretek ei systematisk og kontinuerleg innsamling av opplysningar om ein pasient og hans/hennar situasjon (Dahl & Skaug, 2011, s. 24). Målet med kartlegging er å finne ut kva behov pasienten har for sjukepleie. Innhenting av opplysningar blir oftast gjort gjennom observasjon og samtale (Dahl & Skaug, 2011, s.27).

Det går fram av Helsedirektoratet sine nasjonale faglege retningslinjer, at rusomsorgen skal byggje på ei heilskapleg tilnærming (Helsedirektoratet, 2017). Det vil seie at ein føretek relevant kartlegging av ulike områder som igjen skal danne grunnlaget for vidare utreiing og behandlingsprosess (Helsedirektoratet, 2017).

3.2.3 Kva kjenneteiknar miljøterapi?

I TSB - Tverrfagleg spesialisert behandling er miljøterapi sentralt. Det finst fleire ulike definisjonar på miljøterapi. I følgje Larsen & Selnes (1975) referert i Landmark & Olkowska (2016) handlar miljøterapi om å fremje mogelegheiter for meistring, læring og personleg ansvar (2016, s. 26). Vidare skriv Landmark & Olkowska at dette peiker på eit viktig moment innanfor miljøterapien; miljøterapeuten ikkje skal behandle pasienten, men i staden bidra til at pasientens eigne mogelegheiter kan realiserast (Landmark & Olkowska, 2016 s. 26). Utne (2015), referert i Landmark & Olkowska (2016) seier at miljøterapeuten skal ta utgangspunkt i pasienten sin ståstad og ta i bruk ressursar som til ei kvar tid finst tilgjengeleg i miljøet rundt ein (Landmark & Olkowska, 2016 s. 26).

John Gunderson definerer fem miljøvariablar som han meiner eksisterer i alle behandlingstilsetjingar (Henriksen et al., 2011, s.11). Dei fem variablane er beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjering. *Beskyttelse* handlar om å sikre fysisk velvære og å auke sjølvkontrollen hjå pasienten (Henriksen et al., 2011, s.15). *Støtte* handlar om å auke pasienten si sjølvkjensle, samt å få pasienten til å føle velvære og sikkerheit. (Henriksen et al., 2011, s. 18). *Struktur* er å skape forutsigbarheit for pasienten i forhold til stad og situasjon (Henriksen et al., 2011, s. 20). *Engasjement* vil seie at pasienten knyter seg aktivt til sitt sosiale miljø innanfor og utanfor avdelinga. Det handlar mykje om menneskelege relasjonar og det å meistre tilværet, spesielt i sosiale samanhengar (Henriksen et al., 2011, s. 24). *Gyldiggjering* går ut på å bekrefte pasienten sin eigenverdi (Henriksen et al., 2011, s.26).

I følgje Helsedirektoratet sine nasjonale retningslinjer kjem det fram at miljøterapeutiske prinsipp ligg til grunn for det meste av oppfølginga av pasientane i døgninstitusjonar (Helsedirektoratet,

2017). Vidare går det fram at miljøterapi nyttar samspelet mellom brukar, miljøterapeut og dei omliggande omgjevnadane, både i og utanfor institusjon (Helsedirektoratet, 2017).

3.2.4 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon er eit viktig element innan TSB - tverrfagleg spesialisert behandling, og andre stader som til dømes i kommunehelse tenesta. Arbeidet innanfor rusomsorgen handlar i stor grad om å leggje til rette for endring hjå andre menneske . Det kan vere endring i form av opplevingar, kjensler, tenking, haldningar eller åtferd (Røkenes & Hanssen, 2012, s.18). Når ein utfører denne type arbeid, er relasjonen mellom pasient og sjukepleiar avgjerande (Røkenes & Hanssen, 2012, s.19). Ein god relasjon er basert på tillit, trygghet, og ei oppleving av truverdigheit og tilknytning (Røkenes & Hanssen, 2012, s.27).

Sjukepleiarteoretikaren Kari Martinsen har ein omsorgsteori som mellom anna er kopla til det relasjonelle. Ho knyt relasjonar til omsorg, og seier at relasjonar har med fellesskap og solidaritet til andre å gjere (Kristoffersen, 2011, s. 250). Martinsen vektlegg også ei menneskeoppfatning som byggjer på relasjonar mellom menneske, og der relasjonar blir sett på det fundamentale i menneskelivet (Kristoffersen, 2011, s. 248-249).

3.2.5 Motivasjon og endringsprosess

Motivasjon og endring er ei viktig tilnærming i TSB – tverrfagleg spesialisert behandling. Motivasjon og endringsprosessar i TSB gjennom miljøterapi og andre samanhengar, er med på å skape endring. Ordet motivasjon er brukt for å forklare kvifor ein person er villig til å endre åtferd eller ikkje, og er eit sentralt omgrep i all rusbehandling (Sælør & Bjerknes, 2012, s.152). Ein nyttar gjerne ordet motivasjon i samband med endringsprosessar, då åtferdsendringar krev motivasjon (Sælør & Bjerknes, 2012, s.152). Motivasjon til å endre livsførsel kan komme både innanfrå og utanfrå, og slike prosessar er ikkje forutsigbare (Sælør & Bjerknes, 2012, s.152). I tillegg til å ha eit ønske om å forandre si eiga åtferd, er det også viktig å ha tru og håp om at endring er mogeleg (Sælør & Bjerknes, 2012, s.152). Sjølv om ein har motivasjon, tru og håp på plass, vil ambivalens, endringsmotstand og tilbakefall vere naturlege element på ein veg mot ei åtferdsendring (Sælør & Bjerknes, 2012, s.152). Dei aller fleste vil kjenne lysten eller suget etter rus, både under og etter behandling, og det vil komme situasjonar der ein får høve til å ruse seg (Fekjær, 2016, s. 266).

3.3 Systemarbeid i møte med ruspasientar

Medan pasienten er innlagt i TSB – Tverrfagleg spesialisert rusbehandling, er det nokre viktige områder ein må arbeide med. Ein skal hjelpe pasienten til stabilisering av sin situasjon, samt hjelpe til førebuing av utskriving. I tillegg skal ein førebu den kommunale helse – og sosialtenesta til å kunne følgje opp pasienten frå første utskrivingsdato. Behandlinga er eigentleg todelt, då den inneber å byggje pasienten opp medan han er inne, gjere han sterkare, samtidig som skal ein førebu pasienten best mogeleg til å reise ut, og til tida som kjem. Specialisthelsetenesta sitt ansvar er avgrensa til sjølve behandlingsoffaldet. Likevel skal ein leggje tilrette for god samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunale helse - og omsorgstenester (Sælør & Bjerknes, 2012, s.159). Som sjukepleiar og anna helsepersonell innanfor TSB, har ein ansvar knytt til planlegging og samarbeid med tilbakeføring av pasienten til kommunen (Sælør & Bjerknes, 2012, s.159). Det er sentralt i eit kvart ettervern at pasienten har noko å kome tilbake til etter endt behandling (Fekjær, 2016, s. 284). I eit representantforslag til Stortinget står det; «Ettervernet er en av de viktigste faktorene for å få på plass en helhetlig rusomsorg som fungerer» (Stortinget, 2009, s.44). Vidare hevdar forslagsstillerane i representantforslaget at dersom ettervernet ikkje er klart frå dag ein etter endt behandling, vil institusjonsopphald miste store delar av sin verdi (Stortinget, 2009, s.44).

3.4 Presentasjon av forskingsartiklar

3.4.1 Artikkel 1

“Patient experiences questionnaire for interdisciplinary treatment for substance dependence (PEQ-ITSD): reliability and validity following a national survey in Norway”

Dette er ein forskingsartikkel som byggjer på eit kvantitativt studie. Forskinga er gjennomført som ei nasjonal brukarundersøkinga der målet var å få svar på kva erfaringar pasientar har med døgnopphold innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling (Haugum, Iversen, Bjertnæs & Lindahl, 2013). Pasientane som deltok var seksten år eller eldre. Av totalt 1070 pasientar som deltok, mottok Kunnskapsenteret 978 besvarte spørjeskjema.

Resultat frå undersøkinga viste at det er fleire områder som har stort forbettringspotensiale. Det kom mellom anna fram at pasientane ønska meir tid til samtale og kontakt med personalet (Haugum et al., 2013). I tillegg viste undersøkinga at mellom 60 og 70 prosent av pasientane meinte at

behandlarane/personalet i lita grad hadde forberedt pasienten godt nok til tida etter utskriving, gjeve hjelp med praktiske løysingar for tida etter utskriving, og tilrettelagt for vidare behandling eller hjelp slik at pasienten kunne få eit meningsfullt liv etter endt behandling (Haugum et al., 2013).

Resultata viser også at pasientane ønskjer meir hjelp for sine fysiske og psykiske plager (Haugum et al., 2013).

3.4.2 Artikkel 2

“Recovery post treatment: plans, barriers and motivators”

Dette er ein studie med kvalitativ forskingsdesign. Eit utval av 45 deltakare som hadde vore behandla for stoffmisbruk, vart rekruttert frå 11 behandlingsapparat i Nord-England. Målet med studien var å undersøke og betre forstå dei faktorane som bidrar til betring etter avslutta behandling (Duffy & Baldwin, 2013).

Resultat frå studien viser at fleire ulike faktorar er viktige når det kjem til motivasjon for å halde seg rusfri etter endt behandling. Ein av faktorane var knytt til korleis rusproblem påverka familiemedlemmane deira, ofte barn, samt kjensla av å ikkje vere tilstade for familien. Å kunne gjenopprette relasjon til familie var ein sentral motivasjon, og det å få positiv sosial støtte (Duffy & Baldwin, 2013). Ein annan faktor var tanken om kva som allereie var gått tapt på grunn av rusbruk, og kva som i framtida kunne gå tapt dersom dei skulle falle tilbake til det gamle mønsteret (Duffy & Baldwin, 2013).

I studien var det mange av deltakarane som fortalde at dei engasjerte seg i etterbehandling, og at dei hadde god nytte av dette (Duffy & Baldwin, 2013). Deltakaren meinte det var gunstig med eit breitt utval av behandlingsaktivitetar. I følgje nokre av intervjua kunne det å ikkje møte til avtalt aktivitet vere nok til å falle tilbake til rusen (Duffy & Baldwin, 2013).

3.4.3 Artikkel 3

“What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients”

Dette er ein kvalitativ studie, der hensikta var å undersøke kva aspekt ved kommunikasjon som er relevant for god samhandling mellom sjukepleiar og pasient i praksis (O'Hagan et al., 2013).

Deltakarane i studien var femten sjukepleiepedagoger og klinikere som alle hadde kunnskap og erfaring i klinisk kommunikasjonspraksis.

Kvaliteten på kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient har stor innflytelse for pasientutfall (O'Hagan et al., 2013). Ut frå tilbakemeldingane gitt av deltakarane i studien, vart det identifisert fire hovudtema som vart sett på som viktige i forhold til kva som utgjer god samhandling mellom sjukepleiar og pasient i praksis: tilnærming, måten ein kommuniserer på, teknikk i samhandling og kommunikasjon, og eit eige punkt som var kalla generisk kommunikasjon (O'Hagan et al., 2013).

3.4.4 Artikkel 4

“Nurse-patient interaction and communication: a systematic literature review”

Dette er ein systematisk oversiktsartikkel. I artikkelen kom det fram at hovedformålet med kommunikasjon og samhandling innanfor helse, er å påverke pasienten sin helsestatus eller tilstand av velvære (Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, & Behrens, 2009). Kommunikasjon er eit kjerneelement i sjukepleie, og det er grunnleggande at sjukepleiar har gode kommunikasjonsferdigheiter, slik at ein effektivt kan utvikle gode relasjonar med pasientar sine (Fleischer et al., 2009). Måten ein utøver kommunikasjon på, kan vere med å påverke pasienten sin grad av tilfredshet av behandlinga (Fleischer et al., 2009). Spesielt innanfor psykiatrien spelar kommunikasjon ei sentral rolle. Dersom ein pasient opplev relasjonen mellom seg sjølv og sjukepleiar som intim og trygg, er det meir sannsynleg at han vil opne seg opp for kjenslene og erfaringane sine, noko som ofte blir sett på som ei føresetnad for behandling innanfor psykiatrien (Fleischer et al., 2009).

4 Drøfting

4.1 Kva er sjukepleiar si rolle i TSB?

Døgninstitusjonar som driv TSB - Tverrfagleg spesialisert behandling av rusproblem, organiserer ofte avdelinga i ulike former for team. På ruspost der eg var i praksis, bestod primærteamet av pasient, behandlar, det vil seie psykiater eller psykolog, samt sosionom og primærkontakter.

Primærkontaktane er oftast to – tre personar, der ein av dei alltid er sjukepleiar. Det betyr at sjukepleiar har ei sentral rolle i TSB. Dei resterande plar være helsefagarbeidar. Arbeidsoppgåvene til primærkontaktane er å utforme, oppdatere og evaluere behandlingsplanen til pasienten, saman med pasienten (Sælør & Bjercknes, 2012, s.148). I tillegg sørgjer primærkontaktane for at pasienten får tilstrekkeleg med hjelp til det som er nødvendig . Det tverrfaglege aspektet kjem tydeleg fram i behandlinga, og er naudsynt då rusproblem sjeldan opptrer åleine og difor må sjåast saman med andre psykiske lidingar (Skårderud et al.,2010, s.438).

Sjukepleiar har ei sentral rolle når det kjem til det medisinskfaglege i behandlinga (Lundberg, 2012, s. 42). Eit medisinskfagleg perspektiv er noko av det som skil sjukepleiaren frå andre faggrupper i TSB, til dømes sosionomen. Sjukepleiar har kunnskap om anatomi, fysiologi, sjukdomslære og farmakologi, samt trening i kva observasjonar som skal gjerast og tiltak som skal setjast i verk ved ulike tilstandar. Kartlegging er ein sentral del av sjukepleie, og det er slik ein kan finne ut kva behov pasienten har for sjukepleie (Dahl & Skaug, 2011, s. 24). Helsedirektoratet seier at rusomsorgen skal byggje på ei heilskapleg tilnærming (Helsedirektoratet, 2017). Pasientar på ein ruspost er innlagt med rus som hovudproblem. Likevel har ein ansvar for å ivareta heile mennesket, noko som kjem tydeleg fram i sjukepleiefaget. Det inneber at ein skal ivareta behov knytt til både det somatiske, psykiske og sosiale (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 97).

Undersøking viser at over halvparten av pasientar innlagt for rusproblem i TSB, svarer at dei "ikkje i det heile teke", "i liten grad" eller "i nokon grad" har fått hjelp med sine fysiske eller psykiske plager (Haugum et al.,2013). Eg meiner det er urovekkande at så mange pasientar synest dei ikkje får god nok hjelp. Frå eigen praksis har eg opplevd at kartlegging av det psykiske og somatiske er noko av det første som blir gjort, og at dette blir vektlagt gjennom heile behandlingsopphaldet. Pasientar på ruspost har gjerne fleire somatiske plager, i tillegg til sjølve rusproblemet, og nokre får oppdaga sjukdommar som dei ikkje visste dei hadde. Eg har døme frå praksis der ein pasient med alkoholproblem fekk oppdaga KOLS grad tre, fordi ho var sær s andpusten ved daglegdagse

aktivitetar. Dette er eit eksempel på kor viktig det er å ha heilskapleg tilnærming i rusomsorga, som inkluderer både det somatiske og det psykiske.

Sjuepleiar skal lære å ivareta heile mennesket, noko som krev brei kunnskap på ei rekkje områder. I ein studie gjort av SINTEF, vart sjukepleiarar spurt om kva som er kjernekompetansen til sjukepleiar innan TSB. Det vart brukt omgrep som «å sjå heile mennesket», «kartlegging» og «relasjonskompetanse» (SINTEF, 2017, s. 81). Sistnemnte handlar om kommunikasjon og relasjon mellom sjukepleiar og pasient, noko som har stor betydning for utfallet av behandlinga (O'Hagan et al., 2013).

Relasjonskompetanse er viktig for sjukepleiarar i TSB, då store delar av arbeidet handlar om samtale mellom pasient og personale. 45 prosent av pasientar i tverrfagleg spesialisert rusbehandling har sagt at dei "ikkje i det hele teke", "i lita grad" eller "i nokon grad" har fått nok tid til samtale og kontakt med behandlarane/personalet (Haugum et al., 2013). Det kan diskuteras kvifor pasientane føler det slik. Kanskje er det slik at personalet har for mange arbeidsoppgåver, at tida ikkje strekk til? Det kan vere at kvar primærteamgruppe har fleire andre pasientar, slik at det ikkje vert god nok tid til kvar enkelt. Det kan òg vere at det ikkje blir sett av fast tidspunkt til samtale. Samtalane mellom pasient og personale kan vere planlagt eller spontane. Kjenneteikn ved den spontane samtalen er at den kan skje når som helst og kor som helst, til dømes når ein lagar mat saman med pasienten, køyrer bil, eller går på tur. Sistnemnte synest eg er ein fin måte å kommunisere med pasienten på. Det blir gjerne ei lettare stemning, og ikkje så høgtidleg. Spontane samtalar kan hente fram mykje informasjon, og ein skal difor ikkje undervurdere det uformelle samværet.

Eg synest det er problematisk at så mange pasientar meiner dei ikkje får nok tid til samtale og kontakt med personalet. Samtalen er eit bærande element i rusarbeid, og det er blant anna gjennom samtale at kan ein hjelpe pasienten til å foreta endring. Det kan vere endring i form av opplevingar, kjensler, tenking, haldningar eller åtferd (Røkenes & Hanssen, 2012, s.18). Når ein utfører eit slikt arbeid, er kommunikasjon og relasjonen mellom pasient og sjukepleiar avgjerande. Spesielt innanfor psykiatrien spelar kommunikasjon ei sentral rolle (Fleischer et al., 2009). Eg vil tru at kommunikasjonsferdigheitene utviklar seg etter kvart som ein får arbeidserfaring. Ein lærer seg teknikkar, for eksempel korleis ein kan stille spørsmål på ulike måtar, ved å bruke opne, lukka eller ledande spørsmål (O'Hagan et al., 2013). I samtale er det også viktig å gje pasienten mogelegheit til å stille spørsmål, og å vere lyttande til kva han har å seie (O'Hagan et al., 2013). Dersom pasienten opplev relasjonen mellom seg sjølv og sjukepleiar som intim og trygg, er det meir truleg at han vil opne opp for kjenslene og erfaringane sine, noko som blir sett på som ein føresetnad for behandling

innanfor psykiatrien (Fleischer et al., 2009). Sjukepleieteoretikaren Kari Martinsen seier at relasjonar mellom menneske er fundamentalt, og at ein er avhengig av kvarandre (Kristoffersen, 2011, s. 248). Menneske er ikkje skapt for å leve aleine. Ein treng at nokon bryr seg, og ein treng å bli høyrd og sett. Ofte skal det ikkje meir til enn eit spørsmål som viser at ein bryr seg. «Korleis har du det eigentleg?». «Korleis har *din* dag vore?».

Mykje av arbeidet som sjukepleiar gjer innanfor TSB, fell under betegnelsen miljøterapi (Sælør & Bjerknes, 2012, s. 149). I miljøterapi nyttar ein samspelet mellom brukar, miljøterapeut og dei omliggande omgjevnadane, både i og utanfor institusjon (Helsedirektoratet, 2017). Pasientar på ruspost har gjerne falt utanfor det normale samfunnslivet, der kvardagslege gjeremål og situasjonar ikkje lenger er like kvardagslege som dei er for oss «andre». Miljøterapi kan for mange vere nyttig, fordi det kan hjelpe pasienten med å trene seg på det normale samfunnslivet, gjennom for eksempel å få struktur på kvardagen. *Struktur* er i følge Gunderson ein viktig miljøvariabel som eksisterer i eit kvart behandlingstilgjeldande miljø, og kan mellom anna skapast ved å lage ein dagsplan der daglege gjeremål står oppført (Henriksen et al., 2011, s. 20). Gjennom miljøterapi kan pasienten lære å halde avtalar, halde orden i eigen bustad, økonomi, eller trene på sosiale ferdigheiter. Det kan òg vere å øve seg på å lage mat, ordne på kjøkkenet, vaske klede, normale gjeremål som mange tek for gitt at ein kan.

Miljøterapi skal fremje mestring, læring og personleg ansvar (Larsen & Selnes (1975) referert i Landmark & Olkowska (2016, s. 26). Ein viktig del av miljøterapien er å gje positive tilbakemeldingar når pasienten meistarar ei oppgåve, som for eksempel å halde avtalar. Her ser ein igjen Gunderson sin variabel om *støtte*, der tanken er å få pasienten til å føle velvære og sikkerheit (Henriksen et al., 2011, s. 18). Å gje støtte kan auke pasienten si kjensle av å lukkast, og kan vere ein motivasjon på vegen mot å bli, eller halde seg rusfri. Positive tilbakemeldingar og støtte kan også gje pasienten ei stadfesting på sin eigenverdi, altså det som av Gunderson blir kalla *gyldiggjering* (Henriksen et al., 2011, s.26). Det er ønskeleg at pasientane skal overføre kunnskap dei har lært frå miljøterapien til kvardagen etter avslutta behandling, for eksempel å halde døgnrytmen. Etter endt behandling vil ein ikkje lenger få same oppfølging, og det kan vere lett å falle tilbake til gamle vanar. Uansett skal miljøterapi vere med å stabilisere pasienten sin situasjon, noko som kan gje eit betre grunnlag for kvardagen som kjem etter behandling.

4.2 Når rusuget kjem...

Å leggje om levevanane sine er ikkje alltid lett. Før pasienten kjem til behandling, har gjerne store delar av livet handla om rus i ei eller anna form, og dette har gjerne teke stor plass i livet. Ei endring er difor ikkje gjort over natta, og det vil vere ein langvarig prosess for mange. Både under og etter behandling er det sannsynleg at lysten eller suget etter rus vil inntreffe, og pasienten vil komme i situasjonar der ein får anledning til å ruse seg (Fekjær, 2012, s. 266).

Ei åtferdsendring krev motivasjon frå pasienten (Sælør & Bjerknes, 2012, s.152). Studie viser at fleire ulike faktorar er viktige når det kjem til motivasjon for å halde seg rusfri. Ein av motivasjonsfaktorane var knytt til korleis rusproblem påverka familiemedlemmane deira, samt kjensla av å ikkje vere tilstade for familien (Duffy & Baldwin, 2013). Andre motivasjonsfaktorar var gjenoppretting av relasjon til familien, samt tankar om kva som allereie var gått tapt grunna rusbruk, og kva som i framtida kunne gå tapt dersom dei skulle falle tilbake til gamle mønster (Duffy & Baldwin, 2013). I frå eigen praksis har eg sett korleis faktorar som dette kan vere tungtvegande. Ein pasient hadde på grunn av rusproblem mista ekteskapet, jobben, samt sertifikatet. I tillegg var forholdet til barna blitt dårlegare. Pasienten fortalde at hans motivasjon for å bli rusfri, var å kome attende til arbeid, samt gjenopprette betre relasjon til familien. Til tross for denne motivasjonen, enda pasienten opp med å ruse seg på permisjon. Det gode med denne historia er at pasienten valgte å komme attende til avdelinga og fortsette behandlinga. Personalet skjerma pasienten på eige rom då han kom tilbake, fordi han hadde nytta rusmiddel. Dette blei gjort for å beskytte pasienten, men også med tanke på dei andre pasientane i avdelinga. Skjerming er eit eksempel på korleis ein kan ta i bruk Gunderson sin miljøvariabel, *beskyttelse* (Henriksen et al., 2011, s. 13).

Eg trur dei fleste pasientar med rusproblem ønskjer å bli rusfri, noko som er hovudgrunnen til at dei kjem til behandling. Frå eigen praksis veit eg at som sjukepleiar arbeider ein mykje med motivasjonen til pasienten gjennom samtale. Eg tenker at det er nyttig å ha samtalar der ein snakkar om kva rus betyr for pasienten. Kvifor tek rusen så stor plass i kvardagen at ein gjerne mister familie og jobb? Det å sjå på fordelar og ulemper med rus kan vere nyttig, vege desse opp mot kvarandre. Spesielt dersom pasienten er ambivalent, og er usikker på om han vil endre åtferd eller halde fram med å leve livet slik det er. Forhåpentlegvis vil det vere fleire ulemper enn fordelar, noko som kan vere med å «dra» pasienten meir mot den sida som representere rusfriheit. Som sagt, det å skulle gjere ei endring er ikkje lett, og mange pasientar må kanskje gjennom fleire rundar der dei mislukkast med forsøket. Men eg lurar på, når er det nok for pasienten sjølv? Kor mange forsøk må til før pasienten tenker at han ikkje vil halde fram slik lengre?

Motivasjonen til pasienten vil svinge, og endringsmotstand og tilbakefall er naturlege element på ein veg mot ei åtferdsending (Sælor & Bjerknes, 2012, s.152). For å skape, og oppretthalde motivasjon hjå pasienten, er det viktig at ein som sjukepleiar er med å lage eit behandlingsopplegg som samsvarar med pasienten sine eigne mål. Dersom desse to strid mot kvarandre, kan resultatet bli motstand, endring, frustrasjon og oppleving av å mislukkast (Sælor & Bjerknes, 2012, s.153). Det er viktig å finne ein balansegang mellom det å skulle utfordre pasienten til utvikling, men samtidig ikkje stille for store krav til forventningar (Sælor & Bjerknes, 2012, s.148). Det viktigaste i ein endringsprosess er å arbeide i takt med pasienten, og ta utgangspunkt i kvar pasienten befinn seg i endringsprosessen (Sælor & Bjerknes, 2012, s.153).

4.3 Overgangen frå behandling til heim

Medan pasienten er i behandling på ein døgninstitusjon, kan livet vere som ei skjerma «glasskule» i forhold til «jungelen utanfor» (Fekjær, 2016, s.284). Før eller seinare går behandlingsopplegget mot slutten, og pasienten må vende tilbake til kvardagen. At behandlingsopplegget nesten er over kan føre til ei reaktivering av pasienten sin kjerneproblematikk, noko som bidrar til at pasienten kan gå tilbake til gamle tanke – og åtferdsmønster (Sælor & Bjerknes, 2012, s.159). Den første tida etter utskrivning kan vere spesielt utfordrande, noko som fører til at det er viktig å forberede pasienten best mogeleg på overgangen frå behandling til heim (Sælor & Bjerknes, 2012, s.159). Overgangen må ikkje bli for brå, og i tillegg skal pasienten ha mogelegheit til å kunne overføre det han har lært under opphaldet til livet utanfor institusjonen. Noko som kan gjere overgangen mindre brå, er at pasienten tek permisjonar. Det vil gje ein gradvis overgang, samt førebu pasienten på kvardagen som kjem. I tillegg vil pasienten få høve til å anvende det han har lært under opphaldet til livet utanfor institusjonen.

Det å skulle vende tilbake til kvardagen etter utskrivning kan by på utfordringar. Pasienten har gjerne levd i eit rusmiljø utan eit rusfritt støtteapparat som venner, familie eller arbeid. For å kunne halde seg rusfri er det nødvendig med eit rusfritt eller måtehaldent nettverk, meningsfulle aktivitetar og integrering i samfunnet. Dette er sentralt i eit kvart ettervern (Fekjær, 2016, s.284). Når pasienten skal tilbake til kvardagen, er viktig at han tek del i samfunnet, og at han kan knyte seg til eit sosialt miljø utanfor avdelinga. Dette er i følgje Gunderson *engasjement*, og handlar om å trene seg på å meistre tilværet, spesielt i sosiale samanhengar (Henriksen et al., 2011, s 24). Mange vil ha nytte av kontakt med støttekontakt, ein behandlar eller ei ettervernsgruppe etter avslutta behandlingsopphald (Fekjær, 2016, s. 285). Studien til Duffy & Baldwin (2013) viser at pasientar som

har vore under behandling for rusproblem, kan ha nytte av å engasjere seg i etterbehandling. Det kan vere nyttig med eit breitt utval av behandlingsaktivitetar, slik at alle kan finne noko som er interessant, og dermed fører til at ein ønskjer å halde fram med aktiviteten (Duffy & Baldwin, 2013). Studien til Duffy & Baldwin (2013) viser òg at det å ikkje møte til avtalt aktivitet kunne vere nok til å falle tilbake til rusen.

Mange av pasientane som er innlagt i TSB, har samansette behov. Det vil seie at dei har behov for meir enn berre hjelp for sjølve rusproblematikken. Det kan vere hjelp knytt til økonomisk rettleiing, og oppfølging knytt til arbeid og aktivitet, oppgåver som sjukepleiar er mindre trena i å arbeide med (SINTEF, 2017, s. 84). Generelt sett handlar det om å skape *struktur* på kvardagen, noko som gjev forutsigbarheit og er betryggande for pasienten (Henriksen et al., 2011, s. 20). Samhandling med andre aktørar både internt og eksternt er naudsynt i TSB, og er ei arbeidsoppgåve som sjukepleiar utfører hyppig (SINTEF, 2017, s. 33). Ca. 60 – 70 % av pasientar innlagt i TSB for rusproblem meiner at dei har blitt for dårleg førebudde til tida etter utskrivning (Haugum et al., 2013). Ettervern er ein av dei viktigaste faktorane for å skape ein heilskapleg rusomsorg (Stortinget, 2009, s.44). Det er lite hjelp i at pasienten får god behandling på avdelinga, dersom han ikkje har noko å kome tilbake til. Å halde seg rusfri blir ikkje lett dersom ein møter den same kvardagen som ein reiste i frå. Som sjukepleiar i TSB har ein ansvar knytt til planlegging og samarbeid med tilbakeføring av pasienten til kommunen (Sælør & Bjerknes, 2012, s.159). Sjukepleiar må samarbeide med alle som er i kontakt med pasienten, for å skape ein best mogeleg samanheng i tenestene. Målet med samarbeidet er å byggje opp eit tilbod for pasienten i kommunen som skal fungere best mogeleg etter utskrivning frå institusjon. Bruk av samarbeidsmøte er eit godt hjelpemiddel der pasienten og involverte instansar kan møtast for å prate om det vidare behandlingsforløpet.

Før pasienten forlèt avdelinga, kan ein lage avtale med pasienten om planlagt re - innlegging, eller brukarstyrt seng. Brukarstyrt seng vil seie at pasienten kan kome tilbake for eit kort opphald på avdelinga når han måtte ha behov, så lenge det er ledig seng. Begge desse avtalene kan fungere som ei *støtte* for pasienten, ved at det gjev sikkerheit dersom noko skulle gå gale. Ein slik avtale kan òg fungere som ein slags forplikting på den måten at pasienten har som mål å halde seg rusfri fram til neste planlagde innlegging.

5 Konklusjon

I denne oppgåva har eg sett på kva rolle og funksjon sjukepleiar har i tverrfagleg spesialisert behandling av rusproblem. Målet var å synleggjere korleis sjukepleiar gjennom sin kompetanse, kan førebu pasientar på ruspost best mogeleg til ein kvardag etter utskriving, og dermed gjere overgangen frå behandling og heim betre.

Arbeidet som blir gjort i denne samanheng, er todelt. Første del handlar om å hjelpe pasienten til stabilisering av sin situasjon. Her spelar sjukepleiar ei viktig rolle med sitt medisinskfaglege perspektiv, blant anna ved å kartlegge pasienten sitt behov for sjukepleie. Det er viktig med heilskapleg tilnærming i rusomsorga, då alle faktorar spelar inn, og kan ha betydning for behandlinga. Mykje av arbeidet som sjukepleiar gjer, fell inn uner betegnelsen miljøterapi. Miljøterapi kan hjelpe pasienten med å trene seg på det normale samfunnslivet. Å ha god relasjonskompetanse er nyttig for sjukepleiar i TSB. Spesielt innanfor psykiatrien speler kommunikasjon og relasjon ein vesentleg rolle, og kan ha stor innflytelse på utfallet av behandlinga. Andre del av arbeidet som sjukepleiar gjer, handlar om samarbeid med den kommunale helse – og omsorgstenesta, der målet er å byggje eit tilbod til pasienten som er klart frå første utskrivingsdato. Det vil vere viktig for å skape ein heilskapleg rusomsorg.

Denne oppgåva er med på å synleggjere kjernekompetansen til sjukepleiar i tverrfagleg spesialisert behandling av rusproblem: kartlegging, det å sjå heile mennesket, samt relasjonskompetanse. Arbeidet mitt kan vere nyttig og interessant for sjukepleiestudentar, samt ferdigutdanna sjukepleiarar som ønskjer å lære meir om korleis førebu ein pasient på ruspost på ein kvardag etter utskriving. Oppgåva mi peiker på nokre områder for forbetring innan rusbehandling i TSB: betre hjelp for psykiske og fysiske plager, meir tid til samtale og kontakt med personale, samt ei betre førebuing til tida etter utskriving. Ved større fokus på ettervern, kan ein skape eit meir heilskapleg rusomsorg i framtida.

Kjeldeliste

Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer – En utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. S. Biong., & S. Ytrehus (Red), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (S. 15 – 29). Oslo: Akribe AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dahl, K., & Skaug, E-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. J. Kristoffersen, N., F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (s. 15 – 60). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Duffy, P., & Baldwin, H. (2013). Recovery post treatment: plans, barriers and motivators. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2013 8:6.
DOI: 10.1186/1747-597X-8-6

Fekjær, H. O. (2016). *Rus – Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K., & Behrens, J. (2009). Nurse-patient interaction and communication: a systematic literature review. *Journal of Public Health*, 17, 339 – 353.
DOI: 10.1007/s10389-008-0238-1

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddel og avhengighet – Kartlegging og utredning i rusbehandling*. Henta 16. april, 2017 frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=kartlegging-og-utredning-i-9225#helhetlig-tilnærming-i-rusbehandling>

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddel og avhengighet – Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling*. Henta 24. april, 2017 frå [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=terapeutiske-tilnærminger-i-rusbehandling-9262#miljøterapi-\(rusbehandling\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=terapeutiske-tilnærminger-i-rusbehandling-9262#miljøterapi-(rusbehandling))

- Haugum, M., Iversen, H. H., Bjertnæs, Ø., & Lindahl, A-K. (2013). Patient experiences questionnaire for interdisciplinary treatment for substance dependence (PEQ-ITSD): reliability and validity following a national survey in Norway. *BMC Psychiatry*, 2017 17:73.
DOI: 10.1186/s12888-017-1242-1
- Henriksen, A.T, Smedvig, K., Østerbø, G., Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle, A.S, Hammervold, U., Stokka, M., Haaland, T., & Thorsen, G-R.B. (2011). *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. J. Kristoffersen, N., F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 207 – 280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). Relasjon mellom sykepleier og pasient. J. Kristoffersen, N., F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (S. 83 – 133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kildekompasset. (2016). *Kildekritikk*. Henta 5.mai, 2017 frå <http://kildekompasset.no/kildekritikk.aspx>
- Kunnskapsenteret. (2017). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Henta 29.april, 2017 frå <http://www.kunnskapsenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Lundberg, A. (2012). Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet? K. Lossius (Red), *Håndbok i rusbehandling*. (S.40 – 45). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Landmark, B., & Olkowska, A. (2016). Hva gjør miljøterapi til terapi? A. Olkowska., & B. Landmark (Red), *Miljøterapi – Prinsipper, perspektiver og praksis*. (s.23 – 32). Oslo: Vigmostad & Bjørke AS.
- Oslo-universitetssykehus. (20.12.2016). *Hva er TSB?* Henta 26. april, 2017 frå <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/hva-er-tsb>

O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T., ... McColl, G. (2013).

What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (6), 1344 – 1355.

DOI: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12296/abstract>

Prop. 15 S (2015 – 2016), 2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020): Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 13. november 2015, godkjent i statsråd samme dag: (Regjeringen Solberg)*. [Oslo]: Helse – og omsorgsdepartementet.

Røkenes, O. H., & Hanssen, P- H. (2012). *Bære eller bryte – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

SINTEF. (2017). *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (Rapport nr: A28053). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. Henta 14.mai, 2017 frå <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2436189/Rapport%2bA28053%2bSykepleie%2bi%2bpsykisk%2bhelsevern%2brog%2bTSB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sæølør, K.T., & Bjerknes, S.O. (2012). Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling – ansvar, roller og funksjoner. S. Biong., & S. Ytrehus (Red), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (s. 143 – 162). Oslo: Akribe AS.

Stortinget. (2009). *Representantforslag nr. 73 – 2008 – 2009*. Henta 4.april, 2017 frå <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/representantforslag/2008-2009/dok8-200809-073.pdf>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS