

# BACHELOROPPGÅVE

Eingong avhengig- alltid avhengig?

Av Åsa Stedje

Bachelorutdanning i sjukepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitskap/Institutt for  
helse- og omsorgsvitskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Terese Bjordal

Innleveringsdato: 01.06.2018

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:** Eingong avhengig- alltid avhengig?

**Bakgrunn for val av tema:** Eg valte dette temaet fordi eg tykkjer det er eit viktig sjukepleiefagleg tema. Omtrent 9000 menneske i Noreg har rusproblem knytt til opioidar. Denne gruppa har ofte komplekse og samansette behov, som krev store ressursar og kompetanse hos helsepersonell i kommunehelsetenesta. Eg meiner difor at det er viktig at ein set søkelyset på dette temaet. Gjennom praksis på sjukepleiarstudiet har eg fått stor interesse for rusarbeid, og eg ville difor skrive ei oppgåve om dette.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiar i kommunehelsetenesta ivareta personar som har vore i behandling for rusavhengigheit?

**Framgangsmåte:** Denne oppgåva er ein litteraturstudie. Det vil seie at den er bygd på allereie eksisterande litteratur, som t.d. teori, forskning og erfaringar. Det er også med mange døme frå eigen praksis. Eg har nytta meg av fleire forskningsartiklar som handlar om motivasjon og stigma, samt pensum frå rus og psykiatri. I tillegg har eg brukt lovverk, nasjonale faglege retningslinjer og samhandlingsreforma for å besvare problemstillinga.

**Resultat og konklusjon:** Gjennomgang av forskning og pensum viser at det kan vere vanskeleg å halde seg rusfri etter behandling. Motivasjonen kan vere svingande, ein kan oppleve vanskelege situasjonar i dagleglivet, manglande sosialt nettverk og oppfølging. Det er viktig at sjukepleiaren ivaretek og følgjer opp brukaren etter behandling, både med tanke på samtalar, tilrettelegging av kvardagen, inkludering av pårørande og fungere som eit bindeledd mellom ulike yrkesgrupper for å sikre optimal oppfølging. Det er også svært viktig at sjukepleiaren behandlar brukaren med respekt, likeverd og viser omsorg, og at ein har nok kunnskapar og tid til å arbeide med denne brukargruppa.

**Nøkkelord:** *rusavhengig, rehabilitering, motivasjon, pårørande, sosialt nettverk*

# Innholdsliste

<b>1 Innleiing .....</b>	<b>1</b>
1.1 Val av tema .....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing av oppgåva.....	2
1.4 Definisjonar i rusarbeid .....	2
1.5 Oppgåva si oppbygging.....	2
<b>2 Litteraturstudie som metode.....</b>	<b>3</b>
2.1 Søke- og utvalsprosess for litteratur .....	3
2.2 Kjeldekritikk.....	4
<b>3 Teori .....</b>	<b>4</b>
3.1 Rusmiddel og avhengighet.....	4
3.2 Kommunalt rusarbeid.....	5
3.3 Stigma .....	6
3.4 Motivasjon og endring .....	6
3.5 Pårørande og sosialt nettverk.....	7
<b>4 Resultat/ funn .....</b>	<b>7</b>
<b>5 Korleis kan ein som sjukepleiar ivareta personar som har vore i behandling for rusproblem? .....</b>	<b>9</b>
5.1 Utfordringar i kommunalt rusarbeid.....	9
5.2 Stigma og kunnskap hos sjukepleiaren .....	11
5.2 Pårørande og sosialt nettverk.....	13
<b>6 Konklusjon .....</b>	<b>14</b>
<b>7 Litteraturliste .....</b>	<b>16</b>
<b>8 Vedlegg .....</b>	<b>19</b>
Vedlegg nr. 1- søkehistorikk.....	19
Vedlegg nr. 2- PICO- skjema.....	19

# 1 Innleiing

## 1.1 Val av tema

I følgje Europeisk narkotikarapport 2017 er narkotikaproblem ei betydeleg utfordring for landa i Europa. Det blir enklare å få tak i ulike rusmiddel, og rapporten seier at over 93 millionar europearar har prøvd ulovlege rusmiddel. Ca 1,3 millionar har rusproblem knytt til opioidar. Talet på overdosedødsfall stiger for tredje året på rad, og ca. 81 % av dødsfalla skuldast overdosar av opioidar (EMCDDA, 2017). I følgje folkehelseinstituttet sin rapport «Rusmidler i Norge 2016» var det ca. 9000 menneske som var høgrisikobrukarar av opioidar i Noreg i 2013 (Skretting, Vedøy, Lund, & Bye, 2016, ss. 270-271). Det er ikkje sikre tal på kor mange menneske i Noreg som har eit problem knytt til opioidar, men i rapporten til Europeisk overvåkningssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) kjem det fram at det er ca. 9015 (mellom 6 708- 13 977) høgrisikobrukarar av opioidar i Noreg i 2017 (2017, s. 1). Omgrepet høgrisiko vil bli definert seinare i oppgåva.

I Helsedirektoratet sin rapport «Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2017» står det at over 33 000 menneske mottok behandling innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetenesta (Indergård & Urfjell, 2017, s. 6). Også kommunane er pliktige til å yte nødvendige helse- og sosialtenester til alle pasientgrupper, inkludert rusmiddelavhengige. Det er lite data om kva for tenester kommunen faktisk yter, eller i kva grad pasientane tek i mot helsehjelp i kommunen (Skretting, Vedøy, Lund, & Bye, 2016, s. 336).

Eg har alltid hatt eit brennande ynskje om å kunne hjelpe menneske i vanskelege situasjonar i livet. Gjennom fleire praksisar på sjukepleiarstudiet oppdaga eg at eg har ei særleg interesse for rus og psykiatri, og at dette var noko eg ville ha meir kunnskap om. Rus er eit samansett problem, og det er mange aspekt ein må ta omsyn til. Det er utfordrande, spennande og givande å arbeide med menneske med rusproblem, og eg har difor valt å skrive mi bacheloroppgåve om dette. I oppgåva mi vil eg ha fokus på korleis eg som sjukepleiar kan ivareta personar som har eller har hatt rusproblem, i tida etter behandling. I yrkesetiske retningslinjer står det: «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2011). Eg tenkjer at dette er sentrale stikkord i rusbehandling, og det er viktig å ha fokus på dette i arbeidskvardagen til sjukepleiarar. Sjukepleiaren har ei viktig rolle i rusarbeid, både som koordinator og som støttespelar.

## 1.2 Problemstilling

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar i kommunehelsetenesta ivareta personar som har vore i behandling for rusavhengigheit?

### 1.3 Avgrensing av oppgåva

I denne oppgåva vil eg ta føre meg brukarar som har vore i behandling for rusproblem, og sjå på korleis ein som sjukepleiar kan ivareta denne pasientgruppa på best mogleg måte. Eg kunne ha teke føre meg veldig mange viktige områder, men på grunn av oppgåva sitt omfang vel eg å fokusere på kommunalt rusarbeid, stigmatisering, mestring og pårørande. Behandling i spesialisthelsetenesta vil eg ikkje gå inn på. Oppgåva vil dreie seg om personar som er eller har vore høgrisikobrukarar, og som er vaksne (frå 19 år og oppover). Pasientar med samtidige rus og psykiske problem (ROP- pasientar) er ekskluderte. Oppgåva vil ta føre seg rolla og viktigheita av pårørande, men den vil ikkje sjå noko særleg på den belastninga pårørande kan oppleve. Då eg skriv *rehabiliteringsfase* vil det seie den tida etter at brukaren er rusfri, og prøver å komme tilbake til samfunnet.

### 1.4 Definisjonar i rusarbeid

Definisjonen på *rusavhengigheit* er at ein har trong eller sug til å innta psykoaktive stoff, alkohol eller tobakk. Ein blir definert som *avhengig* når tre av dei følgjande kriteria er til stades samstundes i minimum ein måned, eller gjentekne gongar i løpet av eit år. Ein har sterk lyst, sug eller tvang til å ta rusmiddel. Eit anna kriterie er at ein har vanskar med å kontrollere inntaket, altså innleiing, avslutning og mengda ein tek. Kriterie nummer tre er at ein opplever abstinesreaksjonar dersom ein ikkje tek rusmiddel, eller at ein brukar rusmiddel for å dempe slike reaksjonar. Vidare utviklar ein toleranse for rusmiddel, og må auke dosen for å få tilfredsstillande effekt. Kriterie nummer fem er at andre aktivitetar i dagleglivet får mindre betydning. Det siste kriteriet er at ein held fram med bruken av rusmiddel sjølv om ein er klar over skadeverknader (Biong & Ytrehus, 2016, ss. 18-19).

*Høgrisikobrukarar* har i følge EUs narkotikabyrå, EMCDDA, ein stadig tilbakevendande narkotikabruk som fører til skade og negative konsekvensar for pasienten. Dette kan vere sosiale, somatiske- og psykiske problem. Det inneber også at personen har høg risiko/ sannsynlegheit for å bli plaga av slike skader som følgje av sin rusmiddelavhengighet (Skretting, Vedøy, Lund, & Bye, 2016, s. 270).

### 1.5 Oppgåva si oppbygging

Til å byrje med vil eg ta føre meg litteraturstudie som metode, og vidare kjem det litt om søke- og utvalsprosess, samt kjeldekritikk. Deretter kjem eg inn på teorikapittelet, der eg vil gjere greie for viktige teoriar i rusarbeid. Eg har valt å ikkje presentere metoden i forskningsartiklane i metodedel, men ta heile presentasjonen av artiklane i resultatdelen. Vidare følgjer drøfting, og slutt kjem ein konklusjon.

Eg vil også presisere at eg kjem til å bruke orda *rusavhengigheit* og *rusproblem* i oppgåva, og omtale personar som har hatt problem med dette som *brukarar*.

## 2 Litteraturstudie som metode

Dersom ein har funne eit tema eller ei problemstilling ein ynskjer å belyse må ein samle inn data og finne relevant litteratur. Der er her metode kan hjelpe oss. Metode er ein framgongsmåte for innhenting av data som kan løyse problem/ svare på spørsmål. Ein vel metode basert på kva ein ynskjer å undersøke. Ein kan t.d. bruke *kvantitativ metode*. Denne metoden gir informasjon i form av tall og statistikk, til dømes kor mange som har ei rusmiddelliding i Noreg, eller kor mange som mottok behandling for rusproblem. Denne metoden byggjer på faste skjema og har streng struktur. Forskaren ser fenomenet utanfrå, og det er ikkje rom for personeleg tolking og påverknad.

*Kvalitativ metode* er litt annleis vinkla. Denne metoden ser på fenomen som ikkje er målbare i form av tal. Dette kan vere erfaringar, opplevingar og andre spørsmål forskaren ynskjer å få svar på. Ein går meir i dybda, og datainnsamlinga føregår i direkte kontakt med feltet. Døme på dette kan vere dersom forskaren ynskjer å finne svar på kva som motiverar brukarar til å halde seg rusfrie (Dalland, 2017, ss. 52-53).

Denne oppgåva har litteraturstudie som metode. Då byggjer oppgåva på allereie eksisterande forskning, teori og fagkunnskapar som er relevant for å belyse temaet (Dalland, 2017, s. 207). Eg har funne litteratur frå pensumlista på sjukepleiarstudiet ved Høgskulen på Vestlandet, avdeling Førde. Bøkene eg har nytta meg av handlar om rus, kommunikasjon, psykiatrisk sjukepleie og psykologi. I tillegg har eg funne ei bok som handlar om rusbehandling som ikkje står på pensumlista (Lossius, 2012). Eg har også gjennomført systematiske søk i databasar for å finne aktuell forskning. Dette kjem det meir om i dei påfølgande avsnitta.

### 2.1 Søke- og utvalsprosess for litteratur

For å presisere og strukturere problemstillinga, samt finne litteratur har eg nytta meg av PICO-skjema (sjå vedlegg nummer 2). Dette er eit verktøy som hjelper oss å dele opp spørsmålet, slik at det blir enklare å søke etter litteratur som er relevant for å svare på problemstillinga (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2016, ss. 33-34).

Litteratursøk har blitt gjort i databasane «Academic Search Elite» inklusiv Medline og Cinahl. For å finne relevant litteratur sette eg opp nokre inklusjons- og eksklusjonskriterier i utvalsprosessen. Artiklane måtte ikkje vere meir enn 10 år gamle, frå 2008- 2018. I tillegg måtte artiklane vere på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Vidare ynskja eg å finne artiklar som handla om vaksne rusavhengige, altså frå 19- 44 år. Det vart ikkje gjort avgrensingar i forhold til geografiske område, då eg ville lese alle artiklane eg fann, og heller ekskludere dei som ikkje hadde overføringsverdi til vestlege land.

Relevante søkeord for problemstillinga og tema var: *rusavhengig, recovery, motivasjon, førebyggje og tilbakefall*. For å finne dei engelske søkeorda som eg var usikker på nytta eg meg av SweMed+ sin «MeSH-funksjon». Dei engelske søkeorda som blei nytta til søk blei dermed *drug user, relapse,*

*prevention, addiction, motivation og recovery*. Det blei nytta synonymord til fleire av søkeorda for å få fleire treff. I søket vart det synonymorda kombinert med «OR» og deretter kopla eg saman søka med «AND». Detaljert søk, t.d. søkeord, antall treff og dato kjem fram av vedlegg nummer 1.

Det var ikkje så mykje forskning knytt direkte til temaet, men ein del forskning som kan vere med på å forklare kvifor det er vanskeleg å halde seg rusfri, og kva for faktorar som kan føre til tilbakefall. Eg har også nytta meg av nokre forskningsartiklar som er brukt i tidlegare arbeidskrav på sjukepleiarstudiet, då eg tenkjer dei er relevante for oppgåva mi. Desse artiklane tek i hovudsak føre seg tema som stigma, og kva for konsekvensar dette kan få for den helsehjelpa ein skal yte.

Som det kjem fram av vedlegg nr.1 fann eg fem forskningsartiklar som var relevante for problemstillinga. Desse artiklane vil ikkje bli presentert inngåande her, men seinare i oppgåva under funn/ resultat.

## 2.2 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er viktig for å kunne vurdere om den forskinga og teorien ein har funne er relevant og gyldig for å kunne belyse problemstillinga. Det vil seie at ein må vurdere om litteraturen kan overførast til den problemstillinga ein jobbar med (Dalland, 2017, s. 158). I denne oppgåva er artiklane som er nytta gitt ut mellom 2012-2017. Eg har vurdert at artiklane eg har plukka ut er relevante, og kan bidra til å belyse problemstillinga i oppgåva. For å kvalitetssikre dei artiklane eg fann nytta eg meg av *sjekkliste for kvalitative forskningsartiklar*. Denne sjekklista kan hjelpe oss til å kvalitetssikre resultatane ein finn i artikkelen, og sjå om dei kan overførast til praksis/ vere med på å besvare ei problemstilling (Folkehelseinstituttet, 2014). Dei tre artiklane som er plukka ut er bygd opp etter IMRAD- prinsippet. Det vil seie at artikkelen har ein Introduksjon der formålet med studien blir presentert. Vidare følgjer det ein **Metodedel** der det kjem fram korleis forfattarane har gjennomført studien og analysert resultatane. Deretter kjem **Resultata**, og til slutt (**and**) **Diskusjon** (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2016, s. 69).

Søkeprosessen var krevjande, og eg fann få artiklar som svarte «direkte» på problemstillinga mi. Eg måtte dele opp problemstillinga (PICO), og heller søke etter forskning for dei ulike «delane» av problemstillinga. Alle artiklane eg har funne er skrivne på engelsk, og nokre av dei hadde noko vanskeleg språk og faguttrykk. Dette kan føre til at eg har tolka artikkelen annleis enn det som er meint av forfattarane. To av artiklane eg fann gjennom søk nytta eg meg ikkje av grunna vanskeleg språk og mykje tabellar.

## 3 Teori

### 3.1 Rusmiddel og avhengighet

Omgrepet *avhengighet* er allereie definert i innleiinga, og eg vil difor ikkje gå meir inn på det her. Istaden vil eg sjå på kvifor enkelte menneske er meir utsette for å utvikle rusavhengighet. Som nemnt i innleiinga er rusmiddelavhengighet eit utbreidd problem over heile verda. Men kven er det

som er mest utsett for å bli rusavhengig? Det er ingen som er immune mot å utvikle rusproblem, men enkelte grupper er meir utsette enn andre. T.d. ser ein at barn som veks opp med vanskelege forhold i heimen, har lite nettverk rundt seg, slit på skulen, har problem med å danne relasjon til andre og som har dårleg sjølvbilete har større risiko for å utvikle rusproblem samanlikna med andre barn og unge som veks opp under «normale» forhold. I tillegg er barn med alvorleg angst, depresjonar, ubehandla AD/HD, ubehandla traumar, eller som har tilknytningsproblem/ relasjonsvanskar meir sårbare for å utvikle rusproblem enn andre (Lossius, 2012, s. 23).

Det kan vere vanskeleg å skjønne kvifor nokon vel å byrje med rus. Rusmiddel påverkar mange av dei same områda i hjernen som blir stimulerte då ein opplever glede og relasjon til andre. Rusmiddel kan også dempe eller auke intensiteten i ulike følelsar ein kjenner, for eksempel sinne, glede og tristheit. Ein kan også føle mindre depresjon og angst då ein er ruspåverka, og mange brukar rusmiddel for å «rømme» frå kvardagen. Ein får ein «time out», der psykiske og fysiske plager kan bli dempa, ein kan fylle emosjonelle tomrom og regulere behovet for nærheit eller distanse (Lossius, 2012, s. 24).

Rusbruken kan endre seg gjennom livet. I vanskelege periodar, t.d. ved samlivsbrot, ulykker og skader, arbeidslausheit, tap av relasjonar osv. kan ein ha eit høgt forbruk av rusmiddel.

Avhengigheitsproblem kan utvikle og endre seg over tid. I byrjinga tenkjer ein kanskje ikkje over at ein har eit problem. Dei positive verknadane ved rusen er mest framtreddane, og ein nyter kanskje fridommen som rusmidla gir. På dette stadiet er det som oftast omgivnadane som reagerer på rusbruken, dersom nokon legg merke til det i det heile (Lossius, 2012, s. 25).

I neste fase kan personen sjølv byrje å lure på om noko er gale med rusbruken. Mange er ambivalente, dei har både positive og negative erfaringar knytt til rusen på dette tidspunktet. Nokre har kanskje hatt ein eller fleire ubehagelige episodar knytt til rusen, men også positive opplevingar som gjer at ein vil halde fram med rusmiddelinntaket. I denne fasen tenkjer kanskje mange at dei burde prøve å gjere noko med problemet før det blir for stort, med samstundes vil dei ikkje forplikte seg til noko i framtida. Motivasjonen kan vere veldig svingande. Ein dag ynskjer ein å endre seg, men dagen etter vil ein ikkje i behandling før om nokre veker eller ein gong i framtida (Lossius, 2012, s. 25). Meir om endringsprosessen kjem seinare.

### 3.2 Kommunalt rusarbeid

Kommunen har eit omfattande ansvar for å yte tenester til personar med rusmiddelproblem. Dette inneberer både førebyggjande arbeid, og behandling av eksisterande rusproblem. I tillegg har kommunen ansvar for å bistå med etablering av eit behandlingsopplegg (Biong & Ytrehus, 2016, s. 244). Det er kommunen som har hovudansvaret for å yte helsehjelp til personar med rusproblem. I Lov om kommunale helse- og omsorgstenester mm. står det mellom anna at kommunen har plikt til å yte helsehjelp til alle som oppheld seg i kommunen. Dette omfattar pasientar med somatisk eller psykisk sjukdom, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne. Kommunen har



ansvar for å planlegge, gjennomføre og evaluere verksemda slik at pasientane mottek helsehjelp i tråd med lovverk og forskrifter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3.1).

Kommunen skal blant anna kunne tilby psykososial beredskap og oppfølging, utredning, diagnostisering og behandling. Vidare skal ein ha tilbod om sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Ein skal også kunne tilby helsetenester i heimen, personeleg assistanse, bolig og støttekontakt. Kommunen har også ansvar for kommunikasjon med spesialisthelsetenesta, kriminalomsorga og NAV. I tillegg har kommunen ansvar for å utarbeide individuell plan eller oppnemne personleg koordinator til dei pasientane som ynskjer det. Eit anna viktig område er råd og veiledning til pasient og pårørande (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2- 3.10).

Rusproblem er ofte komplekse og samansette, og mange av personane med rusproblem har kanskje somatiske- og eller psykiske plager, problem med bolig og arbeid, manglande sosialt nettverk osv. Det kan vere behov for samarbeid mellom fleire yrkesgrupper og etatar for at behandlinga skal bli best mogleg for brukaren . Då pasientane har så samansette problem kan det vere ei utfordring for helsepersonell å yte god nok helsehjelp. Ein manglar kanskje kunnskap om rus, og når mange hjelpeinstansar er inne i bildet som bidragsytarar kan det hende at ingen føler eit særskilt ansvar for oppfølging. Det er difor viktig at ein oppnemner ein koordinartor som kan koordinere tenestene (Biong & Ytrehus, 2016, s. 247).

### 3.3 Stigma

Mange rusavhengige kan oppleve å bli stigmatiserte av samfunnet rundt seg. Dei kan bli møtt med negativ respons/ haldningar frå både helsepersonell og omgivingane. Å bli stigmatisert vil seie at ein har eigenskapar som oppfattast som negative, og som avviker frå det som er «normalt» i samfunnet. Stigma er ikkje nødvendigvis berre knytt til dei eigenskapane den rusavhengige har, men også dei eigenskapane som andre tillegger vedkommande. Dette kan vere ei utfordring for både for brukaren, pårørande og helsepersonell. Ein kan oppleve å bli forhandsdømt og stempla, og at det ikkje er mogleg å få hjelp til problema sine. Helsepersonell kan ha fordommar mot personar med rusavhengigheit, og dette kan påverke den helsehjelpa dei gir (Biong & Ytrehus, 2016, ss. 228-229). Også pårørande kan oppleve å bli stigmatisert av samfunnet. Dette kan føre til at familien tek avstand frå den rusavhengige, og dermed går ein viktig ressurs til spille.

### 3.4 Motivasjon og endring

Motivasjon er ein prosess som set i gong ei handling eller gir retning til noko. Motivasjon er svært viktig i rusbehandling, då det er denne som fører til atferdsendring (Biong & Ytrehus, 2016, s. 152). Motivasjon er også med på å oppretthalde eller bestemme intensiteten i atferd. Altså kan motivasjon seie noko om bakgrunnen for dei vala menneske tek (Renolen, 2008, s. 41).

Motivasjon kan delast opp i to ulike typar, indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er styrt innanfrå, og utførast for å oppnå indre tilfredsstilling. Ein utfører aktivitetane av eigen fri vilje, fordi

ein har lyst, kjenner glede eller utfordring av dette. Denne typen motivasjon blir ofte kalla naturleg motivasjon, og den har større «kraft» enn ytre motivasjon. Det er ikkje slik at ein opplever indre motivasjon for alle oppgåver og aktivitetar ein gjer, men dei ein har mest interesse for. Ytre motivasjon er ofte styrt av noko utanfor ein person, t.d. påverknad frå andre menneske rundt (Renolen, 2008, ss. 42-43).

Endringsprosessen kan delast inn i fleire fasar: Føroverveielser-, overveielser-, førebuing-, handlings-, og vedlikehaldsfasen. Ein kan seie at brukaren går frå å vere lite bevisst på sin eigen rusbruk, til at ein erkjenner at rusbruken faktisk er problematisk og vil iverksetje tiltak og forsøke å endre seg (Biong & Ytrehus, 2016, s. 153). Det er ikkje alle brukarane som er igjennom alle fasane, og dei kan ha ulikt hjelpebehov i fasane. Brukaren kan oppleve å vere positivt innstilt til endring, før han eller ho plutselig blir ambivalent. Det er difor viktig at helsepersonell lyttar, tek omsyn og er interessert i å hjelpe brukaren ut i frå deira mål og ynskjer, slik at ein legg opp behandling og oppfølging på best mogleg måte. Det er viktig at helsepersonell arbeidar «i takt med brukaren», og tek utgangspunkt i kvar den enkelte brukaren er i endringsprosessen. Det har liten effekt å komme med anbefalingar og råd dersom brukaren ikkje er mottakeleg for dette. Det kan føre til frustrasjon, følelsen av å mislykkast og nedsett motivasjon (Biong & Ytrehus, 2016, s. 153).

### 3.5 Pårørande og sosialt nettverk

Pårørande har ofte ei viktig rolle i rusarbeid. Å ha støtte frå familie kan vere veldig viktig for pasienten, både i behandling og den utfordrande fasen etterpå. Familien kan gi positiv oppmuntring, gi emosjonell støtte og motivere brukaren til å halde seg rusfri. I nokre tilfelle vil kanskje familie hjelpe brukaren økonomisk og med andre praktiske gjeremål som transport, innkjøp, matlaging osv. (Biong & Ytrehus, 2016, ss. 222-223).

Pårørande kan også fungere som ein motivasjonsfaktor for brukaren. Kanskje ein blir meir motivert for å gå eller helde fram i behandling, eller å helde seg rusfri etter avslutta behandling. Dei pårørande kan også vere eit kontaktpunkt mellom brukar og hjelpeapparat, og vere med på å formidle ynskjer og informasjon. Gode relasjonar til familie/ vennar kan også hindre at brukaren havnar tilbake igjen i «feil» miljø. Det er viktig at helsepersonell kartlegg om brukaren har pårørande, og kva for rolle dei har. Pårørande kan sitje med mange ressursar, og vere ein viktig buffer for brukaren (Biong & Ytrehus, 2016, ss. 223-224).

## 4 Resultat/ funn

Etter søk kom det fram fleire interessante områder som kan vere med på å svare på problemstillinga mi. Desse områda var motivasjon, personlege eigenskapar og stigma.

### **Kvifor er motivasjon så viktig hos rusavhengige?**

To av artiklane eg fann handla om motivasjon. Dette er ein stor del av oppgåva, og funna i desse artiklane vil no bli presentert:

Artikkelen «**Recovery from substance use: Drug- dependent people´s experiences with sources that motivate them to change**» er skriven av Brunelle, Bertrand, Landry, Flores- Aranda, Patenaude, Brochu i 2015. Studien er utført i Canada, der 127 rusmiddelavhengige har gjennomgått semistrukturerte intervju. Målet med denne studien var å belyse rusavhengige sine erfaringar om kva som motiverar dei til å bli, eller halde seg rusfrie.

Ein av funna i forskningsartikkelen var at helsepersonell kan vere med på å oppretthalde eller auke brukaren sin motivasjon for å halde seg rusfri, gjennom å vise empati, vere audmjuke og tolmodige. Mange brukarar har fleire og samansette behov, t.d. psykiske- og somatiske plager og sosiale vanskar. Det vart også trekt fram at det var viktig at helsepersonell hadde evne til å kunne samarbeide med andre yrkesgrupper for å sørge for eit betre, og meir sømlaust tilbod for brukarane. Dersom alle tenestene var godt koordinerte, og dei ulike yrkesgruppene kommuniserte seg i mellom var dette positivt for brukaren. Dette kunne føre til auka motivasjon til forandring eller vedlikehald av tilstand.

Deltakarane i studien peika også på at helsepersonell hadde ei sentral rolle for å motivere brukarane då motivasjonen var svingande. Måten brukarane vart møtt på av helsepersonell var også ein viktig faktor. Dei brukarane som hadde ein god relasjon til «kontakten» sin opplevde det som positivt i endringsprosessen (Brunelle, et al., 2015).

«**Intra and interpersonal determinants for relapse in drug addicts**» er skriven av Ferreira, Czarnobay, Borba, Capistrano, Kalinke & Maftum. Studien vart gjennomført i Brasil i 2016. Deltakarane i studien var 20 rusavhengige i behandling for rusavhengighet. Denne studien tok sikte på å finne ut kva eigenskapar som kan føre til tilbakefall hos rusavhengige. Studien såg på korleis personelege eigenskapar kunne påverke brukaren, men også på kva for måte relasjonar og miljø kan påverke den rusavhengige. Studien hadde mange interessante funn, men eg vel å trekke fram dei som er mest relevante for mi oppgåve. Studien peiker på at mangel på motivasjon er ein av dei mest framtrekande faktorane for tilbakefall. Dersom personen ikkje har motivasjon eller vilje til å avstå frå rusmiddel eller vere i behandling er det stor risiko for tilbakefall. Den neste faktoren som kunne føre til tilbakefall var evna til å kunne handtere vanskelege situasjonar i dagleglivet. Dette kan t.d. vere kringlar med familie eller at ein blir arbeidslaus. Til slutt ser forskarane på sosialt nettverk, og påverknaden det har på brukaren sin motivasjon for endring. Dersom brukaren oppsøker eller blir oppsøkt av rusmiljø er det stor sjanse for tilbakefall, men dersom brukaren har eit stort sosialt nettverk utanfor «rusmiljøet» kan dette vere med på å halde brukaren unna tilbakefall (Ferreira, et al., 2016).

### **Stigmatisering blant helsepersonell**

Mange rusavhengige kan oppleve å bli stigmatisert i møte med helsevesenet. To av forskningsartiklane eg har funne handlar om nettopp dette, og kva for følgjer dette kan få for pasienten i praksis.

Forskningsartikkelen «**Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review**» skreven av Boekel, Brouwers, Weeghel & Garretsen i 2013 er ein systematisk review. Den er basert på 28 artiklar om stigma frå vestlege land, henta frå ulike databasar. I artiklane som er gjennomgått kjem det fram at det generelt er negative haldningar knytt til personar med rusproblem blant helsepersonell. Helsepersonell føler at dei ikkje klarer eller er villige til å vise empati for rusavhengige, og motivasjonen til å yte helsehjelp er lågare enn til andre pasientar. Det kom også fram at helsepersonell som arbeida med psykisk sjuke eller pasientar med rusproblem hadde mindre stigma til brukarar med rusproblem og ei meir positiv innstilling til å yte helsehjelp. Artikkelen trekk fram nokre grunnar til at helsepersonell har vanskar med å jobbe med denne pasientgruppa. T.d. seier nokre at det er fordi det er følelsesmessig krevjande, potensielt usikkert og farleg. Det kjem også fram at helsepersonell meinte at brukarane kunne vise aggresjon, vere manipulative, frekke, lite motiverte og valdelege.

Dette blir også utforska i den kvalitative forskningsartikkelen “**Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi study**”.

Hovudformålet til studien var å få fram kva erfaringar ulike sjukepleiarar har i arbeidet med rusavhengige. Vidare blir det sett fokus på kva stigma kan føre til, og grunnar til at stigma fortsatt er eit utbredt problem i møte med rusavhengige pasientar (Barr & Lovi, 2009).

## 5 Korleis kan ein som sjukepleiar ivareta personar som har vore i behandling for rusproblem?

Ved hjelp av litteratur og forskning har eg forsøkt å finne svaret på spørsmålet i overskrifta. I drøftingsdelen vil eg ta føre meg kva for utfordringar ein kan møte i kommunalt rusarbeid, og kva for konsekvensar dette kan få for pasienten. Her vil eg også komme inn på viktigheita av tett oppfølging og samtalar. Vidare vil eg drøfte stigma, og korleis stigma kan påverke helsehjelpa ein gir, samt korleis det kan påverke pasienten sin motivasjon. Til slutt vil eg ta føre meg pårørande og sosialt nettverk.

### 5.1 Utfordringar i kommunalt rusarbeid

Rusproblem er ofte samansette og komplekse, og brukaren kan oppleve både psykiske og somatiske plager, ha økonomiske utfordringar, og mangel på bolig og sosialt nettverk. Dette kan vere ei stor utfordring for helsepersonell. Mange har kanskje ikkje den kunnskapen og kompetansen som krevst, og ein føler at ein ikkje kan gi tilstrekkelig helsehjelp. Eit viktig prinsipp er i kommunalt helsearbeid er at ein skal yte heilheitleg helsehjelp, og at ein skal setje i verk tiltak så fort som mogleg (Biong & Ytrehus, 2016, s. 243).

Difor er det viktig at ein får kartlagd brukaren sin livssituasjon og helse så fort som mogleg, og at ein får kopla inn andre relevante yrkesgrupper, slik at ein kan arbeide tverrfagleg. I tverrfagleg

samarbeid kan det bli mange involverte, og det er viktig at ein avklarar kven som skal ha hovudansvaret for oppfølging av pasienten. På denne måten kan ein hindre dobbeltarbeid, eller at ingen i gruppa tek initiativ (Ytrefhus, 2016, s. 248). Ein annan ting som er relevant for brukarar med langvarige og samansette behov er å opprette ein individuell plan. IP kan vere med på å koordinere tenestene, og sikre eit godt helsetilbod, der ein sikrar at brukaren får brukarmedverknad og innflytelse på sin eigen behandling eller oppfølging. Individuell plan kan også vere med på å styrke samarbeidet mellom ulike yrkesgrupper, brukar og pårørande (Helsedirektoratet, 2017).

Medan eg var i praksis i kommunal rus-og psykiatriteneste var eg innom eit NAV- kontor og hospiterte. Der fekk eg arbeide tverrfagleg med sosionomstudentar. Dette var ei nyttig erfaring, og eg fekk sjå korleis samarbeidet fungerte, og kor viktig det var for at brukarane skulle få eit godt tilbod som sikra deira interesse på best mogleg måte. Den eine sosionomstudenten sa noko eg beit meg merke i. Han meinte at det var alt for lite samarbeid mellom yrkesgruppene. NAV ordna bolig og pengar, og sjukepleiarane tok seg av den somatiske helsa og medisindeling. Studenten meinte at det burde vere mykje tettare samarbeid og informasjonsutveksling mellom sosionomane og sjukepleiarane. På den måten slepp brukarane å gi den same beskjeden fleire gongar, og ein kan samkjøre informasjon og beskjedar som skal ut til pasienten. Viktigheita av tverrfagleg samarbeid blir også trekt fram i artikkelen «Recovery from substance use: Drug- dependent people's experiences with sources that motivate them to change». Her kjem det fram at godt tverrfagleg samarbeid kan auke motivasjonen for endring hos brukaren. Den eine brukaren i studien sa:

«He [the caseworker] had told him, like, my condition, yada yada. At least, the person [the other professional] knew what to expect, and she could take out the right tools, to help me properly, you know. They told each other everything». (Anaïs, hospital emergency department) (Brunelle, et al., 2015).

Av dette sitatet kan ein sjå at brukaren meinte at det var viktig at dei ulike yrkesgruppene samarbeida og utveksla informasjon. I tråd med helsepersonellova § 25 kan ein utveksle informasjon mellom ulike yrkesgrupper/ samarbeidspartar dersom brukaren ikkje motset seg dette, og at det er nødvendig for å kunne yte forsvarleg helsehjelp (1999).

Men det er ikkje berre samarbeid mellom ulike yrkesgrupper i kommunen som er relevant. I mange tilfelle kan det også bli nødvendig å kommunisere med spesialisthelsetenesta. Det er hovudsakeleg her behandlinga av rusproblem føregår (Sælør & Bjerknes, 2016, s. 144). Då pasientar blir utskrivne frå behandling er det kommunen som overtek ansvaret. For å sikre ein glidande overgang bør spesialisthelsetenesta ta kontakt med kommunen før utskrivning, slik at hjelpeapparatet er førebudd til pasienten kjem med tanke på bolig og økonomi, men også oppfølging i tida etter utskrivning (Skoglund & Biong, 2016, ss. 198-199). Samhandlingsreforma som kom i 2009 seier blant anna noko om kva for ansvar kommunehelsetenesta har i oppfølging av pasienten, og kva for plikt

spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta har for å utveksle informasjon seg i mellom. Målet med Samhandlingsreforma er at det skal vere enklare å få hjelp der ein er, og samarbeidet mellom helseetatane skal fungere betre (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, ss. 13-14).

I Spesialisthelsetenestelova § 6-3 kjem det fram at spesialisthelsetenesta har veiledningsplikt ovanfor den kommunale helse- og omsorgstenesta. Det vil seie at dei skal bidra med råd og rettleiing slik at kommunen kan løyse oppgåver i tråd med lover og forskrifter (1999). Som nemnt tidlegare bør ein altså ha eit tett samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetenesta då ein pasient skal skrivast ut. Dette gjer jobben til kommunen enklare, og ein kan ta i mot pasienten på ein god måte.

Det kan vere nyttig for brukaren å ha ein fast kontaktperson i kommunehelsetenesta. Denne personen vil då få eit særleg ansvar for oppfølging av brukaren (Biong & Ytrehus, 2016, s. 255). Dette kan ha fleire fordelar. Primærkontakten har mykje kunnskap om den aktuelle brukaren sin tilstand, ynskjer og behov, og ein kan tilby ei betre teneste. Ein kan fungere som eit bindeledd mellom ulike yrkesgrupper og instansar slik at brukaren opplever eit meir sømlaust tilbod. I tillegg kan ein oppleve at ein byggjer ein sterk og meningsfull relasjon mellom brukar og primærkontakt, slik at ein får eit optimalt samarbeid. Negativt med dette kan vere at brukaren ikkje ynskjer å forholde seg til andre enn denne eine personen. Dette kan by på utfordringar i feriar eller ved sjukmeldingar, då brukaren ikkje får snakka med sin «faste». Dette har eg også sett døme på i praksis. Brukaren ynskja ikkje besøk av anna helsepersonell fordi dei ikkje kjente til han, og han følte at det kom til å bli ubehagelig å dele historia og problema sine på nytt til nye ansikt. Dette førte til at brukaren ikkje hadde samtalar med helsepersonell over ein lengre periode, og brukaren «sklei» ut.

Det er vanleg at ein kjem borti vanskelege situasjonar i livet, og som nemnt tidlegare kan dette vere ein av årsakene til tilbakefall. Det kan tenkjast at tett oppfølging, der ein har ein god dialog og relasjon til brukaren kan vere med på å avdekkje slike problem før dei blir for store.

## 5.2 Stigma og kunnskap hos sjukepleiaren

Stigmatisering er noko av det vanskelegaste for personar med rusproblem. Det er ikkje berre «aktive» rusavhengige som opplever stigma, men også personar som har slutta med rus. Dette kan påverke motivasjonen til brukaren, og gjere det vanskeleg å handtere den vanskelege rehabiliteringstida. Biong og Ytrehus skriv at brukaren kan oppleve å bli møtt med negative haldningar i samfunnet, men også frå helsepersonell. Stigmatisering kan føre til at brukaren, og pårørande ikkje får den helsehjelpa dei har rett på (2016, s. 228).

I artikkelen til Lovi og Barr kjem det fram at helsepersonell som vanlegvis ikkje arbeidar med personar med rusproblem ikkje vil «ha noko med *dei* å gjere». Helsepersonell med lite kunnskapar kan vere fordomsfulle og avvisande i kontakten. Dette kjem fram av sitatet frå ein sjukepleiar som vart intervjuet til studien:

«I have found that there are still some nurses that don't want to have anything to do with them, they see it as a self-induced problem, and it's not real, that they created their own problems. They don't look back at anything that may have created their dependency, or whatever it is that they may need, some kind of crux to help them get through that situation (Bell)» (Barr & Lovi, 2009).

Dette viser at for lite kjennskap og kunnskap om rusavhengige, kombinert med fordommar kan føre til at ein avviser personar med rusproblem, slik at dei ikkje får den helsehjelpa dei har behov for (Barr & Lovi, 2009). Dette kan vere veldig uheldig for brukarar som nettopp har vore i behandling, då dei har behov for tett oppfølging og ivaretaking av helsepersonell. Dei er gjerne usikre, og har det tøft, og då hjelper det ikkje å bli møtt med negative haldningar og avvising. Det kan føre til at brukaren unngår å ta kontakt med helsevesenet, og prøver å skjule nyoppståtte problem (Biong & Ytrehus, 2016, s. 229). Artikkelen «Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review» trekk fram at svært mange sjukepleiarar og anna helsepersonell har negativ oppfatning av personar med rusproblem, og at motivasjonen for å gi helsehjelp er mindre enn til andre pasientgrupper. Årsaker til dette kunne vere at ein opplevde usikkerheit, frykt for vald og at brukarane var manipulative og aggressive (Boekel, Brouwers, Weeghel, & Garretsen, 2013). I yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar står det: «Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket» (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette legg verdigrunlaget for den jobben sjukepleiarar skal utføre. Ein skal behandle alle med likeverd og respekt, uavhengig av livssyn, etnisitet, sosial bakgrunn osv.

Barr og Lovi skriv vidare i studien at det burde vere meir fokus på å lære om rus og rusavhengige i sjukepleiarutdanninga. Dersom ein aukar kunnskapsnivået blant sjukepleiarar kan det føre til at fordommane/ stigma blir reduserte og behandlinga blir betre (Barr & Lovi, 2009). Dette blir også støtta i artikkelen til Lang et.al. Deltakarane i denne studien legger også vekt på at det er for lite undervisning om rus i utdanninga. Dei kan mykje om dei somatiske lidningane, men lite om utfordringane i arbeidet med rusavhengige, t.d. dei sosiale vanskan ein kan oppleve i forbindelse med rusbruk (2013). Igjen kan ein sjå viktigheita av tverrfagleg samarbeid, som har blitt nemnt tidlegare i drøftinga. Vidare seier artikkelen «Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review» noko om at helsepersonell om har arbeida med personar med rusproblem over ein periode, eller har vidareutdanning i rus synest jobben er givande og dei har gode haldningar til pasientgruppa (Boekel et al, 2013).

Då eg var i praksis i kommunal rusteneste fekk eg oppleve kva stigmatisering frå helsepersonell kan føre til. På eit ansvarsgruppemøte fortalte ein pasient om dei somatiske plagene han opplevde. Han hadde sterke smerter i spiserør/ magesekk, og følte at dette gjekk kraftig utover hans livskvalitet, då

han ikkje klarte å delta på aktivitetar, vere sosial eller arbeide. Legen på ansvarsgruppemøte såg på pasienten, og svare kort at dette var det ikkje noko å gjere med. Pasienten fortalte i etterkant at han følte at han ikkje vart teken seriøs og at han mista den lille motivasjonen han hadde att for å halde seg rusfri. Nokre veker etterpå droppa pasienten ut i frå legemiddelassistert rehabilitering (LAR) , og byrja å ruse seg att. Her ser ein at manglande kunnskap og stigma kan føre til at pasientar mistar motivasjonen slik at dei tek uheldige val. Denne pasienten burde fått tilbod om undersøking og vidare oppfølging i tråd med § 4 i Helsepersonellova, krav om fagleg forsvarleg og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999).

## 5.2 Pårørende og sosialt nettverk

«Langvarig rusmiddelproblematikk kan medføre sosial isolasjon. Rusmiddelbruken kan ha medført brudd/konflikter med familie og nettverk. Ensomhet kan være en opprettholdende faktor og er en stor risiko for tilbakefall. For mange har rusmiddelbruken gitt identitet og tilhørighet, og bidratt til et sosialt fellesskap og håndtering av ensomhet» (Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet- Psykososiale forhold i rusbehandling: Familie, bolig, økonomi, utdanning, arbeid og nettverk, 2017)

Dette har eg sett døme på gjennom praksis i kommunal rushelseteneste. Mange av brukarane har liten eller ingen kontakt med pårørende og familie. Gjennom samtalar kom det fram at brukarane syntest dette var tungt, og at dei skulle ynskje at dei hadde støtte frå familien sin. I vanskelege periodar var det tøft å ikkje ha nokon der, og det kunne ende opp med at ein tok kontakt med relasjonar i «rusmiljøet» for å fylle eit tomrom. Som nemnt tidlegare i teorien kan vanskelege periodar i livet føre til at ein person går tilbake til rusen, for å få ei pause frå kvardagen og oppleve noko positivt (Lossius, 2012, s. 25). I forskningsartikkelen til Brunelle et al kjem det fram at familie er ein viktig motivasjonsfaktor for å gå i behandling, eller vedlikehalde rusfriheit (2015). I følge Biong og Ytrehus kan familiemedlemmar ha ei viktig skadereduserande rolle. Pårørende kan bidra med støtte og hjelp i vanskelege periodar, samt motivere brukaren (Biong & Ytrehus, 2016, s. 223).

Men pårørende kan kanskje også legge eit visst press på brukaren, slik at han eller ho prøver å forandre seg for familien sin del. Dette er ein form for ytre motivasjon, kalla *introjeksjon*. Her utfører ein ei handling for å unngå dårleg samvit , skuld- eller skamfølelse, for eksempel at ein ikkje brukar rusmiddel fordi ein kjem til å skuffe pårørende (Renolen, 2008, ss. 42-43). Er denne typen motivasjon sterk nok for å halde seg rusfri over tid, eller kan ein ende opp med å gå tilbake til rusen dersom det blir vanskelege periodar i livet eller ein treff på gamle kjente frå rusmiljøet? Dette blir trekt fram i artikkelen til Ferreira, Czarnobay, Capistrano, Kalinke og Maftum. Der seier den eine personen som blir intervjuet: «I met some old friends, they stopped by and they said the drug was there, with them, and I used it again. I can't turn my back to the person and say no to the drug when there is someone offering it to me» (2016). Dette viser kor vanskeleg det er å seie nei dersom ein får tilbod om



rusmiddel. Det viktigaste brukaren kan gjere er å unngå slike høgrisikosituasjonar. Dersom brukaren berre har relasjonar i rusmiljøet kan dette vere vanskeleg, men dersom ein har familie kan dei bidra med støtte og motivere til at brukaren held seg vekk frå rusmiljøet (Biong & Ytrehus, 2016, s. 223).

For å styrke dei pårørande si rolle i rusarbeidet, er det viktig at sjukepleiaren også ivaretek denne gruppa. Det kan vere gjennom samtalar der pårørande kan få snakke om utfordringar og belastningar dei opplever. Sjukepleiaren kan komme med råd og rettleiing, samt undervise i relevante tema. Dette kan føre til mindre stress og auka mestring for pårørande. Ein kan også setje pårørande i kontakt med ulike pårørandegrupper/ informasjonsgrupper dersom det er ønskeleg (Andresen, 2012, ss. 417-418). Dersom pårørande er kunnskapsrike og trygge i rolla si kan dette vere positivt for brukaren som er i rehabilitering. Han eller ho kan føle at dei pårørande har auka forståing for tilstanden, og at dei pårørande kan sjå behova ein har.

Det er også viktig å trekke fram at ikkje alle brukarane klarer å halde seg rusfrie i etterkant av behandling, og dette er heilt normalt. Endringsprosessen er ikkje lineær, og brukaren kan bevege seg mellom ulike fasar der motivasjonen er svingande. Ein kan ha periodar med rusfriheit, og tilbakefall i løpet av ein endringsprosess (Biong & Ytrehus, 2016, s. 177). Dette har eg opplevd i praksis. Ein brukar hadde lenge vore i behandling, og såg ut til å ha det veldig bra. Han fekk gjenopptatt kontakten med familien, fekk seg arbeid og begynte å trene på fritida. Han hadde jamlege samtalar og medisintdeling på det kommunale ruskontoret, og ansvarsgruppa fungerte bra rundt pasienten. Då det gjekk bra med brukaren vart hyppigheita på samtalan og medisintdelinga trappa ned. Plutseleg gjekk det nedover med brukaren, og han byrja å ruse seg att. Dette viser at sjølv om ting går tilsynelatande bra med brukaren kan det vere ting som ikkje når overflata som kan føre til tilbakefall. Ved tilbakefall er det viktig at ein tenkjer over korleis ein møter brukaren. Istadenfor å vise frustrasjon og oppgittheit, bør ein vise forståing, respekt, og prøve å motivere brukaren til å gå i behandling igjen, eller setje i verk andre tiltak som brukaren ynskjer (Brunelle, et al., 2015).

## 6 Konklusjon

Så, korleis kan ein på best mogleg måte ivareta brukarar som har vore til behandling for eit rusproblem? Nokre av brukarane lukkast med å halde seg rusfrie i etterkant av behandling, andre ikkje. Det ein veit er at det er ein vanskeleg fase, og dei fleste brukarane vil ha behov for tett oppfølging og ivaretaking i rehabiliteringsfasen. Det er viktig at ein prøver å involvere pårørande der dette er aktuelt, då dei kan vere viktige ressursar og støttespelarar, både for brukaren og helsepersonell. Det er også viktig at kommunehelsetenesta har kyndig, kunnskapsrikt og fordomsfritt helsepersonell som kan møte brukaren der han eller ho er, og kan arbeide tverrfagleg slik at brukaren opplever eit heilheitleg tilbod. Dette vil seie at både den psykiske og somatiske helsa blir kartlagt og ivareteke, men også at bolig, økonomi og sosialt nettverk er på plass. I tillegg vil eg nemne at det kanskje er spesielt viktig at ein fangar opp dei brukarane som har hatt tilbakefall i

rehabiliteringsfasen. Desse brukarane har kanskje eit enno større behov for oppfølging og støtte, og treng gjerne ein «dytt» og litt motivasjon for å gå i behandling att.

Ein ting eg la merke til medan eg har jobba med denne oppgåva er at det er svært mange faktorar som kan vere med å påverke brukaren sin motivasjon for endring. Eg tenkjer at det er veldig viktig at helsepersonell får god opplæring og meir kunnskap om dei komplekse utfordringane denne pasientgruppa slit med, slik at ein kan få auka forståelse og redusere stigmaet som finst i samfunnet og blant helsepersonell.

## 7 Litteraturliste

- Andresen, N. (2012). Pårørende. K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. (ss. 417-418) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barr, J., & Lovi, R. (2009, 10). <http://www.proquest.com/>. Hentet 11 05, 2017 fra <http://www.proquest.com/>: <https://search-proquest-com.galanga.hvl.no/docview/203175584?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=15685>
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2016). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Weeghel, J. v., & Garretsen, H. F. (2013, 07 01). *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review*. Hentet 04 2018 fra Sciencedirect.com: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Brunelle, N., Bertrand, K., Landry, M., Flores- Aranda, J., Patenaude, C., & Brochu, S. (2015, 03 25). *Recovery from substance use: Drug- dependent people's experiences with sources that motivate them to change*. Hentet 04 2018 fra <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=108755102&S=R&D=afh&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7U4v%2BbwOLCmr1CepnNSsq%2B4TLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrtVGuprBLuePfgeyx44Dt6fIA>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. (St.meld. nr. 47) Hentet 05. 2018 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- EMCDDA, E. o. (2017). *Europeisk narkotikarapport- trender og utviklinger*. Hentet 11 04, 2017 fra [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu): <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001NON.pdf>
- Ferreira, A. Z., Czarnobay, J., Borba, L., Capistrano, F., Kalinke, L., & Maftum, M. A. (2016, 03 14). *Intra and interpersonal determinants for relapse in drug addicts*. Hentet 04 18 fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=b112a85c-dc28-45fa-8d70-03f466eb37a4%40sessionmgr4007>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 05. 2018 fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no): <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet 05 2018 fra [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no): [https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/#KAPITTEL\\_7](https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/#KAPITTEL_7)
- Helsedirektoratet. (2017, 01 24). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet- Psykososiale forhold i rusbehandling: Familie, bolig, økonomi, utdanning, arbeid og nettverk*. Hentet 05 2018 fra Helsedirektoratet.no: - (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=psykososiale-forhold-i-rusbehandling-9220#involvering-av-familie-og-nettverk-i-rusbehandlinganbefaling>)
- Helsedirektoratet. (2017, 07 06). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 06 2018 fra [helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no): <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=om-individuell-plan-og-8179>





## 8 Vedlegg

### Vedlegg nr. 1- søkehistorikk

Databasar	Dato for søk	Søk nr	Søkeord	Treff	Antall artiklar
Academic Search Elite+ Medline & Cinahl	11.04.18	S1	«Drug user» or «drug addict» or «substance abuser»	37 318 treff	
Academic Search Elite+ Medline & Cinahl	11.04.18	S2	«Relapse»	56 636 treff	
Academic Search Elite+ Medline & Cinahl	11.04.18	S3	«Avert» or «avoid» or «prevention»	931 107 treff	
Academic Search Elite+ Medline & Cinahl	11.04.18	S4	S1 and S2 and S3	65 treff	1
Academic Search Elite+ Medline & Cinahl	11.04.18	S5	«Addiction»	72 709 treff	
Academic Search Elite+ Medline & Cinahl	11.04.18	S6	«Motivation»	88 623 treff	
Academic Search Elite+ Medline & Cinahl	11.04.18	S7	«Recovery»	268 288 treff	
Academic Search Elite+ Medline & Cinahl	11.04.18	S8	S5 and S6 and S7	181 treff	2

### Vedlegg nr. 2- PICO- skjema

P	I	C	O
Rusavhengige	Ikkje- medikamentelle tiltak		Halde seg rusfri