



På hvilken måte kan bruk av motiverende samtale støtte den rusavhengige til endring?

Kandidatnummer: 295

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8976

Dato: 14.04.2020

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole 14.04.2020
Tittel: På hvilken måte kan bruk av motiverende samtale støtte den rusavhengige til endring?	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>På hvilken måte kan bruk av motiverende samtale støtte den rusavhengige til endring?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Kunnskapsgrunnlaget baseres på teori om rusavhengighet, motiverende samtale (MI), endringsprosessen og rammer innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette ses i lys av norsk lovverk, sykepleieres yrkesetiske retningslinjer, og sykepleierfunksjoner presentert gjennom sykepleierutdanningens rammeplan.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Problemstillingen besvares ved hjelp av pensum- og selvvalgt faglitteratur, offisielle retningslinjer, og kvantitative forskningsartikler funnet gjennom søk i tidsskriftdatabaser som CINAHL og Pubmed.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Rusavhengige er en sårbar gruppe med risiko for alvorlige helseutfordringer, og sykepleiere har et lovmessig og yrkesetisk ansvar å behandle, undervise, og fremme helse hos denne pasientgruppen. Endring av rusvaner forutsetter at pasienten utforsker ambivalens, uttrykker endringsnakk, og opplever selvbestemmelse og sosial støtte. MI er en kommunikasjonsmetode hvis bruk bidrar til å styrke disse elementene og sykepleierens anvendelse av MI kan ha mye å si for rusbehandlingen. Bruken av metoden kan derimot påvirkes av sykepleierens rammefaktorer i TSB, etiske og juridiske utfordringer samt kunnskap om MI, endringsprosessen og rusavhengighet. Sykepleieren må være bevisst sin egen kommunikasjon og påvirkningskraft.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>MI innebærer bruk av åpne spørsmål, refleksjoner og andre kommunikasjonsferdigheter som bidrar til å bygge en relasjon, ivaretar pasientens selvbestemmelse, og fremkaller endringsnakk. For en sykepleier i TSB vil derfor MI være en nyttig tilnærming for å støtte den rusavhengige pasienten til endring. Metoden må anvendes i samsvar med pasientens endringsprosess.</p>	

(Totalt antall ord: 229)

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	2
1.1	Problemstilling	3
1.1.1	Avgrensning	3
1.1.2	Begrepsavklaring	4
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1	Rusavhengighet	5
2.1.1	Diagnosekriterier	5
2.1.2	Fysisk og psykisk avhengighet	5
2.1.3	Konsekvenser av rusbruk	6
2.2	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	7
2.3	Endringsprosessen	8
2.3.1	Motivasjon	9
2.3.2	Ambivalens og diskrepans	9
2.4	Motiverende samtale (MI)	10
2.4.1	MI-samtalens oppbygging	10
2.4.2	Pasientens endringssnakk og status quo-snakk	11
2.4.3	Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter	12
2.5	Sykepleiefaglige rammer	14
2.5.1	Lovverk	14
2.5.2	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	14
2.5.3	Sykepleierens funksjon	15
3	Metode	16
3.1	Litteratursøk	16
3.2	Kildekritikk	18
3.2.1	Faglitteratur	18
3.2.2	Forskningsartikler	19
4	Presentasjon av forskningsresultater	21
4.1	Artikkelmatrise	21
5	Diskusjon	24
5.1	Å fremkalle endringssnakk	24
5.2	MI sett i sammenheng med endringsprosessen	26
5.3	Å bygge en relasjon	31
5.4	Å fremme pasientens selvbestemmelse	32
6	Konklusjon	35
7	Referanseliste	36

1 Introduksjon

Bruk av rusmidler er en risikofaktor for helseskader, sosiale problemer og tidlig død på global basis, og rusavhengige er en stor risikoutsatt gruppe. Trolig vil redusert rusbruk i befolkningen bidra til bedre folkehelse (Folkehelseinstituttet, 2018a).

Besittelse og bruk av illegale rusmidler er per i dag straffbart (Legemiddeloven, 1992, §§ 24a og 31; Straffeloven, 2005, §§ 231 og 232). Regjeringen har erkjent at straffeforfølgning av rusavhengige har bidratt til stigmatisering, hvilket kan medføre at rusavhengige ikke blir møtt med verdigheten de har behov for og rett på. Det utarbeides i skrivende stund en ny rusreform, der målet er at rusproblematikk behandles som en helseutfordring mer enn en kriminalitetsutfordring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Sykepleiere har et juridisk og yrkesetisk ansvar å utøve forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk Sykepleierforbund, 2011). Som sykepleier møter man rusavhengige i alle deler av helsetjenesten og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling utgjør sykepleiere ofte en del av behandlingsteamet (Lundberg, 2015; Oslo universitetssykehus, 2019). Motiverende samtale er en kommunikasjonsmetode som har dokumentert effekt på langvarig reduksjon av rusbruk, og er anbefalt tilnærming med hensyn til atferdsendring (Bagøien et al, 2013; Helsedirektoratet, 2017; Miller & Rollnick, 2016; Smedslund et al, 2011).

Med den nye rusreformen vil helsesektoren antakelig merke en økning av denne pasientgruppen. På bakgrunn av de skadelige konsekvensene rusbruk medfører er det viktig at sykepleiere innehar kunnskap om rusavhengighet, endringsprosesser og effektive tilnærminger for å støtte pasientene til endring. I lys av dette har jeg valgt en problemstilling jeg mener er svært samfunnsaktuell og sykepleiefaglig relevant: I denne bacheloroppgaven utforsker jeg på hvilken måte bruk av motiverende samtale i sykepleie kan støtte rusavhengige pasienter til endring.

1.1 Problemstilling

På hvilken måte kan bruk av motiverende samtale støtte den rusavhengige til endring?

1.1.1 Avgrensning

Behandleren er en sykepleier med grunnutdanning i sykepleie. Sykepleieren arbeider i en offentlig virksomhet som yter tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i døgninstitusjon, og sykepleieren har pasientkontakt i form av blant annet samtaler og oppfølging. Motiverende samtale (MI) er anbefalt fremgangsmåte i behandling av målpasientgruppen og andre mulige tilnærminger sammenlignes ikke.

Pasientgruppen er personer som inntar rusmidler og oppfyller kriteriene for diagnosen avhengighetssyndrom. Med unntak av alkohol finnes det lite relevant forskning som tar for seg kun én type rusmiddel. Rusmiddelavhengighet blir i denne oppgaven avgrenset etter kriteriene i ICD-10, Verdens helseorganisasjons diagnosesystem, som omfavner både alkohol, tobakk, legemidler og andre illegale rusmidler (Helsebiblioteket, 2011). Oppgaven vil derfor ikke sortere på rusmiddelkategori.

Pasienten er rusavhengig, over 18 år, bosatt i Norge og er frivillig innlagt i døgninstitusjon for rusbehandling i TSB. For å ikke miste relevant forskning er alle kjønn og nasjonaliteter inkludert. Mindreårige rusavhengige ivaretas fortrinnsvis i psykisk helsevern fremfor i TSB og laveste aldersgrense settes derfor til 18 år (Helsedirektoratet, 2020, s.10-11). Ved bruk av MI er samarbeid og respekt for pasientens selvbestemmelse sentralt og tvang er dermed utelukket.

Selv om rus og psykiatri i stor grad krysser hverandre, krever behandling av rus- og psykiatrilidelser (ROP-lidelser) kunnskap som overgår oppgavens ordbegrensning. Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) omtales heller ikke i detalj, da substitusjonsbehandling har et medisinsk perspektiv, i tillegg til at legemidler helst ikke skal være førstevalg i rusbehandling (Helsenorge, 2018). LAR og ROP-lidelser redegjøres ikke for i oppgaven, men ekskluderes likevel ikke fra søkekriterier da mye kvantitativ forskning omtaler disse pasientgruppene.

Oppgaven benytter blant annet sykepleiereutdanningens rammeplan som grunnlag for sykepleiefaglig relevans. I 2019 kom nye retningslinjer for sykepleierutdanningen, gjeldende fra og med studieår 2020-2021 (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Denne bacheloroppgaven har dog sitt grunnlag i rammeplanen fra 2008 og tar utgangspunkt i denne.

1.1.2 Begrepsavklaring

Ordet *endring* i problemstillingen tilsvarer at pasienten endrer rusvaner i retning av langvarig redusert rusbruk. Med *rus* menes stoffer som har sentralstimulerende, sentralhemmende eller annen psykoaktiv effekt. Dette inkluderer blant annet alkohol, illegale narkotiske stoffer og vanedannende legemidler (Slørddal, 2018). Jeg forholder meg til diagnosekriteriene i ICD-10, der grensen mellom hva som regnes som *rusbruk* og *rusmisbruk* ikke avklares. Jeg anvender derimot ordet *rusbruk* konsekvent for å unngå unødvendig stigmatisering.

Opphavsmennene kalte metoden *motivational interviewing* med forkortelsen *MI*, oversatt til norsk som *motiverende intervju*. En annen ofte brukt oversettelse er *motiverende samtale*, da ordet *samtale* løfter frem viktigheten av en god relasjon, mens *intervju* kan bære preg av irettesettelse (Miller & Rollnick, 2016). I denne bacheloroppgaven benyttes derfor begrepet *motiverende samtale*, forkortet *MI*. For å skape struktur i teksten vil dessuten sykepleieren omtales som *hun* og pasienten som *han*.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Rusavhengighet

2.1.1 Diagnosekriterier

Man hører stadig mennesker rundt seg hevde at de er avhengige. Det være seg av sjokolade, mobil, TV, trening, eller jobb. Derimot må visse kriterier oppfylles for at en person skal få diagnosen *avhengighetssyndrom* og kriteriene gjelder for både alkohol, tobakk, vanedannende legemidler og andre illegale rusmidler (Fekjær, 2018). I store deler av verden, inkludert Norge, benyttes ICD-10 som offisielt oppslagsverk for klassifisering og diagnostisering av sykdom. Diagnosen avhengighetssyndrom stilles dersom pasienten har oppfylt minst tre av seks følgende kriterier i løpet av det foregående året (Helsebiblioteket, 2011):

- Sterk følelse av lyst eller tvang til å innta rusmiddelet
- Vanskelig for å kontrollere inntaket; både med tanke på tid, sted og mengde
- Fysiske abstinenser når inntaket opphører
- Toleranse for rusmiddelet, med behov for større doser for å oppnå samme effekt
- Følelse av likegyldighet overfor andre interesser i livet, som følge av at tiden brukes til å skaffe rusmiddelet, innta det og å komme seg etter bruken
- At pasienten fortsetter å ruse seg på tross av visshet om skadene som påføres

Årsaker til utvikling av avhengighet skyldes både fysiologiske og psykiske faktorer. Både fysisk og psykisk avhengighet er karakteristiske virkninger av vanedannende rusmidler (Slørdal, 2018).

2.1.2 Fysisk og psykisk avhengighet

Vedvarende inntak av et rusmiddel fører til at kroppen tilvennes stoffet og utvikler *toleranse*. Ved plutselig opphør av rusmiddelinntaket vil kroppen reagere med *abstinenssymptomer*. Disse symptomene minner om influensasymptomer; som frysninger, svette, muskelsmerter, kramper, kvalme, diaré, hodepine og søvnvansker. Dersom pasienten holder seg rusfri vil abstinensene passere av seg selv innen kort tid. Ønsket om å bli kvitt den ubehagelige sykdomsfølelsen er likevel ofte grunn til at den rusavhengige avbryter den rusfrie perioden og inntar rusmiddelet igjen. På samme måte vil mange rusavhengige ofte utsette behandling nettopp grunnet frykt for abstinensplager (Fekjær, 2018).

De psykiske virkningene vil variere mellom personer og rusmiddeltyper. Noen opplever dempet angst, økt glede, avslappethet eller våkenhet. Noen inntar rusmidler for å føle sosial tilhørighet til en gruppe (Fekjær, 2018). Uansett virkning vil de fleste innta rusmidler fordi det lindrer eller føles godt (Bramness, 2019). Behovet for og ønsket om å oppleve de gode følelsene rusen gir, kombinert med ønsket om å unngå fysiske abstinensplager, kan bidra til at den rusavhengige veier de positive effektene tyngre enn konsekvensene og dermed velger å vedlikeholde rusbruken (Slørdal, 2018).

2.1.3 Konsekvenser av rusbruk

Alkohol- og narkotikabruk kan gi både akutte og kroniske helseskader. Beruselsen i seg selv kan medføre volds- og ulykkesrelaterte skader (Folkehelseinstituttet, 2018a). Sprøyteinjeksjon av rusmidler øker faren for overdoser samt smittsomme infeksjoner og sykdommer som HIV og hepatitt. Langvarig rusinntak gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer, psykiske lidelser, kreft, leverskader og selvmordsatferd (Folkehelseinstituttet, 2018b). I 2018 ble det i Norge registrert 621 rusutløste dødsfall (Folkehelseinstituttet, 2019). Årlige rapporter viser også at av antallet mennesker som begår selvmord i Norge, har nesten 10% av disse hatt kontakt med TSB i løpet av sitt siste leveår (Walby, Myhre & Kildahl, 2020, s.8).

I tillegg finnes en rekke sosiale konsekvenser assosiert med rusbruk, eksempelvis tap av arbeid og bolig, brudd i sosiale relasjoner og økt kriminalitet. Arbeidet som påføres politiet, rettsvesenet og helse- og sosialvesenet forårsaker dessuten store samfunnskostnader (Folkehelseinstituttet, 2018a).

2.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I norsk helsevesen er TSB betegnelse på spesialisthelsetjenester som gir behandling for rusavhengighet. Tidligere var det sosiale tjenester i fylkeskommunene, eksempelvis NAV, som hadde ansvar for rusbehandling og oppfølging. Da den første rusreformen kom i 2004 ble ansvaret omdirigert fra sosialsektoren til helsesektoren. Selv om hovedvekten av rusbehandlingen skulle ligge hos spesialisthelsetjenesten, var det samtidig hensiktsmessig å inkludere helsehjelp fra sosialtjenesten. Pasientene skulle få både medisinsk, psykologisk, og sosialfaglig hjelp. Behandlingen fikk derav navnet *tverrfaglig spesialisert behandling*, heretter omtalt som TSB (Helsedepartementet, 2004, s.7).

TSB kan foregå som poliklinisk dagbehandling eller på døgnbehandling i institusjon (Oslo universitetssykehus, 2020). I 2018 mottok over 33.000 personer helsehjelp i TSB, der to tredjedeler av pasientene var menn (Helsedirektoratet, 2020, s.6, s.18). Blant de vanligste rusmidlene sto alkohol for 50 prosent. Den resterende halvparten besto av narkotiske stoffer og avhengighetsskapende legemidler som cannabis, amfetamin, heroin, benzodiazepiner og LAR-medisiner (2020, s.23).

Et pakkeforløp er en offisiell mal for hvordan et pasientforløp skal organiseres med henblikk på utredning, behandling, oppfølging, ansvars plassering og tidsfrister. Hensikten med pakkeforløp er å kvalitetssikre og samkjøre behandling samt hindre uønsket variasjon (Helsedirektoratet, 2019a). Pakkeforløpet for TSB inneholder anbefalinger og retningslinjer som målsetter å sikre brukermedvirkning, individuell tilpasning og informasjonsflyt (Helsedirektoratet, 2019b).

2.3 Endringsprosessen

Hvis målet for rusbehandlingen er å endre rusvaner, er det hensiktsmessig å avgjøre hvor pasienten befinner seg i *endringsprosessen*. På denne måten vet sykepleieren hvor klar pasienten er for endring og hvilken behandling han kan ha behov for i institusjonsoppholdet. Den mest anvendte modellen er Prochaska og DiClementes endringsstadier (1984). Sykepleieren bør ikke forvente en stabil fremgang i prosessen, da det er vanlig at pasienten beveger seg frem og tilbake mellom de ulike fasene (Fekjær, 2018).

Den første fasen kalles *føroverveielserfasen*. Her overvurderer pasienten de gode sidene med avhengigheten og undervurderer de dårlige. Han tenker lite over bruken og behovet for forandring har ikke streift ham. Når pasienten bevisstgjøres fordeler og ulemper ved situasjonen begynner han å veie disse mot hverandre. Neste fase kalles derfor *overveielserfasen*. Han utvikler et ambivalent forhold til avhengigheten og begynner å overveie muligheten for endring (Fekjær, 2018).



Figur 1. Endringsprosessen

I den tredje fasen, *beslutningsfasen*, blir pasienten innforstått med at rusavhengigheten har flere ulemper enn fordeler og fatter en beslutning om å endre vaner. Han trer deretter inn i *forberedelsesfasen*, der han legger konkrete planer for endring i nær fremtid. Det krever stor beslutningsvilje for å komme seg over i den femte fasen, *handlingsfasen*. Det er her pasienten tar spranget og utfører stegene som inngår i endringen (Fekjær, 2018).

Den store overgangen kan gjøre det vanskelig å opprettholde endringen og det er normalt å oppleve eller ønske tilbakefall. Den sjette fasen handler derfor om å *forebygge tilbakefall*, da pasienten har behov for mestringsstrategier for å overvinne trang etter rusmidler og følelser av skuffelse. Den syvende og siste fasen handler om *vedlikehold*. De største utfordringene vil for de fleste pasienter være situasjoner som forbindes med den gamle livsstilen. Det kreves en sterk beslutning om å fortsette samt mestringsstrategier for å klare å anvende den nye livsstilen i møte med utfordrende situasjoner (Fekjær, 2018).

2.3.1 Motivasjon

Motivasjon stammer fra latin og betyr «å bevege». At pasienten har motivasjon betyr at han har en indre tilstand som får ham til å igangsette og vedlikeholde en handling, i tillegg til å bevege seg i retning av et mål (Håkonsen, 2014).

2.3.2 Ambivalens og diskrepans

Ambivalens er opplevelsen av å ha motstridende holdninger og følelser om et tema (Ordnett, u.å.). At pasienten er ambivalent til rusbruken vil si at han er bevisst fordeler og ulemper ved livsstilen og har motstridende motivasjoner for begge sidene. Mange blir værende lenge i en ambivalent sinnstilstand. De fleste med en helseskadelig livsstil vet allerede argumenter for og imot, men straks man går i én retning vil den andre retningen virke mer fristende (Miller & Rollnick, 2016).

Diskrepans betyr uoverensstemmelse (Ordnett, u.å.). At pasienten opplever diskrepans betyr at han føler et misforhold mellom hvem han ønsker å være og den han faktisk er. Dette kan ofte føles skambelagt. Å utforske egen diskrepans kan imidlertid gi potensiell grobunn for endring (Miller & Rollnick, 2016).

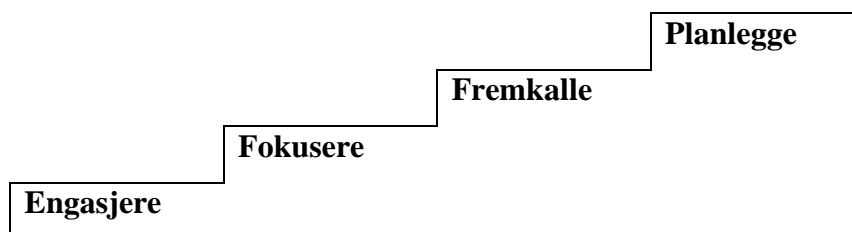
2.4 Motiverende samtale (MI)

MI er en måte å samtale med pasienter på for å styrke deres motivasjon til endring. Metoden ble først utviklet av psykologene William Miller og Stephen Rollnick på 80-tallet, i all hovedsak for behandling av alkoholavhengighet. Samtalestilen er ment å kunne utføres av alle typer helsepersonell og kan benyttes både som rask intervensjon eller langvarig samtaleterapi (Miller & Rollnick, 2016).

Bakteppet for MI er ideen om at pasienten er ekspert på seg selv. Han lar seg lettere overbevise av det han hører seg selv si og endring vil oppstå når han selv argumenterer for det. Elementære definisjoner av MI som samtalestil er at det er personsentrert og samarbeidsbasert. *Personsentrert* understreker viktigheten av selvbestemmelse og brukermedvirkning. *Samarbeidsbasert* påpeker at MI er en veiledende og støttende dialog mellom pasienten og sykepleieren – aldri en belærende monolog fra sykepleierens side (Miller & Rollnick, 2016).

2.4.1 MI-samtalens oppbygging

MI-samtalen kan ses på som en trapp: en prosess med faser som går over i hverandre og hvor man kan ta steg tilbake og gjenta fasene flere ganger (Miller & Rollnick, 2016).



Figur 2. MI-samtalens oppbygging (Miller & Rollnick, 2016, s.54).

I startfasen må det skapes en god relasjon mellom pasient og sykepleier som kan utgjøre grunnlaget for tillit og samarbeid. Denne fasen blir kalt å *engasjere*. En positiv allianse mellom sykepleier og pasient er ofte avgjørende for om pasienten ønsker å fortsette behandlingen. Engasjement innebærer ikke bare at sykepleieren er hyggelig, men at hun viser interesse for pasientens liv og perspektiv og i tillegg utstråler aksept og medfølelse. Når pasienten slapper av og opplever tillit til sykepleieren, vil han ha lettere for å åpne seg om tanker og bekymringer (Miller & Rollnick, 2016).

Med den gode relasjonen i bunn kan man rette *fokuset* mot pasientens problem. Kanskje ønsker han å finne en løsning, ta en beslutning, akseptere en situasjon eller endre atferd. En pasient kan eksempelvis klage over hyppige luftveisinfeksjoner og be om hjelp til å lindre dette. Dersom sykepleieren vet at pasienten røyker kan hun tenke seg at røykeslutt bør være målet for endring. I fokuseringsfasen klargjøres det hvilken retning man skal bevege seg i og hvilke endringer man ønsker at samtalen skal føre til (Miller & Rollnick, 2016).

Etter valg av mål kommer man til selve kjernen i MI: å *fremkalle* pasientens motivasjon til endring. I somatikken er sykepleieren ofte ekspert som leverer en løsning. Eksempelvis: «Såret har fibrinbelegg og kan fikses ved debridering». Rusvaner er, som de fleste vaner, imidlertid personlig og langsiktig og har sjeldent en rask løsning. Er pasienten uenig i vurderingen om at han har et rusproblem vil han heller ikke like å bli fortalt hva han skal gjøre for å løse det. Argumentene for endring må derfor komme fra pasienten selv (Miller & Rollnick, 2016).

Tidligere har samtalen vært preget av «hvordant» og «hvorfor» endring skal skje. Når pasienten er motivert nok til endring begynner han å snakke om «når» og «hvordan». *Planleggingsfasen* oppstår derfor gjerne naturlig. I denne fasen forplikter pasienten seg til endring og formulerer en konkret handlingsplan (Miller & Rollnick, 2016).

2.4.2 Pasientens endringssnakk og status quo-snakk

Endringssnakk er alt det pasienten selv sier som støtter opp for endring. Motstykket til endringssnakk er *status quo-snakk*, som er alt det pasienten sier som støtter opp om å opprettholde situasjonen slik den er nå. For at pasienten skal argumentere for endring, er det nødvendig å løsne opp i indre ambivalens gjennom å uttrykke mest mulig endringssnakk og minst mulig status quo-snakk (Miller & Rollnick, 2016).

Både endringssnakk og status quo-snakk hos en ambivalent pasient uttrykker seg ofte som ønsker, meninger om personlig evne, grunner eller behov. Når ambivalensen forsvinner preges endringssnakk og status quo-snakk mer av forpliktelse, begynnende handlinger eller konkrete handlinger (Miller & Rollnick, 2016). Henviser til eksempler i Tabell 1 på neste side.

	Eksempler	
	Endringsnakk	Status quo-snakk
Ønske	«Jeg skulle ønske jeg kunne klare å slappe av sammen med andre.»	«Jeg vil ikke virke kjedelig.»
Evne	«Jeg ville nok klart å slutte.»	«Jeg har prøvd å slutte før, men klarer det aldri.»
Grunn	«Kanskje det hadde gjort at jeg klarte å huske ting bedre.»	«Jeg slapper mer av når jeg drikker.»
Behov	«Ting kan ikke fortsette på denne måten.»	«Jeg trenger å ruse meg for å slippe abstinensene.»
Forpliktelse	«Jeg skal klare å slutte.»	«Jeg vil fortsette å ruse meg.»
Begynnende handling	«Jeg er klar for å prøve.»	«Jeg orker ikke tanken på å skulle slutte.»
Konkret handling	«Jeg sendte tre jobbsøknader i går.»	«Jeg begynte å ruse meg igjen denne helgen.»

Tabell 1: Eksempler på endringsnakk og status quo-snakk.

2.4.3 Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter

Fremkalling av pasientens indre motivasjon til endring innebærer at sykepleieren veileder pasienten til å utforske ambivalens og diskrepans, samt å uttrykke mer endringsnakk enn status quo-snakk (Miller & Rollnick, 2016). For å understøtte disse prosessene bør hun anvende språklige virkemidler som er konsistente med MI-prinsipper.

Åpne spørsmål oppmuntrer pasienten til å tenke og reflektere og gir muligheten til å utdype svaret. Et eksempel kan være «Hvordan påvirker alkoholen deg i hverdagen?». Når pasienten har svart kan sykepleieren *reflektere* pasientens ytringer tilbake til ham. Refleksjoner kan være enkle eller komplekse. Enkle refleksjoner reformulerer og gjentar innholdet, mens komplekse refleksjoner gjør en gjetning eller tolkning på hva pasienten *egentlig* mener. Dersom pasienten sier «Jeg er så nedstemt i dag», kan en enkel refleksjon fra sykepleieren være «Du er lei deg», mens en kompleks refleksjon kan være «Det har hendt noe siden sist vi snakket» (Miller & Rollnick, 2016).

Etter flere samtaleutvekslinger kan sykepleieren reflektere tilbake på en annen måte, nemlig ved å *oppsummere* det hele for pasienten. «Så på den ene siden gjør rusen at du stresser mindre og det føles godt å kunne slappe av og føle samhold med venner. Samtidig opplever du at du ofte sliter med penger, sover dårlig, og at det går utover jobb og forholdet til partneren din. Har jeg forstått deg riktig?» (Miller & Rollnick, 2016).

Like viktig er det å gi bekreftelse; at sykepleieren anerkjenner det som er positivt ved pasienten. «Denne uka har du virkelig gjort en innsats!», eller «Du mistet motet, men kom likevel tilbake – du har viljestyrke!» (Miller & Rollnick, 2016).

Måter å kommunisere på som er inkonsistente med MI kan blant annet være lukkede spørsmål, rådgivning og konfrontasjoner. *Lukkede spørsmål* innbyr til korte og presise svar og begrenser pasientens svarmuligheter. Eksempelvis «Bruker du angstmedisiner?» og «Har du vondt i magen?» (Miller & Rollnick, 2016).

Et *råd* er sykepleierens mening om hva pasienten bør gjøre. Som «Du er engstelig, sier du? Har du prøvd pusteteknikker?» eller «Du kan prøve å sperre kortet ditt i noen uker». *Konfrontasjoner* er ofte skremmende og utfordrer pasientens perspektiv direkte. Som «Hvis du fortsetter på denne måten, kommer du til å ødelegge leveren din!». Både råd og konfrontasjoner er vanligvis velmente og kan være naturlige reflekser hos mennesker som ønsker å hjelpe pasienten. Denne trangen til å korrigere noen som gjør eller sier noe tilsynelatende galt kalles *korrigeringsrefleks* (Miller & Rollnick, 2016).

2.5 Sykepleiefaglige rammer

Det finnes flere retningslinjer som legger rammer for hva det vil si å utøve god sykepleie. Disse rammene finner vi først og fremst i det norske lovverket, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, samt rammeplanen for sykepleierutdanningen.

2.5.1 Lovverk

Helsepersonelloven omfatter personer og virksomheter som utøver helsehjelp, heriblant sykepleiere. Helsehjelp defineres som forebygging, diagnostisering, behandling, helsebevaring, rehabilitering og andre formål som innebærer pleie og omsorg (Hpl, 1999, §3). Sykepleieren har et individuelt ansvar å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie (Hpl, 1999, §4 første ledd) og skal utøve øyeblikkelig helsehjelp når dette er påtrengende nødvendig (Hpl, 1999, §7 første ledd).

Pasient- og brukerrettighetsloven skal ivareta pasientens interesser samt styrke tillitsforholdet til helsetjenesten (Pbrl, 1999, §1-1). Loven berører sykepleieren direkte da hun blant annet må arbeide ut i fra pasientens rett til å medvirke i behandling (Pbrl, 1999, §3-1), rett til informasjon om helsetilstand og helsehjelp (Pbrl, 1999, §3-2 og §3-5), og rett til å motsi seg helsehjelp (1999, §4-1).

Da rusbehandling er en del av spesialisthelsetjenesten er sykepleieren også underlagt *spesialisthelsetjenesteloven*. I denne fastslås det at den rusavhengige skal få tilbud om tverrfaglig spesialisert behandling (Sphl, 1999, §2-1 fjerde ledd), og at behandlingen skal tilpasses hans behov (Sphl, 1999, §1 femte ledd).

2.5.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer beskriver sykepleieres profesjonsetikk og tydeliggjør hva god sykepleie innbefatter. Den fremhever at det er respekten for hvert enkelt menneskes liv og verdighet som er selve grunnlaget for all sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Sykepleieren har et ansvar å fremme helse og å forebygge sykdom (2011, punkt 2.1) og yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (2011, punkt 2.10). Hun skal bidra til å imøtekomme sårbare grupper med særskilte behov for helsehjelp (2011, punkt 6.2). Sykepleieren skal

respektere pasientens rett til selvbestemmelse (2011, punkt 2.6), og informere og tilrettelegge for at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser (2011, punkt 2.5).

2.5.3 Sykepleierens funksjon

Rammeplanen for sykepleierutdanningen legger føringer for utdanningens mål og innhold, og sier derfor noe om hvilke kunnskaper og ferdigheter som kreves av en person for å kunne utøve sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008). Rammeplanen formidler i tillegg at sykepleiere har visse funksjoner (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). For en sykepleier ansatt ved døgningstusjon i TSB kan man trekke frem tre funksjoner som spesielt aktuelle.

Sykepleieren har en *helsefremmende funksjon*. Det innebærer at hun tilrettelegger for at pasienten utvikler personlig kompetanse og ferdigheter slik at han kan kontrollere egen helse, uavhengig av sykdomssituasjon. Hun har et ansvar å styrke faktorer som fremmer helse og velvære, både i pasienten selv og i hans miljø (Kristoffersen et al., 2016).

Sykepleieren har også en *behandlende funksjon* i det at hun bidrar til å fjerne eller redusere pasientens akutte eller kroniske problemer. Dette kan innbefatte kroppslig behandling, avlastning eller psykisk helsehjelp (Kristoffersen et al., 2016). En rusavhengig pasient som mottar helsehjelp i TSB har blitt vurdert til å ha helsesvikt og vil derfor ha behov for behandling (Haga, 2015).

Sykepleieren bidrar til å veilede og undervise med hensikt å fremme utvikling og mestring. Denne *veiledende og undervisende funksjonen* omfatter både pasienter, pårørende og medarbeidere. I møte med pasienten handler det om at sykepleieren skal øke hans kunnskapsnivå og forståelse for sykdom og behandling slik at han kan ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2016).

3 Metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Jeg har søkt og samlet eksisterende litteratur og forskning, gjennomgått og vurdert den kritisk, og sammenfattet det hele med hensikt å besvare problemstillingen (Thidemann, 2019).

3.1 Litteratursøk

Bøker jeg refererer hyppigst til er tilgjengelige i og hentet fra skolebiblioteket ved Lovisenberg diakonale høgskole. Jeg søkte i Oria etter titler under emnene «rus», «motiverende intervju», «kommunikasjon», «etikk» og «brukermedvirkning». De fleste bøkene er utgitt etter 2016. Nyeste utgave av samtlige bøker var ikke alltid å oppdrive grunnet begrensninger i bibliotekets åpningstider under koronaviruspandemien. Bøkernes relevans ble vurdert etter forfatterens profesjon, yrkeserfaring og hans andre utgivelser, og hva jeg anså som nyttig ut ifra innholdsfortegnelsen. Oversiktssøk av tidligere bacheloroppgaver publisert i Brage ble også gjort for å utvide kunnskapsgrunnet med tanke på kilder og søkeord.

Det ble foretatt artikkelsøk mellom desember 2019 og mars 2020 i Pubmed og CINAHL; tidsskriftdatabaser med dekning av sykepleie og helsefag. Google Scholar er uegnet for systematiske søk, men jeg benyttet likevel temasøk og enkeltsøk her for å få oversikt over kjente artikler innen emnet (Lovisenberg diakonale høgskole, 2020). Jeg fastsatte at forskningen skulle være fagfelleverdert, utført i vestlige land og helst ikke eldre enn ti år. Jeg var spesielt interessert i forskning om *hvordan* MI har effekt til forskjell fra *hvorvidt* MI har effekt. Målet var å avgrense til under 60 treff. Jeg gjennomgikk alle overskriftene til de gjenværende artiklene og leste deretter abstraktene til de tilsynelatende mest aktuelle. Én av hovedartiklene ble omtalt i en annen relatert forskningsartikkel og oppgitt i referanselisten; denne ble derfor funnet gjennom enkeltsøk i Google Scholar.

I CINAHL og Pubmed ga nøkkelordene «Motivational interviewing» henholdsvis 3,062 og 4,360 treff, og «Substance abuse» 148,750 og 2.97,175 treff. Avgrensninger etter publiseringsår og bruk av nøkkelord som fokuserte på spesifikke mekanismer som «Behavioral Changes», «Communication» og «Treatment», ga mer nyanserte treff. I vestlige land er det gjort lite forskning på sykepleiere og MI i rusbehandling og søkeordet «Nurs*» ga få aktuelle treff. For artikler om sykepleiere og MI var det nødvendig å utvide fra «substance abuse» til «behavior change».

Artikkel	Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensning	Treff
#1 “Primary care nurses’ communication and its influence on patient talk during motivational interviewing”	20.01.2020	Pubmed	Motivational interviewing AND Communication AND Nurs* AND Behavior change	- 2016-2020	30
#2 “Therapist-client interactions in motivational interviewing: the effect of therapists’ utterances on client change talk”	09.03.2020	CINAHL	Motivational interviewing AND Substance abuse AND Behavioral changes	- 2011-2020 - Academic journal	21
#3 “Which individual therapist behaviors elicit client change talk and sustain talk in motivational interviewing?”	10.03.2020	Pubmed	Motivational interviewing AND Substance abuse AND Behavior change AND Communication AND Treatment	- 2016-2020 - Humans - Journal article	18
#4 “The mechanisms of treatment – client and treatment staff perspectives on change during treatment for alcohol problems”	10.03.2020	Google Scholar	<i>Enkeltsøk</i>	- 2013-2020	1

3.2 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer at forfatterens fremgangsmåte og materialet som benyttes til å understøtte problemstillingen vurderes med tanke på styrker og svakheter. Slik viser forfatteren kunnskapsforståelse og kan trekke konklusjoner rundt kildenes relevans (Thidemann, 2019).

3.2.1 Faglitteratur

Teori om MI og kommunikasjonsferdigheter forankres i den nyeste utgaven av boken *Motiverende samtale: støtte til endring*, skrevet av metodens grunnleggere (Miller & Rollnick, 2016). Å bruke primærkilden har fordelen at det gir konsekvent fagterminologi og styrker sjansen for at metoden forstås etter forfatterens opprinnelige intensjon. Boken har en grundig og praktisk tilnærming og gir konkrete kommunikasjonseksempler. Derimot er boken oversatt fra engelsk til norsk, med risiko for feiltolkninger.

Beskrivelser om rusavhengighet og endringsprosessen tar utgangspunkt i Hans Olav Fekjærs bok *RUS: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (2018).

Endringsprosessen ble opprinnelig definert av psykologene James Prochaska og Carlo DiClemente (1983), men oppgaven benytter isteden en sekundærkilde da denne var mer tilgjengelig enn primærkilden. Fekjær er psykiater og overlege med flere års erfaring på rusfeltet og boken er en del av pensumet på Lovisenberg diakonale høgskole. Den er spesielt utvalgt fordi den gir bred og god innsikt i de fleste emner innen rusavhengighet (jamfør bokens undertittel). Dessverre har den ulempen at forfatterens personlige erfaringer og meninger ofte synliggjøres i teksten.

Statistikk er hovedsakelig hentet fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratets nettsider. Disse er underlagt helse- og omsorgsdepartementet og fungerer som nasjonale og statlige helserådgivere (Helsenorge, 2020). Kilder herfra anser jeg for å være oppdaterte, kunnskapsbaserte, fagfelleverderte og troverdige.

Temaets sykepleiefaglige relevans baseres på offisielle rettesnorer i form av norsk lovverk, Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer, samt sykepleierutdanningens rammeplan. Offisielle ordninger er allmenngyldige, ryddige og formelle veiledere som gir færre muligheter for feilvurderinger. De henvender seg direkte mot sykepleierens juridiske,

etiske og faglige ansvar og bidrar til å styrke problemstillingen som både samtidsaktuell og sykepleierelevant.

3.2.2 Forskningsartikler

Fire forskningsartikler benyttes for å belyse problemstillingen. Alle er fagfellevurderte, bygget opp etter IMRaD-struktur, utgitt mellom 2014 og 2018 samt godkjent av regionale etiske komiteer. All forskningen er kvantitativ; et bevisst valg for å sammenligne flere pasientsituasjoner og for å få objektive data om rusbehandling og MI-samtalens årsak-virkning-forhold. Kvalitative studier unnlates fordi disse går i dybden av enkelte pasienttilfeller og er uegnet til å belyse generaliserte mønstre ved MI-bruk (Thidemann, 2019).

Av artiklene er to svenske, én britisk og én amerikansk. I Sverige har det vært forsket mye på MI og metoden anbefales av Folkhälsomyndigheten: Sveriges svar til det norske Folkehelseinstituttet (Folkhälsomyndigheten, 2013). Det var ønskelig med en hovedvekt av nordisk forskning da dette er lettest overførbart til norsk kultur og helsetjenester. Jeg anså derimot også andre vestlige land som akseptable selv om kulturelle aspekter kan ha betydning for funnene.

Det var en utfordring å finne vestlige studier om MI i rusbehandling utført av sykepleiere. Av alle forskningsartiklene er det derfor kun én der samtlige av behandlerne i studien oppgis å være sykepleiere (Östlund, Wadensten, Häggström, Lindquist & Kristofferzon, 2016). På bakgrunn av at MI er en universal metode som kan anvendes av alt helsepersonell og derfor overføres til sykepleiere, aksepterte jeg likevel studier hvis behandlere hadde en annen profesjon.

For å finne artikkelen om MI relatert til sykepleie ble jeg nødt til å utvide søket fra «substance abuse» til «behavior change», hvilket medførte at de inkluderte pasientene i studien ikke nødvendigvis var utelukkende rusavhengige. Forskerne oppga livsstilsproblemer som røyking og overvekt som eksempler og rusbruk kan muligens også ha vært involvert (Östlund et al., 2016). Da artikkelen fokuserer på sykepleieres kommunikasjon og MI følger samme oppskrift uavhengig av endringsmål, vurderer jeg studien som overførbart til bruk i TSB.

Det skal ikke undervurderes at mangelen på artikkelfunn kan ha skyldtes personlig uerfarenhet med systematiske søk og orientering i tidsskriftdatabaser. Det er mulig at upresise søkeord, nøkkelord, bindeord eller feil valg av databaser kan ha spilt en rolle med hensyn til antall treff og artikkelfunn.

4 Presentasjon av forskningsresultater

De tre første artiklene viser at bruk av MI-konsistent kommunikasjon som åpne spørsmål og refleksjoner gir større sannsynlighet for endringssnakk. MI-inkonsistens som lukkede spørsmål, råd og konfrontasjoner fremkalte økt status quo-snakk. Pasientene hadde derimot ulik grad av motivasjon og reagerte ofte ulikt på ulike kommunikasjonsferdigheter. MI-opplæring varierte fra 2 til 10 dager hos alle behandlere. Den siste artikkelen omhandler faktorer relatert til vedlikehold av endringsprosessen og peker på at pasientene har behov for struktur, gode relasjoner samt følelsen av at behandlerne innehar kunnskap og gode holdninger.

4.1 Artikkelmatrise

Nr.	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Östlund, Wadensten, Häggström, Lindquist & Kristofferzon (2016)	“Primary care nurses’ communication and its influence on patient talk during motivational interviewing”	Journal of Advanced Nursing	Å undersøke hvilke verbale elementer som inngår i MI mellom pasienter og sykepleiere i primærhelsetjenesten, og hva i sykepleiernes talemåte som fremkalte endringssnakk og status quo-snakk.	Studien bruker kvantitativ metode og analyserer lydopptak av 50 individuelle MI-samtaler utført mellom 2011 og 2014. Samtalene ble utført av tilsammen 23 sykepleiere ansatt ved ulike helsesentre i to svenske fylker. Sykepleierne hadde i gjennomsnitt 26 års yrkeserfaring og hadde alle gjennomgått MI-opplæring fra 2 til 10 dager. Avdelingslederne valgte ut aktuelle sykepleiere de mente brukte MI hyppig og sykepleierne valgte selv pasienter til studien. Pasientene var mellom 23-76 år, derav 30 kvinner og 20 menn. Alle pasientene hadde utfordringer knyttet til livsstil. Samtalene ble analysert ved hjelp av MI-SCOPE, et verktøy utviklet for å evaluere samtaleutvekslinger i en MI-samtale.	Sykepleierne benyttet oftest lukkede spørsmål, og pasientene svarte oftest nøytralt. Endringssnakk ble oftest fremkalt etter sykepleiernes åpne spørsmål og refleksjoner. MI-inkonsistens som konfrontasjoner og råd viste til økt status quo-snakk.
2	Brown, Masterson, Latchford & Tober (2018)	“Therapist-client interactions in motivational interviewing: the effect	Alcohol and Alcoholism	Å undersøke forholdet mellom behandlerens MI-ytringer og pasientens tendens til	Studien har et kvantitativt design der lydopptak av 20 individuelle MI-samtaler ble analysert ved hjelp av MI-SCOPE. Pasientene var alle	Pasientenes endringssnakk oppsto oftest etter enkle refleksjoner og åpne spørsmål. Komplekse refleksjoner fremkalte

		of therapists' utterances on client change talk"		endringssnakk og status quo-snakk.	alkoholavhengige, hadde høy grad av motivasjon til endring, og mottok rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten i Storbritannia. Alle behandlerne hadde gjennomgått et tredagers MI-kurs.	derimot mer status quo-snakk. Status quo-snakk oppsto dessuten oftest etter lukkede spørsmål, rådgivning og konfrontasjoner.
3	Apodaca, Jackson, Borsari, Magill, Longabaugh, Mastroleo & Barnett (2016)	"Which individual therapist behaviors elicit client change talk and sustain talk in motivational interviewing?"	Journal of Substance Abuse Treatment	Å undersøke hvilke verbale elementer i behandlerens talemåte som fremkalte pasientenes endringssnakk og status quo-snakk.	Studien bruker kvantitativ metode og analyserer lydopptak av 92 individuelle MI-samtaler med studenter ved et amerikansk college. Studentene hadde ikke nødvendigvis helseproblemer, men målet for samtalene var å redusere alkoholvaner. Alle samtalene ble utført av tilsammen 8 behandlere med stor interesse for og erfaring med MI. Behandlerne hadde på forhånd gjennomgått 30 timer MI-opplæring, i tillegg til ukentlige metodegjennomganger og tilbakemeldinger fra kollegaer.	Åpne spørsmål og refleksjoner fremkalte like mye endringssnakk og nøytralitet, men også noe status quo-snakk. Bekreftelser fremkalte endringssnakk og nøytralitet. Informasjon og lukkede spørsmål ga også oftest nøytrale svar. Behandlerne var svært konsistente i MI-bruken, men det de utviste av MI-inkonsistens fremkalte oftest nøytralitet.
4	Von Greiff & Skogens (2014)	"The mechanisms of treatment – client and treatment staff perspectives on change during treatment for alcohol problems"	Nordic Social Work Research	Å undersøke hvilke faktorer ved rusbehandlingen pasientene opplever som viktige for å opprettholde endringen, og hvordan behandlerne selv opplever tiltakene sine som nyttige for pasientene.	Studien har et kvantitativt design, med individuelle intervjuer av 40 pasienter og 8 behandlere fra tilsammen 4 ulike rusbehandlingssteder i Stockholmområdet. To av behandlingsstedene hadde en tendens til å tiltrekke seg mer marginaliserte (M) pasienter, mens de to andre behandlingsstedene tiltrakk seg mer integrerte (I) pasienter. Av pasientene var 32 menn og 8 kvinner, i alderen 21-70 år. 20 pasienter utgjorde M-gruppa, og de 20 andre utgjorde I-gruppa. Det var en hovedvekt av alkoholavhengighet, men noen av pasientene var avhengige av illegale rusmidler. Felles for alle pasientene var at de hadde gjennomført behandling, oppnådd positive endringer og ble ivaretatt i etterbehandling.	Alle pasientene vektla at struktur og gode relasjoner til medpasienter i gruppesamtaler var viktig for å vedlikeholde endring. Alle behandlerne mente at pasientens indre motivasjon til endring var en viktig faktor. Pasientene i M-gruppa vektla viktigheten av behandlerne som tålmodige og tillitsfulle personer med fine holdninger. Pasienter i I-gruppa oppga støtte fra familie som en viktig faktor og mente det var viktig at behandlerne var kunnskapsrike. Behandlerne hos M-gruppa mente det var viktig at pasientene kunne bruke god tid på behandlingen, ha minst én nær relasjon, og ha jobb og bolig. Disse

					<p>For å finne ut hva intervjuobjektene opplevde som viktig ble intervjuene analysert og kategorisert etter temaer, og deretter sortert etter indre faktorer, sosiale faktorer og behandlingsfaktorer.</p>	<p>behandlene så på seg selv som viktige i å være en god relasjon for pasienten. Behandlerne hos I-gruppa vektla at pasientene måtte ha et godt sosialt nettverk og interesser utenom jobb og rus. Disse behandlene så på seg selv som viktige i å formidle informasjon.</p>
--	--	--	--	--	--	--

5 Diskusjon

Man skulle tro at risiko for død, alvorlige helseskader, ødelagte relasjoner, økonomiske tap, arrestasjoner, og å kanskje se nære venner lide av samme grunn er nok til å endre rusvaner. Dette viser seg dessverre å ikke alltid være nok. Endring er en prosess som krever tid, struktur, motivasjon og gode relasjoner å støtte seg på underveis (Von Greiff & Skogens, 2014).

Når pasienten beveger seg i et helseskadelig spor kan det være lett for sykepleieren å reagere med korrigeringsrefleksen (Miller & Rollnick, 2016). Sykepleieren har tross alt et etisk ansvar å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011, punkt 2.1), og å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (2011, punkt 2.10). Hun har også en lovpålagt plikt å iverksette øyeblikkelig helsehjelp dersom hjelpen er påtrengende nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §7). Vi kan så tenke oss at sykepleieren vil føle trang til å gi råd, advare, eller på andre måter heve en pekefinger for å få pasienten til å forstå – men forskning antyder at dette faktisk kan medføre at pasienten gjør det stikk motsatte (Apodaca et al, 2016; Brown, Masterson, Latchford & Tober, 2018; Östlund et al, 2016). Videre drøftes mulige forklaringer på dette, og på hvilken måte bruk av MI kan være et godt verktøy for sykepleieren i sin oppgave å støtte den rusavhengige pasienten til endring.

5.1 Å fremkalle endringsnakk

Det er viktig å huske at når pasienten har et ambivalent forhold til rus vil han også snakke om rusen med to hoder. På én side ønsker han å slutte, på en annen side ønsker han å fortsette. Når sykepleieren argumenterer for endring vil pasienten argumentere for status quo. Man kan dermed tenke seg at om sykepleieren isteden veileder pasienten til selv å komme med endringsargumentene, vil han trolig ta denne siden på egenhånd. Pasienten bør med andre ord overtale seg selv til endring (Miller & Rollnick, 2016).

Sykepleieren i TSB utøver sin behandlende funksjon gjennom samtaler og oppfølging. Det er da naturlig å tenke at kommunikasjon er hennes arbeidsredskap og hun må ha forståelse for hvordan kommunikasjonen påvirker pasienten. Ut ifra kunnskap om prosessene i MI (se side 10-11) kan vi hevde at endring oppstår når sykepleieren veileder pasienten til å løsne opp i ambivalens og diskrepans, gjennom å fremkalle mest mulig endringsnakk og minst mulig status quo-snakke (Miller & Rollnick, 2016). Studiene til Östlund et al. (2016), Brown et al.

(2018) og Apodaca et al. (2016) har metodologiske likhetstrekk ved at de observerer forholdet mellom det behandlerne sa og hvordan pasientene svarte. Fellesnevneren hos alle pasientgrupper var at åpne spørsmål og refleksjoner oftest fremkalte endringsnakk. Det kan være verdt å undersøke disse mekanismene gjennom å studere setningseksempler.

Et åpent spørsmål kan være «Hvordan påvirker alkoholen deg i hverdagen?». Her må pasienten vurdere alkoholbruken, kartlegge hverdagssituasjonen, og deretter fundere over kombinasjonen av disse. Pasienten kan tenke på alkohol som positivt fordi det stilner arbeidsstresset, men innse at det tross alt gjør ham for syk til å tilbringe tid med barna sine. Grunnen til at åpne spørsmål bidro positivt i alle tre studiene kan ha vært at dypdykket i tankene resulterte i erkjennelse av motstridende motiver og dermed en kjensel på ambivalens og diskrepans. På denne måten kan bruk av åpne spørsmål bidra til indre refleksjon, oppløsning av ambivalens og et initiativ til ønske om endring (Miller & Rollnick, 2016).

Bruk av refleksjoner, inkludert oppsummeringer, kan ha spilt en viktig rolle på flere måter. For det første beviser sykepleieren at hun lytter til pasienten og ønsker å forstå ham, noe som virker styrkende på relasjonen dem imellom. For det andre får pasienten høre sine egne ytringer fra en annen synsvinkel og får en anledning til å reflektere. Om mulig hører han sine egne ord på en måte som gjør at han endrer mening. For det tredje åpner det for at pasienten kan korrigere sykepleieren eller videreføre samtalen med påfyll av informasjon. Dette gir pasienten eierskap til samtalen. Det hele vil være fordelaktig med tanke på å bidra til indre refleksjon, støtte opp om selvbestemmelse og bygge en god relasjon mellom pasient og sykepleier (Miller & Rollnick, 2016).

Selv om forskningen tilsier at åpne spørsmål er effektive med tanke på endringsnakk viste Östlund et al. (2016) at sykepleierne likevel oftest benyttet lukkede spørsmål. Man kan peke på ulike faktorer knyttet til dette. Blant annet kan tidspress medføre at sykepleieren stiller spørsmål som inviterer til raske og korte svar. «Røyker du? Har du barn? Hvor mange øl drikker du om dagen?». I tillegg er sykepleiere eksperter med mye fagkunnskap, og en del av sykepleierens overordnede funksjon er å samle inn data for å identifisere problemer, for så å kunne spesifisere og iverksette tiltak (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015). Da lukkede spørsmål ofte er nyttige for å innhente kritisk informasjon er det ikke umulig at denne måten å stille spørsmål på var noe som falt sykepleierne noenlunde naturlig (Eide & Eide, 2018). Det skal

derimot sies at denne studien er gjort i en annen klinisk kontekst enn TSB, og at arbeidsrammene her kan avvike.

TSB involverer likevel pakkeforløpstider som skal overholdes. Blant annet skal det gå inntil 7 kalenderdager fra pasientens første fremmøte i døgninstitusjon til en klinisk beslutning tas (Helsedirektoratet, 2019c). Lav bemanning og mangel på tid og ressurser i sykepleierens arbeidsrammevilkår kan påvirke henne til å benytte mer praktiske og raske kommunikasjonsteknikker, derav lukkede spørsmål. Hun må her være oppmerksom på etiske utfordringer ved styrende språkbruk. Med lukkede spørsmål kan sykepleieren itre rollen som ekspert og kommunisere at hun vet bedre enn pasienten. Han får ikke utdypet problemet eller korrigert hennes antakelser og endringssnakk blir mindre sannsynlig. Denne maktubalansen kan være uheldig med tanke på relasjonsbygging og selvbestemmelse (Miller & Rollnick, 2016). Å svare med *ja*, *nei* eller med korte faktaopplysninger vil også gjøre pasienten passiv (Miller & Rollnick, 2016). Da sykepleierne hos Östlund et al. (2016) ofte benyttet lukkede spørsmål kan dette forklare hvorfor pasientene i studien ofte ga passive svar.

Muligens kan opplæring, bedre tid og økt refleksjon over formidlingsevne bidra til økt bruk av åpne spørsmål. Sykepleierne hos Östlund et al. (2016) hadde alle gjennomgått kurs i MI, variert fra 2 til 10 dager. Brown et al. (2018) benyttet behandlere hvor alle hadde fått opplæring over 3 dager. Apodaca et al. (2016) brukte MI-kyndige behandlere med lang erfaring i tillegg til et 30-timers kurs. Tross varierende grad av opplæring viste alle studiene til generelt god behandlingseffekt. Av dette kan man slutte at mer opplæring kan være til nytte, men at sykepleiere ikke nødvendigvis må ha tung kompetanse i MI for å utgjøre en forskjell for sine rusavhengige pasienter. Opplæringen trenger muligens heller ikke å være avansert eller tidkrevende. Med utgangspunkt i yrkesetiske retningslinjer som erklærer at all sykepleie skal bunne i respekt for enkeltmennesket, må sykepleieren uansett være bevisst sin egen kommunikasjon. Hun må balansere profesjonalitet med fremming av likeverd og samarbeid i all sin yrkesutøvelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011, punkt 2.4).

5.2 MI sett i sammenheng med endringsprosessen

På side 8 ser vi de ulike stegene i endringsprosessen og at det kan variere hvor i prosessen pasienten befinner seg, hvilken retning han beveger seg i samt hvor lenge han blir værende i de ulike fasene. Pasientens indre motivasjon er ikke lineær og sekvensiell, ei heller MI som

behandlingsmetode. Stegene i MI-samtalens oppbygging (se Figur 2, side 10) kan altså synes å ha en sammenheng med stadiene i endringsprosessen (se Figur 1, side 8). Begge prosessene innebærer like steg. Først, bli kjent med den andre. Deretter fokusere på å finne kjernen i problemet, etterfulgt av fremkalling og forberedelse av endringen. Til slutt følger planlegging av konkrete handlinger og vedlikehold (Miller & Rollnick, 2016).

Av dette kan vi forstå at sykepleieren må styre MI-bruken etter hvor i endringsprosessen pasienten befinner seg. Det er antakelig ikke lønnsomt å legge en plan for endring dersom pasienten befinner seg i overveielsesfasen. Trolig vil det heller ikke fungere å få pasienten til å utforske ambivalens dersom han ikke føler seg bekvem nok med sykepleieren til å åpne seg (Fekjær, 2018).

Forskningsresultatene til Östlund et al. (2016), Brown et al. (2018), Apodaca et al. (2016), og Von Greiff og Skogens (2014) er interessante å sammenligne. De undersøker pasienter på ulike stadier i endringsprosessen (se side 8). Apodaca et al. (2016) forsket på studenter som ikke nødvendigvis hadde et avhengighetsproblem og som muligens befant seg i enten føroverveielsesfasen eller overveielsesfasen. Östlund et al. (2016) studerte pasienter som oppsøkte helsestasjon og som derfor kan ha vært bevisst ulemper ved sin livsstil. Pasientene hos Brown et al. (2018) mottok rusbehandling av spesialisthelsetjenesten, erklærte høy grad av motivasjon, og kan antas å ha vært på god vei i endringsprosessen. Pasientene til Von Greiff og Skogens (2014) hadde alle fullført behandlingsforløpet med god effekt, og ble i ettertid ivaretatt med hensikt å vedlikeholde endringen.

De tre første studiene viste at åpne spørsmål og refleksjoner bidro til endringssnakk, og at konfrontasjoner og råd fremkalte status quo-snakk. Derimot kunne Apodaca et al. (2016) peke på at åpne spørsmål og refleksjoner også bidro til noe status quo-snakk hos deres pasientgruppe. Man kan belyse flere mulige grunner til dette. Studentene kan ha befunnet seg i føroverveielsesfasen: Personer i denne fasen anser avhengigheten som uproblematisk og tanken på endring har sjeldent streifet dem. Åpne spørsmål og refleksjoner som insinuerer et problematisk alkoholforbruk kan derfor ha virket *konfronterende*, noe som i alle tre studiene fremkalte status quo-snakk.

Da dette er en amerikansk studie kan kulturelle ulikheter også ha vært en faktor. I USA er aldersgrensen for alkoholinntak 21 år; en mulig innvirkning på intervjuobjektene syn på

personlige drikkevaner (Utenriksdepartementet, 2020). Lite alkoholerfaring kan ha gitt uvisshet eller undervurdering av hva som regnes som risikofylt alkoholkonsum, og personer under lavalder kan ha følt på utrygghet i forbindelse med å skulle snakke om ulovlig alkoholinntak. En tredje faktor kan ha vært at behandlerne ikke var innbydende nok til at studentene ønsket å utforske temaet og at en bedre relasjon ville ha gitt økt endringsnakk. Resultatene kan uttrykke at selv om åpne spørsmål og refleksjoner har dokumentert effekt på endringsnakk bør sykepleieren være forberedt andre reaksjoner, eventuelt motstand, hos pasienter i føroverveiellesfasen (Apodaca et al., 2016). Åpne spørsmål og refleksjoner har dog vist å ha effekt på endringsnakk i alle de tre studiene uansett motivasjon, og kan av den grunn argumenteres for å være lønnsomme tilnærminger overfor pasienten.

Samtalene i studien til Östlund et al. (2016) ble utført på helsesentre der pasienter møtte til time på variert grunnlag. En betydelig svakhet med denne artikkelen er at sykepleierne selv valgte pasienter til studien. Sykepleierne kan ha valgt pasienter der endringsnakk var mer oppnåelig; som lettpåvirkelighet eller lavere helsealvorlighetsgrad. Et annet tilfelle kan være at sykepleierne spilte inn flere MI-samtaler men kun sendte inn de der de selv kom best ut. Påliteligheten til dataene kan her gjøre det vanskelig å vite hvor i endringsprosessen pasientene befant seg. I og med at pasientene oppsøkte helsestasjon kan man dog mistenke at de var bevisst problemet og befant seg ved overveiellesfasen. Hos disse pasientene var det åpne spørsmål og refleksjoner som fremkalte endringsnakk. Status quo-snakk oppsto etter sykepleiernes råd og konfrontasjoner (2016).

Apodaca et al. (2016) kunne også knytte bruk av refleksjoner til endringsnakk. Brown et al. (2018) kunne imidlertid peke på at enkle refleksjoner fremkalte endringsnakk mens komplekse refleksjoner førte til mer status quo-snakk. I MI er det en vanlig tankegang at komplekse refleksjoner vekker dypere tanker og fører til mer endringsnakk (se side 12 om kommunikasjonsferdigheter). Denne motsigelsen som Brown et al. (2018) belyser kan her også bunne i pasientenes stadie i endringsprosessen. I motsetning til de andre studiene var pasientene hos Brown et al. (2018) innrullert i rusbehandling og indikerte stor motivasjon. Dette kan angivelig bety at pasienter i tidlige endringsstadier har større behov for å reflektere over atferden, mens de som er forpliktet til endring har behov for noe annet, eksempelvis bekreftelse, informasjon og vedlikeholdsstrategier.

Von Greiff og Skogens (2014) peker på noe lignende. Deres pasienter hadde gjennomført rusbehandling og ble ivaretatt i etterkant gjennom individuelle samtaler og gruppesamtaler. For disse pasientene var ikke selve behandlingen av stor betydning: De konstaterte isteden at viktige faktorer for å vedlikeholde endring var å ha en hverdagsstruktur, et sosialt nettverk, godt samhold med medpasienter, og tilgang på informasjon fra tålmodige og tillitsvekkende behandlere (2014). Alt dette kan vurderes å være tilknyttet både bekreftelse og vedlikeholdsstrategier, som underbygger muligheten for at komplekse og dyptgående refleksjoner kan ha liten hensikt for pasienter i tilbakefallsforebygging- og vedlikeholdsfasen.

Disse ulikhetene kan illustrere nødvendigheten av at sykepleieren avklarer hvor pasienten befinner seg i endringsprosessen. En MI-tilnærming som ikke samsvarer med pasientens grad av motivasjon kan risikere å fremkalle økt status-quo snakk. Studiene er imidlertid ikke utført med en tydelig klarhet i pasientenes endringsstadier og kan derfor ikke si noe bastant om MI sin effekt på de ulike stadiene. Mer forskning som sammenligner bruk av MI på pasienter i de ulike endringsstadiene er nødvendig for å trekke en konkret konklusjon på dette området.

En sykepleier i TSB må forholde seg til pakkeforløpet som bestreber å motvirke variasjon i ventetid, utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2019b). Samtidig er hun underlagt spesialisthelsetjenesteloven (1999, §1 femte ledd) som påser å sikre pasienten individuelt tilpasset behandling. Å skulle motvirke variasjon samtidig som å skulle gi individuell tilpasning kan i første omgang virke motstridende og ugjennomførbart. Derimot kan det argumenteres at individuell tilpasning lettere vil oppstå hvis sykepleieren forstår pasientens endringsprosess, fordi det vil medføre at hun tilpasser bruken av kommunikasjonsferdigheter etter hans behov. Dette kan sannsynligvis gjennomføres gjennom hele forløpet og dermed også ivareta pakkeforløpets funksjon.

Som nevnt på side 8 er det ikke unormalt at pasienten beveger seg frem og tilbake mellom stadiene i endringsprosessen. Sykepleieren må selv bringe pasienten tilbake til de forrige fasene i MI-prosessen om hun merker skiftende fokus eller motivasjonstap. Dersom pasienten er i planleggingsfasen av samtalen men plutselig begynner å tvile og uttrykke status quo-snakk, kan det være nødvendig å gå tilbake til engasjeringsfasen. Poenget er at fasene glir over i hverandre og at MI-samtalen er flytende (se side 10-11 om MI-samtalens oppbygging). Sykepleieren må derfor kontinuerlig fremme endringsnakk og engasjement hos pasienten gjennom alle faser i samtalen (Miller & Rollnick, 2016).

Av resultatene til Apodaca et al. (2016) kan man slutte at pasienter i føroverveielssfasen kan utvise motstand mot bruk av MI. Følgelig er det viktig å fremheve respekt for pasientens selvbestemmelse og viktigheten av at sykepleieren aldri påtvinger pasienten noe mot hans samtykke. MI er en metode som brukes *med* pasienten, ikke *mot* (Miller & Rollnick, 2016). I noen tilfeller kan det beste for sykepleieren være å la temaet om endring vente. Det kan virke paradoksalt at sykepleieren skal unnlate å verken behandle eller undervise. Likevel er sykepleieren lovpålagt å utøve omsorgsfull og *forsvarlig* helsehjelp (Helsepersonelloven, §4 første ledd). Begrepet *forsvarlighet* kan forstås som en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan sykepleieren bør arbeide ut ifra situasjonsbetingelsene. Eksempelvis kan dette bety at det ikke nødvendigvis er faglig forsvarlig å imøtekomme pasientens behov til det fulle hvis det går på bekostning av andre pasienter og ressurser (Norsk Sykepleierforbund, 2018).

Dette kan overføres til bruk av MI i rusbehandling. La oss tenke at pasienten befinner seg i et tidlig stadie i endringsprosessen og uttrykker at han planlegger å injisere heroin etter samtalen. Fra sykepleierens juridiske samt undervisnings- og behandlingsfunksjonelle ståsted kan det oppfattes som riktig å motargumentere, formane om konsekvenser, eller på annet vis forsøke å avverge heroininntaket. Derimot er det trolig ikke forsvarlig om hun med dette bidrar til å styrke pasientens status quo. Det mest forsvarlige vil formodentlig være å få pasienten til å reflektere over utsagnet gjennom åpne spørsmål og refleksjoner (Miller & Rollnick, 2016). Det hindrer muligens ikke injeksjonen, men kan isteden iverksette en tankeprosess og bli et langsiktig steg i retning av endring. Med en slik strategi vil sykepleieren i dette tilfellet anvende sin helsefremmende funksjon (Kristoffersen et al, 2016).

Det skal ikke undervurderes at endring av sentrale levevaner og atferdsmønstre er omfattende og at mange opplever både tilbakefall og behandlingsavbrudd (Fekjær, 2018). At pasienter ruser seg på nytt i løpet av døgninstitusjonsoppholdet kan for sykepleieren muligens føles demotiverende med hensyn til videre arbeid. Likevel viser forskning at også korte rusfrie perioder har effekt på både psykologiske og fysiologiske funksjoner, og at både store og små tilbakefall er vanlige og ikke nødvendigvis katastrofale (Fekjær, 2018; Hagen et al., 2017). Rusavhengige er dessuten mennesker som stadig forsømmes tross påtrengende helsehjelpsbehov, og det er sykepleierens yrkesetiske plikt å imøtekomme denne gruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Norsk Sykepleierforbund, 2011, punkt 6.2). Følgelig må sykepleieren vite at endring er en tidkrevende prosess, at arbeidet hun gjør er nødvendig

og meningsfullt for både pasient og samfunn, og at hennes innsats i møte med rusavhengige pasienter ikke er forgjeves.

5.3 Å bygge en relasjon

Sykepleiere skårer stadig høyest blant yrkesgruppene befolkningen har størst tillit til (Ipsos, 2019, s.2; Radius CPH, 2019, s.2). Tillit innebærer ansvar. For å sikre kvalitet og forutsigbarhet må alle sykepleiere praktisere ut ifra ett felles lovverk og verdigrunnlag. Foruten loven og yrkesetiske retningslinjer har sykepleierutdanningen bestemmelser som sier at sykepleiere skal møte mennesker med «varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet» (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.6).

Av diagnosekriteriene på side 5 ser vi at avhengighet kan sorteres i tre kategorier: De to første punktene innebærer mangel på selvkontroll, det tredje og fjerde omhandler fysiologiske reaksjoner, og de to siste formidler at rusbruken prioriteres tross negative konsekvenser (Bramness, 2018). I vestlige samfunn blir mangel på selvkontroll ansett som negativt (Pedersen & Nortvedt, 2018). Pasienten kan ha følt på negative følelser tilknyttet kontrolltap, blitt kritisert for å ha prioritert rusmidlene som en essensiell del av livet, eller på andre måter blitt stigmatisert og straffeforfulgt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Kanskje har pasienten vært innlagt tidligere, hatt tilbakefall og kommer til reinnleggelse (se side 5 til 6 om fysisk og psykisk avhengighet) (Helsedirektoratet, 2019d, s.52). Sykepleieren bør være klar over at pasienten hun møter kan sitte inne med mye skam og vonde erfaringer.

Von Greiff og Skogens (2014) undersøkte hvilke faktorer både pasient og behandler anså som nødvendige for å vedlikeholde endringsprosessen. Pasientene hadde alle gjennomført behandling og hadde ulik sosioøkonomisk bakgrunn. Alle pasientene vektla nødvendigheten av godt samhold med medpasienter i gruppesamtaler. Pasientene fra et mer integrert samfunnslag nevnte ikke behandlerne som essensielle roller, men fant isteden god støtte hos familie og kollegaer. De mer marginaliserte pasientene sto derimot uten jobb og sosialt nettverk. Disse pasientene trakk frem viktigheten av en god relasjon til behandlerne og at behandlerne måtte være tålmodige, tillitsfulle og ha positive holdninger. Behandlerne hos denne gruppen mente også selv at de spilte en viktig rolle i å være en sosial støtte og relasjon til pasientene (Von Greiff & Skogens, 2014).

Om pasienten har et godt sosialt nettverk utenfor TSB, som de integrerte pasientene til Von Greiff og Skogens (2014), vil han formodentlig fortsatt ha behov for en god relasjon til sykepleieren for å kunne åpne seg i samtaler innenfor TSB. Hos pasienter med mangelfullt nettverk, slik som de marginaliserte pasientene, vil sykepleieren utgjøre en rolle som støttespiller og kontaktperson samt en kilde der pasienten kan føle trygghet og omsorg (2014). Forskning vedrørende årsaker til rusbehandlingsfracfall vitner blant annet om at pasienter ofte avbryter grunnet dårlig samspill med behandler (Ormbostad, Dale, Gjengedal & Stallvik, 2017; Nordheim et al., 2018). Det gir grunn til å anta at en sentral sykepleieroppgave i TSB er å være en trygg og positiv relasjon for pasienten gjennom hele behandlingsforløpet og i ettertid, slik Von Greiff og Skogens (2014) illustrerer. Da rusbruk medfører alvorlige konsekvenser for pasienten (se side 6) er det nødvendig at han ivaretas av TSB og fullfører behandlingen. Bruk av MI for å styrke relasjoner og bidra til endringssnakk gjennom hele forløpet kan derfor sies å være et behandlende tiltak i overensstemmelse med sykepleierens behandlende funksjon (Kristoffersen et al, 2016).

Basert på MI sitt samarbeidsbaserte og personsentrerte holdningssett kan MI bidra til å skape denne relasjonen. Det første steget i MI-prosessen omhandler engasjement: Sykepleieren benytter kommunikasjon som utviser aksept og interesse og eliminerer dermed frykt for stigma og senker terskelen for å snakke om rusbruken. Aksept i MI sin forstand betyr ikke at sykepleieren må være enig, men at hun viser empati og respekterer hans selvbestemmelse (Miller & Rollnick, 2016). Når pasienten er komfortabel nok med sykepleieren til å utforske ambivalens og diskrepans vil dette kunne åpne for samtaler om endring (Miller & Rollnick, 2016). På bakgrunn av dette kan bruk av MI i sykepleie sies å være et godt verktøy for å sikre at pasienten møtes med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet, i tillegg til respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet (Kunnskapsdepartementet, 2008; Norsk Sykepleierforbund, 2011).

5.4 Å fremme pasientens selvbestemmelse

At pasienten skal overtale seg selv til endring bunner i selvbestemmelsesprinsippet. Respekt for enkeltmennesket er grunnlaget for all sykepleie og sykepleiere har et yrkesetisk ansvar å etterkomme pasientens autonomi (Norsk Sykepleierforbund, 2011, punkt 2.6). Sykepleiere må dessuten rette seg etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) hvor pasientens rett til å medvirke i egen behandling hjemles. Å *medvirke* kan tolkes som at pasienten involveres i

behandlingsrelaterte avgjørelser og at behandlingen tilpasses hans behov. Brukermedvirkning er følgelig nødvendig for pasientens opplevelse av respekt, selvstendighet og økt selvfølelse.

Medvirkning forutsetter informasjon. Pasienten kan ikke ta veloverveide valg uten tilstrekkelig innsikt, og han har rett på informasjon som muliggjør dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). En essensiell sykepleierfunksjon er å veilede og undervise pasienten slik at han besitter nok kunnskap til å kontrollere egen helse og influere behandling (Kristoffersen et al., 2016). Punkt 2.5 i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer fastslår det samme (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

De sosioøkonomisk integrerte pasientene hos Von Greiff og Skogens (2014) nevnte ikke selve behandlerne som en viktig ingrediens i vedlikehold av endringsprosessen. Derimot prissatte de behandlernes kunnskapsnivå. Behandlerne opplevde selv at de var viktige bidragsytere gjennom å formidle informasjon om konsekvenser av rusbruk (Von Greiff & Skogens, 2014). At disse pasientene responderte positivt på informasjon kan ha samsvar med at de selv hadde utdanningsbakgrunn. Det kan også tenkes at familie, jobb og økonomi var såpass fremtredende motivasjonsfaktorer at pasientene ikke var spesielt ambivalente.

Sistnevnte vitner om at informasjon likevel kan problematisere situasjonen. Fra det vi vet om ambivalens og rådgivning kan det være ufordelaktig å belære eller informere om negative konsekvenser da dette kan fremme status quo-snak. Både hos Brown et al. (2018) og Östlund et al. (2016) var råd og konfrontasjoner noe av det som fremkalte mest status quo-snak. Hos Apodaca et al. (2016) førte informasjon om alkoholbruk til at studentene stilte seg nøytrale til egne alkoholvaner. At råd og konfrontasjoner fremkalte status quo-snak kan ha flere årsaker. Uppfordret informasjon kan for pasienten tolkes som at sykepleieren ikke ser hans perspektiv eller ikke tror han er i stand til å finne løsningen selv. Konfrontasjoner kan også presse pasienten til selvforsvar av egen rusbruk og dermed dytte ham over på ambivalensens status quo-side. Fellesnevneren synes å være at de truer pasientens selvbestemmelse; noe som er inkonsistent med MI-holdninger (Miller & Rollnick, 2016).

Utfordringer kan dessuten oppstå i behandlingsøyemed. At pasienten medvirker fordrer at han vet hva som er fordelaktig; noe han ikke kan vite uten informasjon (Molven, 2016). Rent hypotetisk kan vi tenke oss at sykepleieren unnlater å gi pasienten en stemme i avgjørelser dersom hun ser at informasjonsdeling vil vanskeliggjøre terapien. Eventuelt at valgmuligheter

fører til at pasienten stiller uoppnåelige krav og skriver seg ut dersom kravene ikke oppfylles. Selv om pasienten har rett til å motsi seg behandling er sykepleieren forpliktet av samme paragraf å informere om hva det vil si at hjelpen ikke gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Vi kan anta at sistnevnte kan føre til status quo-snakke og muligens forverre situasjonen.

Det kan altså tyde på at informasjon og undervisning er ugunstig i møte med ambivalente pasienter. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5) fastslår derimot at informasjonen skal tilpasses pasientens individuelle forutsetninger. Dette kan tolkes dithen at sykepleieren kan være kreativ i sin måte å informere på. Et mulig handlingsalternativ som er anerkjent innen MI er at sykepleieren ber om tillatelse til å rådgi. «Jeg vet om en behandlingsmetode som har hjulpet mange andre i samme situasjon som deg, er du interessert i å høre om dette?», eller «Kan jeg fortelle deg noe jeg har bemerket meg hos andre som også sliter med det samme?». Å tilby informasjon på denne måten kan vekke nysgjerrighet og læringsvilje hos pasienten, samtidig som det bevarer pasientens rett til selvbestemmelse og muliggjør brukermedvirkning (Miller & Rollnick, 2016). Sykepleieren får på denne måten praktisert sin undervisende funksjon samt utøvd sin juridiske og yrkesetiske forpliktelse.

6 Konklusjon

På hvilken måte kan bruk av motiverende samtale støtte den rusavhengige til endring?

Litteratur og forskning tyder på at endring av rusvaner oppstår når pasienten får ta selvstendige avgjørelser vedrørende endringen og samtidig opplever sosial støtte (Fekjær, 2018; Miller & Rollnick, 2016; Von Greiff & Skogens, 2014). Bruk av motiverende samtale vil sette sykepleieren i stand til å støtte den rusavhengige til endring gjennom kommunikasjonsteknikker som fremmer pasientens selvbestemmelse og medvirkning, styrker relasjonen mellom henne og pasienten, og bidrar til at han løsner opp i ambivalens og uttrykker endringssnakk (Apodaca et al., 2016; Brown et al., 2018; Miller & Rollnick, 2016; Von Greiff & Skogens, 2014; Östlund et al., 2016). På denne måten anses bruk av MI å være en nyttig tilnærming for sykepleiere i TSB for å fremme endring hos sine pasienter. Sykepleieren må ha forståelse for hvor i endringsprosessen pasienten befinner seg og tilpasse MI-bruken etter pasientens grad av motivasjon (Miller & Rollnick, 2016).

Rusavhengighet medfører betydelige konsekvenser for både pasient og samfunn. Sykepleiere har i kraft av sin utdanning og yrkestittel både juridisk og etisk plikt å behandle, undervise og fremme helse til alle befolkningsgrupper (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk Sykepleierforbund, 2011). På bakgrunn av sin personsentrerte og samarbeidsbaserte fremgangsmåte synes MI å være i tråd med disse sentrale føringene. Oppgaven har vist gjennom drøfting at sykepleieren ved bruk av MI sikrer forsvarlig ivaretagelse av sin behandlende, undervisende og helsefremmende funksjon (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Endring av prinsipielle levevaner er gjerne omfattende og rusbehandling kan av den grunn være tidkrevende. Redusert rusbruk vil derimot styrke pasientens psykiske og fysiske helse og bidra til økt folkehelse (Folkehelseinstituttet, 2018a). Det er nødvendig at sykepleiere har kunnskap om rusavhengighet og endring som fenomen og kan anvende hensiktsmessige metoder for å fremme positiv endring. Mer undervisning i MI som kommunikasjonsverktøy, økt bevisstgjøring av sykepleieres kommunikasjon, og mer forskning på bruk av MI i de ulike stadiene av endringsprosessen vil trolig være betydningsfullt.

7 Referanseliste

Ambivalens. (n.d.) I *Ordnett*. Hentet 9. mars 2020 fra

<https://www.ordnett.no/search?language=no&phrase=ambivalens>

Apodaca, T. R., Jackson, K. M., Borsari, B., Magill, M., Longabaugh, R., Mastroleo, N. R. & Barnett, N. P. (2016). Which individual therapist behaviors elicit client change talk and sustain talk in motivational interviewing?. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.001>

Bagøien, G., Bjørngaard, J. H., Østensen, C., Reitan, S. K., Romundstad, P. & Morken, G. (2013). The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit – a randomised controlled trial with two year follow-up. *BMC Psychiatry*, 13(93). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-93>

Bramness, J. G. (2018). *Hva er avhengighet?*. (s.49). Oslo: Universitetsforlaget.

Bramness, J. G. (Forfatter). (2019). Alt om avhengighet [Podcast episode]. I *Sykepleien Podcast* (Produsent). Hentet fra https://www.podbean.com/media/share/pb-vsidi6be70?utm_campaign=w_share_ep&utm_medium=dlink&utm_source=w_share

Brown, M., Masterson, C., Latchford, G. & Tober, G. (2018). Therapist-client interactions in motivational interviewing: the effect of therapists' utterances on client change talk. *Alcohol and Alcoholism*, 53(4), 408-411. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agy027>

Diskrepans. (n.d.) I *Ordnett*. Hentet 5. april 2020 fra

<https://www.ordnett.no/search?language=no&phrase=diskrepans>

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utg, s.196). Oslo: Gyldendal Akademisk

Fekjær, H. O. (2018). *RUS: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. (4.utg, s.118-124, 222-223, 231, 254-256, 263, 268). Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet. (2018a). Alkohol, narkotika og folkehelse. Hentet fra

<https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/alkohol-og-narkotika/>

Folkehelseinstituttet. (2018b). Skader og problemer knyttet til narkotikabruk. Hentet fra

<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/skader-og-problemer-knyttet-til-narkotikabruk/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 4. desember). D7: Dødsfall som skyldes bruk av alkohol, narkotika, etter bofylke og dødsårsak, antall og rater. I *Dødsårsaksregisteret*. Hentet 15. mars 2020 fra

http://statistikkbank.fhi.no/dar/index.jsp?headers=DAAR&FYLKESNRslice=0x&stub_s=RUSNR&measure=common&virtuallslice=DODSFALL_value&layers=FYLKESNR&layers=virtual&FYLKESNRsubset=0x&RUSNRsubset=1+-+2&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FStudy%2Fd12-Rusrelaterte&DAARsubset=2014+-+2018&mode=cube&virtuallsubset=DODSFALL_value&v=2&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfCube%2Fd12-Rusrelaterte_C1&top=yes

Folkhälsomyndigheten. (2013). Motiverande samtal. Hentet fra

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/metoder-och-planeringsverktyg/motiverande-samtal/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). (FOR-2019-03-15-412).

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Haga, W. (2015). Veien inn i behandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. (2.utg, s.50). Oslo: Gyldendal Akademisk

Hagen, E., Erga, A. H., Hagen, K. P., Nesvåg, S. M., McKay, J. R., Lundervold, A. J., Walderhaug, E. (2017). One-year sobriety improves satisfaction with life, executive functions and psychological distress among patients with polysubstance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5(76), 81-87.

<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.016>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, 23. mars). Mandat for rusreformutvalget. Hentet 28. mars 2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/rusreformutvalget/mandat-for-rusreformutvalget/id2594883/>

Helsebiblioteket. (2011, 19. desember). Avhengighetssyndrom i ICD-10. Hentet 18. mars 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm/2.3.2-avhengighet-i-icd-10>

Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (I-8/2004, s.7). Hentet 5. april 2020 fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>

Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). Motiverende intervju som metode. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet. (2019a, 6. februar). Om Helsedirektoratets normerende produkter. Hentet 18. mars 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#pakkeforlop>

Helsedirektoratet. (2019b, 4. februar). Rusbehandling (TSB) – Om pakkeforløpet. Hentet 18. mars 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb/om-pakkeforlopet>

Helsedirektoratet. (2019c, 4. februar). Forløpstider – rusbehandling (TSB) pakkeforløp. Hentet 2. april 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb/forlopstider-rusbehandling-tsb-pakkeforlop>

Helsedirektoratet. (2019d, september). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten – Kostnader, aktivitet og kvalitet – SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2018*. (IS-2851). Hentet 28. mars 2020 fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf/_attachment/inline/a7be058f-3f52-4f16-a98a-9c621b9a29ff:d16f126d7ca105b03bd34d541b41682d2ffba30b/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf

Helsedirektoratet. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2019* (rapport IS-2893, s.6-23). Hentet 7. april 2020 fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%202019.pdf/_attachment/inline/a0b3ceff-58b4-46fd-ac85-55ba7200d47f:0a9c65ac8300ac1ca4705dcf41d0a3bbb349b2bb/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%202019.pdf

Helsenorge. (2018, 20. desember). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Hentet 18. mars 2020 fra <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar>

Helsenorge. (2020, 11. februar). Samarbeidspartnere. Hentet 13. mars 2020 fra <https://helsenorge.no/samarbeidspartnere>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg, s.89). Oslo: Gyldendal Akademisk

Ipsos. (2019). *Ipsos MORI Veracity Index 2019: Trust in professions survey* (36). Hentet fra <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2019-11/trust-in-professions-veracity-index-2019-slides.pdf>

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende Sykepleie bind 1 – Sykepleie – fag og funksjon*. (3.utg, s.18-19). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Legemiddeloven. (1992). Lov om legemidler m.v. (LOV-1992-12-04-132). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1992-12-04-132>
- Lovisenberg diakonale høgskole. (2020, 6. april). Databaser og nettressurser. Hentet 8. april 2020 fra <https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>
- Lundberg, A. (2015). Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet?. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2.utg, s.42). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: støtte til endring* (3. utg, s.17, 32-38, 44-62, 72-73, 85-98, 117, 179-180, 189-201, 279, 353, 440). Bergen: Fagbokforlaget
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5.utg, s.162-163). Oslo: Gyldendal Juridisk
- Nordheim, K., Walderhaug, E., Alstadius, S., Kern-Godal, A., Arnevik, E. & Duckert, F. (2018). Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qualitative Social Work*, 17(1), 24-40.
<https://doi.org/10.1177/1473325016654559>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Norsk Sykepleierforbund. (2018). Hva er faglig forsvarlighet?. Hentet 24. mars 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/283673/Hva-er-faglig-forsvarlighet>

Ormbostad, H. A. K., Dale, K. Y., Gjengedal, E. J. & Stallvik, M. (2017). Faktorer som virker inn ved frafall i døgnbehandling for pasienter med ruslidelser. En case studie med vekt på både pasient- og behandlerperspektivet. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(1). <https://doi.org/10.7557/14.4076>

Oslo universitetssykehus. (2019, 28. oktober). Personellsammensetning i TSB. Hentet 17. mars 2020 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonal-kompetansetjeneste-tsb/vare-prosjekter/nasjonalt-ledernettverk-i-tsb/personellsammensetning-i-tsb>

Oslo universitetssykehus. (2020, 28. februar). TSB. Hentet 17. mars 2020 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999 07-02-63). Hentet 7. april 2020 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, R. & Nortvedt, P. (2018). *Etikk i psykiske helsetjenester*. (s.136). Oslo: Gyldendal Akademisk

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

Radius CPH. (2019). *Troværdighedsanalysen 2019* (11). Hentet fra <http://radiuscph.dk/wp-content/uploads/2019/08/trovaerdighedsanalysen.pdf>

Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg, s.246). Oslo: Cappelen Damm

Slørdal, L. (2018). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg, s.360-361). Oslo: Gyldendal Akademisk

Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M. & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub2>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02 61). Hentet 6. april 2020 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Hentet 6. april 2020 fra <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg, s.26, 76-79). Oslo: Universitetsforlaget

Utenriksdepartementet. (2020, 25. mars). USA – reiseinformasjon. Hentet 28. mars 2020 fra https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_usa/id2417194/

Von Greiff, N. & Skogens, L. (2014). The mechanisms of treatment – client and treatment staff perspectives on change during treatment for alcohol problems. *Nordic Social Work Research*, 4(2), 129-143. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2013.834840>

Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2020). Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/dokumenter/rapporter/selvord_tsb_2009_2017_digital_rapport.pdf

Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., Lindquist H. & Kristofferzon, M-L. (2016). Primary care nurses' communication and its influence on patient talk during motivational interviewing. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2844-2856. <https://doi.org/10.1111/jan.13052>