



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Rus og recovery

Drug abuse and recovery

Bachelor i sykepleie

Emnekode SK 152

Avdeling for helsefag

Innleveringsdato 02.06.2017

Antall ord 6991

Av: Reidun Dale

Veileder: Mona Hamnes Christensen

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: Oppgavetittel er rus og recovery og tar for seg ulike aspekt ved bedringsprosessen for opiatavhengige i LAR-behandling. LAR går ut på behandling med substitusjonslegemidler for opiatavhengighet samt tiltak på en rekke sosiale og psykososiale områder for å rehabilitere opiatavhengige tilbake til et normalt samfunnsliv og en meningsfull hverdag.

Bakgrunn for valg av tema: Flerårig arbeid med mennesker med rus og psykiatriske lidelser (ROP) og erfaring med opiatavhengiges utfordringer for å bli rusfrie og å etablere et rusfritt liv. Dette er problematisk på en rekke områder, og innebærer re-definering av identitet, å finne ny mening med tilværelsen og opparbeide mestringsstrategier for å holde motivasjon og håp vedlike. Dette må opiatavhengige gjøre i et samfunn de har tatt liten eller ingen del i og hvor de faller dårlig ut på de fleste identitetsfaktorer, som blant annet arbeid, utdanning, sosial status og helse.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til recovery for LAR-pasienter».

Metoden: Litteraturstudie med systematisk innhentet informasjon om emnet med grunnlag på allerede eksisterende litteratur og forskning.

Oppsummerende funn: Sykepleier kan bidra til recovery for LAR-pasienter ved å styrke indre ressurser og motstandsfaktorer som gjør pasienten i stand til å mestre en ny livssituasjon. Dette gjøres gjennom en bærende relasjon og terapeutisk tilnærming til pasienten med omsorg, støtte og kunnskap.

Nøkkelord: Opiatesubstitution treatment, recovery, empowerment, nursing

Summary

Title: Task title is drug abuse and recovery and addresses various aspects of the recovery process for opiate addicts in LAR treatment. LAR deals with the treatment of opiate addiction drugs and measures in a number of social and psychosocial areas to rehabilitate opiate addicts back to a normal social life and meaningful everyday life.

Background to the choice of theme: Perennial work with people with drug abuse and psychiatric disorders and experience with opiate dependents' challenges to become drug-free and to establish a drug-free life. This is problematic in a number of areas, involving re-definition of identity, finding new meaning with existence, and developing coping strategies to keep motivation and hope up to date. This relates to opiate-dependent peoples lack in participation in society they have taken little or no part in, and where they fall short on most identity factors such as work, education, social status and health.

Task problem: "How does a nurse contribute in recovery for patients in opiate substitution treatment?"

Method: Literature study with systematically obtained information on the subject based on existing literature and research.

Findings: A nurse's contribution to recovery in opiate substitution treatment is strengthening their internal and external resources that enables the patient to master a new challenging situation of life. This is done through a supportive relationship and therapeutic approach to the patient with care and knowledge.

Keyword: Opiate substitution treatment, recovery, empowerment, nursing

Innhold

1. Innledning	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Problemstilling med avgrensing og begrepsavklaring	2
1.4 Oppgavas videre oppbygning	2
2. Metodedel	3
2.1 Søkeprosessen	3
2.1.1 Databaser	4
2.1.2 Kildekritikk	4
3.0 Teoridel	5
3.1 LAR.....	5
3.1.1 Helhetlig behandling	5
3.1.2 Diagnosekriterier og høyrisikobruk	6
3.2 Recovery	6
3.2.1 Recovery i et teoretisk perspektiv	6
3.2.2 Antonovskys Salutogonese og empowerment	7
3.2.3 Håp	7
3.2.4 Identitet, stigmatisering og skam	8
3.3 Yrkeskompetanse	9
3.4 Aktuell forskning	9
4.0. Drøftingsdel.....	11
4.1 Innledning	11
4.2.0 Eksistensialistisk tilnærming til recovery	12
4.2.2 Sykepleiers bidrag til trygge utleveringsordninger	13
4.2.2 Sykepleiers bidrag til relasjonsbygging	14
4.2.3 Sykepleiers bidrag ved samtaleoppfølging.....	16
4.2 Medisinsk tilnærming til recovery	17
5 Konklusjon	18

1. Innledning

I Norge var det ved utgangen av 2015 estimert 7498 opiatavhengige i LAR (Waal et.al, 2016, s 67), og det er en økende pasientgruppe hvor kommunen har et ansvar etter statlige føringer (Prop. 15 S (2015–2016), 2015). Hovedtyngden av opiatavhengige finnes blant heroinavhengige sprøytenarkomaner. Dette er en sårbar gruppe i samfunnet, også omtalt som høyrisikobrukere av rus (Helsedirektoratet, 2010). Høyrisikobruk av rus settes i sammenheng med kriminalitet og omfattende sosiale- og helsemessige problemer (Helsedirektoratet, 2010). Dette medfører store samfunnskostnader og har omfattende negative konsekvenser for den enkelte rusmisbruker.

LAR er legemiddelasistert rehabilitering ved opiatavhengighet. I korte trekk går dette ut på behandling av opiatavhengighet med substitusjonslegemidler, samt tiltak på en rekke sosiale og psykososiale områder for å rehabilitere opiatavhengige tilbake til et normalt samfunnsliv og en meningsfull hverdag (Helsedirektoratet, 2010). Dette er en prosess som refereres til som recovery, og som omfatter styrking av individets indre og ytre ressurser. Sykepleier kan bidra til denne prosessen i et samfunnsperspektiv som del av et tverrfaglig samarbeid rundt LAR-pasienten, eller i samhandling med pasienten på individnivå. Selve hensikten med LAR er skadereduksjon i et samfunnsperspektiv og skadereduksjon for rusbrukeren i form av rusmestring, bedring av livskvalitet og redusert dødelighet grunnet overdose.

Opiatavhengige faller dårlig ut i forhold til identitetsfaktorer (Røkenes & Hanssen, 2013). Dette er faktorer som er bestemmende for hvordan vi opplever helse og livskvalitet, omtalt som helsedeterminanter, eller rettet mot rusmisbrukere spesifisert som recovery-kapital. LAR-behandling og recoveryperspektivet forholder seg til hele mennesket i tråd med helhetlig sykepleie (Ingstad, 2013). I et sykepleieperspektiv vil temaet ha helse- og samfunnsmessig betydning, og for den enkelte rusmisbruker vil recovery fra opiatavhengighet omfatte fysisk så vel som psykisk helse og opplevelse av livskvalitet.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har blitt kjent med flere pasienter i LAR-behandling gjennom flerårig arbeid i spesialisthelsetjenesten på avdeling for ROP (rus og psykiatriske lidelser) og i praksis som sykepleierstudent innen akuttpsykiatri, kommunal psykiatritjeneste og hjemmesykepleie. Tema og bakgrunn for valg av oppgaven er de utfordringer denne gruppen har til omstilling til et liv uten rus både for den enkelte rusmisbruker og opiatavhengige generelt sett i et helse- og samfunnsperspektiv.

1.3 Problemstilling med avgrensning og begrepsavklaring

«Hvordan kan sykepleier bidra til recovery for LAR-pasienter?»

Problemstillingen avgrenses til å gjelde samhandlingssituasjonen mellom sykepleier og pasient i kommunal sektor med vekt på utdelingssituasjon av LAR-medisin på daglig basis. Oppgava setter ingen begrensning vedrørende alder, kjønn eller om det foreligger psykiske lidelser i tillegg til ruslidelse (ROP). Ifølge helsedirektoratet(2010) har LAR en aldrende pasientgruppe med store somatiske plager der gjennomsnittsalderen er på førti år og oppover og med en overvekt av menn (Helsedirektoratet, 2010). Oppgaven avgrenses til å omtale LAR, selv om substitusjonsbehandling også brukes som skadereduksjon hvor det ikke er realistisk å forvente rusfrihet. Dette er omtalt som legemiddelassistert stabilisering, dvs. LAS (Waal, et al., s. 21).

Recovery er et omfattende begrep med flere tilnærminger, og denne oppgava avgrenses til Hummelvolls (2012) eksistensielle og medisinske tilnærming og ser på hvordan sykepleier kan bidra til recovery innenfor rammene Helsedirektoratet(2016) setter som forutsetning for positive resultat av LAR behandling. Oppgavas størrelse begrenser andre interessante vinklinger som en mer utdypende refleksjon rundt sykdomsdefinisjonen av avhengighet eller hvordan systemet LAR henger sammen med recovery som filosofi.

LAR: L`en i LAR står for legemidlene metadon og buprenorfin. Dette er syntetisk fremstilte opiat- eller opioidagonister som binder seg til bestemte reseptorer på celleoverflatene i kroppen og i sentralnervesystemet og hindrer «russug» og abstinenser (Folkehelseinstituttet, 2016). R`en i LAR står for de ulike rehabiliteringsmålene i LAR.

Recovery er en filosofisk tilnærming til styrking av individet med hensikt på å mestre utfordrende livssituasjoner, og relatert til oppgava knyttes dette til overnevnte rehabiliteringsmål beskrevet innledningsvis i forhold til LAR.

1.4 Oppgavas videre oppbygning

Videre i oppgava kommer et metodekapittel med avklaring av litteraturgrunnlaget, før jeg går videre med en teoridel. Her beskrives LAR-behandling og fellestrekk ved LAR-pasienter, før jeg går videre til det teoretiske perspektivet på recovery med relaterte teorier og begreper som Antonovskys salutogonese og begrepene empowerment, identitet, mestring og håp. Avslutningsvis i teoridelen beskrives yrkeskompetanse med innhold av relasjonskompetanse og handlingskompetanse.

Forskning presenteres i et eget kapittel med oppsummerende funn av viktige recovery og samhandlingsfaktorer sykepleier kan bruke for å bidra til recoveryprosessen, og det hele drøftes rundt problemstillingen før en avsluttende konklusjon.

2. Metodedel

Metode er en fremgangsmåte for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2007). I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. Denne tar sikte på å besvare tema for problemstillingen gjennom å innhente litteratur som kunnskapsgrunnlag fra skriftlige kilder (Olsson & Sørensen, 2003, s. 91). Litteraturen skal være kunnskapsbasert med grunnlag i vitenskapelig forskning (Nortvedt et al., 2012).

Av litteratur har jeg brukt relevant innhold fra store deler av pensum gjennom studiet i sykepleie ved Høgskulen på Vestlandet, Førde. Inklusjonskriterier er at dette er forholdsvis ny litteratur med flere teorier og områder for kunnskap som var aktuelle for problemstillinga innen både etikk, sosiologi og psykologi. I tillegg har jeg i jobbsammenheng funnet en bok jeg ønsket å ta med, som omhandler recovery og rus fra et brukerperspektiv (Røkenes & Hanssen, 2013). Det finnes mye litteratur om rus og rusavhengighet, men lite av det man finner er knyttet direkte til LAR, så derfor kommer oppslagsverk i form av nasjonale retningslinjer og statistikk som et supplement til annen litteratur. Forskningsartikler har jeg funnet etter systematisk søk.

2.1 Søkeprosessen

Gjennom søkeprosessen kan man innhente litteratur ifølge S-pyramiden (Nortvedt et.al, 2012, s. 45). Dette er en oversikt over forskning på ulike nivåer, sammen med ulike forskningsartikler og systematiske oversikter. Systematiske oversikter er oversiktsartikler hvor forfatterne har brukt en systematisk og åpen fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere primærstudier om samme problemstilling, og hvor de har kvalitetssikret metode og fremgangsmåte ved forskningen (Reinar & Jamtvedt, 2010). Jeg har funnet frem til både enkeltstudier og oversiktsanalyser i mitt søk.

Jeg startet **søkeprosessen** med å systematisere problemstillingen i forhold til søkestrategien PICO. Dette er en strategi som skal sikre kunnskapsbasert innsamling ved at spørsmål man vil ha besvart er formulert på en klinisk måte. Dette gjør søket strukturert og hensiktsmessig. (Nortvedt et al., 2012, ss. 33, 57, 189). Oppsettet gir mulighet for å stille systematiske spørsmål for å avdekke hvilke pasienter spørsmålet gjelder, hvilke tiltak som blir vurdert sammenlignet med eventuelt andre, og hvilke utfall vi får (Nortvedt et.al., 2012). For min problemstilling vil oppsettet hjelpe for å

systematisere søkeprosessen ved å legge inn søkeord rettet mot opiatavhengige i LAR behandling og pasientens opplevelse av recovery med ulike elementer som kan inbefattes der som mestring og livskvalitet. Kjernespørsmål blir hvordan den rusavhengige opplever recovery, og hva sykepleier sykepleier kan bidra til recoveryprosessen.

Relevante **søkeord** knyttet til begrep og tema for problemstillingen som *opiatavhengighet*, *LAR-behandling*, *rusmisbruk* med mer ble satt opp, og deretter lette jeg opp engelske synonymord i SweMed+. Søkeordene ble følgende:

Substitution treatment, methadone, buprenorphine, drug abuse, recovery, empowerment, impact on society, opiate substitution treatment og nursing. Disse benyttet jeg til videre søk i ulike databaser.

2.1.1 Databaser

Jeg benyttet databasene Ademic Search Elite, Chinala og Medline i samtidig søk. Disse databasene ville gi gode funn relatert til min problemstilling, da jeg er ute etter forskning som i hovedsak avdekker opplevelser og erfaringer. For å kvalitetssikre søket, ble søkemotorene avgrenset med inkluderingskriterier for søk av forskningsartikler og systematiske oversikter på norsk og engelsk fra de siste ti år. Grunnen var å få frem forskning og kunnskap av nyere dato som har en relevans for problemstillinga. Det ble ikke avgrenset til geografiske områder da det var ønskelig med et bredt spekter på hvilke studier som er gjennomført. Ulike kombinasjoner av søkeordene med «OR» og «AND» ble gjort for å finne frem til aktuelle artikler.

Jeg kombinerte søkeordene «substitution treatment» AND «methadone OR buprenorphine» og fikk frem 141 artikler. Ved kombinasjon «Drug addiction» AND «recovery OR quality of life» fikk jeg frem 388 artikler. Ved igjen å kombinere disse to resultatene med «AND» fikk jeg frem 165 artikler. Etter å ha lest gjennom overskrifter og abstrakt valgte jeg tre som var relevant for min oppgave..

Dernest la jeg til «drug addiction OR impact on society» som fikk frem 16 800 artikler. Dette søket kombinerte jeg med AND «substitution treatment» og fikk redusert søket til 40 artikler. Til sist kombinerte jeg «opiate substitution treatment AND nursing», hvor jeg fikk frem 8 artikler og etter gjennomlesing av abstractene satt jeg igjen med en aktuell artikkel.

2.1.2 Kildekritikk

Til søket ble det benyttet søkeprosess og databaser anbefalt fra Høgskulen på Vestlandet (HVL), med avgrensinger i søk som allerede nevnt under punkt 2.1.2. Dette gav meg et utgangspunkt for

innhenting av forskning som jeg anser som pålitelig og relevant. Innen jeg valgte de artiklene jeg ville ha med i oppgava, leste jeg gjennom flere abstrakter og vurderte hvilke som ville belyse problemstillingen min mest hensiktsmessig. De utvalgte artiklene ble ytterligere kvalitetssikret ved å sjekke at forskningen følger standard oppsett IMRAD, med introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Det vart sett etter en tydelig hensikt med forskningen og beskrivelse av studiens utvalg, og selve gjennomføringen av studiene og tolkningen av resultatene ble vurdert. Studien til Gullslett et al. (2014) er om psykisk helse og identitet men kan relateres til rusproblematikk ved opiatavhengighet (Gullslett et.al, 2014).

3.0 Teoridel

3.1 LAR

3.1.1 Helhetlig behandling

LAR-behandling tar sikte på helhetlig behandling av pasienten hvor legemidler skal sikre rusmestring som igjen danner grunnlag for øvrige rehabiliteringsmål. Rusmestring sikres ved at legale langtidsvirkende substitusjonslegemidler erstatter illegale hurtigvirkende opioider. Dette gjør at konsentrasjon av medikamentet i blodet blir stabilt lav, noe som hindrer ruseffekt (Folkehelseinstituttet, 2016). Ruseffekt kan likevel oppnås ved høye konsentrasjoner, og det er stor fare for overdoser, respirasjonssvikt og død dersom det forekommer misbruk, sidemisbruk, feilbruk eller om medikamentene faller i gale hender på det illegale markedet (Folkehelseinstituttet, 2016). LAR er derfor underlagt strenge kontrollrutiner og det tas urinprøver på jevnlig basis for å sikre trygg bruk av medikamentene (Folkehelseinstituttet, 2016).

Øvrige rehabiliteringsmål i LAR er bolig, sysselsetting eller meningsfull aktivitet, økonomisk stabilitet og fokus på nettverksbygging. Tilbakefallshåndtering og forebygging av risikofaktorer er også viktig. Sammen utgjør dette grunnlag for en bedrings- eller recoveryprosess mot en meningsfull tilværelse (Helsedirektoratet, 2010). LAR inngår i tverrfaglig spesialistbehandling, TSB, noe som gir grunnlag til sykdomsdefinisjonen av opiatavhengighet, og er underlagt statlig og ansvar med kommunal tverretatlig oppfølging. LAR består av koordinerte tiltak organisert som et trepartssamarbeid mellom arbeids- og velferds etaten (NAV), kommunens helse og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet foregår i form av en ansvarsgruppe hvor en av deltakerne utnevnes som LAR-koordinator som skal ha en ledende rolle i å sikre pasienten helhetlig individuell behandling. (Helsedirektoratet, 2010). Pasienten er medvirkende i ansvarsgruppen, og som tjenestemottaker av

koordinerte tjenester har pasienten også rett på en individuell plan som synliggjør og ansvarsfordeler tiltakene, og hvor de avklarte mål, ressurser og behov skal være nedfelt (Helsedirektoratet, 2010). Vanlig ansvarsfordeling i kommunen er at fastlegen har somatisk og psykisk oppfølging av pasienten og ordinerer medikamentene, mens en vanlig sykepleieroppgave kan være administrering av medikamentet. NAV skal bistå med øvrige rehabiliteringsmål. (Helsedirektoratet, 2010). Forutsetninger for å oppnå best mulig resultat ved LAR-behandling er trygge rammer for pasienten med trygge utleveringsordninger for medikamentene, relasjonsbygging og tett samtaleoppfølging (Helsedirektoratet, 2010).

3.1.2 Diagnosekriterier og høyriskobruk

Diagnosekriterier for opiatavhengighet og LAR-behandling blir definert av omfang av opiatbruk og de negative skadevirkningene de fører med seg. Det er i Norge faglig enighet om at risikofyllt eller problematisk bruk refererer til en situasjon som innebærer en helserisiko eller et helseproblem (Biong & Ytrehus, 2012). Dette blir omtalt som høyriskobruk og forutsetter behov for jevnlig inntak av opiat med risiko for sosial ekskludering, sykdommer og død (Biong & Ytrehus, 2012). Opiatavhengige vil som høyriskobrukere være preget både fysisk og psykisk ved nedsatt initiativ og følelsesmessig ubalanse (Folkehelseinstituttet, 2016). Den kognitive funksjonen kan også ha blitt svekket av langvarig bruk eller oksygenmangel under eventuelle overdoser (Folkehelseinstituttet, 2016). I tillegg er høyriskobrukere ofte utsatt for smittsomme sykdommer som hiv, aids, hepatitt, tannhelseproblemer og mangelsykdommer grunnet dårlige levevaner og kosthold, og andre somatiske sykdommer (Ravndal & Lauritzen, 2015). Dette henger i hop med at de faller dårlig ut på viktige identitetsfaktorer som kultur, helse, bosted, livsstil, sosial klasse, utdanning og eiendeler.

3.2 Recovery

3.2.1 Recovery i et teoretisk perspektiv

I et teoretisk perspektiv handler recovery om hva som fremmer fysisk og psykisk helse, og om evne til å håndtere livshendelser og tilegne seg ny kunnskap for å møte disse (Hummelvoll, 2012). Hummelvoll (2012) viser til en medisinsk tilnærming til begrepet med fokus på reduksjon av symptomer eller funksjonssvikt i tillegg til en eksistensialistisk tilnærming med fokus på menneskers erfaringer og opplevelser. I recovery skal det legges til rette for mestring på personens egne premisser og ressurser, innenfor de økonomiske, sosiale og miljømessige rammene i lokalsamfunnet. (Biong & Ytrehus, 2012). Ressursene består av personlige og sosiale faktorer som er bestemmende

for helse og omtales som helsedeterminanter (Biong & Ytrehus, 2016). Når det gjelder recovery fra rusmiddelbruk beskriver Landheim (2016) slike faktorer som recovery-kapital og trekker frem tilknytning til venner og familie, økonomi, bolig, meningsfylt aktivitet, arbeid og sosialt fellesskap med personer som ikke er i rusmiljø som viktige for å etablere en rusfri tilværelse (Landheim et al., 2016).

Recovery tar sikte på å styrke indre kapasitet og finne velvære tross symptomer eller utfordringer som fortsatt finnes. Motstandskraften eller evnen til å klare seg og å lære av livsutfordringer refereres til som resiliens (Hummelvoll, 2012). Dette er nært knyttet til den amerikanske sykepleieren Joyce Travelbees sykepleieteori hvor menneskelig lidelse ble sett på som en uunngåelig del av livet og hvor det å finne mening, oppnå mestring og styrke håp var viktige faktorer for en persons opplevelse av helse (Kristoffersen, 2011). Sykepleiers rolle var å bidra til dette i møte med pasient menneske-til-menneske (Kristoffersen, 2011). Recovery er også knyttet til begrepene salutogonese og empowerment, og den Israelsk-amerikanske sosiologen Anton Antonovskys teori om salutogonese er sentral i recovery.

3.2.2 Antonovskys Salutogonese og empowerment

Salutogonese betyr helseopprinnelse og dreier seg om hva som gjør mennesker friske. Antonovsky ser på helse som en ressurs og definerer recovery som en dypt personlig, unik prosess med forandring av holdninger, verdier, følelser, mål og roller, og en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og aktivt liv, tross begrensinger som lidelsen forårsaker (Biong & Borg, 2016). Antonovskys teori om salutogonese går ut på hva som gjør enkelte mer motstandsdyktige mot ytre påkjenninger, og han lanserte en teori om opplevelse av sammenheng, OAS. Her vektlegger han den enkeltes subjektive opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet som avgjørende for god helse (Larsen, 2012). Det vil si at det ikke er selve sykdommen eller påkjenningen som er avgjørende for helse, men hvordan den enkelte finner indre ressurser eller motstandsfaktorer til å mestre dem. Styrking av slike ressurser kalles empowerment og er et mål i salutogonese (Larsen, 2012), Empowerment kan være å øke selvtillit, bedre selvbilde, øke kunnskaper og ferdigheter. Dette gjøres ved å se pasienten som aktiv og ikke passiv, og ved involvering av pasienten gjennom dialog og medvirkning (Larsen, 2012).

3.2.3 Håp

Håp er en av de viktigste motiverende faktorer bak menneskelig adferd, og fungerer som en mestringsstrategi som gir pågangsmot og styrke (Kristoffersen, 2011). Håp er underliggende tro og tillitt til livet, og farger en persons opplevelse av den totale livssituasjon og bidrar til livskvalitet. Håp

oppstår i situasjoner som truer en persons liv og helse, eller som medfører tap knyttet til helse, kroppsfunksjon, utseende, arbeid, selvstendighet og nære personer (Kristoffersen, 2011). Håp er også en fremtidsrettet forventning om at nåtidens lidelse vil bedres. Utholdenhet og mot vil være viktige faktorer i form av å erkjenne lidelsen og prøve igjen og igjen for å oppnå det man håper på som er bedring (Kristoffersen, 2011). Håp er realistisk ut fra personens eget syn på virkeligheten, men er også i kontinuerlig endring, og for den lidende kan det også være behov for en annens perspektiv på situasjonen for å finne mening og styrke håp (Kristoffersen, 2011)

3.2.4 Identitet, stigmatisering og skam

I russammenheng ble recovery tidlig tatt i bruk av Anonyme Alkoholikere(AA) og siden Anonyme Narkomane(AN) der det fremmes myndiggjøring eller empowerment, selvhjelp og gjensidig støtte blant mennesker i samme situasjon. (Hummelvoll, 2012). Tilhørighet utenfor rusmiljøet er også en viktig faktor ved recovery for rusmisbrukere, og etablering av ny sosial identitet blir viktig (Biong & Borg, 2016). Viktige **identitetsfaktorer** er kultur, helse, bosted, livsstil, sosial klasse, utdanning og eiendeler. Personlig identitet er hvordan vi opplever egne egenskaper og kvaliteter i forhold til andre med utseende, karaktertrekk, temperament, holdninger, kunnskaper og stil, mens sosial identitet er hvordan vi oppleves av andre (Ingstad, 2013). Vi har flere sosiale identiteter og disse er ulike fra situasjon til situasjon og knyttes til de ulike rollene vi har. En rolle er summen av normer og forventninger om hva man skal gjøre og hvordan man skal oppføre seg når man er i en bestemt sosial posisjon (Ingstad, 2013). Vi sosialiserer oss inn i nye roller og situasjoner hele livet, og identitet er en stadig pågående prosess. (Røkenes & Hanssen, 2013).

Vi er avhengige av andres anerkjennelse for å opprettholde vår identitet og vårt selvilde (Ingstad, 2013). Dersom denne anerkjennelsen opphører får vi en identitetskrise. Det oppstår inkongruens, eller uoverensstemmelse, mellom individets og omgivelsenes oppfatning, og man får en uønsket identitet eller **stigmatisering** som kan føre til diskriminering (Ingstad, 2013). Denne kan være reell, men også innbilt ved at en person føler skyld og skam (Ingstad, 2013). **Skam** regulerer intimitet og demper selvfølelse for storhetsfantasier, men kan også ta ødeleggende form og få sykkelig karakter som tilbaketrekning, selvforakt og i ytterste konsekvens selvmord (Skårderud, Heugsgjerd, & Stänicke, 2010). Skam er en sentral affekt i lidelsesformer som blant annet rus, og gir økt risiko for utvikling av depresjon og angstlidelser.

3.3 Yrkeskompetanse

I yrkesutøvelse bruker sykepleier yrkeskompetanse. Det betyr evne til å forstå og forholde seg til krav man møter i yrkessammenheng i kombinasjon av relasjonskompetanse og handlingskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2013). **Relasjonskompetanse** går ut på relasjonsforståelse, ferdigheter og etisk refleksjon. Fagpersonen må ha evne til å skape og vedlikeholde en relasjon, og gjøre den bærende. Det betyr at relasjonen skal være et redskap for endring, men også en hjelp i seg selv. Man skal ivareta pasientens behov uten å krenke, ha situasjonsforståelse, og ikke objektivisere pasienten (Røkenes & Hanssen, 2013). **Handlingskompetanse** er instrumentelle ferdigheter og kunnskap rundt handling og samhandling når fagpersonen skal gjøre noe med eller for en pasient i tillegg til å samhandle ut fra forståelse av pasientens opplevelse av situasjonen (Røkenes & Hanssen, 2013). Kommunikasjon er det viktigste redskapet i relasjonsbygging. Her er Narrare som betyr «å fortelle» og narrativer en faglig tilnærming til pasientens livshistorier som kan nyttes for å revurdere den situasjon man er i (Røkenes & Hanssen, 2013).

3.4 Aktuell forskning

1. Supporting clients on methadone maintenance treatment: a systematic review of nurse's role. (Go, Fredieric, Dykeman, M, Santos, J og Muxlow, J, 2011).

Kanadisk systematisk gjennomgang av fagfelleverderte artikler av kvantitativ og kvalitativ forskning, systematiske oversikter og metadata av metadonbehandling for opiatavhengige med hovedvekt på sykepleiers rolle i allmennpraksiser på tvers av England.

Artikkelen tar for seg viktigheten av helhetlig sykepleie uavhengig av hvor sykepleieren møter pasienter med metadonbehandling for opiatavhengighet. Sykepleiers viktigste oppgave var vedrørende selve administreringen av medikamentet, observasjon av pasientens almenntilstand, og som rådgiver og løpende støttespiller gjennom behandlingen. Sykepleieren skal vite om riktig dosering av metadon, saksbehandling og andre pågående tiltak rundt pasienten, og sette seg inn i pasientens verdier og holdninger til avhengigheten og behandlingen. Slik forståelse vil fremme en positiv relasjon mellom sykepleier og pasient og øke positive utfall av behandlingen, og motivere pasienten til fortsatt hjelp. Studien understreker viktigheten av sykepleierens kunnskap i forhold til helhetlig tilnærming til pasienten, men det ble avdekket store gap i tilgjengelig litteratur og i kunnskap på området blant sykepleiere og helsearbeidere generelt. De konkluderer med å understreke viktigheten av profesjonell helsefaglig arbeid med metadonbehandling for å sørge for nødvendig omsorg for denne pasientgruppen (Go et al., 2011).

2. Drugs- recovery from substanceuse: Drugdependent peoples experiences with sources that motivate them to change, (Natacha Brunelle, Karine Bertrand, Michel Landry, Lorge Flores.Aranda, Catherine Patenaude, and Serge Brochu, 2015)

Dette er en kanadisk kvalitativ studie med intervju med tematisk innholdsanalyse som metode. Studiets utvalg består av 127 rusavhengige rekruttert i rettslokaler, akuttavdelinger på sykehus og sosial- og helsesenter i Qubec. Hovedtyngden i gjennomsnittet var menn på 38 år. Hensikt er beskrivelse av narkotikaavhengiges erfaring med kilder som motiverer til endring.

Artikkelen trekker frem motivasjon som en viktig faktor ved recovery fra rusmisbruk, som stegvis bedring, følelse av mestring, selvbestemmelse og terapeutiske allianser. Både indre og ytre ressurser påvirker motivasjonen, og brukers erfaring og innflytelse på helsehjelp er viktige faktorer. For å øke eller opprettholde motivasjon til behandling, må de som yter denne helsehjelpen være tålmodige og empatiske, og samarbeide om ulike hjelpetiltak. Ved rusbruk blir livskvaliteten redusert som følge av dårlige levevilkår og negativ effekt på sosiale og familiære nettverk, og også redusert fysisk og psykisk helse. Undersøkelsen avdekket at motivasjon for å slutte med rus i stor grad bunnet i ønske om å forbedre eller opprettholde et sosialt liv. Hjelpetiltak og god relasjon til de aktuelle utøvere, de ulike tjenester og støttetiltakene ulike sektorer har og samarbeid mellom disse, står som en viktig del av opprettholdelse av motivasjon. Stort fokus på selve rusbruken viste seg å være negativt for recovery, mens oppbygging og utvikling av en positiv identitet og funksjonell rolle, viste seg å være positivt. Identitet som ikke-bruker viste også å ha positiv effekt på selvtillit, noe som igjen virker styrkende på motivasjon (Brunelle, et al., 2015).

3. Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity. (Monika K. Gullslett, Hesook Suzie Kim and Marit Borg, 2014)

Dette er en norsk kvalitativ studie med dybdeintervju som metode. Hensikt er innsikt og førstehåndskunnskap om psykiske kriser og sosial identitet.

Mennesker med langvarige psykiske problemer opplever ofte også psykiske kriser i livet hvor de ikke lenger klare å beherske hverdagen sin. En måte å se dette på er knyttet til hverdagens sosiale og økonomisk kontekst med en forutsetning om at alt påvirker vår situasjon og utvikling av sosial identitet. Å håndtere og komme seg gjennom en krise påvirkes av flere faktorer, som individuelle ressurser, meninger og verdier, sosiale relasjoner og inntrykket en har av seg selv og ulike hverdagssituasjoner. Mental sykdom har ofte vært grunnlag for stigmatisering, og i en krise vil man kunne oppfatte seg selv som avvikende fra det normale og dermed bidra til marginalisering og sosial ekskludering. Slik blir stigmatisering forsterket av både personen selv og omgivelsene, og de

etterfølges av følelser av skam, tomhet, tap av selvtillit og tap av mening. I samfunnet kan stigmatisering føre til at man tar sosial avstand fra den psykisk syke og ekskluderer den psykisk syke fra ulike roller som er verdsatt i det sosiale liv, noe som gir følelse av diskriminering. Å overkomme stigma og barrierer i omgivelsene er like viktig som å behandling av psykiske lidelser (Gullslett et al., 2014).

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

Dette er en norsk kvantitativ og kvalitativ studie med bruk av både statistikk og strukturert intervju i tillegg til ulike scoringsskalaer som metode. Hensikt er sammenligning av langsiktige virkninger på ulike områder som sidemisbruk, angst og depresjon hos opiatavhengige med og uten LAR-behandling en av få studier som går over så lang tid. Studien avdekte at heroinbruk gikk ned i begge gruppene, mens bruk av benzodiazepiner (bzo) økte for de i LAR, sammen med økte tilfeller av angst og depresjon målt etter GSI skala. Tross positive endringer ved en livssituasjon i LAR med blant annet bedre bosituasjon, kan funnene forklares med sammenfallende faktorer av et liv som tung rusmisbruker og psykiske lidelser i en kontekst hvor flere psykososiale faktorer som spiller inn (Ravndal & Lauritzen, 2015) Rus og psykiske lidelser kan virke som en forutsetning for hverandre, og det er uvisst hva som var problemet i utgangspunktet, og hva som har blitt ytterligere konsekvenser av henholdsvis de psykiske lidelsene eller rusbruk (Ravndal & Lauritzen, 2015).

4.0. Drøftingsdel

4.1 Innledning

«Hvordan kan sykepleier bidra til recovery for LAR-pasienter?»

Recovery handler om hva som fremmer fysisk og psykisk helse, og om evne til å håndtere livshendelser og tilegne seg ny kunnskap for å møte disse (Hummelvoll, 2012). I lys av salutogonese er recoveryprosessen for LAR-pasienter en omfattende og ofte livslang prosess hvor pasientene i overgangen til et rusfritt liv må redefinere sin identitet, og finne ny mening i tilværelsen og opparbeide mestringsstrategier for å holde mot og håp vedlike for å leve et rusfritt liv (Hummelvoll, 2012). I LAR-behandling kan rehabiliteringsdelen knyttes til Hummelvolls (2012) eksistensielle tilnærming til recovery som omhandler personlige og sosiale forhold i samspill med omgivelsene, mens den medikamentelle delen kan knyttes til den medisinske tilnærmingen til recovery som omhandler selve administreringen og bruken av substitusjonsmidlene. Sykepleier kan bidra til recovery for LAR-pasienter i lys av dette, og innenfor Helsedirektoratets(2016) rammer av trygge

utleveringsordninger, relasjonsbygging og tett samtaleoppfølging. Sykepleier bidrar til recovery for LAR pasienter i form av sin yrkesrolle og i hvordan hun møter pasienten og kommuniserer for å skape tillit.

4.2.0 Eksistensialistisk tilnærming til recovery

Eksistensialistisk tilnærming til recovery ser de sosiale og personlige sidene ved et menneskes livssituasjon i samspill med omgivelsene.. I lys av Salutogonose som er å styrke de faktorene som er med på å gjøre mennesker friske (Biong & Borg, 2016), er ifølge Antonovsky opplevelse av sammenheng eller OAS avgjørende for en persons helse. Det handler om en individuell tilpassing til omgivelsene for å bli motstandsdyktig i den situasjonen man til enhver tid er i. Som høyrisikobrukere av rusmiddel er LAR-pasienter i en situasjon der de må bryte helt med sitt gamle liv for å kunne starte en recoveryprosess. Ved å gjøre dette bryter de med et destruktivt liv hvor pasienten i tillegg til kriminalitet også er fysisk, psykisk og sosial belastet, jamfør Helsedirektoratet (2016), men samtidig bryter de også med det miljøet hvor de har hatt identitet, tilhørighet og anerkjennelse, og skal rehabiliteres tilbake til et samfunn de tidligere har tatt liten eller ingen del i. Dette er problematisk i forhold til rehabiliteringsbegrepet i seg selv, men også i forhold til at det her er snakk om en marginalisert gruppe i samfunnet som faller dårlig ut både økonomisk, sosialt og helsemessig i forhold til normalbefolkningen. Da de fleste lever av trygd og ulike stønader er de samtidig avskåret fra viktige sosiale arenaer som arbeidsliv og andre naturlige steder for nettverksbygging. Dette er et problem da mennesker er avhengig av andres anerkjennelse for å opprettholde sin identitet og sitt selvilde, og mister de dette kan det oppstå en uoverensstemmelse mellom individets og omgivelsenes oppfatning av personen som kan føre til en identitetskrise, med påfølgende fare for stigmatisering og skam (Ingstad, 2013). Skam kan ifølge Gullstett et al. (2014) føre til redusert følelse av mening og redusert selvtillit, og videre kan det ifølge Skårderud et al. (2010) føre til tilbaketrekning, selvforakt og i ytterste konsekvens selvmord.

Rehabiliteringsdelen i LAR tar sikte på å tilrettelegge de økonomiske, sosiale og miljømessige rammene rundt pasienten for å gi struktur og fotfeste til en rusfri tilværelse. Noen pasienter flytter til andre kommuner for å bryte med sitt gamle miljø, og nye møteplasser for nettverksbygging kan være ulike dagtilbud fra kommunen som dagsenter eller frivillighetsentral. De kan også delta i ettervernsgrupper eller interesseorganisasjoner som Anonyme Narkomane, NA, hvor de kan få støtte av mennesker i samme situasjon. Det handler om at pasienten må sosialisere seg inn i nye roller og skape ny tilhørighet og kilde til anerkjennelse for å styrke identitet og selvilde. Målet er både å kunne leve et så normalt samfunnsliv som mulig der hverdagen er meningsfull, jamfør Antonovsky, og samtidig avdekke og forebygge risikofaktorer som kan oppstå underveis. Dette er alle de forhold som kan få pasienten til å avbryte eller avvike behandling eller å gjenoppta rusbruk. Gitt

målsettingen og organiseringen av LAR (ref.teoridel), blir recovery i et samfunnsperspektiv både et statlig og kommunalt ansvar. Ut i fra individuell plan hvor pasientens behov og ulike tiltak er fastsatt, jobbes det tverrfaglig gjennom ansvarsgruppa med boligsituasjon, sysselsetting eller annen meningsfull aktivitet, økonomisk stabilitet og nettverksbygging. Dette blir helse-determinantene eller pasientens recovery-kapital, og samtaler rundt dette vil være en naturlig del av samhandlingen med pasienten.

Ansvarsgruppa rundt pasienten er en viktig ramme for struktur og oppfølging. Sykepleier kan være en naturlig deltaker i ansvarsgruppen gjennom sin koordinerende funksjon i forhold til det tverrfaglige teamet som er bygget opp rundt pasienten. Sykepleierens observasjon av pasientens fysiske og psykisk helsetilstand gjennom daglig oppfølging i forbindelse med medisinutdeling gir mulighet for løpende og nyttig informasjon mellom de ulike hjelperne og pasienten.

4.2.2 Sykepleiers bidrag til trygge utleveringsordninger

Sykepleier kan bidra på system- og individnivå med faglig påvirkning til en god kontekst for administrering av medisin. I dag er det slik at de forskjellige kommuner organiserer administrering av medisin ulikt på bakgrunn av økonomi og geografi. Selv om det foreligger behov for tett kontakt mellom behandler og pasient og at pasienten har egne ønsker vedrørende utdelingssted er noen steder bedre egnet enn andre. Begrensinger i forhold til utlevering av medisin skjer i sammenhenger der pasienten har en adferd som gjør han eller henne uønsket på enkelte utdelingssteder ved for eksempel at pasienten har truende oppførsel eller stadig kommer ruset til utlevering. Dette gjør offentlige rom som for eksempel apotek uegnet som utleveringssted (Helsedirektoratet, 2010). I dag skjer nær halvparten av utdelingen i apotekene, mens noen plasser, særlig i byene hvor antall pasienter er stort, er det organisert egne utleveringssenter av medisin bare for LAR-pasienter. Det er en økende tendens til utdeling fra kommunal sektor som psykiatritjeneste eller hjemmesykepleie (Helsedirektoratet, 2010). Ulik organisering gjør at det kan stilles spørsmål til om dette påvirker behandlingens kvalitet.

Utleveringsstedet utgjør den daglige arena for møtet mellom sykepleier og pasient, og for å bidra til recovery utover selve rusmestringen ved administrasjon av medikament, må god samhandling, relasjonsbygging og samtale også vektlegges. Biong & Ytrehus (2016) snakker om recovery-nærende og recovery-bremsende miljø, og gjennom sykepleiepraksis i kommunal sektor har jeg erfart begge deler. Psykiatritjenesten har **egne samtalerom** hvor sykepleier kan møte pasienten på tomannshånd, og dette kan sees på som recovery-nærende ved at sykepleier da blir i stand til å vurdere og observere hvordan pasienten har det, og hvordan han eller hun opplever sin tilværelse i henhold til

recoveryfaktorene. Hos hjemmesykepleien derimot, praktiseres det utdeling av LAR-medisin i korridoren ved deres lokaler i kommunens bo- og helsesenter. Det må nevnes at denne utdelingsordningen ikke er ment som daglig oppfølging, men fungerer som et supplement til utdeling ved psykiatritjenesten. Slike ordninger og tilsvarende kan sies å være recovery-bremsende. Som utdelingssted gir ikke dette rom for inngående samtale eller observasjon da pasienten går etter å ha fått medisin og dermed fratras oppfølging både i forhold til recovery og en helhetlig sykepleie.

Situasjonen gir også lite diskresjon og tar ikke vare på pasientens integritet. Med tanke på at dette er en pasientgruppe hvor stigmatisering og skam allerede er et problem, vil også en utdelingssituasjon hvor både ansatte, beboere og besøkende som potensielle tilskuere være med på å kunne forsterke dette. Recovery-bremsende utdelingssituasjoner av LAR-medisin kan ses på som en risikofaktor for LAR-behandling ved at pasient finner situasjonen ubehagelig og avstår fra å møte opp, får behov for å ruse seg, eller avbryter behandlingen i sin helhet. Det er både et behandlingmessig spørsmål i forhold til recovery og i tillegg et etisk spørsmål om en slik organiseringen tar vare på pasientens behov på best mulig måte sett i lys av helhetlig sykepleie.

4.2.2 Sykepleiers bidrag til relasjonsbygging

Det viktigste redskapet for relasjonsbygging er verbal og non-verbal kommunikasjon jamfør Kristoffersen (2011). Jeg erfarte i sykepleiepraksis å være i et samtalerom med en LAR-pasient, og selv om rammene lå til rette for samtale, ble det opp til meg som «sykepleier» å skape den samtalen som dannet grunnlag for videre observasjon i henhold til recovery. Pasienten hadde et lukket kroppsspråk og tok ikke selv noe initiativ til samtale, og reiste seg umiddelbart for å gå etter å ha fått medisinen. Jeg spurte; «Men NN, før du går, hvordan har du det egentlig?» Ved slike initiativ kan situasjonen endre seg fra et praktisk møte for medisinerer, til en situasjon som åpner for relasjonsbygging og de viktige observasjonene og samtalene som kan kartlegge pasienten i forhold til recoveryfaktorene og helhetlig sykepleie. Dette kan underbygges av non-verbal kommunikasjon som i eksempelet over, ved at jeg henter to kopper kaffe og setter meg godt til rette for å signalisere at jeg har tid til å lytte.

Studien til Brunelle et al. (2015) viser at relasjoner er viktigere for behandlingens resultat enn selve behandlingen, og relasjonsbygging er en forutsetning for endringsprosesser (Aamodt, 2014). I et møte mellom sykepleier og LAR-pasient vil hensikten være å vedlikeholde og utvikle endringsprosessen av recovery. Det viktigste for sykepleier blir da å opptre på en måte som fremmer kvaliteter hos pasienten som bidrar til læring, bevisstgjøring og mestring (Røkenes & Hanssen, 2002). Det er gjennom gode relasjoner og samtaler sykepleier kan skape tillitt og få innblikk i hvordan

pasienten har det i livet sitt. Her kan sykepleier gjøre bruk av narrativer og gjennom samtale og refleksjon rundt pasientens livserfaring bidra til at pasientens livssituasjon får et nytt og mer optimistisk og fremtidsrettet perspektiv. Sykepleier må se på pasient som subjekt og ikke objekt, og pasienten må bli møtt med forståelse og medmenneskelighet. (Røkenes & Hanssen, 2013). Det mellommenneskelige aspektet finner vi også i Travelbees sykepleieteori jamfør Kristoffersen (2011), og det er når sykepleier møter pasienten som subjekt i et menneske- til- menneske forhold at pasienten opplever tillit og åpner seg og kan **fortelle sin historie**. Slik får sykepleier kjennskap til hvilke problemer og utfordringer pasienten har, og kan gi støtte og følge opp videre. Go et al. (2015) vektlegger også blant annet rådgiving og støtte i tillegg til faglig kunnskap som avgjørende for relasjonsbygging. Sykepleier må skape en bærende relasjon (Røkenes & Hanssen, 2013) I dette ligger at relasjonen er sterk og vil tåle belastningene ved de vanskelige samtalene. Samtalen har et kvalitetstegn også når det vonde og vanskelige blir snakket om. Dersom sykepleier unngår å ta opp vanskelige tema kan det indirekte bidra til risikofaktorer gjennom at pasienten kan tolke det som at sykepleier vegrer seg. Dette kan svekke både den faglige tillitten og samtalens nytte for pasienten. Bærende relasjon kan vises ved studien til Gullslett et al. (2014) gjennom at hjelpetiltak og behandling i seg selv blir redskaper for rusmisbrukeren til å holde seg motivert for behandling.

Et eksempel fra min sykepleiepraksis var en situasjon der pasienten møtte sent til avtale, så sliten og ustelt ut i forhold til vanlig, virket ufokusert som gav en indikasjon på rusmisbruk. Her måtte jeg være bevisst min egen kommunikasjon og møte pasienten på en tillitsfull og ikke-dømmende måte, jamfør Aamot (2014) og spurte pasienten om hvordan det gikk. Etter å ha avdekket pasientens problem og snakket gjennom situasjonen med forståelse, omsorg og empati jamfør Brunelle et al. (2015), kom det frem at i dette tilfellet hadde pasienten ruset seg. Prosedyren videre er da at lege må konfereres før utdeling av daglig dose LAR medisin kan administreres, og dosen kan eventuelt bli redusert. Dette opplevdes ikke som en straff for pasienten, men tvert imot var det her den faglige tryggheten kom inn. Relasjonen **bar** disse utfordringene, og konsekvensen ble at pasienten følte seg både sett, hørt, forstått og tatt vare på, men også ansvarliggjort. I dette ligger en anerkjennelse og en delaktighet i egen situasjon som i lys av salutogonese er empowerment. Fokusering på rus har negativ effekt hos pasient ifølge Brunelle et al. (2015), og for videre behandling er det viktigere å finne lyspunkter og få pasienten tilbake på rett spor. Motivasjon skapes ifølge Aamot (2014) i relasjoner, og pasienten trenger motivasjon, mot og utholdenhet til å fortsette behandling, selv om fremskrittene er rykkvise eller langsomme, og en bærende relasjon tåler tyngden av dette (Gullslett et al., 2014).

4.2.3 Sykepleiers bidrag ved samtaleoppfølging

Som sykepleier er du en viktig del av de omgivelsene LAR-pasienten i et eksistensialistisk perspektiv skal motta hjelp fra. Gitt en god kontekst for utdeling av medisin, som et samtalerom, og en bærende relasjon som rommer både tillitt til sykepleier som person og som fagperson, kan sykepleier gjennom samtale bidra til recoveryprosessen og samtidig avdekke potensielle risikofaktorer. Gjennom samtalsens form og innhold kan sykepleier bidra ved å styrke identiteten når pasienten må re-definere seg selv og sin livssituasjon ved å bekrefte og anerkjenne. Dette er også et viktig bidrag til å overkomme stigma og skam (Gullslett et.al., 2014). Sykepleiers tilstedeværelse i samtalen blir viktig for pasientens forståelse av å bli hørt, og det kan være nyttig å bruke det Aamot(2014) betegnet som aktiv lytting. Dette innebærer å lytte med relasjonelle kvaliteter som innlevelse, forståelse, empati, omsorg og respekt (Aamodt, 2014). Sykepleier kan gjennom samtale bidra til recovery ved å endre pasientens holdninger, verdier og mål for å tilpasse seg den nye tilværelsen og gi pasienten en oversikt og kontroll over situasjonen, eller håndterbarhet jamfør Antonovsky. Dette kan innebære å informere i forhold til LAR og å styrke forståelsen av hva en ny sjanse som rusfri kan bidra til av livskvalitet. Ved overføring av kunnskap til denne pasientgruppen gjør det nødvendig å vite hvordan pasienten mottar og bearbeider informasjon med tanke på kognitiv helsetilstand etter langvarig rusbruk av opiat og eventuelle overdoser (Helsedirektoratet, 2014). Noen undersøkelser viser at forståelse og håndtering av informasjon kan bli noe svekket, og sykepleier må være forberedt på en viss hemming av kognitive funksjoner (Prop. 15 (2015–2016), 2015). Videre må sykepleier gjennom samtale finne ut hva pasienten vektlegger som verdier og interesser og hva som kan gi den nye tilværelsen et meningsfullt innhold for pasienten. Her er det viktig at pasienten har realistiske delmål slik at det er mulig å oppleve mestring.

I lys av salutogonese kan sykepleier gjennom samtale bidra til at pasienten kan finne ny opplevelse av sammenheng, eller som Travelbee jamfør Kristoffersen (2013) vektla som sykepleiers viktigste oppgave, å bidra til at pasienten opplever mening, mestring og håp. Dette henger sammen med tap av identitet og tilhørighet ved overgangen til et rusfritt liv, og kan settes i sammenheng med Gullslett et al. (2014) og ses på som en psykisk krise eller en identitetskrise. Det er viktig å huske på at dette handler om en sårbar og utsatt gruppe i samfunnet, som ved å bli rusfri havner på «bar bakke» og «mellom barken og veden», for å bruke to folkelige uttrykk, men de er beskrivende for den situasjonen pasienten er i. De har opplevd tap både til egen funksjon og utseende, men også til omgivelsene med arbeid og nære relasjoner. De kan oppleve å sitte tomhendt igjen etter et langt levd liv. De passer ikke lenger inn i det gamle miljøet, men heller ikke i det nye. Ved samtaler må sykepleier derfor bidra med oppmuntring til å fortsette å kjempe for et meningsfullt rusfritt liv, og styrke håpet som er selve drivkraften bak det hele.

4.2 Medisinsk tilnærming til recovery

Den medisinske definisjonen av recovery går ut på reduksjon av symptomer og funksjonssvikt som følge av opiatavhengighet (Hummelvoll, 2012). Her kan sykepleieren bruke sin handlingskompetanse ved den instrumentelle administreringen av medikamentene. På dette området bidrar sykepleier direkte til recovery ved rusmestring, og som Go et.al (2011) understrekte, så er kunnskap rundt instrumentell utførelse av behandlingen viktig for recovery (Go et al., 2011). Sykepleier må ha kunnskap om selve administreringen, men også om de fysiske virkningene av legemidlene som brukes. De må også vite om interaksjoner i forhold til andre medikament som tas i forbindelse med somatisk eller psykisk sykdom, sidemisbruk eller også ved direkte feilbruk. Sykepleier bidra til recovery i form av informasjon og videreformidling av slik kunnskap til pasienten. Dette kan knyttes til Antonovskys salutogonese og empowerment i form av å gjøre pasienten aktiv i forhold til hva som skjer, og kan skje, i pasientens kropp ved bruk av ulike medikamenter, og ved å styrke den medisinske kunnskap rundt dette som ressurs (Kristoffersen, 2011).

Ved å kjenne pasienten vil sykepleier lettere kunne avdekke risikofaktorer som eventuelt sidemisbruk ved å observere endringer i fremtoning og adferd hos pasienten, som vi så i eksempelet vedrørende bærende relasjon, i tillegg til vurdering av almenntilstand. Dette er viktig da denne pasientgruppen er utsatt for en rekke somatiske og psykiske sykdommer som leversykdommen hepatitt C, hiv, aids og andre infeksjoner som følge av injisering, og i tillegg tannhelseproblemer og mangelsykdommer som følge av dårlige levevaner og dårlig kosthold. Studien til Ravndal & Lauritzen setter også psykiske lidelser i sammenheng med rus. Dette blir viktige fysiske observasjoner i forhold til videreformidling og koordinering av de ulike helsetjenestene. Sykepleier kan også bidra til recovery ved å eliminere mistillit ved de strenge kontrollrutinene ved å forklare den sikkerhetsmessige hensikten med urinprøver og sjekk av munnhule etter inntak av subutex og suboxone, både i et samfunnsperspektiv ved å forebygge lekkasje til det illegale markedet med fare for overdoser, død eller avhengighetsutvikling, men også av hensyn til pasientens egen sikkerhet. Også administrasjon av legemidler må gjøres på en måte som ikke krenker, og ved å ta vare på god kommunikasjon i samhandlingen skapes det tillitt, og det viser respekt og anerkjennelse (Røkenes & Hanssen, 2013). Dermed bidrar sykepleier også ved administrasjon av medisin til recovery og empowerment.

5 Konklusjon

LAR-behandling har vært et **diskusjonstema i det offentlige rom de siste årene**, og det er mange forskjellige meninger om hvilke tilbud gruppen ruspasienter skal tilbys. Kommunehelsetjenesten som arena har sine nasjonale føringer på hvordan Lar-behandling skal foregå, og etter hvert har det blitt en økende pasientgruppe i de fleste kommuner (Prop. 15 S (2015–2016), 2015). Det handler om å bidra til at en sårbar gruppe i samfunnet skal kunne re-definere seg og skape en ny positiv identitet, overkomme stigmatisering og skam knyttet til identiteten som narkoman eller rusmisbruker. På individnivå kan konsekvensen bli at pasienten får en positiv opplevelse av meningsfull tilværelse og økt livskvalitet, mens positive konsekvenser på samfunnsnivå vil kunne vise seg i form av redusert kriminalitet relatert til rus og kunne oppnå bedre somatisk helse (Ravndal & Lauritzen, 2015)

Bibliografi

- Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Biong, S., & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl, & S. Biong (Red.), *Et bedre liv: Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer* (ss. 18-29). Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer- en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong, S. Ytrehus, S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 15-29). Oslo: Akribe AS.
- Brunelle, N., Bertrand, K., Landry, M., Flores-Aranda, J., Petenaude, C., & Brochu, S. (2015). Recovery from substance use: Drug-dependent people's experiences with sources that motivate them to change. *Drugs-education, prevention and policy*. doi:10.3109/09687637.2015.1021665
- Dalland, O. (2007). *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2016, april 21). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rusmidler_i_norge_2016.pdf
- Go, F., Dykeman, M., Santos, J., & Muxlow, J. (2011). Supporting clients on methadone maintenance. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*(18), ss. 17-27. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01628.x
- Gullslett, M. K., Hesook, S. K., & Borg, M. (2014, August 30). Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations. *Scandinavian Psychologist*. doi:doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e2
- Helsedirektoratet. (2010, august). Nasjonale faglige retningslinjer. *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Helsedirektoratet. Hentet april 9, 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/100/IS-1701-Legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, N. Finn, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Vol. 2012, ss. 32-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, N. J. Kristoffersen, N. Finn, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Vol. 2012, ss. 207-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Landheim, A. (2016). Rusmiddelbruk-forekomst, forløp og faktorer for recovery. Hva viser forskningen? I Landheim, A, Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M., & Biong, S. (Red.). (2016). *Et bedre liv* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Larsen, T. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Grammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: - i teori og praksis* (3. utg., Vol. 2014). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Børke AS.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Norheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb junnnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2. utg., Vol. 2014). Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (1. utg., Vol. 2014). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Odd Harald Røkenes, P. H. (2012, 3. utgave). *Briste eller bære*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver* (1. utg., Vol. 2013). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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.
- Ravndal, E., & Lauritzen, G. (2015). Nordic studies on alcohol and drugs. *Rusmisbruk, angst og depresjon etter 10 år: En prospektiv undersøkelse av stoffmisbrukere med og uten LAR-behandling*. Hentet april 9, 2017 fra <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/nsad.2015.32.issue-5/nsad-2015-0048/nsad-2015-0048.pdf>
- Reinart, L. M., & Jamtvedt, L. (u.d.). Hvordan skrive en systematisk oversikt? 2010. Sykepleien.no. Hentet mai 10, 2017 fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/681694.pdf>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2013). *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Børke.
- Schiøtz, A. (2017). Rus i Norge. *Politiske og medisinske tilnærminger i historisk lys, 2017*, ss. 4-26. doi:10.18261/issn.2464-3076-2017-01-01
- Skjøtskift, S. (2012). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I S. Y. Biong (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.
- Skårderud, F., Heugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken: Sinn-kropp-samfunn* (1. utg., Vol. 2015). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Håseth, A., Lillevold, P. H., & Skeie, I. (u.d.). *SERAF-rapport 1/2016*. Universitetet i Oslo. Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF. Hentet april 13, 2017 fra <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2016/nedlastinger/seraf-rapport-nr-1-2016-statusrapport-2015.pdf>

