

Rusmiddelavhengige i behandling – på hvilken måte kan
Motiverende samtale støtte pasientens motivasjon
på vei mot et rusfritt liv?

Kandidatnummer: 312
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8354
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 12.04.2021
<p>Tittel Rusmiddelavhengige i behandling – på hvilken måte kan Motiverende samtale støtte pasientens motivasjon på vei mot et rusfritt liv?</p>	
<p><u>Problemstilling</u> <i>Rusmiddelavhengige i behandling – på hvilken måte kan Motiverende samtale støtte pasientens motivasjon på vei mot et rusfritt liv?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Kunnskapsgrunnlaget beskriver teori om rus og avhengighet, rammer innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), samtalemetoden Motiverende samtale (MI) og relevante aspekter som motivasjon, ambivalens og mestringsstillit. Sykepleiefaglige rammer gir en beskrivelse av sykepleierens funksjon, samt juridiske og etiske aspekter som har relevans for oppgaven.</p> <p><u>Metode</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave, som bygger på eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Forskningsartikler er hentet fra søk i databasene CINAHL og PubMed. Det benyttes i tillegg selvvalgt faglitteratur og offentlige retningslinjer for å besvare problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u> Funn og resultater fra forskning blir drøftet opp mot teorien, med fokus på hvordan samtalemetoden MI kan støtte pasientens motivasjon i behandling. Årsaker til frafall fra rusbehandling blir drøftet opp mot metodens innvirkning på relasjon, ambivalens og mestringsstillit. Sentrale kommunikasjonsferdigheter i MI drøftes i lys av forskningsartikler og teori.</p> <p><u>Konklusjon</u> Motivasjon til å gjennomføre en endring må ses i lys av flere årsaker. Basert på holdninger, verdier og sentrale kommunikasjonsferdigheter i MI, er metoden hensiktsmessig i møte med den rusmiddelavhengige for å støtte motivasjonen og påvirke til endring.</p>	

(Totalt antall ord:190)

1 Innhold

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning og presisering.....	2
1.4	Begrepsavklaring	2
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Rus og avhengighet.....	4
2.1.1	Diagnosekriterier	5
2.1.2	Konsekvenser ved bruk av rusmidler	5
2.2	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	6
2.3	Motiverende samtale (MI)	7
2.3.1	Holdningssettet i MI.....	7
2.3.2	MI-samtalens oppbygning.....	8
2.3.3	Motivasjon, ambivalens og mestringstillit	9
2.3.4	Endringssnakk og status quo-snakk	10
2.3.5	Kommunikasjonsferdigheter	12
2.4	Sykepleiefaglige rammer.....	13
2.4.1	Sykepleierens funksjon.....	13
2.4.2	Lovverk	14
2.4.3	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	14
3	Metode.....	16
3.1	Litterær oppgave	16
3.2	Litteratursøk	16
3.2.1	Forskningsartikler.....	16
3.2.2	Faglitteratur	18
3.3	Kildekritikk	18
3.3.1	Vurdering av eget søk.....	18
3.3.2	Faglitteratur	18
4	Presentasjon av forskningsresultater	20
4.1	Artikkelmatrise	20
5	Diskusjon.....	22
5.1	Å etablere relasjon.....	22
5.2	Sortere ambivalens	24
5.3	Å fremkalle endringssnakk.....	25
5.4	Støtte til egen gjennomføringsevne	28
6	Avslutning	29
	Referanseliste	30

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge er rus en av våre aller største helsepolitiske utfordringer. Dette er et tema som skaper engasjement i samfunnet, og det er fortsatt knyttet stigma rundt rus. «Alle» har en mening om hvordan og hvorfor rusproblemer oppstår, og om hva en selv må gjøre for å få kontroll på problemene sine (Lossius, 2021, s. 28). For den enkelte kan utfordringer i forhold til bruk av rusmidler føre med seg betydelige negative konsekvenser. Det kan dreie seg om relasjons- og familieproblemer, redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon. Dette er alle problemer som regnes som folkehelseutfordringer (Biong & Ytrehus, 2018, s. 13).

I 2019 var det over 33 000 personer som mottok rusbehandling i Norge (Helsedirektoratet, 2020, s. 16), og mellom 10 og 60 prosent av pasientene avslutter behandlingen før planlagt tidspunkt: en frafallsprosent som er høyere enn på mange andre helseområder (Kvaal et al., 2016, s. 39). Det å fullføre rusbehandling er et viktig steg mot et rusfritt liv. Avbrutt rusbehandling gir økt helserisiko for pasienten, i verste fall overdose, pårørende blir utsatt for ytterligere belastninger, og det medfører store samfunnskostnader (Kvaal et al., 2016, s. 39).

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er man som sykepleier en del av et tverrfaglig team som skal tilby behandling med forebyggende, diagnostiske, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 143). Dog vil man som sykepleier kunne møte pasienter med ulike former for rusmiddelproblemer i alle deler av helsevesenet, enten man jobber innenfor spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. En sykepleier bør derfor, i tillegg til relevant kunnskap om rus og avhengighet, også ha kompetanse til å møte pasienter med rusmiddelproblemer på en respektfull og verdig måte.

Som sykepleierstudent i praksisfeltet har jeg selv observert hvordan pasienters vei mot et rusfritt liv kan være preget av svingende motivasjon, liten tro på seg selv, og mange vanskelige følelser knyttet til det å skulle kunne mestre hverdagen uten rusmidler. På bakgrunn av dette ønsker jeg å utforske hvordan sykepleier kan bruke samtalemetoden Motiverende samtale, som er en anbefalt samtalemetode innenfor rusbehandling (Helsedirektoratet, 2016), til å støtte og ivareta pasientens motivasjon til endring i behandling.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Rusmiddelavhengige i behandling – på hvilken måte kan Motiverende samtale støtte pasientens motivasjon på vei mot et rusfritt liv?

1.3 Avgrensning og presisering

Denne oppgaven tar for seg en pasientgruppe som har et rusmiddelbruk som omfatter rusmidlene alkohol, illegale narkotiske stoffer og vanedannende legemidler. Jeg har valgt å inkludere alle de ulike rusmidlene i oppgaven, da de er alle like aktuelle blant pasienter i rusbehandling, og ofte opptrer i kombinasjon med hverandre (Helsedirektoratet, 2020, s. 24).

Pasienter som er under 18 år er underlagt psykisk helsevern for barn og unge, og har sitt hovedtilbud der (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). På bakgrunn av dette er pasientene i denne oppgaven over 18 år og frivillig innlagt til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Rusbehandlingen er innenfor rammene til tverrfaglig spesialisert rusbehandling på døgninstitusjon. Pasientene oppfyller diagnosen avhengighet gjennom diagnosesystemet ICD-10 (Nesvåg, 2018, s. 32).

Psykiske lidelser opptrer ofte samtidig med rusmiddelbruk, men rus- og psykiatrilidelser (ROP-lidelser), samt substitusjonsbehandling innenfor rammene av legemiddelassistert rehabilitering (LAR), tas ikke med i oppgaven på grunn av dens begrensende omfang. Det utelukkes ikke i søk etter forskningsartikler, da jeg kan gå glipp av funn som kan være relevante for oppgavens problemstilling.

1.4 Begrepsavklaring

Motivasjon retter seg mot ønske om endring. *Endring* knytter jeg til at pasienten har som mål å avslutte bruken av rusmidler, det vil si å leve et rusfritt liv.

Metoden *Motiverende intervju* er den norske oversettelsen av Motivational interviewing, forkortelsen *MI*, og er utarbeidet av to amerikanske psykologer. På norsk brukes mest oversettelsen *motiverende samtale*, da metoden utformer seg i dialog og samtale, mer enn et intervju (Miller & Rollnick, 2016, s. 17). Derfor vil jeg heretter i bacheloroppgaven bruke *Motiverende samtale* om *MI*, men beholder forkortelsen.

I faglitteraturen blir den som utøver MI gjerne omtalt som «hjelper». I denne oppgaven velger jeg å erstatte begrepet «hjelper» med *sykepleier*. Personer som er i behandling for rusmiddelavhengighet er både kvinner og menn, men for å skape et tydelig skille og struktur i oppgaven, omtales pasienten som *han* og sykepleier som *hun*.

Avhengighet av rusmidler blir i ulik faglitteratur oftest omtalt som «rusavhengighet». Simonsen (2016, s. 23) mener at rusavhengig er et begrep som ikke bør brukes, da det betegner en person som er «avhengig av rus». «Personen er ikke avhengig av rus, men av et rusmiddel eller av de effektene som rusmidlet gir» (Simonsen, 2016, s. 23). På bakgrunn av dette mener Simonsen (2016, s. 23) at begrepet erstattes av *rusmiddelavhengig*, og det er dette begrepet jeg vil være konsekvent på å bruke gjennom hele oppgaven.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av seks kapitler. I kapittel 2 presenteres relevant teoretisk kunnskap innenfor rusmiddelavhengighet, samtalemetoden MI som metode og sykepleiefaglige rammer. Valg av metode, beskrivelse av søkeprosess og valg av faglitteratur kommer frem i kapittel 3. Kapittel 4 tar for seg funn og resultater fra forskningsartiklene som presenteres i en artikkelmatrise. I kapittel 5 vil teori, forskningsartikler og faglitteratur benyttes til å drøfte oppgavens problemstilling, før det til slutt i kapittel 6 gis en kort oppsummering, og oppgavens problemstilling vil besvares.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres teori som skal bidra til å belyse problemstillingen. Innledningsvis beskrives teori om rus og avhengighet, diagnosekriterier for rusmiddelavhengighet og konsekvenser ved bruk av rusmidler. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling presenteres, deretter gis det en beskrivelse av samtalemetoden Motiverende samtale, i tillegg til relevante aspekter innenfor motivasjon. Kapitlet avsluttes med en beskrivelse av sykepleiefaglige rammer som omfatter sykepleierens funksjon samt juridiske og etiske aspekter.

2.1 Rus og avhengighet

Begrepet «rus» har to ulike betydninger. På den ene siden kan det dreie seg om subjektive opplevelser, en tilstand av sterk begeistring på bakgrunn av noe som har hendt oss eller noe vi opplever. På den andre siden kan begrepet henspille en type atferd; ofte en atferd som er preget av dårlig impuls kontroll og svekket forståelse for konsekvenser, og som gjerne kan være plagsom for andre (Mørland & Waal, 2016, s. 17).

Rus som oppstår etter inntak av et rusmiddel, vil gi en opplevelse av endret stemningsleie, endret virkelighetsoppfatning og endret adferd. Rusmidlene vil ofte i en tidlig fase gi lystbetonte opplevelser som bidrar til et ønske om å fortsette bruken, men etter en tids bruk vil en få sjeldnere behagelige opplevelser. Bruken opprettholdes heller for å hindre ubehag og abstinens når effekten av en dose avtar (Simonsen, 2016, s. 24).

Mennesker er alle avhengige av næring og væske, vitaminer og næringsstoffer som kroppen trenger. De aller fleste er avhengig av familie og relasjoner, og menneskelig kontakt. Noen er avhengig av fysisk aktivitet for å få energi og overskudd. Dette er avhengighet som er en livsbetingelse, ikke et problem i seg selv (Mørland & Waal, 2016, s. 20). Avhengighet til bruk av rusmidler er noe annet. Mørland og Waal (2016, s. 20) beskriver rusmiddelavhengighet som handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelse, hvor personen etter nøye overveielser kan bestemme seg for å slutte, men så likevel ofte gjentar handlingen. Personen kan derfor fremtre upålitelig og være preget av ambivalens, men samtidig være oppriktig fortvilet og maktesløs i tilværelsen. Personen handler gjentatte ganger i strid med sitt eget beste, selv når alt tas i betraktning.

Det skilles mellom fysisk og psykisk avhengighet som er nær koblet til hverandre, og utvikles over tid. Når tilførselen av et rusmiddel reduseres eller opphører, vil den fysiske avhengigheten uttrykkes i form av symptomer som hjertebank, kvalme, oppkast, skjelvninger, kramper, svette, frysninger, hodepine og søvnvansker. De fysiologiske reaksjonene vil oppleves som ubehagelige, men kan også være livstruende. Den psykiske avhengigheten vises i form av abstinensplager ved forsøk på å avslutte bruken av rusmidler. Personen vil oppleve en sterk trang til å innta rusmidler for å oppleve den positive virkningen eller for å dempe ubehaget etter at effekten av en dose avtar (Simonsen, 2016, s. 26).

2.1.1 Diagnosekriterier

Helsevesenet i Norge bruker den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 til å diagnostisere rusproblemer, og diagnosen «avhengighet» settes når tre eller flere av følgende kriterier er oppfylt i løpet av de siste 12 måneder:

- Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen
- Problemer med å kontrollere substansinntaket med hensyn til innledning, avslutning og mengde
- Fysiologisk abstinensstilstand når substansbruken har opphørt eller er redusert, som viser seg ved det karakteristiske abstinenssyndromet for stoffet, eller bruk av samme (eller et nært beslektet) stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer
- Utviklet toleranse, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga
- Føler økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, og mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller komme seg etter bruken
- Opprettholder substansbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, og man kan fastslå at brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over skadens natur og omfang

(Helsedirektoratet, 2012, s. 18)

2.1.2 Konsekvenser ved bruk av rusmidler

En person som har et høyt forbruk av rusmidler vil ha økt risiko for akutte og kroniske helseskader, sammenlignet med lav eller ingen bruk av rusmidler. Akutte helseskader omfatter skader og ulykker knyttet til voldshandlinger, trafikkuhell, fallskader og drukning. Utfallet av skadene kan være ubetydelige, men de kan også være alvorlige eller dødelige

(Simonsen, 2016, s. 64-65). Kroniske helseskader øker med varigheten av rusmiddelbruken og er i stor grad samtidig knyttet til størrelsen på enkeltinntaket. Sykdom og skade utvikles dermed langsomt av en stadig påvirkning av rusmidlene. Skader på hjerte- og karsystemet, leverskader, skader på nervesystemet, utvikling av psykiske lidelser og skader på foster ved graviditet er noen eksempler (Simonsen, 2016, s. 68-69). Rusmiddelbruk fører også med seg en del negative sosiale konsekvenser som rammer både den rusmiddelavhengige selv og dens nære relasjoner som venner, familie og arbeidskolleger. Økonomiske og sosiale problemer, og relasjonsproblemer utgjør store belastninger. Samfunnet påføres i tillegg betydelige kostnader knyttet til behandling av skader, sykdommer og kriminalitet (Simonsen, 2016, s. 70-72).

2.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Gjennom rusreformen i 2004 ble behandling for rusmiddelavhengighet omdefinert fra å være sosiale tjenester til spesialisthelsetjenester (Haga, 2021, s. 94). Behandlingstilbudet ble dermed en del av spesialisthelsetjenesten på linje med somatikk og psykisk helsevern, og fikk betegnelsen *tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, forkortelsen TSB. Rusmiddelavhengige fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglighet innebærer medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse. Spesialisert betyr at behandlingen skal fylle kravene til spesialistnivå (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 142).

Behandling i TSB kan være poliklinisk, dag- og døgnbehandling eller ambulante tjenester i for eksempel pasientens hjem (Oslo universitetssykehus, 2021). I 2019 var det over 33 000 personer som mottok behandling innen TSB, noe som var en økning fra 2018 (Helsedirektoratet, 2020, s. 16). Kjønnfordelingen viser at to tredjedeler av pasientene var menn og alkohol var det mest brukte rusmiddelet før behandlingsstart. De resterende 50 prosentene bestod av narkotiske stoffer og avhengighetsskapende medikamenter (Helsedirektoratet, 2020, s. 18, 23).

Pakkeforløpet for rusbehandling i TSB ble iverksatt 1.januar 2019 og skal sikre økt brukermedvirkning og brukertilfredshet. Videre skal pakkeforløpet bedre ivareta helse og gode levevaner, samt at forløpet skal tilpasses hver enkelt pasients

situasjon, ønsker og behov. God informasjon og forutsigbarhet for pasienten skal sikres gjennom hele forløpet (Helsedirektoratet, 2018).

2.3 Motiverende samtale (MI)

MI er en samtalemetode som har som mål å styrke pasientens indre motivasjon for endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 39). Samtalemetoden ble utviklet av psykologene William R. Miller og Stephen Rollnick på 1980-tallet for å behandle alkoholavhengighet, men har i senere tid blitt tatt i bruk til behandling av andre helserelaterte problemer der endring er et ønsket utfall (Miller & Rollnick, 2016, s. 16-18).

MI bygger på en personsentrert og samarbeidsbasert samtalestil som vektlegger å hente ut pasientens egne oppfatninger, tanker og argumenter knyttet til det å skulle gjøre en endring, fremfor å overtale eller overbevise pasienten. Pasienten skal snakke seg selv til endring, basert på sine egne verdier og interesser (Miller & Rollnick, 2016, s. 16-17). Metoden baserer seg på kunnskap om hvordan en persons motivasjon for å endre seg kan økes gjennom samtale med en behandler, selv når personen har motstridende tanker og følelser for å endre egen adferd (Andresen, 2021, s. 356).

2.3.1 Holdningssettet i MI

MI har noen sentrale verdier i møte med pasienten, som bygger på prinsippene for personsentrert omsorg. Disse verdiene kalles samlet sett for *holdningssettet* i MI, og består av partnerskap, aksept, medfølelse og fremkalling (Miller & Rollnick, 2016, s. 49).

Holdningssettet innebærer at sykepleier møter pasienten med en fordomsfri holdning som bærer preg av respekt for pasientens autonomi, og hvor målet er å finne den løsningen som er best for vedkommende (Ivarsson, 2017, s. 16).

Partnerskap handler om å skape et aktivt samarbeid mellom sykepleier og pasient. MI har ikke som hensikt å gjøres *på* eller *med* pasienten, MI gjøres *for* eller *sammen med* pasienten (Miller & Rollnick, 2016, s. 42). Sykepleier legger vekt på at pasienten innehar ressurser og endringspotensial, og legger til rette for at disse ressursene kan utløses. Pasientens eget perspektiv og ekspertise skal være i sentrum (Andresen, 2021, s. 359).

Aksept består av fire aspekter: Sykepleier skal vise at hun *aksepterer* pasienten for den han er, en selvstendig person som har indre verdi og potensial. *Empati* vil si evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon og vise interesse og forståelse, uten å identifisere seg med det som blir fortalt eller trekke inn egne perspektiver. Respekt for pasientens *autonomi*: pasientens rett og evne til selv å bestemme. *Bekreftelse* handler om å gi bekreftelse og anerkjenne pasientens styrker og innsatsvilje (Miller & Rollnick, 2016, s. 43-46).

Det å vise *medfølelse* handler om aktivt å styrke pasientens velferd og å prioritere pasientens behov (Miller & Rollnick, 2016, s. 47).

Fremkalling handler om å rette søkelyset på pasientens styrker og ressurser, fremfor svakheter og mangler. Pasientens egne perspektiver på gode grunner og argumenter for endring skal hentes frem og knyttes sammen med hva som er viktig for pasienten. Dette bidrar til å utvide pasientens indre motivasjon for endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 48).

2.3.2 MI-samtalens oppbygning

MI som metode er bygget opp av fire grunnleggende prosesser som danner flyten i samtalen. Hver prosess danner fundamentet for neste prosess, men de vil ofte gå over i hverandre og det kan være nødvendig å vende tilbake til tidligere steg. Prosessene består av verbene engasjere, fokusere, fremkalle og planlegge (Miller & Rollnick, 2016, s. 53-54).

Engasjere: Her etableres en gjensidig relasjon og et godt samarbeidsforhold mellom pasient og sykepleier. En god allianse er preget av tillit, respekt og samarbeid. Sykepleier uttrykker empati og medfølelse ved bruk av refleksiv lytting og kommunikasjonsferdigheter.

Engasjement legger grunnlaget for en velfungerende allianse, som ofte er avgjørende for om pasienten blir værende i behandling (Miller & Rollnick, 2016, s. 67-70).

Fokusere: Når den gode relasjonen er skapt, rettes søkelyset på hva pasientens retning eller mål er. Fokuseringsprosessen bidrar til å klargjøre hvilken retning pasienten vil bevege seg mot og hvilke endringer man ønsker at samtalen vil føre til (Miller & Rollnick, 2016, s. 55).

Fremkalle: Dette er selve kjernen i MI; å fremkalle pasientens egen motivasjon for endring. Når det er fokus på en bestemt endring, mobiliserer sykepleier pasientens egne tanker og

følelser om hvorfor og hvordan denne endringen kan gjennomføres. En personlig endring, som å endre rusvaner, er en langsiktig prosess som krever at pasienten er en aktiv deltaker. Det er pasienten som skal sette ord på argumenter for endring. Å bli fortalt hva som må gjøres for å bli rusfri, kan virke mot sin hensikt (Miller & Rollnick, 2016, s. 56-57).

Planlegging: På toppen av trappen er motivasjonen for endring så sterk hos pasienten at fasen med planlegging kommer naturlig. Pasienten er mer opptatt av når og hvordan endringen kan skje, fremfor hvorvidt og hvorfor (Miller & Rollnick, 2016, s. 57)

2.3.3 Motivasjon, ambivalens og mestringstillit

Alle handlinger mennesker utfører styres av *motivasjon* – et motiv som får oss til å handle. Motivasjon kan knyttes til en indre tilstand som fremkaller en «bevegelse» i retning av et mål. Vi skiller mellom indre og ytre motivasjon. Den indre motivasjonen styres av egen interesse for selve handlingen, mens den ytre motivasjon er handlinger personen utfører som er forventet av han, eller for å oppnå en belønning. De aller fleste handlingene vi mennesker utfører drives av den ytre motivasjonen, vi spiser fordi vi er sultne og sover fordi vi er trette, men i enkelte situasjoner utføres handlinger som ikke er styrt av ytre krav eller med det mål å søke bekreftelse fra andre – vi utfører dem kun for vår egen del (Håkonsen, 2014, s. 89, 93-94).

Motivasjon motvirkes av *ambivalens*. Ambivalens kjennetegnes av samtidig eller vekslende motstridende tanker, følelser eller impulser, knyttet til samme person, handling eller tema (Hole, 2014, s. 64). Hos en ambivalent pasient vil det utspille seg en motivasjonskonflikt, der begge motivasjoner er representert i en indre dialog; pasienten vil slutte med rusmiddelbruken og samtidig fortsette å ruse seg. I samtale med pasienten er det vanlig å høre argumenter for endring og argumenter mot endring bli sammenvevd. Konsekvensene av ambivalens bidrar til blant annet skyldfølelse, selvforakt, forvirring, ustabil motivasjon og skiftende adferd (Andresen, 2021, s. 375-376). Pasienten kan bli værende i denne tilstanden lenge, vekslende mellom to valg eller retninger (Miller & Rollnick, 2016, s. 33).

Et sentralt mål i MI er å utforske og løse opp i pasientens ambivalens. Utforskning av ambivalensen skal hjelpe pasienten til å skape et bilde over hans komplekse usikkerhet og tvil, og veilede han gjennom ambivalensen. Pasienten vil få en tydeligere oversikt over egne

tanker og følelser overfor bruken av rusmidler ved å utforske de gode og mindre gode sidene. På denne måten kan pasienten vurdere hva han kan tjene på eller miste ved å slutte med bruken av rusmidler, vurdere fordeler og bakdeler ved å sette i gang en endring, samt vurdere sin egen adferd og konsekvensene av den. Det er pasienten som skal konfrontere seg selv og bli kjent med innholdet i sin egen ambivalens (Andresen, 2021, s. 376).

Mestringstillit handler om pasientens tro på at han kan klare å gjennomføre en endring. Har pasienten liten tro på eller håp om at ting kan endres, vil han se liten grunn til å gjøre noe med sine problemer (Andresen, 2021, s. 364). Pasienten kan ha et sterkt ønske om å slutte med bruken av rusmidler, men likevel fortsette fordi han mangler tro på at han for eksempel kan håndtere abstinenssymptomene. En vanskelig livssituasjon som er preget av eksempelvis økonomiske problemer, arbeidsledighet, ødelagt relasjon til familie og manglende sosialt nettverk, kan føre til at pasienten mister håpet om at endring er mulig (Prescott & Tvedten, 2019, s. 34).

2.3.4 Endringssnakk og status quo-snakk

Endringssnakk er alle formuleringer og utsagn som pasienten selv uttrykker som argumenter for endring. Det motsatte er status quo-snakk, pasientens argumenter for å opprettholde situasjonen som den er (Miller & Rollnick, 2016, s. 33-34). For at pasienten skal bevege seg i retning av endring, er det nødvendig at argumentasjonene for en endring er sterkere enn argumentasjonene for å opprettholde situasjonen som den (Miller & Rollnick, 2016, s. 197).

Endringssnakk som uttrykker seg som ønsker, evner, grunner og behov, kalles forberedende endringssnakk og ses på som en forberedelse og innledning til en beslutning. Ytringer om forpliktelse, begynnende handlinger og forpliktende handlinger, kalles mobiliserende endringssnakk, og er uttrykk for forpliktelse til beslutning (Andresen, 2021, s. 380-381). Forberedende endringssnakk gjenspeiler den siden av ambivalensen som støtter opp om endring, mens mobiliserende endringssnakk er et tegn på at ambivalensen er i ferd med å løse seg opp til fordel for endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 193). Viser til eksempler i Tabell 1, s.11.

Forberedende endringssnakk	Ønske	<i>«Jeg har lyst til å slutte å røyke»</i>
	Evne	<i>«Jeg hadde nok klart å slutte»</i>
	Grunn	<i>«Kanskje jeg hadde sovet bedre om nettene»</i>
	Behov	<i>«Jeg kan ikke fortsette på denne måten»</i>
Mobiliserende endringssnakk	Forpliktelse	<i>«Jeg skal slutte å ruse meg»</i>
	Begynnende handling	<i>«Jeg er klar for å slutte»</i>
	Konkret handling	<i>«Jeg gikk på et møte i en støttegruppe»</i>

Tabell 1: Eksempler på endringssnakk (Miller & Rollnick, 2016, s. 192-195)

For å fremkalle endringssnakk, brukes åpne spørsmål som innbyr til endringssnakk. Med utgangspunkt i kategoriene til forberedende eller mobiliserende endringssnakk, kan man formulere gode spørsmål som vil lokke frem argumenter for endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 205). Når pasienten uttrykker endringssnakk, må dette gjenkjennes og responderes på, for å støtte opp om uttalelsene. Ved å bruke åpne spørsmål, bekreftelse, refleksjon og oppsummering, vil resultatet ofte være mer detaljert endringssnakk (Miller & Rollnick, 2016, s. 217).

Status quo-snakk kan vise seg som argumenter tilhørende kategoriene til forberedende og mobiliserende endringssnakk. Ved å møte uttalelsene på en MI-konsistent måte, vil det kunne fremkalle den andre siden av ambivalensen og øke andelen endringssnakk (Miller & Rollnick, 2016, s. 196, 231-233).

2.3.5 Kommunikasjonsferdigheter

Kommunikasjonsferdighetene i MI representerer en personsentrert kommunikasjonsstil, og er grunnleggende for god MI-praksis. De anvendes i alle de fire prosessene til å bygge en god arbeidsrelasjon, til å forhandle frem en retning, til å hente ut og forsterke endringssnakk, navigere rundt motstandskrefter og til å bistå med en endringsplan (Andresen, 2021, s. 365). Ferdighetene som er konsistente med MI er åpne spørsmål, refleksjoner, oppsummeringer og bekreftelse.

Åpne spørsmål inviterer pasienten til å reflektere og utdype sitt ståsted og fortelle det han ønsker å fortelle. Det innbyr til samtale om et tema og styrer oppmerksomheten i en bestemt retning. Åpne spørsmål bidrar til økt deltagelse i samtalen (Miller & Rollnick, 2016, s. 93-95).

Refleksjoner handler om å forsøke å gjette seg til hva pasienten mener ved å sette ord på gjetningen og formidle den tilbake. Refleksjoner gir pasienten mulighet til å høre sine egne tanker og følelser, og gir pasienten muligheten til å reflektere over egne utsagn. Enkle refleksjoner gjentar det pasienten har sagt ved bruk av de samme ordene eller ved omformuleringer. Komplekse refleksjoner skal speile den underliggende meningen eller følelsen pasienten uttrykker (Miller & Rollnick, 2016, s. 83-89).

Oppsummering er en annen form for refleksjon der man trekker sammen elementer pasienten har fortalt. Ved å oppsummere samtalen skal sykepleier fremme forståelse og vise at hun har lyttet, og husker og anerkjenner det pasienten har fortalt. Oppsummeringer kan brukes til å skifte tema eller lukke eller avslutte et tema, samtidig som det gir pasienten mulighet til å korrigere eller gi utfyllende informasjon (Miller & Rollnick, 2016, s. 62-63).

Bekreftelse handler om å vektlegge det som er positivt, i form av å anerkjenne det positive ved pasienten; egne personlige styrker, anstrengelser og ressurser (Miller & Rollnick, 2016, s. 95-96).

Kommunikasjonsferdigheter som er inkonsistente med MI er blant annet lukkede spørsmål, rådgivning og konfrontasjoner. *Lukkede spørsmål* begrenser pasientens svarmuligheter og innbyr normalt til korte svar. De egner seg best når man skal innhente konkret informasjon eller til å bekrefte eller avkrefte noe (Miller & Rollnick, 2016, s. 94-95). *Å gi råd eller*

informasjon skal utføres i samarbeid med pasienten, utifra pasientens behov eller ønske. Sykepleier skal be om tillatelse før hun informerer eller rådgiver (Miller & Rollnick, 2016, s. 63). Den naturlige viljen til å hjelpe den andre kan føre til at sykepleier inntar en styrende stil. Det å komme med argumenter for at pasienten skal gjøre en endring eller velmente råd er ofte naturlige reflekser hos mennesker. MI kaller dette for *korrigeringsrefleksen* (Miller & Rollnick, 2016, s. 32).

2.4 Sykepleiefaglige rammer

For å sikre at pasienter og pårørende mottar sykepleie av god kvalitet, er utøvelsen av sykepleiefaget underlagt visse rammer, som man hovedsakelig finner i lovverk, yrkesetiske retningslinjer for sykepleie og rammeplan for sykepleieutdanningen (Norsk Sykepleierforbund, u.å.)

2.4.1 Sykepleierens funksjon

Rammeplanen for sykepleieutdanningen er ment å sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, blant annet ved å fastsette mål og formål for utdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 3). I tillegg angir rammeplanen ulike funksjoner som en sykepleier har. Hvilke sider ved sykepleierfunksjonen som er mest fremtredende, avhenger av tid, sted og situasjon (Kristoffersen et al., 2016, s. 17, 27). På bakgrunn av dette, har jeg i denne oppgaven valgt å legge spesielt vekt på sykepleiers *helsefremmende funksjon* og den *undervisende og veiledende funksjon*:

Den helsefremmende funksjonen handler om pasientens egne ressurser og potensialet som fremmer helse og velvære. Sykepleier skal ivareta og styrke dette hos pasienten. Gjennom å utvikle personlig kompetanse og ferdigheter hos pasienten, settes pasienten i stand til å få økt kontroll over, og forbedre sin egen helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 18).

Den undervisende og veiledende funksjonen handler om å bidra til læring, utvikling og mestring hos pasienten. Sykepleier skal møte pasientens behov for kunnskap og forståelse slik at pasienten kan ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 19).

2.4.2 Lovverk

Sykepleier i sin rolle som helsepersonell er pliktet til å utøve sykepleie innenfor de rammene som følger av lover og forskrifter. Sykepleier må ha kunnskap om lovgivning for å fylle sin yrkesrolle (Molven, 2016, s. 20).

Helsepersonelloven omfatter helsepersonell, herunder sykepleier og virksomheter som yter helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §2). Enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål går under betegnelsen helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §3). Loven har som formål å bidra til tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §1). Sykepleier har et individuelt ansvar og plikt for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Spesialisthelsetjenesten skal blant annet bidra til et likeverdig tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1), og tilby tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelavhengige (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1a, første ledd nr. 5).

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter rettigheter i møte med helse- og omsorgstjenesten og skal bidra til å fremme tillitsforholdet til helsevesenet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Loven skal ivareta respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Pasientene gis rett til medvirkning i behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1), og rett til informasjon om helsetilstand og behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

2.4.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene fremhever respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet som grunnlaget for all sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Sykepleieren har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (2019, punkt 2.1) , understøtte pasientens håp, mestring og livsmot (2019, punkt 2.2), og ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (2019, punkt 2.10). Sykepleieren skal legge til rette for at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser basert på tilpasset og tilstrekkelig informasjon (2019, punkt 2.5), og respektere pasientens selvbestemmelse (2019, punkt 2.6). Sykepleieren

skal aktivt bidra for å imøtekomme sårbare grupper som har særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (2019, punkt 6.2).

3 Metode

Metode er en fremgangsmåte som forteller oss hvordan en går frem for å innhente eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Metoden benyttes systematisk for å samle inn litteratur, informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74), og er et redskap i møte med det aktuelle temaet en ønsker å undersøke (Dalland, 2017, s. 52).

3.1 Litterær oppgave

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave, som er basert på data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207).

Artiklene som er valgt har hovedvekt på kvantitativ metode for å gi objektive data om MI-samtalens årsaks-virknings-forhold, sammenligne pasientsituasjoner og teste ut hypoteser og teorier (Thidemann, 2019, s. 76). Kvalitativ metode ble i utgangspunktet utelatt da metoden belyser menneskelige erfaringer og opplevelser (Thidemann, 2019, s. 76), men en kvalitativ artikkel ble inkludert da jeg ønsket å undersøke pasientenes erfaringer og opplevelser knyttet til å droppe ut av rusbehandling.

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Forskningsartikler

Søk etter forskningsartikler var en krevende prosess som bød på mange utfordringer. Jeg var interessert i å finne forskningsartikler som kunne fortelle hvordan MI har effekt på rusmiddelavhengige i behandling, fremfor hvorvidt MI har effekt eller ikke. Underveis i søkene fant jeg det utfordrende å finne artikler som gikk på rusmiddelavhengige som var i behandling. Flere av artiklene undersøkte bruken av MI til å redusere alkohol- eller rusvaner som ikke var i behandling. Derfor måtte jeg utvide søket til å gjelde rusmiddelavhengige som ikke nødvendigvis var i behandling. En annen utfordring i søk av artikler med motiverende samtale som metode, var at det ble brukt en «søsterversjon», kalt MET (Motivational Enhancement Therapy) i mange av studiene. Dette er en metode som tar utgangspunkt i motiverende samtale, men skal ikke guide pasienten gjennom hele prosessen i MI. Jeg anser likevel at det har en overførbar effekt da metoden bygger på de grunnleggende verdiene og prinsippene i MI. Det å finne nyere forskning som ikke var eldre enn ti år, var også utfordrende.

Artikkelsøk ble foretatt i perioden mellom desember 2020 og februar 2021 i henholdsvis PubMed og CINAHL. Dette er internasjonale databaser som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Inklusjonskriteriene ble satt til at artiklene skulle være fagfellevurdert, utført i vestlige land og ikke være eldre enn ti år. Alderen til pasientene skulle være over 18 år. Både i PubMed og CINAHL gav kombinasjonen av søkeordene «substance abuse», «substance use disorder» og «motivational interviewing» henholdsvis 922 og 540 treff, med inklusjonskriteriene. Ved å fokusere på spesifikke elementer i MI knyttet opp mot motivasjonsarbeid, gav søkeord som «change talk», «communication» og «ambivalence» mer nyanserte treff. Søkeordet «nurse» gav ingen relevante treff. En av artiklene fant jeg ved å gjøre et enkeltsøk i CINAHL på søkeordene «change talk» og «motivational interviewing». Her fikk jeg 75 treff etter inklusjonskriterier. Søk etter kvalitative artikler inneholdt søkeordene «substance abuse», «substance use disorder», «treatment», «dropout» og «reason».

Nr.	Søkedato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Antall leste sammendrag	Valgt artikkel
1	07.12.20	PubMed	Substance abuse OR Substance use disorder AND Motivational interviewing AND Change talk AND Communication	24	10	3: Therapist – Client Interactions in Motivational Interviewing: The Effect of Therapists´ Utterances on Client Change Talk
2	10.01.21	CINAHL	Change talk AND Motivational interviewing	75	15	7: Which Individual Therapist Behaviors Elicit Client Change Talk and Sustain Talk in Motivational Interviewing?
3	12.01.21	CINAHL	Substance abuse OR Substance use disorder AND Motivational interviewing AND Change talk AND Ambivalence	24	18	10: The Impact of Therapists´ Responses to Resistance to Change: A Sequential Analysis of Therapist Client Interactions in Motivational Interviewing

4	12.02.21	PubMed	Substance abuse OR Substance use disorder AND Dropout AND Treatment AND Reason	49	7	2: Young adult`s reasons for dropout from residential substance use disorder treatment
---	----------	--------	--	----	---	---

3.2.2 Faglitteratur

Selvvalgt faglitteratur som blir brukt i denne oppgaven fant jeg gjennom Lovisenberg diakonale høyskole sin biblioteksdatabase Oria, ved å søke på ord som «rus», «avhengighet», «rusmiddelavhengighet», «motivasjon» og «motiverende intervju». Noe faglitteratur ble jeg også kjent med da jeg var i psykiatripraksis innenfor rus og avhengighet. Jeg ønsket å bruke faglitteratur som ikke var eldre enn ti år for å kunne bruke oppdatert kunnskap, samt de nyeste utgavene der dette var tilgjengelig. Jeg har også søkt etter relevant litteratur gjennom ulike nettsider som Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Oslo universitetssykehus og Regjeringen, som jeg anser å være oppdaterte og pålitelige kilder.

3.3 Kildekritikk

3.3.1 Vurdering av eget søk

Personlig ufarenhet med systematisk søk etter artikler og feil eller upresis bruk av søkeord/søkekombinasjoner kan ha medvirket til at jeg ikke har fått mer presise eller relevante funn. På bakgrunn av egne språkferdigheter, kan oversettelse fra engelsk til norsk medført feil forståelse av artiklene.

3.3.2 Faglitteratur

Teori om MI og kommunikasjonsferdigheter er hentet fra boken *Motiverende samtale; støtte til endring* (Miller & Rollnick, 2016), som er den norske oversettelsen av Motivational interviewing. Boken er skrevet av metodens grunnleggere William R. Miller og Stephen Rollnick. Boken er hovedsakelig brukt som primærkilde, da den er basert på forfatterens nyeste utgave som gjenspeiler en oppdatert forståelse av metoden. Boken går i dybden på de

ulike delene ved MI, har et pedagogisk språk og har mange gode og konkrete eksempler på de ulike kommunikasjonsferdighetene.

Dog har bokens omfang til tider blitt for omfattende, og jeg har supplert med kapittelet *Motiverende samtale* i *Håndbok i rusbehandling* (Lossius, 2021). Kapittelet er skrevet av Nina Elin Andresen, som er psykologspesialist og medlem av nettverket Motivational Interviewing Network of Trainers Inc. (MINT). Hun gir en god innføring i metoden på en oversiktlig og forståelig måte, og har med de viktigste elementene i MI. Ettersom den nyeste utgaven kom ut i 2021, anser jeg kapittelet som oppdatert i henhold til MI. Andresen har også skrevet forordet i *Motiverende samtale: støtte til endring*.

Teori om rus og avhengighet er hovedsakelig hentet fra boken *Rusmiddelavhengighet* (Simonsen, 2016). Forfatteren er lege og jobber innen rus- og avhengighetsmedisin. Boken gir et godt innblikk i emnet rusmiddelavhengighet, og beskriver utfordringer ved avhengighet, stigma og fordommer mot rusmiddelavhengige, samt at han har et bevisst forhold til begrepsbruk.

Boken *Helsehjelp til personer med rusmiddelproblemer* (Biong & Ytrehus, 2018) er pensumlitteratur på sykepleierutdanningen ved Lovisenberg diakonale høgskole. Boken bygger på kunnskap og forståelse rundt rusmiddelproblemer og hvordan det kan legges til rette for god helsehjelp.

4 Presentasjon av forskningsresultater

De tre første artiklene viser at bruk av kommunikasjonsferdigheter som er konsistente i MI, som åpne spørsmål, refleksjoner og bekreftelse, har større sannsynlighet for å fremme endringssnakk hos pasientene. Inkonsistente MI-ferdigheter som lukkede spørsmål, det å gi råd og konfrontasjoner opprettholder og/eller fremkaller pasientens status quo-snakk. Pasientene hadde ulik grad av motivasjon og responderte ulikt på de forskjellige kommunikasjonsferdighetene. Den siste artikkelen handler om årsaker til at pasienter innlagt til rusbehandling avbryter behandlingen før planlagt utskrivelse, sett fra pasientens side.

4.1 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Michael Brown, Ciara Masterson, Gary Latchford og Gillian Tober (2018)	Therapist – Client Interactions in Motivational Interviewing: The Effect of Therapists' Utterances on Client Change Talk	Alcohol and Alcoholism	Undersøke forholdet mellom MI behandlerens ytringer og pasientens endringssnakk.	Kvantitativ metode. Omfatter sekundæranalyse av data og opptak fra en tidligere studie. 20 tilfeldig utvalgte lydopptak av Motivational Enhancement Therapy (MET) - samtaler ble analysert ved hjelp av MI-SCOPE, et verktøy utviklet for å evaluere samtaleutvekslinger i en MI-samtale. Pasientene mottok behandling for alkoholproblemer og hadde høy grad av motivasjon for endring.	Bruk av åpne spørsmål og refleksjoner, med vekt på komplekse refleksjoner, fremmet pasientenes endringssnakk og styrket forpliktelse til endring. Lukkede spørsmål, konfrontasjon og å gi råd uten pasientens godkjenning fremkalte status quo-snakk.
2	Timothy R. Apodaca, Kristina M. Jackson, Brian Borsari, Molly, Magill, Richard Longabaugh, Nadine R. Mastroleo og	Which Individual Therapist Behaviors Elicit Client Change Talk and Sustain Talk in Motivational Interviewing?	Journal of Substance Abuse Treatment	Å identifisere hvilken terapeutadferd som fremkaller endringssnakk og/eller status quo-snakk i Motiverende samtale.	Kvantitativ metode. Opptak av 92 individuelle MI-samtaler fra en tidligere studie som undersøkte effekten av en enkelt MI-samtale for å redusere skadelig alkoholbruk blant studenter (18-24	Terapeutadferd som bekreftelse, åpne spørsmål og refleksjoner fremmet umiddelbart endringssnakk eller status quo-snakk, og mindre sannsynlighet for nøytrale uttalelser som ikke gjaldt alkoholbruk. Terapeuter som hadde en nøytral adferd hadde liten sannsynlighet for å fremme

	Nancy P. Barnett (2016)				år) ved et universitet i USA. MI-samtalene ble analysert og kodet ved hjelp av MISC, der terapeutadferd relatert til MI og klientspråk ble kodet og kategorisert.	endringssnakk eller status quo-snakk, men mer sannsynlig at fremmet nøytrale uttalelser. Terapeutadferd som lukkede spørsmål og å gi informasjon hadde en større sannsynlighet for å fremme nøytrale uttalelser fremfor endringssnakk og status quo-snakk.
3	Laura Drage, Ciara Masterson, Gillian Tober, Tracey Farragher og Bridgett M. Bewick (2019)	The Impact of Therapists' Responses to Resistance to Change: A Sequential Analysis of Therapist Client Interactions in Motivational Interviewing	Alcohol and Alcoholism	Studien undersøker hvordan terapeuter trent i Motiverende samtale responderer på pasientens motstand for endring (status quo-snakk) og om dette har innvirkning på påfølgende uttale hos pasientene.	Kvantitativ metode. Sekundæranalyser av data og opptak fra en tidligere studie. 50 lydopptak av Motivational Enhancement Therapy (MET) - samtaler ble utvalgt ved en kombinasjon av tilfeldig og målrettet samling. Samtalene ble analysert ved hjelp av MI-SCOPE. Pasientene i studien mottok behandling for alkoholproblemer i en periode over 12 uker.	Når pasientene uttrykte status-quo-snakk, ble de oftest møtt av konsekvent bruk av MI-ferdigheter (åpne spørsmål, refleksjoner og bekreftelse). Terapeuter som konsekvent brukte MI-ferdigheter fremmet endringssnakk hos pasientene, samt uttrykk for ambivalens. Inkonsekvent bruk av MI-ferdigheter (lukkede spørsmål og gi råd) opprettholdt status quo-snakk, og gav mindre endringssnakk og uttrykk for ambivalens hos pasientene.
4	Kristoffer Nordheim, Espen Walderhaug, Ståle Alstadius, Ann Kern-Godal, Espen Arnevik og Fanny Duckert (2016)	Young adult's reasons for dropout from residential substance use disorder treatment	Qualitative Social Work	Utforske pasientenes egen forståelse og årsaker til frafall fra behandling for rusmiddel-avhengighet.	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervjuer av 15 pasienter som hadde avbrutt rusbehandling før planlagt utskrivelse. Pasientene hadde vært frivillig innlagt til rusbehandling i spesialist-helsetjenesten, tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge.	Fire ulike hovedtemaer for frafall ble identifisert: - Russug - Vansker med å håndtere negative følelser - Manglende relasjon/kontakt med personalet - Mangel på ulike aktiviteter

5 Diskusjon

Personer med rusmiddelavhengighet er en gruppe som ofte utsettes for stigmatisering av både samfunnet og helsevesenet. I tillegg fører avhengighet til rusmidler med seg en negativ innvirkning på helsen. Sykepleiere skal aktivt bidra for å imøtekomme sårbare grupper som har særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk Sykepleierforbund, 2019, punkt 6.2), og har et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019, punkt 2.10).

Alle mennesker som står overfor en endring, vil ofte oppleve usikkerhet. Usikkerhet som bunner i om en skal endre seg, og eventuelt når og hvordan det skal skje (Johansen & Bramness, 2018, s. 118). Samtidig er motivasjon til å gjøre og gjennomføre en endring en flyktig tilstand, der den i det ene øyeblikket kan være sterk, men i det neste øyeblikket nesten fraværende (Prescott & Tvedten, 2019, s. 32). I lys av presentert teori og forskningsartikler drøftes problemstillingen:

Rusmiddelavhengige i behandling – på hvilken måte kan Motiverende samtale støtte pasientens motivasjon på vei mot et rusfritt liv?

5.1 Å etablere relasjon

Som sykepleier i møte med rusmiddelavhengige i behandling, er relasjon essensielt. Sykepleierens evne til å skape gode allianser er av stor betydning for pasientens selvfølelse og motivasjon til endring (Lilja et al., 2018). På hvilken måte sykepleier møter pasienten, kan være avgjørende for inntrykket pasienten får, og hvordan kontakten og tillitsforholdet mellom dem blir. Sykepleier har et personlig ansvar for å skape tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §1). Studien til Nordheim et al. (2018) identifiserte `manglende relasjon til de ansatte` som en årsak til at pasientene droppet ut av rusbehandling. Mangel på tillit og forståelse for tankene pasientene satt inne med, og deres opplevelse av å være i behandling, var fraværende i relasjonen (Nordheim et al., 2018).

Basert på det samarbeidsbaserte og personsentrerte holdningssettet til MI, kan metoden bidra til å skape en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient. For å kunne starte arbeidet med å motivere og påvirke pasienten til endring, er relasjon og samarbeidsallianse helt grunnleggende (Andresen, 2021, s. 361). I det første steget i MI-prosessen, engasjement, vil

sykepleier ved hjelp av kommunikasjonsferdigheter komme i en empatisk posisjon. Sykepleierens evne til å sette seg inn i pasientens situasjon er avgjørende for å kunne oppfatte hans følelser og tanker. En ikke-dømmende holdning vil uttrykke respekt for pasientens perspektiv. Ved å lytte aktivt til det pasienten formidler, stille åpne spørsmål og reflektere tilbake det hun har fanget opp, kommuniserer sykepleier aksept for pasienten og støtte til endring (Andresen, 2021, s. 361-362). Når pasienten er i den posisjonen der han føler han har tillit til sykepleier, vil han kunne åpne seg opp og dele sine bekymringer (Heyn, 2018, s. 19).

Relasjonsbygging ved bruk av metoden MI støttes av funn i studien til Lilja et al. (2018). Helsepersonell erfarte styrket kompetanse til å bygge en relasjon og samarbeidsallianse til pasientene etter utdanning i MI. Ved å vise empatisk forståelse opplevde de at pasientene følte seg akseptert og mer sett og hørt. Det oppstod en større tillit og åpenhet i dialogen med pasientene. Utøvelsen av MI medførte også at enkelte av deltakerne hadde blitt mer opptatt av betydningen empati og det å ha en ikke-dømmende tilnærming til pasientene (Lilja et al., 2018).

Sykepleier i sin rolle i TSB skal ivareta de helsefaglige behovene hos pasienten, men også de sosialfaglige behovene. Mye av kontakten med pasienter i en døgninstitusjon vil bære preg av uformelt samvær. Utenom fastsatte aktiviteter, samtaler eller individualterapi, vil man i hverdagen tilbringe tid med pasienten uten en konkret «oppgave». For noen kan det oppleves som uvant å være en del av pasientens «dagligliv» (Sælør & Bjerknes, 2018, s. 151-152). Det å tilbringe mye av tiden til å bare «være sammen med» pasientene står i stor kontrast til en somatisk sengepost som ofte har travle dager fylt med prosedyrebasert sykepleie. Men en helt alminnelige og hverdagslige ting, som en kaffepause med pasienten, kan ha positiv effekt på samværet og en terapeutisk verdi fra pasientens perspektiv (Skatvedt, referert i Sælør & Bjerknes, 2018, s. 152). Dette kan være en god arena for sykepleier å bygge en relasjon til pasienten, og på denne måten imøtekomme pasientene i Nordheim et al. (2018) sin studie som ønsket mer kontakt med de ansatte i det daglige miljøet.

Å bygge en tillitsfull relasjon er noe som også kan ta tid, noe som pasientene hos Nordheim et al. (2018) påpekte at de trengte. En relasjon kan etableres på få minutter, men det kan også ta mye lengre tid og fraværet av en relasjon kan i noen tilfeller være følbart i flere uker (Miller & Rollnick, 2016, s. 54). Rusmiddelavhengige som har vært i kontakt med helsevesenet tidligere, kan ha opplevd stigmatiserende holdninger fra helsepersonell som kan ha virket inn

på helsetilbudet de har mottatt (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Sykepleier må være bevisst på at pasientens grunnleggende tillit til helsevesenet kan være svekket, og at de trenger tid for å kunne bygge opp denne tilliten igjen.

Det er ulike faktorer som er avgjørende for en god relasjon til pasienten, og det er sykepleier som må ta dette ansvaret som den profesjonelle parten (Heyn, 2018, s. 19). Nordheim et al. (2018) pekte på en omorganisering av behandlingstedet som hadde en negativ innvirkning på pasientenes relasjon til de ansatte. De stadige endringene gav pasientene en mindre følelse av trygghet og forutsigbarhet (Nordheim et al., 2018). Gjennom pakkeforløpet for TSB har sykepleier som en del av det tverrfaglige teamet et ansvar for å ivareta dette hos pasienten (Helsedirektoratet, 2018). Sykepleier har også et individuelt ansvar og plikt for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Kontinuitet i behandlingen, i form av trygge rammer, forutsigbarhet og en god relasjon til ansatte, er viktig for vellykket behandling (Nordheim et al., 2018).

5.2 Sortere ambivalens

Motivasjon vil alltid være til stede hos pasienten og er ofte påvirket av motstridende tanker som fører til ambivalens. Ambivalens kan gjøre veien mot en endring vanskelig, samtidig som de negative konsekvensene vil gi et stort ubehag for pasienten (Andresen, 2021, s. 376).

Ubehaget ved å være i denne situasjonen kan få pasienten til å tenke at en endring ikke er mulig, eller slå fast at situasjonen som den er egentlig ikke er så ille (Miller & Rollnick, 2016, s. 189).

Hos pasientene i studien til Nordheim et al. (2018) var dette ubehaget med motstridende følelser en av årsakene til at pasientene droppet ut av rusbehandling. På den ene siden var motivasjonen for å slutte med rusmidler til stede, på den andre siden - suget etter rusmidler. Denne perioden med vekslende ambivalens ble for uutholdelig for pasientene, der de valgte den siden av ambivalensen som veide tyngst (Nordheim et al., 2018). Ved å møte pasientens behov for kunnskap og forståelse, og gjennom å utvikle ferdigheter og personlig kompetanse, vil pasienten kunne mestre ambivalensen, og oppleve mindre av de ubehagelige konsekvensene. Dette samsvarer med sykepleierens helsefremmende og veiledende funksjon (Kristoffersen et al., 2016, s. 18-19).

Når man utforsker pasientens ambivalens, er det pasientens egne argumenter, til begge sider av motivasjonskonflikten, som kommer frem. Samtidig vies det oppmerksomhet mot pasientens opplevelse av hvordan det føles å bli dratt i to forskjellige retninger (Andresen, 2021, s. 377). Sykepleierens utøvelse av aksept og empati vil resultere i at hun utviser forståelse for at pasienten sitter inne med to ulike følelser, som begge er like viktige for pasienten (Andresen, 2021, s. 369). Veiledning mot det som leder i positiv retning – det pasienten opplever som mest ubehagelig ved å bruke rusmidler og det som oppleves som mest positivt med en endring – vil gjøre beslutningen om en endring lettere for pasienten. Selv om sykepleier forsøker å stimulere til en beslutning, er det pasienten selv som skal trekke slutninger og ta en avgjørelse (Andresen, 2021, s. 377). Dette gjenspeiler autonomiprinsippet som står sterkt i MI og de yrkesetiske retningslinjene om selvbestemmelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019, punkt 2.6).

5.3 Å fremkalle endringsnakk

I samtale med pasienten har sykepleier stor innflytelse på hvor mye endringsnakk pasienten kommer med og i hvilken grad pasientens egen motivasjon få utfolde seg (Miller & Rollnick, 2016, s. 202). Studiene til Brown et al. (2018), Apodaca et al. (2016) og Drage et al. (2019) har flere likhetstrekk ved at de observerte hvilke ferdigheter behandler utøvde i samtale med pasientene og på hvilken måte pasientene responderte. Funnene viser til ferdigheter som er konsistente med MI oftest fremkalte endringsnakk hos pasientene.

En MI samtale starter naturlig med åpne spørsmål, som har som hensikt å utforske pasientens egne tanker og følelser. Åpne spørsmål fra kategoriene forberedende endringsnakk, gir samtalen retning mot pasientens ønsker, evner, grunner og behov for å foreta en endring. Sykepleier som reflekterer tilbake, vil vise forståelse for pasientens argumenter til endring og formidle forståelsen tilbake. Sykepleierens evne til refleksiv lytting vil få pasienten til å utforske og tenke videre, og snakke mer om endringstema (Miller & Rollnick, 2016, s. 62).

Enkle og komplekse refleksjoner hadde like god effekt på å fremkalle endringsnakk i studien til Apodaca et al. (2016). På bakgrunn av dette mente Apodaca et al. (2016) det bør vurderes om behovet for å utøve komplekse refleksjoner bør vies så mye tid. Dette strider imot MI som mener bruken av bare enkle refleksjoner har lett for å sinke fremdriften i en samtale og mer komplekse refleksjoner ofte vil drive samtalen videre (Miller & Rollnick, 2016, s. 89).

Funnene til Brown et al. (2018) kan støtte opp under dette. Brown et al. (2018) erfarte at bruk av komplekse refleksjoner umiddelbart fremmet endringssnakk i favør av forberedende endringssnakk, og mobiliserende endringssnakk kom i en forsinket uttale hos pasienten. Pasientene kan ha behov for å reflektere over den usagte meningen før han uttrykker endringssnakk i favør av forpliktelse til endring. Den forsinkede innvirkningen av de komplekse refleksjonene bør behandleren være klar over, for å ikke gå glipp av utdypende endringssnakk (Brown et al., 2018). Derimot skal det sies at pasienten i de to studiene hadde ulikt utgangspunkt. Hos Brown et al. (2018) var pasientene i rusbehandling og hadde høy grad av motivasjon. Pasienter som ikke strever med ambivalens, vil uttrykke overvekt av mobiliserende endringssnakk (Miller & Rollnick, 2016, s. 189). Pasientene til Apodaca et al. (2016) på sin side var studenter ved et universitet som gjennomgikk én MI-samtale for å redusere skadelig alkoholbruk. De reagerte med like mye endringssnakk som status quo-snakk på behandlerens konsistente bruk av MI-ferdigheter (Apodaca et al., 2016). Uttalelser i form av både endringssnakk og status quo-snakk vil naturlig komme til uttrykk hos pasienter som er ambivalente til endring, og en lik vekt av begge argumentene er forbundet med ønske om å opprettholde situasjonen som den er (Miller & Rollnick, 2016, s. 33, 197). Det kan tenkes at pasienter som har en sterk motivasjon til endring, vil ikke enkle refleksjoner tilføre noe utdypende, mens komplekse refleksjoner vil forsterke forpliktelsen til endring. Hos pasienter som ikke har løst opp i ambivalensen, kan muligens enkle refleksjoner være nok til at pasientene utforsker tema mer.

En forklaring til Apodaca et al. (2016) funn om like mye endringssnakk som status quo-snakk kan være pasientgruppen. Unge studenter som ikke har et bevisst ønske om endring, og som naturlig ikke ville oppsøkt behandling for alkoholbruk, kan en samtale om å endre dette utforske mer argumenter for å opprettholde nåværende situasjon (Apodaca et al., 2016). Andre årsaker kan være at behandleren har stilt åpne spørsmål som inviterer til status quo-snakk, flere åpne spørsmål på rad eller ikke gjenkjent endringssnakk i pasientens ambivalens uttale. Det skal dog sies at Apodaca et al. (2016) utforsket både de gode om mindre gode sidene ved alkoholbruken til studentene, noe som kan forklare likevekten av endringssnakk og status quo-snakk (Apodaca et al., 2016).

Imidlertid kan bruk av åpne spørsmål og refleksjoner være den mest effektive måten å legge til rette for en åpen diskusjon av pasientens problemområde, noe som inkluderer motvilje mot endring, samt positive årsaker til endring (Apodaca et al., 2016). Dette samsvarer med

ambivalens sett i perspektiv av MI; ambivalens er en fremgang fra der pasienten ikke ser noen som helst grunn til endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 189). Lignende resultater kom også frem i studien til Drage et al. (2019). Pasienter som uttrykte status quo-snakke og ble møtt med MI-konsistente ferdigheter fremmet endringssnakke og dermed også uttalelser om ambivalens (Drage et al., 2019). Når det gjelder inkonsistent bruk av MI-ferdigheter, viste dette til en negativ innvirkning på endringssnakke (Brown et al., 2018; Drage et al., 2019). Lukkede spørsmål som inviterer til korte svar, gir i motsetning til åpne spørsmål, ikke pasienten mulighet til å utforske tema, og kan redusere alt engasjement hos pasienten (Miller & Rollnick, 2016, s. 95). Å innhente informasjon om hvor mye en pasient drikker, vil ikke få han til å utforske hvorfor han drikker. En sykepleier som kommer med argumenter for hvorfor pasienten skal endre seg, eller velmente råd og informasjon på bakgrunn av den kunnskapen hun sitter inne med, kan oppfattes som konfronterende. Sykepleier blir eksperten som sitter inne med fasiten om hvorfor og hvordan pasienten skal slutte med rusmidler. En ambivalent pasient vil naturlig forsvar den andre siden og dermed opprettholde status quo-snakke (Miller & Rollnick, 2016, s. 32-34). Samtidig må sykepleier forholde seg til lovverket om pasientens rett til informasjon og medvirkning i egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1, §3-2). MI vektlegger tilpasset informasjon på pasientens premisser – det pasienten ønsker og trenger å vite, ikke hva sykepleier mener han har behov for (Miller & Rollnick, 2016, s. 63). Dette gjenspeiles i de yrkesetiske retningslinjene om å legge til rette for at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser basert på tilpasset og tilstrekkelig informasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2019, punkt 2.5).

Bekreftelse var i tillegg den kommunikasjonsferdigheten som hadde en positiv effekt på pasientens endringssnakke i alle tre studiene (Apodaca et al., 2016; Brown et al., 2018; Drage et al., 2019). En bekreftelse som en refleksjon av pasientens endringssnakke, vil bevisstgjøre pasienten på hans positive argumenter (Apodaca et al., 2016). Ved å identifisere og anerkjenne pasientens sterke sider, vil sykepleier bekrefte at pasienten sitter inne med muligheter. Muligheter som pasienten kanskje ikke selv så på som et potensiale for endring. Når pasienten blir bevisst på egne muligheter vil det kunne åpne opp for endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 96).

5.4 Støtte til egen gjennomføringsevne

Rusmiddelavhengighet fører ofte med seg negative konsekvenser for pasienten på ulike plan. Rusens plass i livet er ofte fylt med følelser som skam, ensomhet, angst og depresjon (Johansen & Bramness, 2018, s. 118). I studien til Nordheim et al. (2018) strevde pasientene med ulike negative følelser knyttet til bruk av rusmidler. I mangel på hjelp og støtte til å håndtere dette, valgte de å avslutte behandlingen. Pasientene beskrev de negative følelsene knyttet til skam ved å være avhengig, samt at de ble mer oppmerksomme på de utfordringene og problemene de hadde i livet når de ikke brukte rusmidler (Nordheim et al., 2018). Aksept beskrives som en grunnleggende verdi i holdningssettet til MI. Sykepleier som innehar denne grunnleggende verdien, vil kunne vise at hun aksepterer pasienten som den han er. Til tross for de valgene han har gjort i livet, har han en verdi og et potensiale som menneske (Miller & Rollnick, 2016, s. 44-45). Verdien støttes av de yrkesetiske retningslinjene som fremhever respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet som grunnlaget for all sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2019), og føringer i lovverket som skal ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Grunnleggende aksept vil kunne støtte pasienten i den vanskelige perioden, samtidig som sykepleier imøtekommer og normaliserer de negative følelsene.

Rusmiddelavhengige har ofte vært i behandling tidligere, de kan ha mislyktes i forsøket på å bli rusfri eller fått tilbakefall etter endt behandling (Lilleeng, 2018 s. 1). Mangel på motivasjon til å bli rusfri skyldes mest sannsynlig ikke en mangel på bevissthet rundt rusens negative konsekvenser, men heller en manglende tro på egen evne til å kunne leve et annerledes og mer verdig liv (Johansen & Bramness, 2018, s. 118). Sykepleier i møte med pasienten skal underbygge håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019, punkt 2.2). Konsekvensene ved frafall er ikke alltid negative og bør sees på som noe pasienten kan lære av fremfor et nederlag (Nordheim et al., 2018). En gjennomgang av endringer pasienten har klart å gjennomføre tidligere vil få frem pasientens ferdigheter og styrker som kan være nyttig i situasjonen her og nå (Miller & Rollnick, 2016, s. 254). Bekreftelse av pasientens evner utviser anerkjennelse for viljen og styrken pasienten sitter inne med. Sykepleier vil formidle håp og tiltro til at endring er mulig. Styrket tillit til egen mestringsevne vil hjelpe pasienten til å håndtere de negative følelsene og ambivalens som oppstår i behandling (Andresen, 2021, s. 366).

6 Avslutning

Frafall fra rusbehandling har mange uheldige konsekvenser for pasienten, det er derfor svært viktig at sykepleiere evner å støtte pasienter til å fullføre behandling. En gjennomgang av litteratur og forskning tyder på at motivasjon ikke er entydig med evne og vilje til å gjennomføre behandling, og å bli rusfri. Pasientens motivasjon alene er heller ikke tilstrekkelig for å kunne gjennomføre en endring. Motivasjon påvirkes av mange faktorer og bør ikke ses på noe som er enten/eller. Samtalemotoden MI forfekter at motivasjon er til stede hos alle, men den må hentes frem, støttes og ivaretas.

For mange kan det å komme seg til behandling være en barriere som innebærer usikkerhet og negative følelser. For å kunne motivere pasienten til endring, vektlegger MI betydning av en god relasjon og samarbeid som grunnleggende. Gjennom holdningssettet og sentrale kommunikasjonsferdigheter vil sykepleier møte pasienten på en respektfull, oppriktig, interessert og ikke-dømmende måte. Sykepleierens evne til å hjelpe og veilede pasienten gjennom ambivalens, hente frem pasientens egne argumenter og styrker til å kunne gjøre en endring, vil forsterke den indre motivasjonen. Metoden ivaretar og respekterer pasientens rett til å velge, og fremmer pasientens egen tro og tillit til at en endring mot et annerledes liv er mulig.

Sykepleier innenfor rusbehandling har ulike funksjoner knyttet til at pasienter skal mestre å bli værende i behandling. Jeg mener at MI er et godt verktøy i motivasjonsarbeid med pasienter. Samtidig handler MI om mer enn en konkret metode for hvordan en samtale mellom pasient og sykepleier skal utspille seg; dens verdier og holdninger mener jeg sykepleier vil ha stor nytte av i møte med den rusmiddelavhengige.

Referanseliste

- Andresen, N. E. (2021). Motiverende samtale. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 353-392). Gyldendal.
- 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>
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer - en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 13-20). Cappelen Damm akademisk.
- 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>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Drage, L., Masterson, C., Tober, G., Farragher, T. & Bewick, B. M. (2019). The Impact of Therapists' Responses to Resistance to Change: A Sequential Analysis of Therapist Client Interactions in Motivational Interviewing. *Alcohol and Alcoholism*, 54(2), 173-176. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz003>
- Haga, W. (2021). Veien inn i behandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 94-102). Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser* (IS-1948). [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).p](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).p)

[df/ /attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](#)

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (IS-2076). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/ /attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf>

Helsedirektoratet. (2016, 24.januar 2017). *Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling*. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Hentet 23.februar 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/terapeutiske-tilnaerminger-i-rusbehandling#motiverende-intervju-mi-rusbehandling>

Helsedirektoratet. (2018, 29.september 2020). *Rusbehandling (TSB) - Om pakkeforløpet*. Helsedirektoratet. Hentet 3.februar 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb/om-pakkeforlopet>

Helsedirektoratet. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2019* (Rapport IS-2893). <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%20Orusbehandling%202019.pdf](#)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13-31). Gyldendal.

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer: en innføring*. Universitetsforlaget.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Ivarsson, B. H. (2017). *MI: motiverende samtaler: en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Johansen, A. B. & Bramness, J. G. (2018). Psykososiale og medikamentell behandling ved rusmiddellidelser. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 114-140). Cappelen Damm akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-28). Gyldendal akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kvaal, B., Øiern, T. & Harwiss, H. L. (2016). *Hindre drop out fra rusbehandling*. Oslo universitetssykehus. https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalkompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/Skriftserie_web_print.pdf

- Lilja, L., Aune, T., Breiseth, V. & Berge, M. C. (2018). Terapeuters opplevelse av endring i egen arbeidsalliansekompetanse etter utdanning i Motiverende Intervju. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), 296-308. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-04>
- Lilleeng, S. E. (2018). *Forløp etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* (Nr. 2/2018). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forlop-etter-utskrivning-fra-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/2-2018%20Pasientforl%C3%B8p%20etter%20utskrivning%20i%20TSB.pdf/_attachme nt/inline/09e5ff90-9465-42ea-a90c-d51c4cb1b711:d03e509f504bae3063e142d1ee061a9213af5af6/2-2018%20Pasientforl%C3%B8p%20etter%20utskrivning%20i%20TSB.pdf
- Lossius, K. (2021). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 23-40). Gyldendal.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: støtte til endring*. Fagbokforlaget.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal juridisk.
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 21-43). Cappelen Damm akademisk.
- 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. *Qual Soc Work*, 17(1), 24-40. <https://doi.org/10.1177/1473325016654559>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 23.mars 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Oslo universitetssykehus. (2021, 22. januar). *Introduksjon til TBS*. Hentet 14. februar 2021 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/om-tsb/introduksjon-til-tsb#hva-bestar-tilbudene-i>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Prescott, P. & Tvedten, T. (2019). *Kognitiv terapi i behandling av rusmiddelproblemer: motivasjon, beslutningstaking og gjennomføring av endring*. Gyldendal.
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: lærebok for helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- 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. 141-158). Cappelen Damm akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.