



# Hvordan kan sykepleier motivere rusmiddelavhengige til endring ved bruk av motiverende intervju?

Kandidatnummer: 801  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9821  
Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.18
Tittel: Hvordan kan sykepleier motivere rusmiddelavhengige til endring ved bruk av motiverende intervju?	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier motivere rusmiddelavhengige til endring ved bruk av motiverende intervju?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teorien som er anvendt er teori om rusmiddelbruk, rusmiddelavhengighet, konsekvenser av disse, behandling, Motiverende samtale, endring, teori om sykepleierens funksjoner, og Joyce Travelbee sin sykepleieteori.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litterær oppgave og forskningslitteratur er funnet gjennom søk i databaser Cinahl og Pubmed .</p> <p><u>Drøfting</u> Motiverende intervju(MI) baserer på autonomi og selvbestemmelse prinsipper. MI tar utgangspunkt i den rusmiddelavhengiges ressurser. Sykepleier utøver en veiledende, støttende og helsefremmende funksjon. Sykepleieren sørger for brukermedvirkning og å bygge en allianse med den rusmiddelavhengige. Endringsprosessen kan hindres av den rusmiddelavhengiges indre og ytre ressurser, ytre rammer og juridiske rammeverk.</p> <p><u>Konklusjon</u> For at MI skal ha effekt, er det betydningsfull at sykepleier legger til rette for et samarbeid mellom og at den rusmiddelavhengiges valg respekteres.</p> <p><u>Nøkkelord:</u> Rusmiddelavhengig, rusmiddelavhengighet, sykepleier, motiverende samtale eller intervju (MI), motivasjon, endring.</p>	

Totalt antall ord:186

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Førforståelse .....	1
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensning.....	2
1.5 Begrepsavklaring .....	2
1.6 Oppgavens disposisjon.....	3
<b>2. Teori</b> .....	<b>4</b>
2.1 Rusmidler og rusmiddelbruk.....	4
2.2 Rusmiddelavhengighet.....	4
2.3 Konsekvenser av rusmiddelmissbruk.....	5
2.4 Behandling og behandlingskontekst.....	6
2.5 Motivasjon.....	6
2.6 Endring .....	7
2.7 Motiverende intervju(MI) .....	7
2.7.1 Samtalens utforming i MI.....	8
2.8 Sykepleierens veiledende og helsefremmende funksjon .....	9
2.9 Joyce Travelbee sykepleierteori .....	10
<b>3. Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 Fremgangsmåte for Litteratursøk .....	11
3.1.1 Søk av faglitteratur.....	11
3.1.2 Søk av forskningsartikler.....	11
Tabell 1 .....	12
3.2 Kildekritikk .....	13
3.2.1 Kildekritikk av faglitteratur.....	13
3.2.2 Kildekritikk av forskningsartikler.....	13
3.3 Etske vurderinger.....	14
<b>4. Presentasjon av forskningsartikler</b> .....	<b>15</b>
Tabell 2 .....	15
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>17</b>
5.1 Sykepleierens veiledende og helsefremmende funksjon .....	17
5.2 Brukermedvirkning .....	19
5.3 Motiverende Intervju i endringsprosessen.....	20
5.3.1 Føroverveielse .....	20
5.3.2 Overveielse.....	22
5.3.3 Forberedelse.....	23
5.3.4 Handling.....	24
5.3.5 Vedlikehold.....	25
5.4 Hva kan være til hinder for endringsprosessen?.....	26
<b>6. Avslutning</b> .....	<b>29</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>31</b>

## **1. Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Rusmiddelavhengighet er et bredt og utfordrende problem i dagens samfunn. Det kan medføre vanskeligheter for personen selv, deres nære og helse- og omsorgstjenesten. På grunn av tilstander forårsaket av rusmidler kan personen oppleves annerledes av andre (Mørland & Waal, 2016). Dessuten uttrykker mange rusmiddelavhengige at de føler seg stigmatisert og får lite støtte av samfunnet for øvrig. Den årlige oversikt fra EMCDDA forkortelsen for European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction, tyder på økt tilgjengelighet av rusmidler og rusmiddelbruk blant skoleungdommer. Rapporten trekker også frem at antall overdosedødsfall har økt og at Norge er ett av landene med flest overdosedødsfall i Europa (EMCDDA, 2017). For å stimulere utvikling av et bedre tjenestetilbud for rusmiddelavhengige og bekjempe rusmiddelavhengighet, har regjeringen økt rusomsorgens budsjett i årene framover og helseministeren har lovet en endring i ruspolitikken (Helse- og omsorgsdepartement, 2017-2018). Ifølge Folkehelseinstituttet (2017), for perioden 2008-2012 ble om lag 71 000 menn og 33 000 kvinner i aldersgruppen 23-62 år behandlet for en ruslidelse i spesialisthelsetjenesten. Rusbehandling krever et tverrfaglig samarbeid og koordinering, hvor sykepleieren har en viktig funksjon. Rusmiddelavhengige er en kompleks gruppe, med mennesker med ulike bakgrunn og i alle aldre som er spesielt utsatt for ulike sykdommer og skader de pådrar seg i rus (Fekjær, 2016). Dette gjør at de er en sårbar gruppe som trenger sykepleie i større grad. Som sykepleier møter man rusmiddelavhengige i forskjellige jobbsammenhenger. Dette både i spesialisthelsetjenesten og i kommunale- helse og omsorgstjenesten. Antall rusmiddelavhengige er økende og dette gjør at antall personer som mottar behandling for rusproblematikk også øker (Fekjær, 2016). De fleste tunge rusmiddelavhengige har som regel hatt store vanskeligheter i livet før de utviklet et avhengighetsproblem. Mange sliter med psykiske problemer, har opplevd et stort savn, blitt utsatt for vold og overgrep i barndommen og har havnet utenfor samfunnets system (Fekjær, 2016).

### **1.2 Førforståelse**

I psykiatri praksis ble jeg utplassert på en rusinstitusjon, noe som har gjort at jeg kom nærmere rusmiddelavhengige, og fikk en stor interesse for denne gruppen. Flertallet hadde

falt ut av systemet, samtidig som de ikke hadde kontakt med familien på grunn av rus. Andre hadde mistet sine nære til rus. De følte seg fortapt, omgitt av fordommer og med mange negative tanker. Jeg ville gjerne lære mer om rusmiddelavhengige, hva jeg i framtid som sykepleier kan bidra til i deres liv og hvordan best mulig tilrettelegge for denne pasientgruppen. De fleste pasienter jeg kom i kontakt med hadde et ønske om en forandring. Samtidig uttrykte de hvordan de slet med å komme i gang, og hadde lite tro i at de kunne klare det. Dette skapte en utfordring for sykepleiere og jeg lurte på om motiverende intervju som jeg hadde hørt om, kunne være et nyttig verktøy i denne prosessen. Det var da jeg kom fram til problemstillingen min.

### **1.3 Problemstilling**

” Hvordan kan sykepleier motivere rusmiddelavhengige til endring ved bruk av motiverende intervju? ”

### **1.4 Avgrensning**

Oppgaven vil i hovedsak omhandle rusmiddelavhengige i aldersgruppen 20-35 år, med en kjent historikk av misbruk på illegale rusmidler og som er innlagt på et avrusningscenter som kan være innenfor kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Jeg har valgt denne aldersgruppen fordi jeg antar at unge voksne har lettere for å gjennomføre en endring enn de eldre som har en lengre historikk med rusmiddelavhengighet. Det tas ingen forutsetning om kjønn, kultur, bakgrunn eller om innleggelsen på avrusningscenter er frivillig eller under tvang. Jeg tar utgangspunkt i at de har et ønske og behov for endring. Til tross for at mange pasienter med rusproblematikk har sammensatte og funksjonsnedsettende problemer (Grønningsæter, 2015, s.136), blir ikke diagnostisert dobbeltdiagnose vektlagt, for å unngå å komplisere oppgaven siden dette er et bredt fagområde. Pårørende, det tverrfaglige samarbeidet og den medisinske behandlingen spiller en stor rolle i endringsprosessen, men dette skal ikke stå sentralt i denne oppgaven. Oppgavens fokus vil være rettet mot sykepleierens bruk av motiverende intervju for å øke motivasjon til endring.

### **1.5 Begrepsavklaring**

Rusmiddelavhengighet: en bred samlebetegnelse som bare betyr hyppig gjentatt skadelig bruk av rusmidler (Fekjær, 2016, s.222) .

Rusmiddelavhengig betegner en person som er avhengig av et rusmiddel eller de effektene det gir (Simonsen, 2016, s.23). 'Han' i oppgaveteksten er brukt til å referere til den rusmiddelavhengige.

Motivasjon: Motivasjon er de drivkrefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning (Håkonsen, 2014, s.89).

Motiverende intervju eller motiverende samtale: Motiverende intervju er en målrettet og klientsentrert samtalemethode for å motivere pasienten for endring (Andresen, 2012, s.195).

Sykepleier brukt istedenfor "hjelper" eller "behandler" for å vise at sykepleiere har med MI å gjøre siden dette er sykepleiefaglig oppgave. Det er dessuten sykepleiere som har mest kontakt med pasienten. ' Hun' i oppgaveteksten er brukt til å betegne sykepleieren.

## **1.6 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven er delt i fem kapitler. I kapittel en tar jeg for meg innledning hvor jeg begrunner bakgrunn for valg av tema og så presenterer jeg problemstilling og hvordan jeg har avgrenset oppgaven. Til sist forklarer jeg kort begreper brukt i oppgaven. I kapittel to som omhandler teori forklarer jeg om rusmiddelavhengighet, konsekvenser , motiverende intervju og travelbee sin sykepleierteori. I kapittel tre tar jeg for meg metoden for oppgaven hvor jeg forklarer fremgangsmåte av både fag- og forskningslitteratur. Videre i kapittel fire presenterer jeg forskningslitteratur. I kapittel 5 argumenterer jeg for hvordan sykepleieren kan bruke MI i endringsprosessen. Til slutt er det en avslutning som oppsummerer oppgaven.

## 2. Teori

### 2.1 Rusmidler og rusmiddelbruk

Rusmidler er kjemiske eller biologiske substanser som gir rus (Simonsen, 2016, s.25). På statens legemiddelverks nettside finnes det alle stoffer og planter som omfattes av FNs konvensjoner og beregnes som rusmidler. En rapport fra EMCDDA (2017), viser at ungdommer i aldrene 16-34 bruker rusmidler mest. De mest brukte rusmidlene er cannabis, kokain, MDMA og amfetamin. Rusmidler kan deles inn i hovedgrupper: *Sentralnervøst demente, sentralnervøst stimulerende og hallusinogener* (Simonsen, 2016, s.219). Enkelte rusmidler kan plasseres i flere grupper fordi de har forskjellige virkningsmåter. *Sentralnervøst stimulerende* rusmidler for eksempel amfetamin, kokain og ecstasy øker mengden noradrenalin, serotonin og dopamin i synapsene i sentralnervesystemet. Resultatet blir økt seksuell lyst og utholdenhet (Simonsen, 2016). *Sentralnervøst demente* rusmidler for eksempel opioider (heroin, morfin, metadon) har en smertestillende og sederende effekt. De gir følelse av velvære og endret virkelighetsoppfatning. *Hallusinogener* for eksempel cannabis, LSD, og meskalin forvrenger sanseinntrykk og bryter logiske tankerekker (Simonsen, 2016). Rusmiddelmisbruk omfatter bruk av rusmidler som avviker fra det sosialt akseptert og som har en negativ påvirkning på helse og livskvalitet. Dette kan være i sammenheng hvor det enten er hyppig bruk av illegale rusmidler og/eller foreskrevne midler. Forståelsen av begrepet "rusmiddelmisbruk" varierer. Bruk av for eksempel marihuana (cannabis) i noen av statene i USA er legalt og betraktes da som rusmiddelbruk. I Norge derimot er cannabisbruk illegalt og dermed betraktes som rusmiddelmisbruk (Mørland & Waal, 2016).

### 2.2 Rusmiddelavhengighet

Mange av stoffene som gir ruseffekt er svært vanedannende og vil derfor gi en avhengighet. Utvikling av avhengighet er i stor grad et resultat av personens opplevelse av virkning av substansen i brukersituasjonen (Simonsen, 2016, s.38). Etter definisjon er rusmiddelavhengighet en bred samlebetegnelse som bare betyr hyppig gjentatt skadelig bruk av rusmidler (Fekjær, 2016, s.222). Det er viktig å skille mellom fysisk og psykisk avhengighet. Fysisk avhengighet innebærer fysiologisk ubehag når rusmiddelinntak enten reduseres eller avsluttes. For eksempel muskelsmerter, blodtrykk og pulsøkning. Toleranseutvikling skjer etter gjentatt bruk av rusmiddelet som gjør at personen må øke mengden rusmiddelet for å få den samme effekten som tidligere eller unngå ubehagelige

effekter (Simonsen, 2016). Psykisk avhengighet innebærer en trang for å innta et rusmiddel på grunn av de positive effekter det gir for eksempel ro. Psykisk avhengighet er resultat av sterkt fysiologisk ubehag ved forsøk på å avslutte bruken. Fysisk og psykisk avhengighet er nær koblet til hverandre og utvikles over tid (Simonsen, 2016, s.26).

Etter jevnlig bruk av rusmidler skjer det endringer i hjernen. Når en person har utviklet toleranse fører det til at de må øke mengden av rusmiddelet som inntas for å oppnå den samme effekten. Når dette ikke skjer, får personen abstinenssymptomer som er de negative uønskede effekter (Jellestad, 2015). Dette fører til at personen igjen vil innta rusmiddelet for å få de positive effektene og dermed utvikles 'suget' for rusmiddelet. Som resultat av dette, tilpasses hjernen dette mønster som utvikles i en ond sirkel. Tilførselen av rusmiddelet stimulerer hjernens belønningssystem fordi personen får de ønskede effektene mens abstinenssymptomer betraktes som tap av belønning. Derfor vil en igjen sørge for tilførselen av rusmiddelet og dermed avhengighetsutvikling (Jellestad, 2015).

### **2.3 Konsekvenser av rusmiddelmissbruk**

Komplikasjoner tilknyttet rusmiddeloverforbruk kan forekomme. Akutte og kroniske helseskader som kan være en direkte eller indirekte konsekvens av misbruken (Simonsen, 2016,s.64). Akutte effekter er resultat av forhøyet inntak og konsentrasjon av rusmiddelet i blodet som gjør at personen mister kontroll over eget atferd for eksempel rus utløste psykose tilstander, voldshandlinger og overdosedødsfall. Kroniske negative helseeffekter avhenger av lengden av bruken, men enkeltinntakenes størrelse spiller en stor rolle. For eksempel sentral og perifer nevropati, epilepsi, og demens (Simonsen, 2016). Mange rusmiddelavhengige er underernært, har dårlig tannhelse og med dårlig levekår. Sprøytemisbrukere er dessuten svært utsatt for spredning av sykdom deling av sprøyter. Abscesser, tromboser, ødemer, lymfebetennelser, og sepsis er blant annet komplikasjoner som mange sprøytebrukere er svært utsatt for (Fekjær, 2016). Dette er grunnet dårlig injeksjonsteknikker og hygiene ved håndtering av sprøyter. Hepatitt C og HIV infeksjon er dessverre ganske hyppige blant sprøytebrukende rusmiddelavhengige (Fekjær, 2016). Rusmiddelmissbruk kan også føre til brudd i nære relasjoner. Dette er fordi rusmiddeloverforbruk belaster både familie og venner fysisk, psykisk, og økonomisk. Hvis det er barn involvert kan det føre til neglekt og mishandling. Samfunnet påføres omfattende ekstra kostnader både på grunn av



medikamentell behandling av sykdommer og skader og kriminalitet til knyttet til bruken av rusmidler (Simonsen, 2016).

## **2.4 Behandling og behandlingskontekst**

Som følge av avhold fra rusmiddelbruk både brått eller planlagt kan den rusmiddelavhengige få plagsomme abstinenssymptomer som varierer i intensiteten. Profesjonell behandling i form av medikamentell behandling som er den metoden som brukes i Norge, kreves for å dempe disse plagene (Fekjær, 2016). Behandling i form av avrusning som har mål å bedre både det fysiske og psykiske helse tilbys til alle rusmiddelavhengige som ikke klarer å håndtere sitt rusmiddelavhengighet på egen hånd og trenger dermed profesjonell hjelp. Denne behandlingen kan omfatte totalt avhold fra rusmidler eller reduksjon i rusmiddelbruken. Innleggelsen kan være enten tvungen eller frivillig. Den rusmiddelavhengige innlegges på et avrusningssenter der han får oppfølging av helsepersonell for eksempel leger, sykepleiere, psykologer, vernepleiere og sosionomer (Simonsen, 2016). Oppfølgingen innebærer blant annet motivasjon og endringsfokuset arbeid for eksempel MI, kartlegging av både nåværende og fremtidige behov og kontakt med andre instanser. Oppholdet på avrusningssenter varierer i lengden og pasienter finnes i forskjellige aldersgrupper. De profesjonelle hjelpetilbudene utgjøres av helse- og omsorgstjenesten i kommunen, statlig tjeneste i form av spesialisthelsetjenesten og andre statlige og private tjenester (Simonsen, 2016).

## **2.5 Motivasjon**

Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning (Håkonsen, 2014, s.89). Instinkter, spenning, verdier, forventninger og omgivelser er eksempler på motiverende drivkrefter. Ifølge Håkonsen (2014) skiller mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon handler om å utføre en handling uten å forvente noe mens Ytre motivasjon er handlinger som utføres på bakgrunn av at personen skal få noe for eksempel å få en medalje etter en konkurranse. Fleste handlinger er ytre motivert, men det er derimot hvilke vurderinger den enkelte gjør av situasjonen som avgjør grunnlaget for motivasjonen. Motivasjonen vil da være avhengig av hvordan personen oppfatter situasjonen han er i og om han har tro på at situasjonen er overkommelig (Håkonsen, 2014).

## 2.6 Endring

Endring er en prosess som foregår over tid og er motivert av individuelle grunner. For at endringen skal skje er det viktig at sykepleier tilpasser hjelpen i det stadiet den rusmiddelavhengige er i. En stadiemodell for endring, the states of change model av Prochaska og Diclemente har fem kvalitativt forskjellige stadier. Denne modellen egner seg for målrettet endring i forhold til konkret atferd for eksempel rusmiddelavhengige (Barth et al., 2013);

*Føroverveielse* er det første stadiet av endring og personen lite klar for en forandring og de positive effekter av sin atferd overveier de negative. Derfor finner han ikke et problem ved atferden sin. Dette kan skyldes manglende kunnskap eller at han benekter at atferden er problematisk (Barth et al., 2013).

*Overveielse*: Personen innser at han har et problem men ser fortsatt positive sider. Dette gjør at personen har vekslende meninger om han vil ha en forandring eller ikke. Personen begynner å tenke på endring men er fortsatt ambivalent og er ubesluttsom om endringen (Barth et al., 2013).

*Forberedelse*: Personen har innsett at de negative sidene overveier de positive og er villig til å gjøre noe med det. Han er fortsatt ambivalent men har innsett at han behøver en forandring. Hovedoppgaven blir da å ta en avgjørelse og sette i gang med tiltak mot forandringen (Barth et al., 2013).

*Handling*: Personen er i gang med endringen, har vilje, er positiv og føler seg motivert til å gjennomføre endringen (Barth et al., 2013).

*Vedlikehold*: Endringen er i gang men personen trenger motivasjon og mestringsteknikker for å vedlikeholde endringen. Dette krever stor innsats fra personen og det kan være nødvendig at man er oppmerksom på hvilke situasjoner og faktorer som kan føre til et tilbakefall (Barth et al., 2013).

## 2.7 Motiverende intervju(MI)

Motiverende intervju, er en målrettet og klientsentrert samtalem metode for å motivere et menneske til endring (Andresen, 2015, s.194). Målet er å skape en slitesterk beslutning. Det diskuteres mulige utfall av endring på en respektfull, engasjerende måte og sykepleieren vektlegger muligheter for å oppnå denne. MI er et sentralt element i rusbehandling, fordi motivasjonen ofte er vekslende og ambivalens sterk (Fekjær, 2016, s.256). Autonomi og rett til selvbestemmelse er sentrale prinsipper i MI. Samtalen baserer seg på pasientens

oppfatninger, tanker og opplevelser og begrenses av de rammene de selv setter opp (Barth & Nasholm, 2006). Hovedprinsipper i MI er: uttrykke empati, bygge mestringstillit, rulle med motstanden, påvise motsetninger og akseptere ambivalens (Fekjær, 2016).

For å *uttrykke empati* må sykepleier høre på den rusmiddelavhengiges tanker, og erfaringer aktivt med respekt uten å avbryte og kritisere unødige. Dette oppfordrer den rusmiddelavhengige til å dele sine tanker og være åpen til forslag. Sykepleier preges da av reflekterende lytting og leder samtalen ved sine diskrete hint og spørsmål. Gjennom dette opparbeider hun seg tillit til den rusavhengige (Fekjær, 2016).

For å *bygge mestringstillit* må sykepleier fremme den rusmiddelavhengiges tiltro til egne evner ved å understreke hva han har fått til og hvordan han har fått det til. Sykepleier må vektlegge at det kan være flere måter å nå et mål på slik at den rusmiddelavhengige kan dele sine ideer og er villig til å prøve ulike måter (Fekjær, 2016).

For å *rulle med motstanden*, må sykepleier oppfordre den rusmiddelavhengige til å finne flere alternativer å løse problemer på. Sykepleier dermed stimulerer den rusmiddelavhengige til å tenke alternativt uten å tvinge sine meninger på han (Fekjær, 2016).

For å *påvise motsetninger*, må sykepleier stille spørsmål om hva slags langsiktige mål den rusmiddelavhengige har og hvordan han har tenkt å gå frem. Sykepleier må da rette fokus på hvordan nåværende progresjon kan enten føre til en god utvikling eller hemme den (Fekjær, 2016).

For å *akseptere ambivalens*, må ikke sykepleieren vise at det er åpenbart hva som er mest hensiktsmessig for den rusmiddelavhengige å gjøre men heller oppfordre han til å dele sine synspunkter om det han synes er positive og negative handlingsmuligheter. Gjennom dette får den rusmiddelavhengige følelse av å ha kontroll og det siste ordet (Fekjær, 2016).

### **2.7.1 Samtalens utforming i MI**

MI er en klientsentrert samtalemetode der begge parter i samtalen, sykepleieren og pasienten er like viktige og aktive. Sykepleierens aktivitet er strategisk og hun forsøker å forstå pasientens syn og verdier (Barth & Nasholm, 2006). De grunnleggende kommunikasjonsferdighetene som brukes i MI består av åpne spørsmål, refleksjoner, oppsummeringer og bekreftelse (Ivarsson, 2017, s.20).

Sykepleieren lytter aktivt, viser forståelse og lar den rusmiddelavhengige dele sine erfaringer. Gjennom dette opplever den rusmiddelavhengige ekte interesse fra sykepleieren. I denne fasen dannes det en relasjon mellom dem, hvor sykepleieren stiller flere åpne enn lukkede

spørsmål. *Åpne spørsmål* inspirerer den rusmiddelavhengige til å utdype sine tanker mens lukkede spørsmål begrenser den dialogen ved at den rusmiddelavhengige svarer ja eller nei (Ivarsson, 2017). Å oppmuntre pasienten til å gå videre formidler interesse og respekt, og representerer en nødvendig motvekt og et korrektiv til de følelsene som den indre stemmen påvirker til å stoppe (Eide & Eide, 2014). *Refleksjoner* er en sentral kommunikasjonsferdighet i MI og betyr at sykepleieren 'speiler tilbake' til pasienten hva man har hørt og oppfattet av det pasienten har sagt (Ivarsson, 2017). Å speile følelser kan åpne for følelsesmessig bearbeidelse og refleksjon (Eide & Eide, 2014). *Oppsummeringer* virker som et godt verktøy hvis sykepleieren vet hvordan hun skal gå videre. De betegner en sjanse til å summe opp og fremheve det sykepleieren ønsker å vektlegge (Ivarsson, 2017). *Bekreftelse* innebærer at sykepleieren kommer med ytringer som viser at hun ser og setter pris på pasienten som person og hennes gode egenskaper, kompetanse, styrke og anstrengelser. Mange mener at dette er en av de viktigste komponentene i MI (Ivarsson, 2017).

## **2.8 Sykepleierens veiledende og helsefremmende funksjon**

Sykepleierens ansvar for undervisning og veiledning retter seg mot både pasienter og pårørende. Veiledning handler om å bidra til læring, utvikling og mestring. Denne funksjonen knyttes til behovet for kunnskap og forståelse som grunnlag for å foreta valg forbundet med å ivareta egen helse (Kristoffersen et.al 2011, s.19). Sykepleier i samarbeid med den rusmiddelavhengige skal bevisstgjøre han om hans livsvalg, og hvordan disse kan påvirke helsen og livskvaliteten hans. Sykepleier må i tillegg fremme hans selvtillit ved å påpeke styrker i hans egenskaper og kvaliteter (Tveiten, 2006 gjengitt i Tveiten 2016). Det kreves at sykepleier har nødvendig kunnskaper, er faglig oppdatert og handler bevisst. Veiledning skal dessuten baseres på respekt, likeverdighet, frivillighet, tillit og fortrolighet (Tveiten, 2016, s.92).

Helsefremming omhandler tiltak rettet mot den enkelte og omgivelser og har som mål å fremme helse, velvære og livskvalitet ( Kristoffersen et al. 2011). Antonovsky sin salutogenese modell retter fokus på hva som fremmer helse. Antonovsky hevder at *opplevelse av sammenheng* er grunnleggende for at en person skal mestre belastende livserfaringer. Han sier en kan oppleve sammenheng ved at *situasjonen man er i forståelig* ved å vite om situasjonen han er i. Han sier videre at *situasjonen må være meningsfull*. Sykepleieren skal finne ut hva som pasienten føler gir mening i sitt liv. Videre sier han at *situasjonen må være*

*håndterlig*. Pasienten må ha tro at han har muligheter og de nødvendige ressurser til å overkomme en vanskelig situasjon (Kristoffersen et. al, 2011).

## **2.9 Joyce Travelbee sykepleieteori**

Jeg har valgt Joyce Travelbee sin sykepleieteori fordi den understreker viktigheten av kommunikasjon, å se på pasienten som unikt og å skape en relasjon i møte med pasienten. Disse er også essensielle prinsipper i MI . Travelbee forholder seg ethvert menneske som en unik person og sin sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn hvor sykepleier hjelper den syke og lidende til å mestre og finne en mening i en situasjon. Dette skjer gjennom etablering av et menneske-til-menneske forhold, et sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning (Travelbee, 1999). Ifølge Travelbee etableres et menneske-til-menneske forhold gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser; det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999) .

*I det innledende møtet* er sykepleieren og den rusmiddelavhengige fremmede til hverandre. Forventninger baserer seg på tidligere opplevelser, antagelser og rykter. Samtidig får begge parter mulighet til å skape et første inntrykk basert på oppførselen, presentasjon, atferd og observasjoner. Sykepleierens utfordring er å se pasienten helhetlig (Travelbee, 1999).

*Framveksten av identiteter* skjer gjennom samtale hvor både sykepleier og pasient viser seg frem og hvem de er. Her dannes det oppfatninger og fører til relasjonsbygging (Travelbee, 1999).

*Empati* ifølge Travelbee (1999) er evnen til å speile pasientens følelser uten å blande sine egne følelser. I sykepleiesammenheng gir empatisk forståelse viktig informasjon den andres indre opplevelse og ytre atferd.

*Sympati* er et resultat av den empatiske prosessen og er knyttet til et ønske om å hjelpe pasienten. Når en uttrykker sympati overfor en pasient, formidler man engasjement i han som person og at man bryr seg om hvordan har det (Travelbee, 1999).

*Gjensidig forståelse og kontakt* er avhengig av sykepleier og pasientens interaksjon. Det forsterkes når sykepleier viser vilje og interesse i sine handlinger med mål om å fremme bedring i pasientens situasjon (Travelbee, 1999).

### **3. Metode**

Ifølge Dalland (2017, s.52) er metode redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Den hjelper oss til å samle inn data vi trenger til undersøkelsen vår. Valg av metoden er basert på individuelle ønsker, ideer, kompetanse, økonomiske midler, tidsramme for forskeren og hva som kan belyse forskerens problemstilling på en faglig men samtidig interessant måte (Dalland, 2017). Forskningslitteraturen som er brukt i oppgaven, er basert på både kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitativ metode gir målbare data og dermed eksakte svar, mens ved kvalitativ metode er hensikten å registrere oppfatninger og opplevelser som ikke kan måles (Dalland, 2017). I tillegg til forskningslitteratur har jeg anvendt faglitteratur som bruker erfaringer, kvalitative og kvantitative kilder.

#### **3.1 Fremgangsmåte for Litteratursøk**

Denne litterære oppgave bygger på eksisterende kunnskaper i teori, forskning og fagkunnskap. Hensikten er å besvare spørsmål angående et spesifikk tema som man interesser seg for (Dalland, 2017). Ulempen ved å bruke litteraturstudier, er at man forholder seg til andres meninger. Samtidig gjennom litteraturstudier, får en hjelp til å danne egne synspunkter som kan være hjelpelige i besvarelsen av problemstillingen.

##### **3.1.1 Søk av faglitteratur**

Faglitteratur fant jeg gjennom å søke i skolens bibliotek, biblioteksdatabase 'Oria' og kjedesøk i gamle bacheloroppgaver. Jeg så på alle bøker som hadde emne "rus", "kommunikasjon" og "motiverende samtale/intervju". Jeg leste gjennom innholdsfortegnelse for å skille mellom bøkene og finne de mest relevante.

##### **3.1.2 Søk av forskningsartikler**

For å finne forskningslitteratur har jeg i hovedsak søkt i databasene Pubmed og Cinahl samt Google Scholar. Cinahl og Pubmed anser jeg som pålitelige databaser. Jeg har også søkt på nettsider som folkehelseinstituttet, Norges sykepleierforbund, statenslegemiddelverk, EMCDDA, lovdata og regjeringens nettsider. Søkeprosessen har foregått over lang tid fordi jeg har forsøkt å finne nyere og bedre forskning. Som resultat har søkeordene også måttet endres underveis. Målet var å finne forskning som omhandlet både sykepleierens og pasientens perspektiv på Motiverende intervju. Jeg har anvendt ulike ordkombinasjoner for å tilpasse

søket etter tematikken. Engelske søkeord ble brukt for å inkludere internasjonal forskning og ga et større treff. Søkeordene jeg brukte frittstående og i ulike kombinasjoner med algebraiske uttrykk som AND og OR er ”nurse”, ”patient”, ”motivational interviewing”, ”substance abuse”, ”comorbid substance abuse”, ”attitudes”, ”effectiveness”, ”experiences” og ”change”. I søkeprosessen har jeg brukt ulike inklusjonskriterier. Søkene ble begrenset til å omfatte nyere forskning enn 2008, skulle være fagfellevurdert, med fulltekst og på enten norsk eller engelsk språk. Artikler fra Asia og Afrika ble ekskludert på grunn av store kulturforskjeller og ulikhet i helsesystemene. Jeg leste titler på treffene og så valgte jeg ut de som jeg betraktet mest interessante. Jeg leste da gjennom abstraktene av disse valgte artiklene for å så velge de som var mest relevante. Gjennom denne prosessen fant jeg artikler som jeg mener underbygger oppgavens tematikk.

**Tabell 1**

Database	Søkeord	Treff
Pubmed	Nurse AND Motivational interviewing AND Substance abuse	5
	Motivational interviewing AND substance abuse	135
	Patients AND Experiences AND Motivational interviewing	78
	Motivational interviewing AND Change AND Substance abuse	36
	Nurses AND Experiences AND Motivational interviewing	18
	Motivational interviewing AND Comorbid substance abuse	11
	Effectiveness AND Motivational interviewing AND Substance abuse	53
	Nurses' attitudes AND patients AND substance abuse	27
Cinahl	Motivational interviewing (S1)	3725
	Substance abuse (S2)	2865
	Practitioner nurses(S3)	132
	S1 AND S2	292
	S1 AND S2 AND S3	0

Innledningsvis hadde jeg valgt ut 8 artikler. For å redusere antall artikler, valgte jeg ut de tre artiklene hvor studiene var utført i Scandinavia (Norge og Sverige) og en som er utført i Canada. Jeg valgte ut denne artikkelen fordi den spesifiserte at deltagerne brukte illegale rusmidler noe som samsvarer med oppgavens avgrensing.

### **3.2 Kildekritikk**

Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er funnet. I tillegg må man kunne redegjøre for hvilke kriterier man har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2017, s.149). Å skrive en individuell bacheloroppgave er krevende og innebærer blant annet sammenligning og prioritering mellom faglitteratur og andre kilder man mener kan ha relevant stoff for sin oppgave. Jeg har hovedsakelig anvendt primær og ny litteratur men også eldre forutsatt at den fortsatt har relevans.

#### **3.2.1 Kildekritikk av faglitteratur**

Bøker om RUS (2016) av Fekjær og rusmiddelavhengighet (2016) av Simonsen har jeg brukt i beskrivelsen av rusmiddelavhengighet og dens konsekvenser. Disse bøkene mener jeg skaper et oversiktlig bilde av rusfeltet og er en god kilde for å få innblikk i temaet. Disse forfatterne har bred erfaring og anerkjennelse innenfor rusfeltet. Bøker Motiverende samtale: Endring på egne vilkår (2006) av Barth og Nasholm, MI Motiverende samtaler: En praktisk håndbok for helse og omsorgssektoren (2017) av Ivarsson og Motiverende samtale: En støtte til endring av Miller & Rollnick (2016) har jeg benyttet i beskrivelsen av motiverende samtale. Disse forfatterne har lang erfaring med motiverende samtale. Disse bøkene har vært til stor hjelp og relevant i beskrivelsen av motiverende intervju både i teori og drøfting. Boka Metode og oppgaveskriving (2017) av Dalland har blitt brukt i strukturering av oppgaven. Bruk av faglitteratur medfører at jeg har brukt andres tekster og det kan være mulighet for at jeg har misforstått eller oversett noe. Ved bruk av sekundærlitteratur ligger det også sannsynlighet for å feiltolke tekster.

#### **3.2.2 Kildekritikk av forskningsartikler**

Alle artiklene er skrevet på engelsk som kan føre til feil i oversettelsen. Noe av forskningsartiklene er eldre enn 4 år, og nyere forskning kan derfor motsi det gamle. Alle forskningsartiklene er vurdert etter IMRAD skjema, er fagfellevurdert og har mindre enn 400



respondenter. Det blir da feil å generalisere disse funnene. To av studiene omhandler forskning utført i land utenfor Scandinavia. Selv om det kan være forskjeller mellom kultur og helsevesen i disse landene og Norge, anser jeg artiklene som relevante i henhold til problemstilling og oppgavens tematikk.

Forskning "Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre" av Nymberg og Drevenhorm(2015) tar for seg pasientperspektiv på veiledning. Begrensninger med studien er at det kun er 20 intervjuede og det spesifiseres ikke om disse pasientene sliter med rusavhengighet. Det nevnes derimot alkohol og at disse pasientene er utsatt for flere kroniske lidelser. Jeg inkluderer denne artikkelen fordi rusmiddelavhengige er utsatt for mange kroniske sykdommer relatert til deres livsstil og blandingsrusmiddelbruk (Fekjær, 2016).

### **3.3 Ethiske vurderinger**

I skriveprosessen har jeg sørget for å ivareta etiske retningslinjer. Jeg har sørget for å gjengi kilder, referere til disse og notere dem i referanselisten. Oppgaven baserer seg på interesse jeg utviklet i praksisperioder og derfor har jeg brukt en del av mine egne erfaringer og kunnskap jeg tilegnet meg på disse forskjellige stedene. Med dette i bakhodet har jeg sørget for å anonymisere med tanke på taushetsplikt og har derfor ikke referert til noe som kan identifisere personer eller steder.

## 4. Presentasjon av forskningsartikler

**Tabell 2**

Forfatter(e)	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
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 randomized controlled trial with two year follow-up	BMC Psychiatry	Sammenligne effekten av 2 gjennomganger med MI i tillegg til behandling til kun behandling blant pasienter med rusmiddelmissbruk innlagt på et akutt psykiatrisk enhet.	Randomisert kontrollert studie	Begge gruppene redusert sitt rusmiddelmissbruk i det første året uten stor forskjell mellom gruppene. Etter 2 år, hadde den gruppen som hadde gjennomgang med MI redusert rusmiddelmissbruket mens den andre gruppe hadde økt rusmiddelmissbruket.
Bertrand, K., Roy, E., Vaillancourt, E., Vandermeerschen, J., Berbiche, D. & Boivin, J. F. (2015).	Randomised controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among people who inject drugs	Society for the study of addiction (SSA)	Å vurdere effekten av en kort gjennomgang av MI etter 6 måneder på reduksjon av høy risiko atferd blant sprøytebrukende rusmiddelavhengige.	Randomisert kontrollert studie	Deltagere fra begge gruppene rapporterte redusert risiko i injeksjonsteknikkene. Etter 6 måneder var sjansen 50% større for at de som rapporterte risiko i injeksjonsteknikkene var i gruppen som hadde hatt gjennomgang med MI.
Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S. & Hildingh, C. (2011).	Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice	Journal of Clinical nursing	Å beskrive sykepleieres erfaringer som jobber innenfor primær helsetjenesten med MI som verktøy i helsefremmende arbeid.	Kvalitativ metode	Sykepleiere beskrev MI som en krevende, brukbar og berikende metode som fremmer bevissthet og veiledning i omsorgsforhold. De syntes at det et nyttig verktøy for sykepleiere i helsefremmende arbeid.
Nymberg, P. & Drevenhorn, E. (2015)	Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a swedish health centre	Scandinavian Journal of Caring sciences	Å utforske pasientens erfaringer med å gå på en sykepleier administrert livsstilsklinikk	Gruppe intervju	Pasientene følte at besøket til klinikken ga innblikk i deres vaner og redusert frykten for å ikke være sunn. De var

					skuffet over dårlig oppfølging. Pasientene vektla viktigheten av en god allianse mellom dem og sykepleieren.
VanBoekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Weeghel, J. & Garrestsen, H. F. L. (2013).	Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for helathvare delivery: Systematic review	Drug and alcohol depedence	Å utforske helsepersonells holdninger mot pasienter med rusmiddelavhengighet og undersøke konsekvenser av disse på helsehjelpen som gis	Meta analyse studie	Helsepersonell har negative holdninger mot rusmiddelavhengige. Helsepersonell rapporterte lave nivå av motivasjon vedrørende å jobbe med denne gruppen.

## **5. Drøfting**

Hvordan kan sykepleier motivere rusmiddelavhengige til endring ved bruk av motiverende intervju?

I dette punktet innleder jeg med å beskrive sykepleierens veiledende og helsefremmende funksjon og brukervedvirkning. Jeg anser MI som en del av sykepleierens veiledende funksjon og gjennom denne prosessen utøver sykepleieren den helsefremmende funksjonen. Jeg vil dermed beskrive hvordan sykepleier kan veilede den rusmiddelavhengige samtidig ivareta hans rett til medvirkning. Brukervedvirkning er et sentralt begrep i denne oppgaven fordi MI er en samtaleform som tar fokus i den pasientens deltakelse og brukervedvirkning er dermed essensielt. Det er derfor avgjørende at den rusmiddelavhengige er aktiv og tar stor plass i samtalen. Sykepleieren skal legge til rette for dette ved å være inkluderende og kjenne sine egne grenser. Jeg skal videre beskrive hvordan sykepleier kan ta i bruk MI i de forskjellige endringsprosessene som den rusmiddelavhengige kan befinne seg i. Til slutt skal jeg beskrive hva som kan være til hinder for endringsprosessen.

### **5.1 Sykepleierens veiledende og helsefremmende funksjon**

Sykepleiers fokus er beskrevet på ulike måter men sentralt i disse beskrivelsene er mennesket-, pasient-, og hans helsetilstand. Som tjeneste har sykepleien pasientens helse, livskvalitet og mestring som sentrale mål (Kristoffersen et.al, 2011, s.16). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleieren fundamentale plikter; å fremme helse, og forebygge sykdom (NSF, 2011). Men hvordan kan sykepleier oppnå dette i møte med den rusmiddelavhengige? Veiledning handler om at den rusmiddelavhengige tilegner seg kunnskap om sin helse, som kan bidra til utvikling og mestring ( Kristoffersen et. al, 2011). For å oppnå dette, må sykepleier tilnærme den rusmiddelavhengige med en holistisk tenkning. God helse er et sentralt mål i sykepleieutøvelsen, likevel er det individuelt hva man legger i begrepet ”god helse”. Forståelsen av begrepet avhenger av kultur, omgivelser, normer, verdier og sosial kontekst (Kristoffersen, 2011). Ifølge Verdens Helse Organisasjon, WHO (2006) er helse en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte (Kristoffersen et.al, 2011). Denne definisjonen kan kritiseres som urealistisk fordi det bare er et mindretall kan relatere til og god helse er individuelt definert. Dette viser samtidig at det er et kompleks begrep (Kristoffersen et. al, 2011). Helsefremmende sykepleie dreier seg om å sette i gang sykepleietiltak som fremmer

opplevelsen av mestring hos den rusmiddelavhengige. Det handler om at den rusmiddelavhengige unngår sykdom, bedrer livskvaliteten og opplever mestring skulle det oppstå en kortvarig eller langvarig tilstand som følge av sykdommen. God helse omhandler derfor mer enn fravær av sykdom (Kristoffersen et. al, 2011). Antonovsky påstår at en av faktorene som fremmer helse er opplevelse av sammenheng nær knyttet til personens identitet. Antonovsky sier at vi kan styrke opplevelsen av sammenheng ved at situasjonen vi er i er forståelig. For at situasjonen skal oppleves som forståelig, har pasienten behov for å vite hva som skjer og ha oversikt over situasjonen (Kristoffersen et. al, 2011). Oppholdet på avrusningssenter for en rusmiddelavhengig innebærer et bredt spekter enn å bare være på et avrusningssenter. Det vil derimot dreie seg om å begynne en mental, fysisk krevende og utfordrende prosess (Røise & Borjesson, 2013). Han vil ha behov for informasjon om for eksempel hvor lenge og hvordan behandlingen skal foregå, hva slags liv han skal lede etter behandlingen og hva han kan forvente av hjelpeapparatet etter oppholdet. Pasientens rett til informasjon er nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven (Pasient og brukerrettighetsloven, §3-2, 1999). Sykepleier er også lovpålagt å gi tilstrekkelig informasjon til pasienten (Helsepersonelloven, §10, 1999). Det er derfor avgjørende at sykepleier svarer på pasientens spørsmål i veiledning om hva som skjer og hvorfor. Dette gir den rusmiddelavhengige en følelse av trygghet. Sykepleierens funksjon i helsefremming innebærer å bidra til empowerment gjennom veiledning og kompetanseøkning (Tveiten, 2016). Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten, 2016, s.90). Gjennom veiledning skal sykepleier bevisstgjøre den rusmiddelavhengige om sine ressurser og hvordan han kan bruke dem for å oppnå en progresjon og bidra til mestring av situasjonen han er i. Dette underbygges av forskning utført Nymberg & Drevenhorn (2015) som viser at pasientene følte at veiledning ga innsikt i hvordan de levde og hva de kunne endre. Sykepleier baserer denne veiledningen på både fagkunnskap og erfaringer og tilpasser denne informasjonen til den rusmiddelavhengiges læreforutsetninger. Hva veiledning handler om tar i utgangspunkt den rusmiddelavhengiges ønsker. Det er av stor relevans at sykepleier er imøtekommende, behandler den rusmiddelavhengige med respekt, og sørger for likeverdighet mellom dem (Tveiten, 2016). Før sykepleier kan veilede andre er det avgjørende at hun er bevisst på egne holdninger og verdier, slik at veiledningen er meningsfull, og hensiktsmessig. I samtale med den rusmiddelavhengige kan sykepleier bli konfrontert med egne tanker og opplevelser. Å reflektere over egen fremtoning kan fremme et godt samarbeid og allianse mellom dem

(Tveiten, 2016). En studie utført av VanBoekel et.al (2013) viser at helsepersonell har dårlige og stigmatiserende holdninger mot rusmiddelavhengige sammenlignet med andre pasienter. Sykepleiere nevnte at de var dårlig motivert og hadde lave nivå av tilfredshet ved å jobbe med rusmiddelavhengige. Den samme studien viser derimot at helsepersonell som hadde mer erfaring eller som oftere jobbet med rusmiddelavhengige viste bedre holdninger.

## **5.2 Brukermedvirkning**

For at veiledningen skal lykkes og ha ønsket effekt er det viktig at sykepleieren sørger for brukermedvirkning (Tveiten, 2016, s.90). Pasientens rett til medvirkning er nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven (Pasient og brukerrettighetsloven, §3-1, 1999). Aktiv brukermedvirkning forutsetter at sykepleier sørger for den rusmiddelavhengiges deltakelse og ha tro på hans valg til å løse problemer (Simonsen, 2016). Ifølge yrkesetiske retningslinjer, skal sykepleier respektere pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelsen (NSF, 2011). For at den rusmiddelavhengige skal oppleve medvirkning og de tiltakene sykepleier iverksetter ha effekt, skal den rusmiddelavhengige være aktiv og engasjeres. Dette underbygges av forskning utført av Nymberg & Drevenhorm (2015) som viser at pasientene forventet å bli oppmuntret til å tenke selv på forslag som kan bidra til livsstilsendringer istedenfor å bli fortalt hva de kan gjøre. Dette gjorde at pasientene følte seg ignorert og usett. I brukermedvirkning skal det vektlegges den rusmiddelavhengiges sterke sider og hva slags handlingsmåter han synes kan virke for ham. Dette øker den rusmiddelavhengiges interesse i å ta del i avrusningsprosess og fremmer selvstendighet (Simonsen, 2016). Den rusmiddelavhengige kan for eksempel foreslå når han synes det er best å ha en samtale og hvor. Det vil bidra til eierskap til behandlingsplanen og å ha innflytelse på samhandlingen mellom den rusmiddelavhengige og sykepleier (Simonsen, 2016). Å ha en ruslidelse har lenge blitt sett på som ydmykende og selvpåført. Som resultat av dette har mange rusmiddelavhengige blitt møtt med mange fordommer og mange knytter helsetjenesten med negative erfaringer. Det er veldig krenkende å bli møtt med en negativ holdning og dette setter den rusmiddelavhengige i en sårbar situasjon. Sykepleier må kunne skille mellom person og handlinger (Skoglund & Biong, 2016, s.188). Det er derfor avgjørende at sykepleier møter den rusmiddelavhengige på en respektfull og betryggende måte for dette er viktig i å skape en relasjon og legge til rette for pasientmedvirkning. På avrusningssenter er det sykepleieren som har står i en maktposisjon overfor den rusmiddelavhengige. Sykepleieren må dermed sørge for likeverdighet for å fremme åpenhet

og et godt samarbeidsklima mellom dem (Skoglund & Biong, 2016). Dette underbygges av studien utført Nymberg & Drevenhorm (2015). Pasientene ønsket at de ble møtt som likeverd fordi det bidro til åpenhet. Sykepleier skal sørge for medvirkning av den rusmiddelavhengige for dette har store konsekvenser for effekten av Motiverende intervju og dermed endringsprosessen.

### **5.3 Motiverende Intervju i endringsprosessen**

Det fins ingen fasit på hvordan en endringsprosess kan foregå og en rusmiddelavhengig kan befinne seg i flere faser av endringsprosessen. Før sykepleieren kan motivere den rusmiddelavhengige til endring må hun kartlegge hvor i endringsprosessen han befinner seg (Barth et al., 2013). Sykepleieren sammen med den rusmiddelavhengige skal utforske hvorfor den rusmiddelavhengige ønsker en endring, hva slags motivasjon han har, og hvordan han ønsker å gå fram til å oppnå denne endringen (Barth et.al, 2013)

#### **5.3.1 Føroverveielse**

I dette stadiet er den rusmiddelavhengige ikke klar for en endring, kan mangle kunnskap om risiko og ser positive sider ved sitt rusmiddelavhengighet (Barth. et al, 2013). Å være innlagt på et avrusningscenter er i utgangspunkt tegn på at denne rusmiddelavhengige ønsker en forandring med rusmiddelmisbruket sitt. Ifølge Fekjær (2016) oppsøker de fleste rusmiddelavhengige hjelp ikke på grunn av rusmiddelmisbruket deres men på grunn av de uønskede negative konsekvenser som skyldes rusmiddelmisbruket. Sykepleieren skal først og fremst finne ut om innleggelsen er frivillig eller under tvang. Dette spiller en stor rolle i å skape et samarbeid med han og ikke minst i kartlegging av motivasjonen hans. Motivasjon kan innebære bevegelse mot noe man ønsker å oppnå eller fra noe man ønsker å unngå (Christiansen, 2013, s. 177). Betrakter den rusmiddelavhengige sitt rusmiddelavhengighet som et problem? Eller er han innlagt for å slippe unna noe for eksempel straff? (Fekjær, 2016). MI er en samtale som skal lede til at et menneske bestemmer seg for, og beveger seg i retning av et bestemt resultat (Barth et al. 2013, s.13). Motiverende intervju mellom sykepleier og den rusmiddelavhengige i dette tilfellet foregår ansikt til ansikt. Når den rusmiddelavhengige innlegges på avrusningscenteret lurer han på hva slags hjelp han skal få og hvordan møtet med sykepleieren kommer til å være (Rollnick & Miller, 2016). Travelbee (1999) sier at i dette innledende møtet vet verken sykepleier eller den rusmiddelavhengige

hva de skal forvente av hverandre og som resultat av dette er møtet basert på hva man har hørt eller erfart tidligere. Det er derfor avgjørende at sykepleier legger til grunn for at den rusmiddelavhengige får et godt inntrykk av henne i dette møtet. Sykepleieren skal sørge for at den rusmiddelavhengige føler seg ivaretatt ved å være imøtekommende og vise genuin interesse for å bli kjent med den rusmiddelavhengige. Dette møtet er grunnlag for det videre samarbeidet mellom den rusmiddelavhengige og sykepleieren. I og med at den rusmiddelavhengige ikke er klar for en endring er det avgjørende at sykepleier understreker hans selvbestemmelse, gi informasjon om hva samtalen kan gå på og innhente hans aksept for å ha samtale (Bath et. al, 2013, s.64). Sykepleier er pliktig til å ivareta pasientens rett til selvbestemmelse (NSF, 2011). I dette møtet prøver sykepleieren og den rusmiddelavhengige å bli kjent med hverandre og sammen avklarer de hva målet med samtalen er (Ivarsson, 2017). Det skal kartlegges hva den rusmiddelavhengiges tanker og forventninger til samtalen er. I samtalen prøver sykepleieren å uttrykke empati ved å lytte, være tålmodig og vise forståelse for den situasjonen han er i der og da og som han selv beskriver det. Empati innebærer å anstrenge seg for å forstå en annen person (Ivarsson, 2017, s.16). Sykepleieren gjør dette ved å ikke være påtrengende, lese pasientens kroppsspråk, spørre åpne spørsmål for eksempel hvorfor, hva, hvordan spørsmål for å utdype den rusmiddelavhengiges tanker om hvorfor han ikke ønsker en forandring og få pasienten til å åpne opp mer (Eide & Eide, 2014). I studien utført av Brobeck et.al (2011) sier sykepleiere at det er avgjørende at sykepleieren lytter aktivt, at pasienten ikke føler fornærmet, og ikke legge press på at pasienten trenger en endring men vise respekt for det valget pasienten tar. Dette var grunnleggende i å skape et godt samarbeid med pasienten. Målet med MI er å engasjere den rusmiddelavhengige og sykepleier kan bare oppnå dette gjennom å skape et godt samtaleklima (Rollnick & Miller, 2016). Ved å støtte den rusmiddelavhengige til utforske sine tanker i sitt eget tempo viser respekt, bryter ned fordommer og ikke minst skaper samarbeid og tillit hos den rusmiddelavhengige. Samtidig gir dette sykepleieren betydningsfull informasjon om den rusmiddelavhengiges ståsted (Ivarsson, 2017). Travelbee konstaterer at empati er viktig i å skape nærhet og kontakt mellom sykepleieren og den rusmiddelavhengige (Travelbee, 1999). Den rusmiddelavhengige har rett til å få nødvendig informasjon til å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleieren skal dermed først finne ut hva den rusmiddelavhengige vet for å så gi tilpasset informasjon på en nøytral måte og overlate til den rusmiddelavhengige å trekke slutninger (Ivarsson, 2017). Ifølge forskning utført av Brobeck et.al (2011) opplevde sykepleiere at selv om pasienten ikke var klar til å



gjennomføre en endring der og da, bidro MI til å motivere pasienten med å ta skritt frem mot å realisere livsstilsendringer i den nærmeste fremtiden. Sykepleieren kan for eksempel spørre om den rusmiddelavhengige kunne hatt nytte av å se på et hefte som inneholder nyttig informasjon og som andre synes har vært interessant å lese. Hvis sykepleieren derimot gir råd som enten oppleves som påtrengende og unødvendig kan det lett føre til motstand fra den rusmiddelavhengige som kan føre til et dårlig samarbeid mellom dem (Ivarsson, 2017).

### **5.3.2 Overveielse**

I dette stadiet ser den rusmiddelavhengige positive sider ved sitt rusmiddelmisbruk men er åpen for å snakke om problematiske sider ved rusmiddelmisbruket (Barth et.al, 2013, s.65). Yrkesetiske retningslinjer (2011) beskriver at sykepleier fremmer pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon. Sykepleieren kan gi informasjon om de forskjellige rusmidler han bruker, hvordan de virker, hva slags innvirkning disse kan ha i hans helse og konsekvenser av dem. Hensikten er å få den rusmiddelavhengige til å innse at situasjonen han er i, er urovekkende og vise at ulempene overveier fordelene uten å legge mye press på han (Ivarsson, 2017). Forskning av Nymberg & Drevenhorn (2015) viser at deltagerne vektla viktigheten av hvordan sykepleieren gir informasjon på. Det var positivt at sykepleier var tydelig og ga konkret informasjon fordi dette bidro til å gi innsikt i mulige livsstilsendringer. Ut fra min erfaring er unge voksne vanligvis mer nysgjerrig på forskjellige virkning av rusmidler enn den eldre generasjonen. Dermed må den rusmiddelavhengiges alder tas i betraktning og dette forutsetter at sykepleieren bruker enkel men forståelig språk og ikke gi altfor mye informasjon på en gang. Sykepleier har et ansvar å holde seg faglig oppdatert og handle kunnskapsbasert (NSF, 2011). Det er dermed en forutsetning at sykepleier er faglig oppdatert, sikker på seg selv og har nødvendig kunnskaper om rusmidler, rusmiddelavhengighet og deres konsekvenser i dette møtet for å kunne svare på spørsmålene og at den rusmiddelavhengige får nytte av samtalen. Det å være innlagt på et avrusningssenter kan være for mye for den rusmiddelavhengige da de er usikre på hva som framtiden bringer, om avrusning og endring er virkelig det de ønsker. Dette kan føre til at den rusmiddelavhengige skifter atferd og innstilling til endring (Barth et. al, 2013, s.65). For å motvirke denne ambivalensen skal sykepleieren forsøke å vise den rusmiddelavhengige ulemper for eksempel helserisiko ved rusmidler men gi informasjonen på en skånsom måte uten tvinge disse synspunktene på den rusmiddelavhengige (Fekjær, 2016).

Hvis sykepleieren er påtrengende og informasjonen ikke er tilpasset, kan den rusmiddelavhengige tro at sykepleieren er kommet lenger enn han og at de har forskjellige synspunkter. Dette kan fort føre til konflikt og motstand fra den rusmiddelavhengige. For å unngå dette skal sykepleieren rulle med motstand ved å oppmuntre den rusmiddelavhengige til å se på nye perspektiver og finne sine egne løsninger (Fekjær, 2016, s.257). Dette kan sykepleier gjøre ved å stille åpne spørsmål, reflektere sammen med den rusmiddelavhengige om hva han tidligere har sagt og sykepleieren prøver å forstå den bakenforliggende årsak. I verste tilfelle, kan det være lurt å bytte tema for å lette opp atmosfæren. Denne refleksjonen kan vekke endringstanker hos den rusmiddelavhengige og få han til å se rusmiddelbruket sitt fra et annet perspektiv (Ivarsson, 2017). Det kan være veldig krevende for en sykepleier å ikke prøve å overtale en ung voksen som har kommet i et kaotisk og fastsatt mønster på grunn av rusmiddelmissbruket. Sykepleiere er tross alt forpliktet til å ha fokus på veiledning og helsefremming (Kristoffersen et. al, 2011, s.19). Det er derimot veldig viktig å huske at motiverende samtale handler om pasientens ønsker og at endringen er for den rusmiddelavhengige å gjennomføre og ikke sykepleieren. Forskning av Brobeck (2011) viser at sykepleiere opplevde at pasientens mulighet til å delta økte når sykepleiere ikke maste, ga råd eller foreslo raske løsninger til pasienten. Sykepleieren skal fremme endringsressurser hos den rusmiddelavhengige ved å gi støtte for å holde fokus og vise fordeler ved en eventuell endring uten å presse han (Barth & Nasholm, 2006).

### **5.3.3 Forberedelse**

Dette stadiet er en fortsettelse av overveiellesstadiet. Den rusmiddelavhengige begynner å nærme seg handling men er fortsatt ikke helt sikker om at en endring er det han ønsker (Barth et.al, 2013). For at denne forandringen skal finne sted er det viktig at sykepleieren fremmer selvtillit hos den rusmiddelavhengige. Den rusmiddelavhengige har behov for at sykepleieren viser han muligheter ut fra de vurderinger hun gjør av situasjonen hans (Ivarsson, 2017). Sykepleieren kan for eksempel be den rusmiddelavhengige forestille seg hvordan livet hadde vært uten flere innleggelse på sykehus som følge av rusmiddelmissbruket hans. Sykepleieren skal ved hjelp av åpne og reflekterende spørsmål få den rusmiddelavhengige til å kartlegge sine ønsker, og begrunnelser for endring (Ivarsson, 2017). Gjennom denne prosessen legger sykepleieren til rette for at den rusmiddelavhengige bygger mestringstillit (Fekjær, 2016). Dette underbygges av forskning utført av Brobeck (2011) hvor sykepleiere understreker at for at pasienten skal lykkes er det veldig viktig å ikke presse pasienten men la han finne løsninger

på egen hånd. Sykepleieren kan for eksempel referere til tider der den rusmiddelavhengige hadde redusert sitt rusmiddelbruk og hvordan innvirkning dette hadde i pasientens helse og sosiale aspekter (Ivarsson, 2017). Det er en fordel hvis sykepleieren har kjennskap til pasientens livshistorie (Simonsen, 2016). Den rusmiddelavhengige får da sjanse til å reflektere over og se at han har muligheter. Det er avgjørende at sykepleieren vektlegger den rusmiddelavhengiges planer og ideer i denne prosessen og utforske hva han synes om det. Sykepleieren da bekrefter den rusmiddelavhengiges anstrengelser, positive tanker og viser støtte for den rusmiddelavhengige (Ivarsson, 2017). Dette viser at sykepleieren har tro i at den rusmiddelavhengige er kapabel til å gjennomføre den endringen noe som kan forsterke selvtillit hos den rusmiddelavhengige. Ved å påpeke og bekrefte disse positive forandringer bygger sykepleieren den rusmiddelavhengiges motivasjon ved å se at det fins en belønning i enden. Sykepleier bruker da bekreftende utsagn som ” jeg ser at”. Denne prosessen mener Ivarsson (2017) er den viktigste i MI. Her skapes det blant annet en solid relasjon mellom den rusmiddelavhengige og sykepleieren. Når den rusmiddelavhengige føler at sykepleieren har tro på han og vil han vel, vil han føle at sykepleieren er engasjert i prosessen og dette er en stor motivasjonsfaktor. Å vite at det er noen som er villig å støtte deg underveis. I forskning utført av Brobeck et. al (2011) sier sykepleiere at å vise forståelse og tro var veldig nyttig i MI. Travelbee (1999) skriver at når sykepleier uttrykker sympati overfor den rusmiddelavhengige både via sin holdning og væremåte påvirker dette han både fysisk og psykisk. Dette danner et grunnlag for gjensidig kontakt og forståelse mellom sykepleier og den rusmiddelavhengige. Den rusmiddelavhengige vil tro at sykepleieren vil han det beste og vil være til stede når han trenger henne. Dette vil styrke evnen og ønsket til forandring (Ivarsson, 2017).

#### **5.3.4 Handling**

Her finner endring sted og er synlig på atferdsnivå (Barth et.al, 2013, s.67). Sykepleierens jobb er å støtte den rusmiddelavhengige i hvordan han ønsker å gå frem. Sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2011). Sykepleieren kan sammen med den rusmiddelavhengige sette opp mål som den rusmiddelavhengige vil oppnå. Utarbeiding av individuelle mål øker sjansen for å nå målet (Manger & Wormnes, 2005). Det er viktig å sette opp realistiske mål som han kan oppnå. Det kan være lurt å begynne med konkrete kortsiktige mål for eksempel å redusere hvor mengden rusmidler han inntar i døgnet. Sykepleieren kan være mer delaktig i prosessen og komme med forslag da den

rusmiddelavhengige er mest sannsynlig åpen for forslag. Det er derimot av stor relevans at den rusmiddelavhengige er enig i disse forslagene (Ivarsson, 2017). På dette stadiet har den rusmiddelavhengige mer kontakt med sykepleieren og de planlegger fremgangen sammen. Dette er for å styrke selvtilliten og motivasjonen hos den rusmiddelavhengige. Sykepleieren sammen med den rusmiddelavhengige kan kartlegge hans motivasjon og hva han ønsker å oppnå med denne endringen. De fleste mennesker er motivert av ytre faktorer for eksempel å få jobb, få leilighet, reparere gamle relasjoner med kjente og kjære (Håkonsen, 2014). Sykepleieren må da finne ut hva den rusmiddelavhengige jobber mot og støtte han i denne prosessen for å oppnå disse målene. I forskning utført av Brobeck et.al (2011) sier sykepleiere at det var viktig å høre på pasientens ønsker på hvordan de ville oppnå målene for at endringsprosessen skulle lykkes. Dette underbygges av studien utført av Nymberg & Drevenhorm (2015) hvor pasientene sier at de ville bli stimulert til å finne egne løsninger.

### **5.3.5 Vedlikehold**

I dette stadiet er den rusmiddelavhengige i gang men han trenger motivasjon og mestringsteknikker til å holde motivasjonen oppe (Barth et.al, 2013). I dette stadiet har den rusmiddelavhengige for eksempel reist hjem og prøver å implementere endringene i hverdagen. Det er dette som er utfordrende for mange rusmiddelavhengige. Man er tilbake til gamle kjente som kanskje ikke har gjort noe endringer selv og dermed får ikke den rusmiddelavhengige støtte til å bevare motivasjonen. Det er sykepleierens ansvar å legge til rette for et godt oppfølgings opplegg for den rusmiddelavhengige. Pasient har rett til en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Han skal fortsatt ha støtte og dette kan være for eksempel gjennom oppfølgingstelefon samtaler der sykepleier holder kontakt med den rusmiddelavhengige for å høre hvordan han erfarer å ha kommet seg hjem, hva slags utfordringer han har møtt på, hvordan han har løst dem og hva som har fungert for ham hittil. Hensikten med dette er å unngå tilbakefall. Sykepleieren kan gi støtte, oppmuntre han og komme med konstruktiv kritikk (Barth & Nasholm, 2006). Dette underbygges av studien utført av Nymberg & Drevenhorm (2015) der pasienten sier at de ønsket oppfølging etter møtet med sykepleieren. Ifølge Fekjær (2016) er ikke utfordringen å slutte med rus men å holde seg unna det. Det er derfor mange rusmiddelavhengige har vært inne på avrusning flere ganger men faller tilbake til gamle vaner etter utskrivelsen. Hvis den rusmiddelavhengige opplever nedgang i endringsprosessen kan han fort miste tro og håp om at han klarer å fullføre endringen. For å påvise motsetninger må sykepleier bevisstgjøre den rusmiddelavhengige om

at det kan være nedganger, dårlige dager og tilbakefall men det viktigste er hvordan han håndterer det (Fekjær, 2016). Det kan derfor være lurt at den rusmiddelavhengige tar steg for steg og ikke ha for store forventninger og krav til seg selv. Det er samtidig viktig at han har tro i at han kan klare dette. Sykepleieren skal oppmuntre den rusmiddelavhengige og gi ros når den rusmiddelavhengige oppnår et mål. Bekreftende ord hjelper han til å bygge mestringsfølelsen. Det viser han at selv om han ikke har klart alt, har det allikevel vært fremgang. Ifølge Rollnick & Miller (2016) er selvmonitorering et verktøy for selvkontroll som gjør at man ikke glemmer målet. Ved bruk av for eksempel et notat kan den rusmiddelavhengige ha oversikt av hva han har fått til eller ikke. Dette kan være en fin måte å holde motivasjonen oppe på dårlige dager ved å se at man faktisk har oppnådd mange mål og kommet et stykke på veien mot endring (Rollnick & Miller, 2016). Det kan også være nyttig å gi informasjon om forskjellige støttegrupper hvor den rusmiddelavhengige kan møte på folk som har vært gjennom det samme som han og som vet akkurat hvordan det er å være i den posisjon.

#### **5.4 Hva kan være til hinder for endringsprosessen?**

Det å overkomme et rusmiddelavhengighet er en veldig lang og krevende prosess både fysisk og psykisk. Denne prosessen behøver at den rusmiddelavhengige har en ressurssterk team som støtter han på veien mot endring og i etterkant for å unngå tilbakefall. Levevaner er menneskers hverdagslige handlinger og valg og kan knyttes til personlighet gruppetilhørighet eller status i samfunnet (Christiansen, 2013, s. 162). Etter lang tid med rusmiddelbruk utvikler den rusmiddelavhengige både fysisk og psykisk avhengighet (Simonsen, 2016).

Rusmiddelmisbruk blir til en hverdagsgjøremål fordi den rusmiddelavhengige har en overbevisning om at han må ha det for overleve. Dette blir til en del av hverdagen hans og han kan føle at det er en del av identiteten hans. Rusmidler har dessuten forskjellige funksjoner i den rusmiddelavhengiges liv for eksempel smertelindring både fysisk og psykisk. Mange rusmiddelavhengige begynner å ruse seg i ung alder og har derfor en veldig lang historikk med rusmiddelmisbruk (Fekjær, 2016). Å forestille seg et liv uten disse rusmidlene kan derfor være nesten umulig. Den rusmiddelavhengige kan ha spørsmål om hvor han skal begynne og hva som skjer etter det. Mange rusmiddelavhengige har prøvd å få til en endring men havner tilbake hvor de var og dette svekker motivasjonen (Fekjær, 2016). Man som

rusmiddelavhengig har kommet så langt i et fast mønster at det å bli værende der man er lettere enn å foreta seg en endring. Dette fører til en indre konflikt om hva den rusmiddelavhengige egentlig bør gjøre. Denne fasen kan være lenge og hindrer endringsprosessen (Barth et.al, 2013, s.67). Mennesker har behov for tilhørighet og å omgås med andre, dels på grunn av oppdragelsen og normer (Håkonsen, 2014). Som resultat av dette vil den rusmiddelavhengige søke kontakt med personer han har ting til felles med. Mange rusmiddelavhengige har ikke jobb, har mistet kontakt med sine nære, og har falt ut av systemet (Fekjær, 2016). Dette vil føre til at han danner relasjoner med andre som også har havnet i samme situasjon som han, mest sannsynligvis andre rusmiddelavhengige. Å gjennomføre en endring betyr å legge bak seg dårlige vaner og begynne på nytt. For den rusmiddelavhengige innebærer det ikke å forandre en ting men flere ting i sitt liv. Mange rusmiddelavhengige har ikke kontakt med mange andre enn andre rusmiddelavhengige. Å kunne endre rusmiddelvaner sine setter i fare relasjoner med andre rusmiddelavhengige. Hvis rusmidler er det man har til felles, så svekkes vennskapet hvis en skulle endre noe i rusmiddelbruket. Dette fører til utvikling av ambivalens hvor den rusmiddelavhengige ikke vet hva som er best å gjøre (Christiansen, 2013). Den rusmiddelavhengige veier de positive utfall ved å gjennomføre en endring med de negative. Det kan være mellom å få leilighet etter en endring men være ensom og slite psykisk. Det blir da vanskelig å velge noe som kan hindre endringsprosessen. Når den rusmiddelavhengige ønsker en endring er det viktig å støtte hans ønsker. I MI på et avrusningssenter i møte med sykepleier, er det viktig at sykepleieren har den nødvendige kunnskapen om MI, er interessert i metoden og ikke minst har nok tid til å snakke med pasienten. Støtte fra sykepleieren er avgjørende fordi det er hun som har mest kontakt med den rusmiddelavhengige og det er hun som skal veilede han i hvordan han kan bruke sine ressurser for å få til en endring (Barth et.al, 2013). Dette underbygges av studien utført av Brobeck et.al (2011) hvor sykepleiere sier at det var avgjørende å være interessert selv, ha god tid og den nødvendige kunnskapen om MI for å kunne veilede og motivere andre til en endring. Hvis sykepleieren har dårlige holdninger, ikke har nok kompetanse og tid til å bruke tid til å støtte og motivere den rusmiddelavhengige kan det være til hinder for endringsprosessen. En konsekvens av samhandlingsreformen er at sykepleiere i kommunen har fått mye mer å gjøre uten en økning i ressursene (Fjørtoft, 2016). Dette gjør at sykepleier ikke har den kapasiteten til å følge opp pasienter ideelt sett. Som en konsekvens av samhandlingsreformen på psykiatri og rusfeltet får ikke pasienter den omsorgen de egentlig behøver. Etter oppholdet på avrusningssenter trenger den rusmiddelavhengige støtte for å vedlikeholde endringen. Et oppfølgingsopplegg er derfor

essensielt. Dette understøttes av forskning utført av Nymberg & Drevenhorm (2015) hvor pasientene uttrykker skuffelse om mangel på oppfølging fordi de syntes det var avgjørende for å få til en endring. Hvis det er begrenset ressurser som fører til dårlig oppfølging kan det være til hinder for endringsprosessen fordi det er lett å gå til gamle kjente og trygge måter.

## 6. Avslutning

Å gjennomføre en endring er en krevende prosess, desto vanskeligere er det for en rusmiddelavhengig. Å ha et avhengighet innebærer at man er bundet fast både psykisk og fysisk. Rusmidler har en spesiell effekt på hjernen som gjør at hvis man slutter med bruken av dem, vil man få både fysiske og psykiske plager som kan vare lenge (Simonsen, 2016). Å forplikte seg til en beslutning om å slutte med rusmiddelmisbruk er dermed en veldig krevende og vanskelig prosess og den rusmiddelavhengige vil trenge mot og støtte fra sykepleier. Presentert forskning viser at MI er en metode som kan fremme endringstanker og bidra til livsstilsendringer. På et avrusningscenter er formålet endring og sykepleiere sammen med den rusmiddelavhengige jobber mot å nå dette målet. MI er en metode som kan hjelpe den rusmiddelavhengige til å nå dette målet. MI tar i utgangspunkt å mobilisere den rusmiddelavhengiges ressurser og forsterke hans indre motivasjon til endring (Barth et al., 2013). MI bygger på prinsipper; selvbestemmelse og autonomi (Ivarsson, 2017). Gjennom å forsterke den rusmiddelavhengiges indre ønske om en forandring og vise han muligheter, bidrar sykepleieren til å veilede den rusmiddelavhengige i retning mot endring. Sykepleieren er dermed en veileder for den rusmiddelavhengige og sørger for at veiledning handler om hans ønsker og at han er aktiv og engasjert i denne veiledningen. Brukermedvirkning er dermed essensiell i MI. Uten aktiv brukermedvirkning kan ikke MI ha den ønsket effekten. MI er også en metode som skal bidra til å fremme en god relasjon mellom sykepleier og den rusmiddelavhengige. Travelbee(1999) sier at ved at sykepleier viser empati og respekterer den rusmiddelavhengiges valg skapes det en god allianse mellom dem. Denne alliansen fremmer en god forståelse og et godt samarbeid mellom sykepleier og den rusmiddelavhengige. Endringsprosessen kan inndeles i 5 faser. En rusmiddelavhengig kan befinne seg i mange forskjellige faser over tid og endringsprosessen kan ta dermed lang tid (Barth et. al, 2013). Det fins ingen rett eller feil måte å gjennomføre en endring på. Det er det avhengig av den rusmiddelavhengige, hva slags motivasjon og ønsker han har. Det er derfor avgjørende å finne ut hvor i endringsprosessen han er for at han skal lykkes. I føroverveielser er den rusmiddelavhengige ikke klar for endring og vil dermed være lite mottakelig for informasjon eller veiledning siden han ikke anser sitt rusmiddelavhengighet som et problem (Barth et.al, 2013). Sykepleieren prøver å informere den rusmiddelavhengige om ulemper ved sitt rusmiddelavhengighet på en skånsom og nøytral måte. Dette er viktig med tanke på videre samarbeid med den rusmiddelavhengige. I overveielser er den rusmiddelavhengige ikke klar for en endring men ser de negative sidene ved sitt rusmiddelavhengighet (Barth et.al, 2013).



Målet i dette stadiet er få den rusmiddelavhengige til å innse at de negative utfallene er flere enn de positive. I forberedelsen har den rusmiddelavhengige ikke helt bestemt seg for endring men begynner å nærme seg en endring (Barth et.al, 2013). I både overveielser og forberedelsen preges den rusmiddelavhengige av ambivalens. Sykepleieren skal i disse fasene sørge for å gi mer informasjon om rusmiddelavhengighet for å vekke endringstanker hos den rusmiddelavhengige. I handlingsstadiet er den rusmiddelavhengige i gang med endringen og har begynt å gjøre noe mot å nå målet (Barth et.al, 2013). I dette stadiet er det veldig viktig at sykepleieren fremmer selvtillit hos den rusmiddelavhengige. I vedlikehold stadiet har endringen skjedd og den rusmiddelavhengige trenger tips og råd om hvordan han kan unngå tilbakefall (Barth et.al, 2013). For at MI skal ha effekt og den rusmiddelavhengige får til en forandring er det avgjørende at sykepleier sørger for å bygge en allianse med den rusmiddelavhengige, er støttende, har en empatisk forståelse og har nødvendig forkunnskap om MI. Samtidig er MI personsentrert og derfor er det avhengig av den rusmiddelavhengiges innstilling og parat til endring.

## Referanseliste

- Andersen, N. E. (2015). *Motiverende Samtale*. K. Lossius (Red.) *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. utg). (s. 194-220). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bagøien, G., Bjørngaard, J. H., Østensen, C., Reitan, K. S., Romundstad, P., & Morken, G. (2013). *The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit- a randomized controlled trial with two year follow-up*. BMC Psychiatry 2013,13:93. doi:[10.1186/1471-244X-13-93](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-93)
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Barth, T., & Nasholm, C. (2006). *Motiverende samtale – Endring på egne vilkår*. Fagbokforlaget
- Bertrand, K., Roy, E., Vaillancourt, E., Vandermeerschen, J., Berbiche, D. & Boivin, J. F. (2015). *Randomised controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among people who inject drugs*. Society for the study of addiction, 110, 832-841 doi: [10.1111/add.12867](https://doi.org/10.1111/add.12867)
- Biong, S. & Skoglund, A. (2016). *Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus*. S. Biong & S. Ytrehus (Red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (s.186-199). Akribe
- Brinckmann, S. B. (2008). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S. & Hildingh, C. (2011). *Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice*. Journal of Clinical Nursing, 20, 3322-3330. doi: [10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x)
- Brudal, L. H. (2014). *Empatisk kommunikasjon: Et verktøy for menneskemøter*. (1. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Christiansen, B. (2013). *Levevaner og endringsprosessen –konsekvenser for helseveiledning*. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning*. (s.161-187) Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide & Eide (2014). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

EMCDDA(2017). *Norway country drug report 2017*.

Hentet 10.01.18, fra

[http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/norway/drug-use\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/norway/drug-use_en)

Fekjær, H. O. (2016). *RUS: Bruk, Motiver, Skader, Behandling, forebygging, historikk*. (4. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Fjørtoft, A-K. (2016). *Samarbeid og samhandling*. I A-K. Fjørtoft (Red.). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. (s. 149-155). (3. Utg.)

Folkehelseinstituttet (2017). *Ruslidelser i Norge*.

Hentet 10.01.18, fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/ruslidelser-i-norge---folkehelse/rap/>

Grønningsæter, A. (2015). *Psykoselidelser og rus*. K. Lossius (Red.) *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*.(s. 115-133). (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* .

Hentet 02.02.18, fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Ivarsson, B. H. (2017). *MI - Motiverende samtaler: En praktisk håndbok for helse og omsorgssektoren*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Jellestad, F. K. (2015). *Hjernen og Rusavhengighet*. K. Lossius (Red.) *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (s.75-87). (2. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011) *Helse og sykdom*. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1 (s.32-79). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2011). *Om sykepleie*. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1 (s. 16-29). Oslo: Gyldendal akademisk

Miller, R. W. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale : Støtte til endring*. (1.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.

NSF (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 15.01.18, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nymberg, P. & Drevenhorn, E. (2015). *Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a swedish health centre*. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 30; 349-355, <https://doi.org/10.1111/scs.12254>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 02.02.18, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reinecker, L., Jørgensen, P. S. & Skov, S. (2012). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Røise, P. & Borjesson, M. (2017). *Ungdomscoaching*. Bergen: Fagbokforlaget.

Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet : Lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen : Fagbokforlaget

Tveiten, S. (2012). *Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid*. I. Å. Gammersvik & T. Larsen(Ed.)  
*Helsefremmende sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk : Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.

VanBoekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Weeghel, J. & Garrestsen, H. F. L. (2013). *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review*. *Drug and alcohol dependence* 131(2013) 23-45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Wormnes, B. & Manger, T. (2005) *Motivasjon og mestring*. Bergen: Fagbokforlaget.





