



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Motivasjon til vektnedgang på rus døgnpost

Motivation for weight loss in drug rehabilitation center

Kandidatnummer: 363

Mohammed Akbar Iqbal

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)/ institutt for helse- og omsorgsvitenskap/ Campus Førde

Veileder: Anne Marie Sandvoll

Innleveringsdato: 15.06.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel

Motivasjon til vektnedgang på rus døgnpost

Bakgrunn for valg av tema

Overvekt er relevant i dagen samfunn. Dette er relevant i praksis da LAR-pasienter kan oppleve vektøkning som følge av metadon behandling. Valg av tema baserer seg på interesse for temaet som kom etter en praksisperiode på rus døgnpost. Der møtte jeg flere pasienter som ønsket å gå ned i vekt.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier motivere en pasient på rus døgnpost til vektnedgang?

Metode

Litteraturstudie som metode. Jeg har brukt tre kvalitative og to kvantitative forskningsartikler i oppgaven. I tillegg er oppgaven basert på selvvalgt litteratur og egne erfaringer.

Oppsummering av funn og konklusjon

Resultatet fra studiene viser at ernæringsintervensjoner kan føre til at ruspasientene velger sunnere mat og mindre inntak av søtsaker og desserter. Noen pasienter kan være motivert for delta på fysisk aktivitet, men strukturelle, sosiale og emosjonelle barrierer fører til at de velger å ikke delta. Tilbakemeldinger som BMI og blodtrykk, kan øke motivasjon til atferdsendring hos noen overvektige pasienter. Sykepleier bør jobbe i takt med hvor pasienten befinner seg i endringsprosessen. For å fremme, forsterke og/eller vedlikeholde den indre motivasjonen til pasienten kan sykepleieren bruke motiverende intervju, gi informasjon, veiledning, råd og fremme mestringstro.

Nøkkelord

Legemiddelassistert rehabilitering, metadon, motivasjon, vektnedgang.

Abstract

Title

Motivation for weight loss in drug rehabilitation center.

Background for choice of topic

Obesity is relevant for today's society. This is relevant in practice as opioid replacement therapy patients may experience weight gain as a result of methadone treatment. The choice of theme is based on interest of the topic that came after a period of practice on the drug rehabilitation center. I met several patients who wanted to lose weight.

Thesis statement

How can a nurse motivate a patient on a drug rehabilitation center to lose weight?

Method

Literature study as method. I used three qualitative and two quantitative research papers in the thesis. In addition, the thesis is based on self-selected literature and my own experiences.

Summary of findings and conclusion

The results of the studies show that nutritional interventions can cause drug patients to choose healthier foods and less intake of sweets and desserts, some patients may be motivated to engage in physical activity, but structural, social and emotional barriers lead to them not choosing to participate and feedback such as BMI and blood pressure may increase motivation for behavioral change in some obese patients. The nurse should work in line with where the patient is in the process of change. In order to promote, reinforce and/or maintain the inner motivation of the patient, the nurse can use motivational interviews, provide information, guidance and advice and promote mastery beliefs.

Keywords

Opioid replacement therapy, methadone, motivation, weight loss

Innhold

1. Innledning	4
1.1 Introduksjon	4
1.2 Bakgrunn for valg av tema	4
1.3 problemstilling	5
1.4 Avgrensning av problemstilling	5
1.5 Oppbygging av oppgaven	5
2. Metode.....	6
2.1 Søkeprosess og funn	6
2.2 Kildekritikk.....	7
3. Teori	8
3.1 Legemiddel assistert rehabilitering	8
3.2 Sykepleiers rolle i møte med LAR- pasienten.....	9
3.3 Endringsprosessen	10
3.4 Motiverende intervju	10
3.5 Empowerment.....	12
3.6 Mestringstro.....	13
4. Resultat og funn	13
4.1 Kunnskaper om matvaner og vekttap	14
4.2 Strukturelle, sosiale og emosjonelle barrierer	15
4.3 Tilbakemeldinger som motivasjonsfaktorer til atferdsendring.....	15
5. Drøfting	16
5.1 Relasjon og tillit mellom LAR-pasient og sykepleier.....	16
5.2 Hvordan motivere LAR-pasienten	17
5.3 Veilede i forhold til ernæring, kostholdsvaner og fysisk aktivitet.....	19
6. Konklusjon.....	20
Bibliografi	21

1. Innledning

1.1 Introduksjon

Forskning viser at pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) som blir behandlet med metadon ofte opplever vektøkning (Sweeney, et al., 2019). LAR ble første gang introdusert av Nyswander og Dole i USA i 1960-årene og gikk under navnet methadone maintenance treatment (Fekjær, 2004, s. 257; Haga, 2012, s. 364). Metadon ble brukt for å subsidiere illegale opioidstoffer for å gjøre pasienter abstinensfri. I Norge i dag er metadon og buprenorfin godkjent som substitusjonsbehandling for opioidavhengige. Behandlingsprinsippet baserer seg på at personer som har brukt intensivt korttidsvirkende opiat, særlig heroin og andre morfin- og morfinlignende stoffer over lang tid, etter hvert har utviklet neurobiologiske forandringer i det endorfinsystemet. Dette fører til at kroppen tilpasser seg opioidet, som igjen fører til abstinens dersom de ikke får tilført opioidet jevnlig. Medikament som metadon medfører normalisering av de ulike biologiske forholdene i hjernen og holder pasienten fri for abstinenssymptomer (Haga, 2012, ss. 364-366).

Vektøkning er en vanlig bivirkning ved bruk av metadon og kan forekomme hos opptil 1 av 10 personer (Felleskatalogen, 2015). Forskning viser at pasienter i gjennomsnitt vil oppleve vektøkning på 10 % (Fenn, Laurent, & Sigmon, 2015). For noen kan dette føre til overvekt mens for andre kan det ha mindre betydning. Overvekt kan igjen føre til ulike livsstilssykdommer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, ulike former for kreft, søvnapné og høyt blodtrykk (Groven & Rugseth, 2016, s. 273). Det følger også med en del økonomiske konsekvenser for samfunnet. I industrialiserte land står vektrelaterte helseproblemer for 2-6% av de totale helsekostnadene (Helsedirektoratet, 2010, s. 14). Blant LAR-pasienter kan årsaker til vektøkning ofte skyldes væskeopphopning, en livsstil med mindre fysisk aktivitet og/eller endret kaloriinntak og -forbruk etter stabilisering i LAR (Helsedirektoratet, 2010).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om temaet vektnedgang. Bakgrunnen for valget er at det er svært relevant i dagens samfunn. Dette er et tema jeg fikk økt interesse for da jeg var i praksis. Jeg møtte

flere overvektige ruspasienter som ønsket å gå ned i vekt. Ut fra mine erfaringer er det stort fokus på underernærte og feilernærte ruspasienter i praksis, mens det derimot er lite fokus på overvektige ruspasienter. Dette førte til et større ønske om å lære mer om temaet.

1.3 problemstilling

Hvordan kan sykepleier motivere en pasient på rus døgn post til vektnedgang?

1.4 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til voksne pasienter innlagt på rus døgnpost, som har blitt overvektig som følge av LAR behandling med metadon. Mennesker som har en BMI verdi over 25, blir definert som overvektige (FHI, 2015). Rus døgnpost er en avdeling der pasientens innleggelse varierer fra noen uker til noen måneder avhengig av hvorfor pasienten blir innlagt. I behandlingen legges det vekt på blant annet pasientens fysiske og psykiske helse og rusproblemer. Målene for behandlingen blir utformet etter individuelle behov til hver enkelt pasient (Helse Førde, 2017; St. Olavs hospital, 2017). I denne oppgaven vil jeg fokusere på hvordan sykepleier i rus døgnpost kan motivere pasienter til vektnedgang gjennom valg av sunnere mat og økt fysisk aktivitet i innleggelsesperioden. Endringer i kosthold der en øker inntak av frukt, grønnsaker og grove kornprodukter samt reduserer inntak av mettet fett kan sammen med økt fysisk aktivitet føre til vekttap (Helsedirektoratet, 2010, s. 24).

1.5 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven min er en litteraturstudie med en innledning, hoveddel og avslutning. I innledningen legger jeg frem individ- og samfunnsmessig perspektiv, bakgrunn for valg av tema og problemstilling med avgrensning. Hoveddelen består av litteraturstudie som metode, søkeprosessen for å finne relevante forskningsartikler, samt kildekritikk. Videre presenterer jeg relevant teori og funn fra forskningsartiklene. Deretter drøfter jeg funn fra forskningsartiklene, teori og egne erfaringer fra praksis opp mot problemstillingen. I avslutningen presenterer jeg min konklusjon.

2. Metode

Den fremgangsmåten man benytter seg av for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling kalles metode (Thidemann, 2017, s. 77). Litteraturstudie er metoden som blir bruk i denne oppgaven. Litteraturstudie systematiserer kunnskap fra tidligere skriftlige kilder. Dette betyr å samle inn litteratur, kritisk gjennomgang av den gitte litteraturen og til slutt sammenfatning av det hele. Hensikten med dette er å vise til hvordan man har kommet frem til kunnskapen og for å gi leseren god forståelse og oppdatert kunnskap på det området som problemstillingen etterspør (Thidemann, 2017, ss. 79-80).

2.1 Søkeprosess og funn

Jeg begynte søkeprosessen med å bruke PICO-skjema for å finne relevante søkeord i forhold til problemstilling (Helsebibloteket, 2016). PICO-skjema ble forkortet til PIO. Dette er på grunn av at «C» står for: comparison som innebærer sammenligning av ulike tiltak. Dette er ikke relevant for problemstillingen. For å finne forskningsartikler har jeg gjennomført systematisk søk i databasene; Academic Search Elite, Medline, Cinahl with full text, sportDiscus og ERIC. Alle søkene ble søkte i alle databasene samtidig.

Jeg har valgt å bruke engelske søkeord. Dette er fordi jeg ikke fant relevant forskning ved bruk av norske ord, men også fordi jeg ønsket internasjonal forskning om temaet. Det ble gjort forsøk med norske søkeord som «vektøkning», «metadon», «motivasjon» og «ruspasienter» uten relevant funn. Jeg har brukt de boolske operatorene «AND» og «OR». «AND» har blitt brukt for å avgrense søkene, mens «OR» har blitt brukt for synonymer (Thidemann, 2017, s. 88). Det har blitt tatt i bruk ulike søkeord i forskjellige kombinasjoner for å flere ulike treff. Alle søkene ble avgrenset mellom perioden 2010-2020 for å ekskludere eldre forskning. Deretter ble abstraktene lest for å vurdere om forskningsartiklene var relevante i forhold til problemstillingen. Jeg fant fem relevante studier som jeg har brukt til å belyse problemstillingen.

Ved å bruke søkeordene «methadone maintenance treatment» «AND» «weight loss or weight reduction or lose weight» fikk jeg 13 treff. Jeg valgte å bruke to av disse i oppgaven. Den første studien omhandler virkningen av en ernæringsintervensjon for å forbedre kunnskap om

sunne matvaner og vekttap for pasienter som får metadon vedlikeholdsbehandling (Sason, Adelson, Herzman-Harari, & Peles, 2018). Den andre studien har som hensikt å gi innsikt i heroinbrukere sin spisemønster for å kunne forme fremtidige ernæringsintervensjoner (Neale, Nettleton, Pickering, & Fischer, 2012).

Ved å bruke søkeordene «drugs use disorder», «motivation» «AND» «physical exercise» «AND» «best practice», fikk jeg to treff. En av de studiene undersøkte hvorfor alkoholavhengige pasienter valgte å droppe ut av et treningsintervensjons program (Sari, Muller, & Roessler, 2017). Denne studien omhandler en annen gruppe pasienter enn LAR-pasienten. jeg mener til tross for dette at funnene fortsatt er relevante for min problemstilling.

Studien til Donnachie, Wyke og Hunt (2018), fant jeg ved å bruke søke med ordene «motivation» «AND» «weight loss interventions» «AND» «qualitative». Søket førte til 27 treff. Denne studien har som hensikt å undersøke menns reaksjoner på å tilbakemeldinger om deres helsetilstand før de deltok på et vektkontroll-program (Donnachie et al., 2018).

Den siste studien fant jeg ved å søke med ordene «Substance abuse treatment» «AND» «weight loss» Dette førte til 26 treff. Denne studien hadde som mål å undersøke effekten av en pedagogisk og miljømessigintervensjon på kosthold, BMI og omkrets rundt midjen, for menn i rusavhengighetsbehandling (Cowan & Devine, 2012).

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk har blitt brukt i denne oppgaven for å vurdere i hvilken grad litteraturen kan beskrive og belyse problemstillingen. Kildekritikk har også blitt brukt for at leseren skal forstå hva slags kilder som har blitt benyttet, men også relevans og pålitelighet i forhold til besvarelsen av problemstillingen (Dalland, 2017, ss. 158-159).

Alle forskningsartiklene er hentet fra databasene: Academic Search Elite, Medline, og Cinahl with full text. Alle disse databasene er tilgjengelig fra Høgskolen på Vestlandet sine nettsider. For å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene har jeg brukt sjekkliste fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Jeg har blant annet vurdert om formålet i studien er klart formulert, om metodebruken er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen og om data ble samlet på en slik måte at problemstillingen ble besvart (Helsebiblioteket, 2016). Om det var tilfredsstillende svar, ble artikkelen tatt i bruk i denne oppgaven. Videre har jeg vurdert studienes publikasjons år. Alle forskningsartikkelen er publisert innenfor tidsrommet 2012-2019 og jeg vil derfor anse studiene som aktuelle og oppdaterte. Alle artiklene er skrevet på engelsk. Dette kan føre til mulig feiltolkning, med tanke på at jeg har oversatt tekstene.

De sekundære kildene som har blitt brukt i oppgaven er tidligere pensumbøker. Det har også blitt brukt statlige nettsider som Lovdata og Helsebiblioteket for å finne relevante lover, retningslinjer og annet informasjon. Noe av litteraturen er eldre. Dette er på grunn av at skolebiblioteket har vært stengt på grunn av COVID-19 som har ført til begrenset tilgang til bøker.

3. Teori

I denne delen av oppgaven skal jeg presentere relevant teori som kan belyse problemstillingen.

3.1 Legemiddel assistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering er en behandlingsmodell for mennesker avhengige av heroin, men også andre opiater. Behandlingseffekten av LAR er godt dokumentert i en rekke studier. Blant annet at pasienter som blir i lenger LAR bruker mindre illegale opioider, mindre kriminell atferd og redusert overdosedødsfall (Haga, 2012, s. 364). Målet med LAR-behandling har vært rusfrihet, økt livskvalitet/helse og sosialt og yrkesmessig mestrings- og funksjonsnivå (Haga, 2012, ss. 364-367). Indikasjon for LAR er at pasienten er diagnostisert med opioidavhengighet etter ICD-10/DSM-IV. Det skal være et visst omfang og varighet av avhengigheten. En skal også vurdere om avhengigheten forhindrer behandling av andre alvorlige sykdommer, v d risiko for tilbakefall fra en stabilisert tilværelse og ved risiko for selvdestruktiv atferd. LAR skal i utgangspunktet ikke være førstevalget i

behandlingen av opioidavhengighet på grunn av at medikamentene i behandlingen er sterkt avhengighetsskapende og kan føre til en livsvarig behandling for noen.

Medikamentene kan også ha langtidsvirkninger som foreløpig ikke er kjente, blant annet på kognitive evner (Helsedirektoratet, 2010). Metadon er et av medikamentene som blir brukt i behandling og har en kjent bivirkning som fører til vektøkning og økning i kardiovaskulære risikofaktorer (Sweeney, et al., 2019). Grunnen til dette kan være endret kaloriinntak og -forbruk etter stabilisering i LAR og/eller en livstil med mindre fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010). Studie viser at økt sug etter sukker også kan være en årsak (Fenn et al., 2015).

3.2 Sykepleiers rolle i møte med LAR- pasienten

Mange LAR-pasienter har problemer med å få gode relasjoner til andre (Lossius, 2012, ss. 23-24). LAR- pasientene er ofte også en gruppe pasienter som møter moralisering, diskriminering, utstøtning og mistenkeliggjøring av helsepersonell og andre mennesker (Aarre, 2018, s. 285). Relasjonen mellom sykepleier eller andre hjelpere kan være av stor betydning i forhold til pasientens arbeid med endring. Genuine, sterke og gjensidig relasjon kan gi forutsetninger for positivt resultat av behandlingsoppholdet (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 151).

Gode relasjoner skaper tillit hos LAR-pasienten. Ved tillit aksepterer pasienten lettere sykepleieren som eksperter og aksepterer at vedkommende har behov for hjelp og behandling. Tillitsskapende hjelp kan kjennetegnes ved ærlighet, ikke dømmende holdning, respekt, at en unngår negativ oppførsel, unngår å avvise og ikke gir opp den som trenger hjelp. Mistillit kan derimot føre til at pasienten unnlater å oppsøke hjelp, ta imot hjelp og å kommunisere behov for hjelp (Ytrehus, 2018, s. 240).

I opptrappingsplan for rusfeltet ønsket regjeringen å iverksette tiltak som kan øke ruspasienter sin kunnskap og ferdigheter om matlaging, råvarer og hygiene, slik at de gradvis kan ta ansvar for eget kosthold. Opptrappingsplanen trekker også frem at samarbeid mellom personalet og pasienten om mattilbud og tilrettelegging kan føre til økt motivasjon for å delta i de felles måltidene

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Sykepleier som skal utøve kostveiledningen bør basere seg på kunnskapsoppsummeringer og nasjonale retningslinjer/konsensus. Praksisen skal drives faglig forsvarlig, dette innebærer å ikke basere kostholdsveiledningen på enkeltstudier, personlige erfaringer, eller media-oppslag (Helsedirektoratet, 2016, s. 23).

3.3 Endringsprosessen

Endringsprosessen kan deles inn i seks ulike faser: Føroverveielles-, overveielles-, forberedelses-, handlings- og vedlikeholdsfasen. Dette betyr at LAR-pasienten kan gradvis bevege seg fra en situasjon der pasienten er lite bevisst over sine problemer med overvekt, til en beslutning om å iverksette et forsøk på vektnedgang (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 149). Pasientene vil være i ulike stadier i endringsprosessen. Det vil være viktig å finne ut av hvor langt pasienten har kommet i denne prosessen, fordi en bør jobbe i takt med hvor pasienten befinner seg i endringsprosessen (Fekjær, 2004, s.219; Sælør & Bjerknes, 2018, s. 149). Det vil si at det er lite hensiktsmessig å begynne å planlegge videre tiltak og planer om LAR-pasienten selv ikke har tatt denne beslutningen eller om vedkommende ikke har bestemt seg for å gjøre en endring. Dette kan føre til motstand mot endring, frustrasjon og en opplevelse av å mislykkes. Arbeidet som blir gjort av sykepleieren må gjenspeile LAR-pasientens endringsprosess og motivasjon (Sælør & Bjerknes, 2018, ss. 149-150).

3.4 Motiverende intervju

Motivasjon kan defineres som en prosess som setter i gang, opprettholder, gir retning til og bestemmer intensitet i atferd. Motivasjon kan komme fra indre og/eller ytre tilstander som driver oss til handling. Man kan skille mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon kan defineres som en aktivitet som gjøres for å oppnå en indre tilfredsstillelse, mens ytre motivasjon kan defineres som en aktivitet som gjøres for å oppnå et mål eller belønning utenom aktiviteten. Kvaliteten på opplevelser og presentasjoner kan være veldige forskjellige avhengig av om det er indre eller ytre motivasjon som ligger til grunn for handlingen. Indre motivasjon omtales som naturlig motivasjon og antas å ha større handlingskraft enn ytre motivasjon (Renolen, 2015, ss. 55-66).

Det er en utfordring å få en LAR-pasient til å ta tak i sin egen indre motivasjon. Å jobbe med motivasjon gjennom veiledning og rådgivning kan være til hjelp. En fremgangsmåte kalt motiverende intervju, også kalt endringsfokustert rådgivning har vist seg hjelpsom i helsefremmende intervensjoner, forebyggende helsearbeid og rehabiliteringsarbeid (Renolen, 2015, s. 76).

Motiverende intervju blir definert som «en klientsentrert og rådgiver styrende metode som har til hensikt å øke personens indre motivasjon for endring ved å utforske og løse ambivalens» (Andresen, 2012, s. 196). Ambivalens betyr at det oppstår som regel motstridende følelser, holdninger og tanker når man skal endre vaner eller uvaner. For eksempel ved at LAR- pasienten forsvare sin livstil i det ene øyeblikket, forså å være negativ til i det neste øyeblikk (Renolen, 2015, s. 76).

Grunnlaget for samtalene er samarbeid, respekt og empati. Relasjonen mellom rådgiverens og LAR-pasienten kan påvirke og forme motivasjonen for endring (Renolen, 2015, s. 76). Empati er sentralt ved at LAR pasienten føler seg forstått. Dette kan føre til at det er enklere for pasient å være åpen under samarbeidet (Renolen, 2015, s. 76). En av rollene til rådgiveren er å skape en atmosfære preget av trygghet og nysgjerrighet (Andresen, 2012, s. 200). Samtalene tar i utgangspunktet pasientens egne holdninger, ønsker og tanker, å finne mot og støtte til forandringer og støtte pasientens autonomi (Renolen, 2015, s. 76).

Rådgiveren har tre hovedoppgaver: «1. Å bygge en aksepterende og forståelsesfull atmosfære rundt endringsprosessen, 2. å assistere og påskynde de naturlige endringsprosessene hos pasienten, 3. å tilføre det som pasienten trenger for å gjennomføre endring. (Andresen, 2012, s. 199).»

Rådgiveren skal ikke presse eller overtale pasienten til å gjøre endringer. Det kan føre til at pasienten opplever at hans personlige frihet trues og kan også redusere ønske om endring. Dette kan unngås ved at rådgiveren heller opptrer støttende framfor styrende (Andresen, 2012, s. 197).

EDRAS er et akronym som står for noen grunnleggende prinsipper i motiverende intervju (Andresen, 2012, s. 201).

E- utrykke empati. Rådgiveren forsøker å sette seg inn i LAR-pasientens perspektiv på en respektfull måte, uten å være krenkende eller dømmende. Rådgiveren skal være aktiv og lyttende i samtalene. Dette kan gjøres ved å stille åpne spørsmål, reflektere og bekrefte det som blir sagt og ved å oppsummere (Andresen, 2012, s. 202).

D – Utvikle diskrepans. Ved uoverensstemmelser(diskrepans) oppstår det motivasjon for endring (Andresen, 2012, s. 203). Rådgiveren har som mål å styre LAR-pasientens oppmerksomhet mot områder i livet der det er uoverensstemmelse mellom hvordan man har det og hvordan man ønsker å ha det (Helsedirektoratet, 2017) .

R – Rulle med motstand. Motstand er en forventet og naturlig reaksjon i endringsprosessen. Rådgiveren kan dempe motstanden ved å bruke refleksjon, som viser til at rådgiveren prøver å forstå pasientens utgangspunkt uten å være dømmende. Rådgiveren kan i tillegg være aktiv lyttende, bruke åpne spørsmål og understreke pasientens autonomi. (Andresen, 2012, s. 204).

A – Unngå argumentering. Argumentasjon, overbevisning, overtaling og korrigerende kan føre til at pasienten reagerer med motstand. I motiverende intervju er målet at pasienten selv skal komme med argumenter for endring og ikke rådgiveren. Rådgiveren skal heller forslå valg eller informasjon, som pasienten kan velge å ta til seg eller la være (Andresen, 2012, s. 205).

S – Støtte mestringstillit. En rådgiver støtter og underbygger LAR-pasientens håp om endring. Lite håp og tro om endring, kan føre til at pasienten unnlater å gjøre noe med problemene sine. Rådgiveren kan blant annet trekke frem tidligere gode erfaringer og utforske mulige løsninger sammen med pasienten. Rådgiveren kan også tilby praktisk hjelp, gi ulike råd og/eller prøve å aktivisere LAR-pasientens egne strategier (Andresen, 2012, s. 205).

5.3 Empowerment

Empowerment er et begrep som omhandler «... å mobilisere og styrke indivets egne krefter til å få kontroll og ta ansvar for eget liv, samt motvirke følelsen av avmakt» (Renolen, 2015, s. 74).

Empowerment kan brukes slikt at LAR-pasienten kan handle i retning av å forbedre sin egen situasjon (Romsland, Dahl, & Slettebø, 2015, s. 152). Dette innebærer å utvikle selvtillit, mestringstro, øke egen kompetanse, legge til rette for å fremme LAR- pasientens mulighet til å ta avgjørelser om sitt eget liv (Renolen, 2015, s. 72; Romsland, Dahl, & Slettebø, 2015, ss. 152 & 200). Sykepleieren må informere og veilede slikt at pasienten kan ta disse valgene. Følelsen av egen styring, kan øke LAR-pasientens indre motivasjon (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

3.6 Mestringstro

Mestringstro er en viktig forutsetning for endring og utvikling, det vil si tro på egne evner og ferdigheter til å oppnå ønsket resultat, manglende mestringstro kan føre til handlingslammelse. (Romsland et al., 2015, s. 198; Stenbakken, 2014). God mestringstro kan vedlikeholde motivasjonen for atferdsendring. For å utvikle og vedlikehold mestringsfølelsen kan man utarbeide en SMART(E)-plan. SMART(E)-plan innebærer å ha spesifikke mål, som både er kortsiktige og langsiktige.

Målene skal være målbare sikt at man kan bekrefte når man har oppnådd målet. Målet må være akseptable for LAR- pasienten og omgivelsene. Målene skal kunne være gjennomførbare, realistiske og skal være oppnådd innenfor en gitt tidsramme. De skal også være enkle og det skal ikke være rom for alternative løsninger (Helsedirektoratet, 2017; Stenbakken, 2014). Sosial støtte og oppmuntring kan være en viktig faktor for å vedlikeholde både motivasjon og mestringstro (Stenbakken, 2014).

4. Resultat og funn

I denne delen av oppgaven, skal jeg representere resultatet av de fem forskningsartiklene som har blitt brukt for å besvare min problemstilling. Jeg har delt funnene i tre ulike temaer. Kunnskap om matvaner og vekttap, strukturelle, sosiale og emosjonelle barrierer og tilbakemelding som motivasjonsfaktor for atferdsendring.

4.1 Kunnskaper om matvaner og vekttap

Studien til Sason et al., (2018) er en kvantitativ forskningsartikkel som undersøker hvilken effekt ernærings intervensjonsprogrammer har på kunnskap om sunne matvaner og vekttap hos pasienter som får metadon vedlikeholdsbehandling. 89 pasienter som fikk behandling på Adelson clinic i Tel-Aviv ble screenet for deres BMI og kunnskaper om ernæring. Disse ble delt i en kontroll gruppe og en intervensjons gruppe. Intervensjonsgruppen fikk ernærings forelesninger av en kostholdsekspert. De ble veiet flere ganger, spurt om de hadde gjort livsstilsendringer og om motivasjonen for endring. De fikk også ulike tips til hvordan de kunne spise sunnere. Kontrollgruppen ble også veiet, men færre ganger enn intervensjonsgruppen, de ble heller ikke spurt om deres progresjon og det ble også ikke gitt tips med mindre de spurte om det. Etter intervensjonene var det ikke noen endringer i BMI mellom kontroll- og intervensjonsgruppen, men kunnskapsnivået til intervensjonsgruppen var betydelig forbedret. Det var også en betydelig forbedring i matvaner. Kunnskapsnivået og matvanene til kontrollgruppen var uten endring (Sason et al., 2018)

Dette trekkes også frem i studien av Cowan og Devine (2012). Deres kvantitative studien hadde som mål å finne ut av effekten av en pedagogisk og miljømessig intervensjon på kosthold, BMI og midjeomkrets for menn i rusavhengighetsbehandling. 103 menn av ulike etnisitet og etniske fra seks forskjellige urbane rusavhengighet behandlingsopplegg i Upstate New York deltok i ukentlige ernærings- og kostholdklasser og endringer i matmiljø for å øke valg av sunnmat. Av de 103 mennene fullførte 43 deltakere. Disse deltakerne rapporterte betydelig større inntak av frukt og grønnsaker, og mindre inntak av søtsaker og desserter. I tillegg hadde de redusert midjeomkrets (Cowan & Devine, 2012).

Studien skrevet av Neale et al., (2012) er en kvalitativ studie som har som mål å gi ny innsikt i heroinbrukere sin spisemønster for å kunne forme fremtidige ernæringsintervensjoner. Studien tar i bruk 77 lydinnspilte dybdeintervjuer som fremkalte detaljert data om spisemønsteret. Deltakeren var 40 heroinmisbrukere og tidligere heroinmisbrukere. 37 av disse ble intervjuet på nytt etter tre

måneder. De fleste informantene forteller at de fikk mer mat i behandlings kollektiv enn det de spiste vanligvis. De fikk en god del fersk frukt og grønnsaker, men også mat med høyere kaloriinnhold og som ofte var fet og stekt. Når informantene var tilbud sunnere alternativer, valgte de som oftest dette. Flere av informantene forteller at de prøvde ut sunne matvarer som grov brød, salat og usaltet mat for første gang. De fleste informantene forteller at appetitten begynte å komme raskt tilbake når de hadde satt seg inn i kollektivet. Men de forteller også at det ikke tok lang tid før dette førte til angst. Informantene spiste mer enn det de trengte, og følte at de ikke klarte å kontrollere appetitten. De begynte å bekymre seg for å bli overvektige. Mange av deltakerne på det punktet her, hadde prøvde å ned kutte på maten. Men de syntes at det var vanskelig fordi det var mye mat som var tilgjengelig og deltakelsen på måltider var ofte obligatorisk. Studien trekker frem at heroinmisbrukere sin spisemønster kan endres, sykepleier i psykiskhelsevern kan gjøre dem i stand til å oppleve de mange helsemessige, psykologiske og sosiale fordelene ved forbedret spisevaner. Næringsintervensjoner bør også tilpasses individuelle behov og omstendigheter (Neale et al., 2012).

4.2 Strukturelle, sosiale og emosjonelle barrierer

Målet med den kvalitative studien til Sari et al., (2018) var å undersøke opplevde hindringer blant pasienter med alkoholavhengighet som førte til at de droppet ut av en treningsintervensjonsstudie. Denne studien siktet også på å foreslå muligheter for bedre praksis av fremtidige intervensjonsstudier basert på deltakerens erfaringer med treningsintervensjonsstudien og deres forslag til alternativer for intervensjonen. Forfatterne tar i bruk et semi-strukturert intervju guide. Deltakerne i studien var 17 pasienter som hadde droppet ut av en tidligere treningsintervensjonsstudie for pasienter med alkoholavhengighet. De kom fram til tre sentrale temaer som førte til frafall eller barrierer for å delta i intervensjonen. Strukturelle barrierer, beskrevet som type fysisk aktivitet og timingen av intervensjonen. Sosial barriere, beskrevet som behov for ansvarlighet og sosial støtte. Emosjonelle barriere, beskrevet som frykt, skyld, skam og negative påvirkning av intervensjonen etter en tid (Sari, Muller, & Roessler, 2017).

4.3 Tilbakemeldinger som motivasjonsfaktorer til atferdsendring

Den kvalitative studien til Donnachie et al., (2018) hadde som mål å forstå mens reaksjon på å motta objektivt informasjon om deres helsetilstand før de deltok i et vekttap og sunt liv program.

Studien hadde også som mål og vurdere programmets evne til å føre til livsstilsendringer eller om programmet hadde negative effekter. Alle deltakerne var målt for vekt, høyde, midjeomkrets og blodtrykk. For å samle inn data utførte forskerne semi-strukturerte telefon intervju med 28 deltakere. Studien trekker frem at noen av mennene var bekymret for å motta informasjon som bekreftet statusen som overvektig/fedme. Informasjon som for høyet BMI og blodtrykk. Det støttende og omsorgsgivende personalet var en av grunne til at de følte seg trygge i prosessen de ellers hadde opplevd som ubehagelig. Blant noen av mennene ble tilbakemeldingene brukt som en motivasjonsfaktor for å endre sin helsetilstand. Men hos andre menn kan det å gi tilbakemeldinger om helsetilstand være utilstrekkelig for å fremme atferdsendring, og kan være skadelig for personer med dårlig kroppsbilde og/eller mangler evne til å endre livstil. Det er derfor viktig med tilstrekkelig støtte og muligheter, når man gir informasjon om vekt og sykdomsrisiko (Donnachie et al., 2018).

5. Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg diskutere problemstillingen i lys av forskning, litteratur og egne erfaringer. Jeg skal forsøke å svare på hvordan sykepleie kan motivere en pasient på en rus døgn post til vektnedgang. Jeg har valgt å drøfte tre ulike temaer: Relasjon og tillit mellom LAR-pasient og sykepleier, hvordan motivere LAR-pasienten og veiledning i forhold til ernæring, kostholdsvaner og fysisk aktivitet

5.1 Relasjon og tillit mellom LAR-pasient og sykepleier

LAR-pasienten har vansker med å bygge gode relasjoner til andre (Lossius, 2012, ss. 23-24). Dette er også en gruppe pasienter som møter mye stigmatisering fra helsepersonell (Aarre, 2018, s. 285). Derfor vil relasjonen og tilliten mellom LAR-pasienten og sykepleieren være sentral. God relasjon kan gi forutsetninger for positivt resultat av behandlingsopplegget. Relasjon er også sentralt i forhold til trygghet (Donnachie et al., 2018). Tillit er viktig vedd at pasienten lettere aksepter sykepleieren som eksperter og aksepterer at vedkommende har behov for hjelp (Ytrehus, 2018, s. 240). I min praksisperiode merket jeg godt at noen pasienter hadde god kjemi med noen ansatte og dårlig med andre. Det vil derfor være hensiktsmessig at en sykepleier med god relasjon, følger opp pasienten, om det lar seg gjøre.

5.2 Hvordan motivere LAR-pasienten

For å kunne motivere andre til å gjøre noe må de i bunn og grunn ha noe form for indre motivasjon selv. Denne motivasjonen kan være en liten tanke om vekt nedgang eller sterke ønsker om å redusere vekt. Det er fullt mulig å motivere andre ved å bruke ytre motivasjon, i form av penger og gaver. Jeg tenker at dette er uhensiktsmessig med tanke på økonomi og med tanke på at indre motivasjon har større handlingskraft enn ytre motivasjon (Renolen, 2015, ss. 55-66). Indre motivasjon kan ikke påtvinges, men kan trekkes frem, forsterkes og vedlikeholdes (Andresen, 2012, s. 196; Stenbakken, 2014; Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Sykepleier bør tenke på hvor pasienten befinner seg i endringsprosessen, og jobbe i takt med hvor motivert og hvor langt pasienten har kommet i endringsprosessen (Sælør & Bjerknes, 2018, ss. 149-150). I løpet av min praksis periode, hørte jeg flere pasienter nevne sin vekt, at de har gått opp mye i løpet av det siste året og at de hadde lyst til å gå ned i vekt. Noen var allerede i gang med prosessen mens andre hadde lufta tanken.

Om pasienten er veldig motivert fra starten av, kan en ta i bruk SMART(E)-plan for å opprettholde motivasjonen ved at pasienten føler på mestringstillit (Stenbakken, 2014). Siden sykepleier møter pasienten ofte i avdelingen, er det viktig å støtte og oppmuntre pasienten underveis med målene, en kan også høre hvordan det går og om det er behov for å revurdere målene som var satt opp (Stenbakken, 2014). Om pasienten ikke har hatt den fremgangen man har sett for seg kan det være hensiktsmessig å senke målene slik at pasienten ikke føler seg hjelpeløs (Stenbakken, 2014). Når sykepleier og LAR-pasient skal sette sammen en plan, er viktig at sykepleierne tar forbehold for at pasienten skal hjem etter en gitt periode. Her tenker jeg at det er viktig å nedjustere målene i forhold til dette. Flere pasienter fortalte meg at de ikke trente like mye når de var hjemme som på døgnposten. Derfor tenker jeg at det vil være hensiktsmessig å ikke sette forhøye mål, om pasienten skal utføre disse hjemme.

Hvis pasienten viser tegn til indre motivasjon, eller at LAR-pasienten ikke er motivert til å begynne med, kan man ta i bruk motiverende intervju etter pasientens samtykke. Her er det sentralt å

utforske og prøve å løse ambivalens hos pasienten (Andresen, 2012, s. 196). Som rådgiver er det viktig å være støttende, empatisk og ha respekt ovenfor pasienten (Renolen, 2015, s. 76). Spesielt når dette gjelder et tema som er sårbart for de fleste. Menn kan reagere negativt på å få tilbakemeldinger om sin egen fysiologiske tilstand, i tillegg kan det oppleves ubehagelig (Donnachie et al.,). Det kan se ut som om kvinner også reagerer likt. Men blir det derimot gjort på en slik måte at pasienten føler seg trygg og støttet av sykepleieren kan det føre til motivasjon. Det vil derfor være sentralt å være forsiktig på måten man uttaler seg på, skape et trygt miljø og være til stedet når eller om pasienten ønsker gjøre en endring (Donnachie et al., 2018). En kan da videre sette opp SMART(E)-plan, for å vedlikeholde den motivasjonen som ble trukket frem og/eller forsterket (Stenbakken, 2014).

En må også ta hensyn for at det kan være andre grunner enn motivasjon og interesse som kan være til hinder for vektnedgang, som strukturelle, sosiale og emosjonelle barrierer (Sari et al., 2017). Fra mine erfaringer, merket jeg godt i praksis at strukturelle barrierer hindret pasientene til å delta på fysisk aktivitet og lot vær å spise i felles måltidene. Stress forårsaket av problemer med familien eller dårlig økonomi, eller andre problemer som endringer i medisinbehandling og bosituasjon som førte til at pasienten hadde fokuset på noe annet enn godt kosthold og fysisk aktivitet. Disse pasientene var midlertidig i en situasjon som var stressende og belastende, og hadde lite kapasitet til å drive med noe annet. Det vil derfor være lite hensiktsmessig å prøve å motivere disse pasienten til å gå ned i vekt, ettersom prosessen med vektnedgang også vil være belastende (Helsedirektoratet, 2010, ss. 40-41).

Som nevnt tidligere i oppgaven skal man motivere andre må den andre ha en form for interesse, lyst eller hatt en tanke om å gjøre dette (Andresen, 2012, s. 197). Å gå ned i vekt innebærer endringer i kosthold og aktivitetsnivå. Noen mennesker vil ikke være interessert i å gjøre disse endringene. Blant annet kan det være fordi de er fornøyde med kroppen sin og ikke trenger å endre på noe. Det kan være mange ulike grunner. Disse mennesker får man ikke gjort noe med i forhold til problemstilling. Sykepleien må bare akseptere og respektere disse pasientene sine meninger, ettersom pasientens autonomi er en sentral del av sykepleien. (Andresen, 2012, s. 201)

5.3 Veilede i forhold til ernæring, kostholdsvaner og fysisk aktivitet

Informasjon, veiledning og råd kan føre til at pasienten tar bedre valg om sin egen helse (Cowan & Devine, 2012; Sason et al., 2018). Følelsen av egen styring kan øke den indre motivasjonen (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Studier trekker frem at dette ikke nødvendigvis fører til vekttap, men at pasientene valgte sunnere mat og spiste mindre søtsaker (Cowan & Devine, 2012). Dette kan indikerer at pasienten velger å styre sin egen helse for det bedre, som igjen kan bety indre motivasjon for endring. Mer kunnskap om kosthold og ernæring står også i samsvar med opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Ernæringsintervensjoner bør også tilpasses de individuelle behov og omstendighetene pasientene befinner seg (Neale et al., 2012).

Ut ifra min praksis erfaring, var det lite veiledning og råd i forhold til sunt kosthold. Noen pasienter spiste mye (godteri, is, potetgull osv.) utenom de faste måltidene, uten at det var gjort noe i fra personalet sin side. Temaet var tatt opp blant personalet, men det var aldri et tema som var tatt opp med pasienten selv. Jeg mener at personalet burde ha tatt opp dette med den enkelte pasient for å vurdere om det var noe form for interesse, indre motivasjon for endring av disse vanene. Og videre satt i gang tiltak for å forsterke eller fremme motivasjonen (Andresen, 2012, s. 196; Stenbakken, 2014; Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

Men på den andre siden ble de ofte oppfordret til å delta på fysiskaktivitet som fellesturer, gruppetrening eller egen trening. Det skal også verdt å nevne at fysiskaktivitet var en del av det obligatoriske opplegge på den institusjonen jeg hadde praksis. Dette var nok en av grunnene til at de ble oppfordret til å delta. Men personalet oppfordret også til turer og treningsøkter utenom dette. Personalet var også støttende og var med eller deltok i aktiviteten om pasienten skulle ønske det (Stenbakken, 2014).

Når en sykepleier skal informere, veilede og gi råd om et tema må vedkommende være kompetent innfor det gitt tema. Når det kommer til kosthold og fysisk aktivitet knyttet til vektnedgang, har mange forskjellige meninger og erfaringer på hvordan dette bør gjøres for å oppnå i bunn og grunn

samme mål. Det er mange som har erfaring med vektnedgang, og mange vil derfor ha en formening om hvordan dette bør gjøres utenifra egne opplevelser, man må se bort i fra egne erfaringer og meninger og heller handle basert på oppdatert forskning og nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2016, s. 23).

6. Konklusjon

Målet med denne oppgaven var å finne ut av hvordan sykepleie kan motivere en pasient på rus døgn post til vektnedgang. Først og fremt er viktig å tenke på at LAR-pasienter opplever mye stigmatisering i helsevesenet, og at dette er en gruppe pasienter som har vansker med å skape gode relasjoner med andre. Derfor vil det være sentralt med god relasjon og tillit mellom sykepleieren og LAR-pasienten. Gode relasjoner gir bedre forutsetninger av behandlingsopplegget.

Det å gå ned i vekt kan være en belastende prosess for LAR-pasienten, fordi det innebærer endring til sunnere kosthold og økt fysiskaktivitet. Det vil derfor være sentralt å se hvilken situasjon LAR-pasienten befinner seg i forhold til motivasjon for endring. En bør jobbe i takt med hvor pasienten er i endringsprosessen. Noen vil kanskje være veldig motiverte, andre kan ha tenkt tanken mens andre i motsetning ikke har lyst i det hele tatt. En kan da videre bruke ulike metoder som motiverende intervju, informere, veilede, råd og bruke SMART(E)-plan for å fremme, forsterke og/eller vedlikeholde den indre motivasjonen. En bør også se på hele situasjon rundt pasienten, og vurdere om det er hensiktsmessig å motivere de ned til vekt i forhold til den situasjonen de befinner seg i.

Jeg vil også trekke inn manglende veiledning, informasjon og råd i forhold til ernæring og kosthold i praksis. Dette trekkes inn som nyttig for LAR-pasienten både av forskning og opptrappingsplanen for rusfeltet på grunn av at dette er en gruppe pasienter som har lite kunnskap om ernæring og kosthold.

Bibliografi

- Aarre, T. F. (2018). Rusmiddelproblemer. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiaatri for helsefag* (2. utg., s. 261 - 287). Bergen: Fagbokforlaget.
- Andresen, N. E. (2012). Motiverende samtale. I K. Lossius (Red.), *Håndboken i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2.. utg., s. 194-218). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cowan, J. A., & Devine, C. M. (2012, 05 23). Diet and body composition outcomes of an environmental and educational intervention among men in treatment for substance addiction. *Journal of nutrition education and behavior*, 45(2), s. 154-158.
<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2011.10.011>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Donnachie, C., Wyke, S., & Hunt, K. (2018, 02 27). Men's reactions to receiving objective feedback on their weight, BMI and other health risk indicators. *BMC Public Health*, 18.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5179-1>
- Fekjær, H. O. (2004). *Rus : Bruk, Motiver, Skader, Behandling, Forebygging, Historikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Felleskatalogen. (2015, 07 13). Metadon Nordic Drugs. Hentet fra
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/metadon-nordic-drugs-590291>
- Fenn, J. M., Laurent, J. S., & Sigmon, S. C. (2015). Increases in body mass index following initiation of methadone treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 51, s. 59-63.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.10.007>
- FHI. (2015, 03 01). Kroppsmasseindeks (KMI) og helse. Hentet fra
<https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- Groven, K. S., & Rugseth, G. (2016). Opplevelser og erfaringer hos mennesker med overvekt og fedme. I A. T. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 267-281). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Haga, W. (2012). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndboken i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2.. utg., s. 363-379). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse Førde. (2017, 11 09). Rus døgn - Tronvik. Hentet fra <https://helse-forde.no/avdelinger/psykisk-helsevern/psykiatrisk-klinikk/psykiatrisk-klinikk-rus-dogn/rus-dogn-tronvik>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptreppingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. (Prop. 15 S (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/?ch=3>
- Helsebiblioteket. (2016, 06 03). Sjekklistor. Hentet fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebibloteket. (2016, 06 03). PICO. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten (IS-1735)*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne>
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonal retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet: 6.2 Indikasjon for LAR. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/6-indikasjon-henvisning/6.2-indikasjon>
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonale retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet: Bivirkninger av substitusjonslegemidler. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/8-oppstart-av-substitusjonsbeh/vedlegg-3-til-kapittel-8>
- Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972)*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken>
- Helsedirektoratet. (2017, 03 07). Motiverende intervju som metode. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s. 23-38). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L., & Fischer, J. (2012). Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. *Addiction*, *107*(3), s. 635-641. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03660.x>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sari, S., Muller, A. E., & Roessler, K. K. (2017). Exercising alcohol patients don't lack motivation but struggle with structures, emotions and social context - a qualitative dropout study. *BMC Fam Pract*, *18*(1), s. 45. <https://doi.org/10.1186/s12875-01>
- Sason, A., Adelson, M., Herzman-Harari, S., & Peles, E. (2018). Knowledge about nutrition, eating habits and weight reduction intervention among methadone maintenance treatment patients. *Journal of substance abuse treatment*, *86*, s. 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.12.008>
- St. Olavs hospital. (2017, 07 10). Døgnbehandling rus voksne. Hentet fra <https://stolav.no/behandlinger/dognbehandling-rus-voksne>
- Stenbakken, C. (2014, 09 30). Motivasjon. Hentet fra <https://www.lhl.no/gardermoen/hjerteloftet/livsstilsendring/motivasjon/>
- Sweeney, M., Antonie, D., Nanda, L., Geniaux, H., Lofwall, M., Bigelow, G., & Umbricht, A. (2019). Increases in body mass index and cardiovascular risk factors during methadone maintenance treatment. *Journal of opioid management*, *15*(5), s. 367-374. <https://doi.org/10.5055/jom.2019.0526>

- Sælør, K. T., & Bjerknes, S. O. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I S. Biong, & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 141-156). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Sørensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001, 02 28). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskriftet - Den norske legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/02/kronikk/hvordan-stimulere-til-helsefremmende-atferd>
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ytrehus, S. (2018). Bostedsløshet. I S. Biong, & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 234-243). Oslo: Cappelen damm akademisk.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Naun:	Mohammed Akbar Iqbal
Kandidatnr.:	363
HVL-id:	160714@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	23		
Antall ord *:	5675		
Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei