

Camilla Haugen Hoffmann
Line Faråsengen Hubred
Veronika Bakkom Ludviksen

Hvordan kan sykepleiere gjennom motivasjon, endrings- og recovery-orientert praksis bidra til motivasjon for rusfrihet hos rusmiddelavhengige?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjelsrud Aass

Mai 2020

Camilla Haugen Hoffmann
Line Faråsengen Hubred
Veronika Bakkom Ludviksen

Hvordan kan sykepleiere gjennom motivasjon, endrings- og recovery-orientert praksis bidra til motivasjon for rusfrihet hos rusmiddelavhengige?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjelsrud Aass
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere gjennom motivasjon, endrings- og recovery-orientert praksis bidra til motivasjon for rusfrihet hos rusmiddelavhengige?	Dato: 26.05.20
Forfattere:	Camilla Haugen Hoffmann Line Faråsengen Hubred Veronika Bakkom Ludviksen	
Veileder(e):	Lisbeth Kjelsrud Aass	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Recovery, Rusmiddelavhengighet, Sykepleier, Motivasjon, Medbestemmelse.	
Antall sider/ord:	44/10 044	Antall vedlegg: 0
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Rusmiddelavhengighet er et økende problemområde i helsesektoren i Norge. Sykepleiere vil derfor i økende grad måtte forholde seg til denne pasientgruppen. Det er lovstridig å benytte seg av illegale rusmidler i Norge, men rusreformen som kom i 2004, revidert i 2018 slår fast at misbruk av rusmidler ikke lengre skal være et straffepolitisk emne, men heller møtes med å tilby behandling.</p>		
<p>Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleier kan bruke endrings- og recovery-orientert praksis til å motivere til rusfrihet hos rusmiddelavhengige.</p>		
<p>Metode: Litteraturstudie med kvalitativ metode. Det ble funnet fem artikler etter søk i ulike helsefaglige databaser. Artiklene ble analysert og inkludert i studien, etter selvvalgte inklusjon- og eksklusjonskriterier. Videre er det også benyttet andre aktuelle publikasjoner og relevant fagstoff.</p>		
<p>Resultat: Litteraturstudien utpeker tre temaer som har betydning for mestrings- og recovery-orientert praksis for den rusmiddelavhengige; Recovery-orientert praksis, brukervedvirkning og tverrfaglig samarbeid.</p>		
<p>Konklusjon: For å motivere til rusfrihet må sykepleier skape gode relasjoner, samarbeide på tvers av yrkesgrupper og brukeren må inkluderes aktivt i egen behandling gjennom motivasjon, mestrings- og recovery-orientert praksis.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can nurses through motivation, change and recovery orientated practice contribute to motivation for abstinence in drug addicts.	Date: 26.05.20
Authors:	Camilla Haugen Hoffmann Line Faråsengen Hubred Veronika Bakkom Ludviksen	
Supervisor(s)	Lisbeth Kjelsrud Aass	
Keywords (3-5)	Recovery, Substance Abuse, Nurse, Motivation, User Participation.	
Number of pages/words:	44/ 10 044	Number of appendix: 0
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: Drug addiction is an increasing problem within the health sector in Norway. Therefor, nurses have to interact with this group of patients to a greater extent. It is illegal with drug use in Norway. However, the drug/reform in 2004, revised in 2018 states that use of drug should no longer be a criminal topic, but rather be handled by offering medical support.</p> <p>Purpose: The purpose of this literature study is to explore how nurses can use change- and recovery-practice to motivate abstinence in drug addicts.</p> <p>Method: Literature study with qualitative method. Five articles were found after searching different health care databases. The articles were analysed and included in the study, with chosen inclusion and exclusion.</p> <p>Result: The literature study points out three topics which have meaning to achievement- and recovery-oriented practice with the drug addict: recovery oriented practice, user participation and interdisciplinary cooperation.</p> <p>Conclusion: To motivate abstinence, the nurse has to create good relations, cooperate across professions, and the user has to be included actively in their own treatment process through motivation, achievement and recovery oriented practice.</p>		

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	4
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	5
2.0 BAKGRUNN	6
2.1 SYKEPLEIERS ANSVAR, OPPGAVER OG ROLLE	6
2.2 RUSMIDDELAVHENGIGHET	7
2.3 RECOVERY-ORIENTERT PRAKSIS	7
2.4 ENDRINGSHJULET	9
2.5 MOTIVASJON TIL ENDRING	10
2.6 MOTIVERENDE SAMTALER (MI)	10
2.7 HILDEGARD PEPLAU	12
2.8 AVGRENSING AV OPPGAVE	13
2.9 HENSIKT MED OPPGAVEN	13
2.10 PROBLEMSTILLING	13
3.0 METODE	13
3.1 LITTERATURSTUDIE	14
3.2 SØKEHISTORIKK	14
3.3 EKSKLUSJON OG INKLUSJONSKRITERIER	16
3.4 FREMGANGSMÅTE FOR KRITISK VURDERING OG UTVELGELSE AV ARTIKLENE	17
4.0 RESULTATSAMMENFATNINGER	17
4.1 SAMMENFATTET RESULTAT	24
4.2 RECOVERY-ORIENTERT PRAKSIS	24
4.3 BRUKERMEDVIRKNING	25
5.0 DRØFTING	27
5.1 RECOVERY-ORIENTERINGEN	27
5.2 BRUKERMEDVIRKNING	30
5.5 ETISKE OVERVEIELSER	35
6.0 KONKLUSJON	35
7.0 LITTERATURLISTE	37

1.0 Innledning

Sykepleieren vil komme til å møte brukere med rusproblematikk i ulike deler av helsesektoren i Norge, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten (FHI, 2019). I media er det økt forekomst av oppslag om bruk av ulovlige rusmidler blant unge voksne. Rusmidler dekker ulike funksjoner og behov fra person til person, avhengig av emosjonell tilstand og ytre omgivelser (Lossius, i Håkonsen, 2010). Unge voksne i dag lever under et høyt press fra ulike deler av samfunnet, og det kan være krevende å oppleve livsglede, mestring og full sosial integrasjon. Rusmidler kan ofte bli en utvei, da dette kan dempe ulike former for angst, uro og depresjon. Det kan også fungere som en "time-out" fra virkeligheten (Lossius, i Håkonsen, 2010). Omlag en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid et psykisk helseproblem og/eller et rusproblem (Helsedirektoratet, 2014). Omtrent fem prosent av befolkningen har vært i behandling i psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB (Helsedirektoratet, 2014). Personer med rusproblematikk og psykiske lidelser rapporterer lavere livskvalitet og større vansker med å følge opp egen behandling (Biong og Soggiu, 2015).

Det å leve med en rusmiddelavhengighet kan være belastende og kan skape ulike lidelser redusert livskvalitet. Det er derfor svært viktig at brukeren får en god oppfølging i kommunehelsetjenesten. Ved at sykepleier motiverer og skaper gode relasjoner, kan dette potensielt skape endring hos den rusmiddelavhengige (NAPA, 2018). Recovery-orientert praksis er en motsatt tankegang i forhold til tradisjonell tilnærming, der det først ble tenkt at rusmiddelavhengigheten skulle kureres før man kunne arbeide mot et bedre liv. Recovery-orienteringen innebærer at en tenker at rusmiddelavhengige skal få et bedre liv og dermed kanskje få et mindre behov for å ty til rusmidler (NAPHA, 2017.)

En undersøkelse viser til at 65 prosent av brukere i kommunale helse, omsorgs- og velferdstjenester med rusmiddelproblemer, hadde psykiske utfordringer som gikk alvorlig utover deres daglige funksjon (Helsedirektoratet, 2014). De følgene av psykiske helseproblemer relatert til rusproblemer er redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon. Det kan også ses at kombinasjonen av rus og psykiske problemer skaper en negativ spiral hvor problemene forsterker hverandre, og det kan bli vanskeligere å utrede og behandle ettersom det er uklart hva som er årsak og konsekvens. Disse problemene er en vesentlig årsak til at mange mennesker i yrkesaktiv alder står utenfor arbeidslivet (Helsedirektoratet, 2014). Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby

tjenester til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Lokalt psykisk helse- og rusarbeid involverer kommunes rus- og psykiske helsetjeneste. Fastlegens rolle er også sentral i arbeidet med psykisk helse- og rusarbeid, i forhold til videre henvisning til spesialisthelsetjenesten og ved eventuell medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2014).

Bruk av lovstridige rusmidler er forbudt i Norge (NOU 2003:4). På bestilling fra Folkehelseinstituttet, heretter kalt FHI, har Statistisk sentralbyrå, heretter kalt SSB, gjennomført en spørreundersøkelse og datainnsamling på narkotikabruk i Norge i perioden 2012-2019. Undersøkelsens sentrale funn rapporterte at over en tredjedel av menn i alderen 16-30 år hadde benyttet seg av illegale rusmidler siste 12 måneder, tilsvarende andel blant kvinner var i overkant en femtedel. Andelen som oppga bruk av illegale rusmidler siste 12 måneder og siste fire uker var dobbelt så stor blant menn sammenlignet med kvinner (FHI, 2018). Det kan derfor konstateres at bruk av illegale rusmidler er utbredt blant unge voksne menn. Etter rusreformen ble vedtatt i 2018 (NOU 2019:26) har samfunnet nå fått en ny tilnærming til rusmiddelavhengighet, i stedet for at brukeren skal straffes for rusavhengigheten har nå regjeringen vedtatt at brukeren heller skal få hjelp for sin avhengighet. Dette er på bakgrunn av at rusavhengighet først og fremst er en helseutfordring, og ikke et straffepolitisk emne (NOU 2019:26).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid koster staten flere tusen årsverk hvert eneste år (NOU 2019:26). Mennesker med rusmiddelavhengighet trenger god oppfølging og behandling som samsvarer med personens ønsker og behov (NAPAH, 2018). «Sykepleiere har en helt sentral rolle i å arbeide helsefremmende, styrke mestring og gi sykepleie til mennesker med psykisk helsesvikt og rusproblemer» (Norsk Sykepleierforbund, 2017-2020). Hos mennesker med et alvorlig rusmiddelmissbruk reduseres den forventede levealder 15-20 år. Det er dessuten en økt forekomst av unaturlige dødsfall, likevel kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer (Helsedirektoratet, 2018). Det kan derfor forventes at dette er en brukergruppe sykepleieren i større og større grad kommer til å måtte forholde seg til.

2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet vil det gjøres rede for relevant teori samt vise til forskning og lovverk som belyser tema og hvor sentrale begreper defineres. Avslutningsvis presenteres hensikten med litteraturstudiet og problemstillingen.

2.1 Sykepleiers ansvar, oppgaver og rolle

Hendersons definisjon av sykepleier fra boken “The Nature of Nursing” oversatt til norsk:

Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis de hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Mathisen, i Grov & Holter, 2016)

Sykepleierens ansvar, oppgave og rolle er forbundet med å skape et grunnlag for det som fremmer pasientens helse. Det er sykepleierens oppgave å motivere og veilede pasienten i helsefremmende arbeid (Holter, 2016). En god sykepleier vil etterleve å bli godt kjent med pasienten for å få mulighet til å fornemme hvilke behov vedkommende har. Det er sykepleieren som har ansvaret for at det utvikler seg en gjensidig forståelse mellom sykepleieren og pasienten (Holter, 2016).

Sykepleierens profesjonelle bidrag er å kunne observere, vurdere og utføre tiltak for å hjelpe pasienten med å ivareta sine grunnleggende behov. Sykepleier har et profesjonelt ansvar for å definere, fremme og beskytte et forsvarlig og akseptert kvalitetsnivå. (Holter, 2016)

Sykepleierens rolle kan være mangt, de kan ha ulike spesialutdanninger som gjør de mer kvalifisert til ulike deler av helsesektoren. Den generelle rollen er å ivareta og fremme helse. (Holter, 2016)

Helsepersonell er et samlebegrep for ulike yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, u.å). I oppgaven vil det nevnes helsepersonell, dette vil være på bakgrunn av tverrfaglig samarbeid. Sykepleier defineres også som helsepersonell.

2.2 Rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengighet er et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener, der bruken av substans eller substansklasse får en høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi. Et typisk beskrivende kjennetegn ved avhengighetssyndromet er behovet for psykoaktive stoffer som kan være medisinsk foreskrevet eller ikke (Helsedirektoratet, u.å).

I ICD- 10 legger de til grunn og definerer en ruslidelse som en psykisk lidelse (NOU 2010: 3). Flere undersøkelser viser at det å ha en psykisk lidelse uten ruslidelse, er en svak eller ikke eksisterende prediktor for voldsutøvelse. I motsetning er kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse eller dyssosial personlighetsforstyrrelse og ruslidelse en sterk prediktor for vold (NOU 2010: 3). Alkohol er det mest utbredte rusmiddelet, og det er funnet en stor sammenheng mellom alkoholkonsum og mengden av voldsutøvelse i samfunnet. Personer med annet rusproblem enn alkohol er også sterkt overrepresentert når det gjelder vold og drap (NOU 2010: 3). Det er også forsket på at bruk av rusmidler som alkohol, benzodiazepiner og sentralstimulerende midler kan gi økt aggressivitet og manglende impuls kontroll (NOU 2010: 3).

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er tjenester som består av rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. Behandlingen skal foregå tverrfaglig, dette vil si at det skal inkludere psykologfag, sosialfag og medisin fag (Oslo universitetssykehus, 2019). TSB skal tilbys både av polikliniske tjenester, dagtilbud, ambulante tjenester, døgnbaserte tjenester, korttidsbehandling og langtidsbehandling (Regjeringen, 2009).

2.3 Recovery-orientert praksis

Recovery er en dypt personlig og unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg (Anthony 1993 i Slade 2017).

Recovery-orientert praksis tar utgangspunkt i at det skal være en sosial og personlig prosess. Målet med denne prosessen er at den enkelte skal kunne ha god livskvalitet til tross for problemene som kan oppstå (Helsedirektoratet, 2014). Livskvalitet er både en subjektiv og objektiv oppfattelse. Den subjektive livskvaliteten omhandler hvordan livet oppleves for den enkelte og omfatter både positive følelser og positive vurderinger om livstilfredshet. Subjektiv livskvalitet kan variere fra god til dårlig. Den kan oppleves som god selv under sykdom, på tross av helseplager og andre belastninger. Objektiv livskvalitet, handler på sin side om hvor god livssituasjon man har - som objektiv helsetilstand og funksjonsevne (FHI, 2019).

Sentrale elementer i recovery-orientert praksis er myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv (Biong & Soggiu, 2015). Tiltakene skal igangsettes etter brukerens egen bedringsprosess. Prosessen skal handle om at brukeren utvikler måter den kan håndtere ulike psykiske problemer på, og ikke minst de sosiale konsekvensene av problemene (Helsedirektoratet, 2014). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) defineres bruker som; «en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven»

Hovedmålet med recovery-orientert praksis er at sykepleieren skal opptre som en personlig coach for brukeren. Det er derfor viktig at sykepleieren viser ydmykhet, mestrer relasjonskompetanse og har tilstrekkelig kunnskap. Sykepleierens ressurser skal stilles til rådighet for brukeren, samtidig som at brukeren skal verdsettes som en ekspert på seg selv ved hjelp av sine erfaringer (NAPHA, 2018). Målet er at sykepleieren og brukeren blir likeverdige partnere med brukerens eget mål i sentrum. Denne relasjonen skal baseres på ærlighet, åpenhet og tillit. Ved at brukeren settes i hovedfokus, vil den så langt det lar seg gjøre være rustet til å ta ansvar for eget liv (NAPHA, 2018). Biong og Soggiu (2015) viser til at brukerne, ved hjelp av recovery-orientert praksis fikk en relasjon til teamet som bygget på respekt og anerkjennelse.

Ved å tilby brukeren behandlinger som fremmer personens selvstyring, vil sykepleier fremme recovery-orientert praksis. For å oppnå recovery er det derfor viktig at brukeren opplever at behandlingen som tilbys er tilpasset seg, forsterker ens ressurser, og er rettet mot lokalsamfunnet (NAPHA, 2017). Brukeren har rett til medvirkning i tjenestene som tilbys (Helsedirektoratet, 2017). Dette er en lovfestet rettighet som står i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Loven sier at brukeren har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Brukeren har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenester,

undersøkelser og behandlingsmetoder. Denne medvirkningen skal tilpasse den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Brukermedvirkning kan ses på som en egenverdi, terapeutisk verdi og et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene (Helsedirektoratet, 2017).

2.4 Endringshjulet

I 1982 sammenfattet forskerne James Prochaska og Carlos Di Clemente ”The Wheel of change”, som er en omfattende forskning om hvordan bli kvitt en avhengighetspreget vane (Blindheim, 2001). Endringshjulet er en generell modell for atferdsendring, med seks atskilte stadier fremstilt i en sirkel (Blindheim, 2001). Første stadiet, føroverveielser ligger utenfor sirkelen. Målet med endringshjulet er å gå fra totalt uinteressert til og ha oppnådd en stabil endring (Blindheim, 2001).

- I føroverveielser kan en ha manglende problemopplevelse, lite mottakelig for informasjon og endring. Positive konsekvensene kan oppleves større enn negative og problematisk atferd. Intervensjonen er å skape diskrepans og understreke autonomi.
- Overveielser: Her kommer tankene om å endre vanen, og konsekvenser kan oppleves negativt og usikkerhet om hvor stort problemet er. Endringer i atferd og motivasjon kan forekomme. Intervensjonen er å utforske og løse ambivalens og ta en beslutning.
- Forberedelsesfasen: Avgjøre om vanen skal endres, og prøve å gjøre små endringer. Intervensjonen er å støtte opp om beslutningen som pasienten tar og planlegge fremgangsmåter for å kunne nå målet. I tillegg lage konkrete planer, så det blir gjennomførbart å gjøre de endringene en setter seg.
- Handling skal iverksette endringen og ha en reduksjon i problematferden. En skal aktivt benytte seg av mestingsstrategier, finne atferds erstatninger og positiv forsterkning. Det er viktig å variere mestingsatferd og strategi for at endringen skal skje.
- Vedlikehold handler om å vedlikeholde motivasjonen, begrunne nødvendigheten av å ha motivasjonene der. Hindre tilbakefall og kunne lære av et tilbakefall om det skjer (Rimstad & Strømsvold, u.a).

2.5 Motivasjon til endring

“Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning” (Håkonsen, 2017).

De indre prosessene som styrer atferd, kaller vi med et fellesbegrep for motivasjon. Begrepet motivasjon kommer fra latin og betyr:” å bevege”. Et motiv er noe som får mennesket til å handle. Motivasjon kan knyttes til en indre tilstand i organismen som fremkaller en” bevegelse” i retning av et mål. Motivasjon kan skilles mellom ytre og indre motivasjon, og bevisst eller ubevisst motivasjon. Ulik teori knytter motivasjon opp mot instinkt, driftsreduksjon, selvrealisering og ubevisste følelser. Nyere teori legger også vekt på ytre sosiale krefter som motivasjonsfaktorer.

Ytre motivasjoner handler om at et menneske gjør noe som er forventet, eller at personen oppnår noe som anses å være belønnende, som et styrket selvbilde eller ros fra andre. Ytre motivert atferd er altså handlinger man utfører for å oppnå noe (Håkonsen, 2017). Indre motivasjon kommer av handlinger som utføres for egen del, personen trenger ikke å ha i hensikt å oppnå noe annet enn at handlingen utføres (Håkonsen, 2017).

2.6 Motiverende samtaler (MI)

Tilnærmingen i motiverende intervjuer legger opp til å utforske hvordan en kan sette i gang en bevegelse mot recoverymål. Motiverende intervjuer er en personorientert tilnærming som støtter endringer i atferd ved å utforske og eliminere ambivalens, og er orientert mot samarbeid, utvikling og selvstendighet (NAPHA, 2017).

Motiverende intervju, også kalt motiverende samtaler, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er konstruktive samtaler hvor personene får mulighet til å overtale seg selv til en endring og finne en metode å få til dette (Helsedirektoratet, 2017). MI-ånden er en underliggende tankegang og innstilling som MI praktiserer ut ifra:

Å ha en MI-samtale er som å komme på besøk hjem til noen. Du bør gå inn med respekt, interesse og vennlighet, bekrefte det som er fint, og la være å komme med uoppfordrede råd eller begynne å ommøblere (Helsedirektoratet, 2017).

MI er gjennomsyret av respekt, nysgjerrighet, medfølelse og partnerskap (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleier forsøker å hente ut brukerens egne verdier, motivasjon, evner og ressurser for og lykkes med endring (Van Horn, *et al.*, 2015). Dette kan ses i en sammenheng med begrepet empowerment. Helsedirektoratet definerer empowerment som: "Empowerment er en prosess som gjør mennesker i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse. Prosessen tar utgangspunkt i menneskets egne ressurser og evne til å kontrollere eget liv, gitt at de gis makt eller autoritet, gjøres i stand til og tillates å delta i sentrale vurdering og valg." (Helsedirektoratet, 2014).

En av grunnverdiene i MI er partnerskap, hvor sykepleier og bruker sammen skal kartlegge årsaker og finne et mål (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleier skal styre samtalen, men det skal ikke være en manipulerende relasjon. Endring kan være utfordrende dersom en føler seg uakseptert, derfor er det viktig å bli møtt med aksept for det man gjør. Sykepleier skal i tillegg vise medfølelse og nysgjerrighet overfor brukeren (Helsedirektoratet, 2017).

MI er ingen bestemt teori, men baseres på erfaringer og forskning om hvordan personers motivasjon til endring økes gjennom samtale (Helsedirektoratet, 2017). Noen av de grunnleggende prinsippene i MI danner ordet EDRAS:

- E: Empati – sykepleier skal reflektere for å vise at den forstår brukerens opplevelse av seg selv, i sin situasjon og med andre mennesker
- D: Utvikle diskrepans – sykepleier skal styre brukers oppmerksomhet mot områder i livet der man kan vente å finne diskrepans (uoverensstemmelse mellom hvordan man har det og hvordan man ønsker å ha det).
- R: Rulle med motstand – motstand er forventet, og en naturlig del av endringsprosessen- Motstand gir sykepleier informasjon om at det den sier eller gjør ikke fungerer veiledende på brukeren, da bruker kan befinne seg et annet sted i endringsprosessen. Sykepleier bør møte motstand ved å reflektere brukerens ytring. Forståelse, være aktiv lytter og benytte åpne spørsmål er viktig.
- A: Unngå argumentering – sykepleier skal unngå argumentering, motargumentering eller forsøke å overtale personen til å gjøre endringer. Det skal istedenfor gis informasjon eller forslag som kan brukes i behandling.

- S: Støtte mestringskompetanse – motivasjon avhenger av personens tro på at den kan gjennomføre en atferdsendring. Sykepleier bør utforske viktighet og tiltro til å klare å gjennomføre handling/mestringsevne (Helsedirektoratet, 2017).

2.7 Hildegard Peplau

Hildegard Peplau var den første sykepleieren som beskrev de psykodynamiske aspekter ved sykepleier-pasient-forholdet. I den forståelse av sykepleie beskrives det en terapeutisk, mellommenneskelig prosess. Denne prosessen skal fremme helse av personligheten i retning av et kreativt, konstruktivt, produktivt personlig og sosialt liv (Eide og Eide, 1999). Peplau mener at relasjonen mellom sykepleier og pasient er sentralt for det terapeutiske utbyttet av sykepleien (Eide og Eide, 1999).

Hildegard Peplau deler relasjonen mellom sykepleier og pasient inn i fire faser. Fasene er ikke adskilt, men overlappes av hverandre (Eide og Eide, 1999).

1. Orienteringsfasen er ved første møte mellom sykepleier og pasient. I denne fasen blir pasientens behov identifisert og klargjort slik at en relevant sykepleiediagnose blir satt.
2. Etter problemet er definert, trekkes relasjonen over i fasen «identitetsfasen», her blir forventninger og forestillinger klargjort. I denne fasen utvikles det en plan for sykepleien slik at pasientens behov blir ivaretatt.
3. Tredje fase innebærer at sykepleieren hjelper pasienten til å utforske tanker, følelser og forestillinger knyttet til årsaken til at pasienten søkte hjelp. I denne fasen er sykepleierens rolle å støtte pasienten slik at den tar helsefremmende valg. Peplau kaller derfor denne fasen for utforskningsfasen.
4. Løsningsfasen er Peplaus siste fase. Her vil pasienten i størst mulig grad stå alene. Peplau understreker at denne fasen kun kan oppnås hvis pasienten har fått tilstrekkelig med psykologisk støtte og kontakt gjennom de tidligere fasene. Hvor vellykket denne fasen blir avhenger av hvordan de tidligere fasene er håndtert.

I følge Peplau skal sykdommen omgjøres til en erfaring som pasienten forstår innholdet av. Dette er en forutsetning for at sykepleien skal fungere som en terapeutisk og modnende kraft (Eide og Eide, 1999).

2.8 Avgrensning av oppgave

På bakgrunn av oppgavens vinkling og begrensede omfang vil oppgaven ta for seg rusmiddelavhengige i kommunehelsetjenesten. Andre instanser vil bli nevnt, men ikke gjort rede for. Videre har forfatterne valgt å avgrense til rusavhengige i alderen 20-35 år, dette på bakgrunn av at det er flest mennesker i denne aldersgruppen som mottar tjenester i primærhelsetjenesten (NOU 2019:26)

2.9 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleier kan bruke endrings- og recovery-orientert praksis til å motivere til rusfrihet hos rusmiddelavhengige.

2.10 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere gjennom motivasjon, endrings- og recovery-orientert praksis bidra til motivasjon for rusfrihet hos rusmiddelavhengige?

3.0 Metode

Dette kapittelet vil omhandle innhenting av litteraturen og beskrivelse av fremgangsmåten. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for valgte artikler vil også bli redegjort. Kapittelet vil også omhandle søkestrategi, forklaring på kvalitativ og kvantitativ metode, samt en kritisk vurdering og en analyse av valgte kapitler.

Definisjon av Aubert gjengitt i Hellevik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert, i Hellevik 2002, s. 12).

3.1 Litteraturstudie

Ifølge Magnus & Bakketeig (2000) vil en litteraturstudie systematisere kunnskap fra skriftlige kilder, det vil innebære å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og tilslutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, 2000, i Thidemann, 2019).

Hensikten med en litteraturstudie vil være å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør og beskrive hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019).

I denne oppgaven presenteres 5 ulike forskningsartikler. Disse artiklene er både kvalitative og kvantitative studier, hvorav to er kvantitative og tre er kvalitative. Kvantitativ metode er den naturvitenskapelige, forklarende metoden, der dataene er målbare enheter som tall. Det benyttes objektive data og eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2019). Kvalitativ metode er den humanvitenskapelige, forstående metoden, der hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, og lignende, for å få frem nyanser. Kvalitative data inneholder dybdekunnskap, og såkalte myke data (Thidemann, 2019).

3.2 Søkehistorikk

I søkeprosessen er det tatt i bruk databaser for helsefag, dette er blant annet Cinahl, Medline Ovid, SveMed+. For å finne relevante søkeord er det benyttet MeSH-termer i databasene Medline Ovid og SveMed+. Søkeord og antall treff er systematisk presentert i vedlagt skjema. Søkeordene er blitt brukt med kombinasjonsordene OR og AND.

Det er blitt gjennomført et systematisk litteratursøk for å finne relevante artikler med søkestrategien PICO. Denne søkestrategien handler om å konkretisere og klargjøre hvilke søkeord som kan benyttes i henhold til valgt problemstilling, slik at søkeordene lettere blir identifisert og organisert på en slik måte at en får et strukturert søk i valgte databaser. I PICO settes søkeord opp under de ulike kategoriene; Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Thidemann, 2019).

Det er også benyttet vitenskapelige publiseringskanaler, herunder Norsk senter for forskningsdatabase (NSD, 2019). Norsk senter for forskningsdatabase, defineres

vitenskapelige publikasjoner gjennom fire kriterier, hvor samtlige av disse må være oppfylt. Det skal presenteres ny innsikt, være i en form som gjør resultatet etterprøvbart eller anvendelige i ny forskning, være i et språk eller ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den eller være i en publiseringskanal med rutiner for fagfelleevaluering (NSD, 2004).

	Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1.	Recovery	CINAHL		33 871
2.	Motivational Interviewing			3 893
3.	Substance Dependence			101 264
4.	1 AND 2 AND 3		1 AND 2 AND 3	8
1.	Substance Abuse	MEDLINE		9312
2.	Group Exercise			1770
3.	1 AND 2		1 AND 2	1
1.	Motivation	CINAHL		103 117
2.	Recovery			33 840
3.	1 AND 2		1 AND 2	858
4.	Substance use			75 251
5.	1, 2 AND 3		1 AND 2 AND 3	143
6.	Publication date: 2015-2020			59
7.	Limit to: Full text			32
1.	Substance abuse	CINAHL		73 939
2.	Attitude to change			4452
3.	1 AND 2		1 AND 2	106
4.	Limit to: Full text			49
5.	Publication date: 2014-2020			18
1.	Substance abuse or Substance-Related Disorders	MEDLINE(OVID)		174 781
2.	Drug addict or Drug users			3168
3.	Nurse-Patient Relation			22 276

4.	Recovery			313 082
5.	Mental Health Recovery			106
6.	4 OR 5		4 OR 5	313 082
7.	Change or Social Change			682 846
8.	Life style			73544
9.	7 AND 8		7 AND 8	22627
10.	1 OR 2		1 OR 2	175656
11.	6 AND 9 AND 10		6 AND 9 AND 10	38
1.	Drug addicts or Drug Users	MEDLINE(OVID)		3949
2.	Substance abuse or Substance-Related Disorders			174 781
3.	Mental Health Recovery			106
4.	Nurse-Patient Relations/es (Ethics)			665
5.	Life style			73 544
6.	Mental Health Services or Community Mental Health Services			61 335
7.	3 OR 5		3 OR 5	73 648
8.	2 AND 3		2 AND 3	16
9.	7 AND 8		7 AND 8	16
1.	Helsepersonell	SVEMED+		2774
2.	Rusproblematikk			1
3.	Rusmiddelavhengighet			9
4.	1 AND 3		1 AND 3	1
5.	Professional-Patient Relations			4878
6.	Substance-Related Disorders			3284
7.	Drug abuse			3284
8.	5 AND 6 AND 7		5 AND 6 AND 7	128

3.3 Eksklusjon og inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Fagfelle vurdert • Tilgjengelig fulltekst • Vitenskapelig artikkel • Nordiske eller engelske språk • Relevans for problemstilling • Kvalitative/kvantitative studier • Pålitelige kilder • Overførbart til norske forhold • Alder 20 - 35 år. • Fulltekst 	<ul style="list-style-type: none"> • Innholdet er ikke relevant for problemstillingen • Ikke pålitelige kilder • Ikke overførbart til norske forhold • Ikke fagfelle vurdert • Inneholder ikke IMRaD-struktur • Fulltekst ikke tilgjengelig

3.4 Fremgangsmåte for kritisk vurdering og utvelgelse av artiklene

Det er viktig å kunne kritisk vurdere valgte artikler. Hensikten med kritisk vurdering er å vurdere gyldigheten av informasjonen i studien. Det er derfor viktig at den metodiske kvaliteten og konteksten i studien er gjennomført og blir vurdert (Helsebiblioteket, 2016). Bruken av forskningsresultater kan ikke anvendes ukritisk. Bakgrunnen er at studiene kan ha ulik forståelse på faginnhold, og tolkninger kan antydes forskjellig basert på den subjektive forståelsen.

For å kunne analysere til sammenfattet resultat er det utarbeidet systematiske oversikter for å se forskningsresultater fra relevante studier om en problemstilling under ett (Helsedirektoratet, 2016). De systematiske oversiktene vil gi et oversiktlig bilde av hva forskning har vist gjennom bestemt problemstilling (Helsedirektoratet, 2016). Artiklene ble sammenfattet til resultat ved å analysere de valgte forskningsartiklene, og det ble funnet frem til underoverskriftene; recovery-orientert praksis, brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Dette på bakgrunn av artiklenes resultater og funn, som var relevant for valgt problemstilling. Sammenfatningen av resultatene blir presentert oversiktlig og systematisk i en tabell hvor hensikt, resultat, metode, relevans for litteraturstudien og etiske overveielser vil bli gjort rede for.

4.0 Resultatsammenfatninger

De valgte artiklene vil her bli presentert i en matrise med oversikt over forfatter, tidsskrift, hensikt, metode resultat, artiklenes relevans for litteraturstudie og etiske overveielser. Det vil samtidig bli presentert et sammenfattet resultat på bakgrunn av artiklenes innhold.

<p>Referanse</p> <p>(Forfatter, tittel, utgiver, sidetall)</p>	<p>Leon, G. <i>et al.</i> (2006)</p> <p>Recovery-oriented perceptions as predictors of reincarceration</p> <p><i>Journal of Substance Abuse Treatment</i>, 31(1), s. 87-94. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.03.016</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Å undersøke hvordan personlig vekst, sosialisering og motivasjon for rusfrihet og/eller unngå nye fengslinger skiller mellom de som blir reinnsatt eller ikke etter ett og tre år etter løslatelse fra fengsel.</p>
<p>Metode</p>	<p>Kvantitativ studie, 526 deltakere som er fengslet og løslatt med tre års oppfølging. Det er brukt avkrysningsskjemaer for å kartlegge økt personlig vekst og sosialiseringsevner etter motivasjons- og beredskapsskalaer.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Motivasjon og alder har en stor betydning for om den rusmiddelavhengige blir reinnsatt i løpet av de tre første årene etter løslatelse.. Studien viser til at rusmiddelavhengige som er løslatt fra fengsel sjeldnere overholder sosiale normer som for eksempel tillit til regler og forskrifter, og ikke respekterer autoritet. Gjennom de ulike tester som ble utført, ble det analysert en sammenheng mellom motivasjons- og endringsscore. De som hadde høyere motivasjons- og endringsscore det første året, hadde en mindre grad av reinnsattelse under studien.</p> <p>I studien er deltakerne blitt delt inn i 2 grupper; de som ble reinnsatt og de som ikke ble det i løpet av det første året etter løslatelse. Den reinnsatte gruppen var betydelig yngre, hadde lavere utdanning og</p>

	hadde mindre sannsynlighet for å få en fast jobb etter fengselsopphold.
Relevans for litteraturstudien	Studien viser at alder, utdanning og motivasjon er viktige faktorer for å komme seg tilbake til en god livsstil, og rusfrihet. Studien fokuserer på motivasjon i forhold til sosialisering og personlig vekst.
Etiske overveielser	Artikkelen godt anonymisert, samarbeidspartnerne i denne artikkelen er (<i>Center for Therapeutic Community Research og Research Institutes og Corrections Office of Substance Abuse Programs</i>) ikke motstridende for temaet i oppgaven, og styrker derfor relevansen.

Artikkel 2

Referanse (Forfatter, tittel, utgiver, sidetall)	Van Horn, <i>et al.</i> (2015) Treatment choices and subsequent attendance by substance-dependent patients who disengage from intensive outpatient treatment. <i>Addiction Research & Theory</i> , 23(5), s. 391-403. DOI: https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1017570
Hensikt	Målet med denne studien var å undersøke hvordan blant annet telefonkontakt, kunne være med på å gi pasientene mulighet til å medvirke i sin egen behandling. Hypotesen var å tilby behandlingsalternativer til pasienter som har frafalt sin behandling, som vil være mer effektiv enn å prøve å re-engasjere pasienter i programmet de hadde avsluttet. Artikkelens fokus er basert på valg knyttet til faktorer som påvirker behandling. Enten fokuset var å engasjere pasienten på nytt i IOP, eller tilby alternativ behandling.

Metode	Kvalitativ studie, 137 deltakere. To studier på samme tid som deles inn i underkategoriene alkoholavhengige og rusmiddelavhengige, med samme kriterier og prosedyrer. Alle deltakere er diagnostisert gjennom DSM-IV av alkohol- eller kokainavhengighet med misbruk i løpet av de siste tre måneder. Kriterier for studien var vilje til å delta og alder mellom 18-65. Deltakerne ble screenet ved eller etter første intensiv poliklinisk behandling. Datainnsamlingen går ut på eget engasjement i behandling kontra frafall.
Resultat	Selv om studien satte søkelys på at pasienten skulle være med på å utforme sin egen behandling, kunne det likevel registreres et stort frafall. Det ble registrert en forskjell mellom de som avbrøt behandling på 2-ukers punktet og de som avbrøt mellom uke 3 og 8. Tidlig frafall kunne representere manglende behandlingsarbeid, mens senere kunne representere at pasienten ikke lenger hadde behov for behandling. Ved frafall fra behandling ble deltakerne kontaktet per telefon, hvor noen kom tilbake i behandling. Studien påpeker derfor hvor viktig det er å tilby alternativer, skape gode relasjoner og tilby medikamentell behandling i tillegg til psykososial behandling.
Relevans for litteraturstudien	Artikkelen fremhever at deltakerne som har engasjement og som får ulike tilbud gitt av helsepersonell opprettholder behandlingen lengre, enn deltakerne som avbryter behandlingen og mangler engasjement. Relevansen for litteraturstudien er motivasjon og relasjonsbygging.
Etiske overveielser	Deltakerne deltok av egen vilje. Artikkelen er godt anonymisert. Det rapporteres ikke om noen interessekonflikter i artikkelen.

Artikkel 3

<p>Referanse</p> <p>(Forfatter, tittel, utgiver, sidetall)</p>	<p>Bermea M., <i>et al.</i> (2018)</p> <p>Communitarianism and youth empowerment: Motivation for participation in a community-based substance abuse prevention coalition</p> <p><i>Journal of Community Psychology</i>, 47(1), s. 49-62. DOI: https://doi.org/10.1002/jcop.22098</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Å utforske SOC-modellen(scence of community – fellesskapsmodell) og hvordan dens fire hovedpunkter (følelse av tilhørighet, følelsesmessig tilknytning, behov oppfyllelse og innflytelse) kan føre til økt Empowerment hos personer med rusmiddelavhengighet.</p>
<p>Metode</p>	<p>Kvalitativ metodikk, utforsker fellesskapsmodellen. 17 deltakere. Gjennomført med 16 semistrukturerte intervjuer, som varte i gjennomsnitt 30 minutter. Utvalget av deltakere var relativt mangfoldig noe som ga styrke til funnene i oppgaven. Intervjuene bidro til kvalitative datainnsamling.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Studien beskriver hvor viktig det er å inkludere samfunns stemmene. Det skal skapes et fellesskap, og studien viser til at det ofte er yngre rusavhengige som faller utenfor dette fellesskapet. Det ble derfor diskutert i studien hvordan dette kan forebygges, og empowerment ble et sentralt tema. Samtidig understrekes det viktigheten i at yngre mennesker bruker sin stemme og deltar aktivt i samfunnet gjennom forebygging og skaper et trygt fellesskap for alle.</p>

Relevans for litteraturstudien	I denne artikkelen fokuserer de på hvordan samfunnet kan forebygge misbruk av narkotika og alkohol hos unge. Den er relevant for vår litteraturstudie som legger vekt på at unge skal imøtekommes av samfunnet og at det ikke skal være fordommer. Denne artikkelen fokuserer på samfunnsmedvirkning, at de unge skal føle en tilhørighet og innflytelse på samfunnet. I tillegg til at samfunnet skal bidra til økt motivasjon og tilhørighet for enkeltpersoner, og forebygge misbruk av narkotika og alkohol.
Etiske overveielser	Artikkelen anonymiserer deltakerne i studien godt. Forfatterne av artikkelen står ene og alene om innholdet i studien.

Artikkel 4

Referanse (Forfatter, tittel, utgiver, sidetall)	Brunelle, N., <i>et al.</i> (2015) Recovery from substance use: Drug-dependent people's experiences with sources that motivate them to change. <i>Drugs: Education, Prevention & Policy</i> , 22(3), s. 301-307. DOI: http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2015.1021665
Hensikt	Hensikten med artikkelen er å belyse hvordan ulike relasjoner kan motivere til endring hos rusmiddelavhengige. Studien fremhever deltakernes ressurser og om disse kan bidra til å opprettholde motivasjon. Disse ressursene kan både være personlige eller helse relaterte tjenester.
Metode	Kvalitativ studie. 127 rusavhengige i fengsel, sykehus eller institusjon. Semistrukturerte intervjuer. Tematiske innholdsanalyser ble gjennomført. Det er benyttet metodetriangulering.

Resultat	Resultatene viser at motivasjon til endring kan påvirkes av helsepersonell. Rusmiddelmisbruk anses som et hinder for optimal livskvalitet, og et ønske om et liv som rusfri vil derfor øke motivasjonen til endring ytterligere. Studien belyser at tverrfaglig samarbeid er viktig i gjennomføringen av behandlingen, og at dette kan styrke utførelsen i alle ledd.
Relevans for litteraturstudien	Relasjon og motivasjon – gi en bedre motivasjon for å bli rusfri. Studien påpeker at det er relevant med tverrfaglig samarbeid.
Etiske overveielser	Forfatterne rapporterer ingen interessekonflikter. Forfatterne alene er ansvarlig for innholdet og skrivingen av denne artikkelen.

Artikkel 5

Referanse (Forfatter, tittel, utgiver, sidetall)	Biong & Soggiu, 2015 “Her tar de tingene i henda og gjør noe med det” - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste <i>Tidsskriftet for psykisk helsearbeid</i> , 12(1), s. 50-60. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/tph/2015/01/her_tar_de_tingene_i_henda_og_gjoer_noe_med_det_-_om_recov (Hentet: 21.april 2020)
Hensikt	Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan brukere av et kommunalt team for psykisk helse og rus erfarer recovery-orientering i tjenesten. Studiens funn dokumenterer pågående praksiser og skal gi innspill til utvikling av nye metoder og praksis i kommunalt rus- og psykiatri helsearbeid.
Metode	Kvantitativ metode, 13 deltakere med dobbeltdiagnose som mottok psykososial oppfølging fra et psykisk helse-og rusteam. Individuelle intervjuer. Systematisk tekstkondensering ble gjennomført. En reanalyse av en tidligere evalueringsrapport, med nye data og ny analyse.

Resultat	Studien belyser viktigheten av recovery-orienteringen i tjenesten. Deltakerne beskrev at ved hjelp av denne orienteringen oppsto det en relasjon med teamet som var preget av respekt og anerkjennelse. Det kunne ses en sammenheng mellom brukerens livskvalitet og relasjonene til teamet. Et gjensidig samarbeid ses også å ha en betydning for brukerens mål for fremtiden og gjennomførbarheten av dette.
Relevans for litteraturstudien	Hvordan recovery-orientert praksis kan fungere i en kommunal ROP-tjeneste. Brukernes synspunkt på denne praksisen. Hva som fungerer og ikke fungerer.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (29.11.2013). Konfidensialitet og gjenkjennelse er forsøkt ivaretatt i hele prosessen.

4.1 Sammenfattet resultat

Analyseprosessen avdekket tre temaer som er relevant for forfatterens problemstilling; Recovery-orientert praksis, brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Et sammenfattet resultat vil derfor bli presentert ut fra disse temaene.

4.2 Recovery-orientert praksis

Studien fra Biong og Soggiu (2015) handler om recovery-orientert praksis i kommunale tjenester. Her legges det frem at deltakerne erfarte at utfordringene løses, og blir gjort noe med. Funnene antyder at livskvaliteten til brukerne er relatert til relasjonene og samarbeidet med teamet om områdene og de målene som brukeren synes er viktig.

Studien viser også til tidligere forskning som forklarer at personer med rusmiddelavhengighet har lavere livskvalitet og større vansker med å følge opp behandlingen som tilbys. Livsforholdene kan gjøre det komplisert å få hjelp og skreddersy tjenestene. Målet med recovery-orientert praksis er å finne pasientens egne ressurser, som for eksempel meningsfulle aktiviteter og det å løse økonomiske utfordringer, for å øke livskvalitet og

selvfølelse I tillegg legges det til grunn at brukernes ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet for å bedre livskvaliteten.

I studien fra Biong og Soggiu (2015) viser de til tidligere forskning. Det belyses at personlig recovery, miljøet rundt brukeren og fremtidsperspektiv skaper en positiv identitet, mening og empowerment. Deltakerne i studien opplevde en god relasjon til teamet. Relasjonene var preget av respekt og anerkjennelse. Det ble praktisert i en likeverdige form og vet at teamet gikk utenfor den tradisjonelle hjelperollen økte dette virkningen av behandlingen.

Studien til Leon G. et al (2006) fokuserer på den personlige veksten til brukere som har vært fengslet. Hvor målet er å styrke den personlige veksten ved sosialisering og motivasjon for rusfrihet og å unngå nye fengslinger. Denne studien kan underbygge viktigheten av et trygt og sammensatt team som bidrar til en god livsstil og rusfrihet.

Studien til Brunelle et al (2015) legger vekt på det tverrfaglige samarbeidet mellom familie, helsepersonell og brukeren. Analysene viser til at helsepersonell kan ha en stor påvirkning i brukernes motivasjon til endring. Relasjon og motivasjon kan knyttes opp mot recovery-orientering hvor samarbeid og medvirkning har en stor rolle, i forhold til å øke livskvaliteten. Deltakerne i studien forklarer at økt livskvalitet er et viktig element i motivasjon til endring.

4.3 Brukermedvirkning

Studien fra Bermea *et al* (2015) tar for seg samfunnsperspektivet, og arbeidet om å forebygge rusmisbruk blant unge i et samfunn. Studien tar for seg hvordan et samfunn kan styrke fellesskap og sosial tilknytning. Det vises i konklusjonen hvordan forebyggingsarbeid kan utøves ved bruk av empowerment. Studien bruker SOC-teorien som handler om å føle tilhørighet til et samfunn/lokalsamfunn, og å ha en positiv emosjonell relasjon til dette. Deltakerne i studien viser en positiv opplevelse av SOC-modellen som er benyttet. Det ble opprettet ungdomsaktiviteter for å få de unge til å engasjere seg i samfunnet. Dette viste seg å være positivt både for forebyggingsarbeidet og styrking av medbestemmelse.

Van Horn *et al* (2015) viser til en annen tilnærming til medbestemmelse som tar for seg brukere som allerede er i behandling. Ifølge artikkelen er tidlig frafall og unnlattelse til oppmøte i behandlingen et økende problem hos rusmiddelavhengige. Det blir derfor belyst at

behandlingsmetoder som er fleksible i forhold til pasientens ønsker derfor er med på å øke pasientens deltakelse i behandling. Denne tilnærmingen krever da at deltakerne skal gis muligheter til å velge andre behandlingsalternativer.

Hovedfunnene i artikkelen var at et flertall av deltakerne valgte å vende tilbake til opprinnelig behandlingsvalg til tross for andre alternativer. En årsak til dette kunne være at det var tryggere med en kjent behandlingsform. Tilbudene ble både gitt over telefon og under en MI-samtale. Hos de som fikk tilbud over telefon, valgte flertallet opprinnelig behandling. Dette kan ses på bakgrunn av at telefonkontakten ble utført av ukjente behandlere, noe som potensielt kan skape utrygghet hos deltakeren.

Studien konkluderer med at å tilby andre behandlingsalternativer tidligere i prosessen, samarbeide bedre med deltakerne, eller tilby medikamentell behandling som et supplement og kan være bedre tjent for deltakere som har behov for alternativ behandling.

4.4 Tverrfaglig samarbeid

I studien fra Brunelle *et al* (2015) fremheves det i resultatene at tverrfaglig samarbeid på alle nivåer er viktig. Deltakerne i studien forklarer at det var positivt med tverrfaglig samarbeid. Dette var basert på at sykepleieren og annet helsepersonell allerede visste hva pasienten har vært igjennom av behandling, slik at de unngår å gjenta seg selv. Dette er positivt i form av at helsepersonell allerede vet hvilke verktøy som er benyttet, slik at nye verktøy kan bli utprøvd.

Studien fra Bermea *et al* (2018) tar for seg helsepersonells synspunkt. Her belyses det at helsepersonell i rusomsorg bekrefter den positive virkningen ved tverrfaglig samarbeid. Studien konkluderer med at samhold og fellesskap styrker behandlingen både for helsepersonell og deltakerne. Dette styrkes også ved at behandlerne har en enighet om behandlingsmetode, som skaper tryggere omgivelser for deltakerne.

Artikkelen fra Biong og Soggiu (2015) tar for seg brukerens perspektiv. Studien forklarer at teamet hadde et felles mål om rusfrihet sammen med brukeren. Dette styrket behandlingen for brukeren, og de forklarer at hjelpen fra teamet var helhetlig, fleksibelt og tilpasset brukerens situasjon. Eneste kritikken brukerne hadde var rettet mot systemet. Her trekker de frem

mangler som systemet hadde, og at dette svekket kontinuiteten og et helhetlig behandlingsløp for brukeren.

5.0 Drøfting

Dette kapitlet vil ta for seg resultatene av analysen og det vil bli drøftet opp mot relevant teori, fag- og forskning. Avslutningsvis vil metodiske- og etiske overveielser redegjort.

5.1 Recovery-orienteringen

Rusmiddelavhengige kan streve med impuls kontroll og affektregulering, og kan derfor lett miste besinnelsen, bli agiterte og truende (Stendal, 2020). Det er viktig at helsepersonell, herunder sykepleieren er klar over ambivalensen som kan oppstå i en endringsprosess med brukeren. Recovery-orientert praksis fokuserer på at brukeren skal få nye mål for livet, og mulighet til å vokse og utvikle seg (Anthony 1993 i Slade 2017). For at brukeren skal få mulighet til å endre sin egen atferd, stiller dette krav til helsepersonell om at brukeren står i sentrum av egen behandling (NAPHA, 2018). Samtidig kan dette kreve mye både fra brukeren selv, og for helsepersonell som arbeider sammen med bruker.

Gjennom recovery-orientert praksis skal sykepleier og bruker bli likeverdige partnere, med felles mål om rusfrihet (NAPHA, 2018). Erfaringsbasert utfordres likeverdigheten mellom bruker og sykepleier ved at rollene er forskjellig. Sykepleieren er hjelperen og brukeren mottar hjelp. Sykepleieren kan hente ut informasjon og dokumentere i journal om brukeren, uten at dette er gjensidig. Det er også viktig å påpeke at sykepleieren innehar de kunnskaper og kompetansen som kan bidra til en god endring hos brukeren. På bakgrunn av dette blir likeverdigheten utfordrende å gjennomføre. Brukeren blir den svake part da det er sykepleier som mottar godtgjørelse for tjenesten.

I studien til Biong og Soggiu (2015) trekkes det frem at helsepersonell måtte stille seg tilgjengelig for brukere på kveldstid og helger, utenom deres arbeidstid. Sett i et slikt lys krever dette økt kapasitet og tilgjengelighet av helsepersonell. Dette vil være både ressurskrevende for helsepersonellet, men også tjenestene som gis. Allikevel påpekes det i studien at relasjonen og samarbeidet mellom bruker og teamet var vesentlig for at recovery-orientert praksis gjorde nytte for brukeren. Det er imidlertid vanskelig å måtte stille seg så tilgjengelig for brukeren til enhver tid. Helsepersonellet er nødt til å kunne ha sin egen fritid,

slik at de kan bidra best mulig og være tilstede når de først er på jobb. Sett i et slikt lys bør det heller gjøres avtaler, slik at brukeren har rullerende helsepersonell som kan nås. Dersom helsepersonell skulle stått i å være tilgjengelige til enhver tid ville de nok blitt fort utbrent, og sluttet i jobben av belastningen. Dette svekker da relasjonsbygging, og at brukeren må forholde seg til nye ansatte. Det er viktig at sykepleieren viser respekt og anerkjennelse for brukeren, og motsatt (Biong og Soggiu, 2015). For at dette skal kunne opprettholdes er det viktig at det er klargjorte grenser mellom bruker og sykepleier, slik at sykepleieren holder ut i jobben, og at relasjonen består.

Endringshjulet er en generell modell for atferdsendring, og sykepleieren kan ta dette i bruk under recovery-orientert praksis (Blindheim, 2001). Sykepleieren kan legge til rette ved at brukeren går gjennom prosessen i endringshjulet. Biong og Soggiu (2015) beskriver i sin artikkel at brukere opplevde det som positivt da teamet og de selv kunne utarbeide mål sammen. Dette kan relateres til de ulike fasene i endringshjulet ved at brukeren endrer oppfatningen av endringsprosessen underveis, der de kan gå fra å møte motstand til og aktivt bidra med å sette konkrete mål og tiltak sammen med sykepleieren (Rimstad og Strømsvold, u.å.). Det kan være aktuelt å kartlegge brukerens påvirkningskraft, da motivasjon til endring kan deles inn i ytre eller indre motivasjon. Kartleggingen burde derfor gå ut på om motivasjonen kommer fra forventninger til personen, eller for å gagne en selv (Håkonsen, 2017). Sett i et slikt lys kan det være viktig å nevne at endring ikke er en lineær, statisk prosess fra start til mål, men mer sirkulært med litt fram og tilbake før aktuelt mål er oppnådd. For å opprettholde fokus på målet om rusfrihet kan det være avgjørende at sykepleieren og bruker er bevisste på at tilbakefall kan foreligge. Ved å være bevisst på tilbakefall, forebygger dette tap av motivasjon. Sykepleier skal derfor fremme brukerens motivasjon til endring uten å overta endringsprosessen. Dersom bruker opplever at sykepleier overskrider prosessen, kan dette svekke den recovery-orienterte praksisen. Dette kan igjen medføre at bruker fornemmer tap av motivasjonen til endring (Håkonsen, 2017).

Ved bruk av recovery-orientert praksis skal brukeren få mulighet til å leve et liv med god livskvalitet (Biong og Soggiu, 2015). Sentralt i recovery-orienteringen foreligger prosessen om et meningsfylt liv. Rusmiddelavhengighet kan føre til sosiale konsekvenser, derfor vil økt livskvalitet være et sentralt fokus (Biong og Soggiu, 2015). Sykepleieren må ha kunnskap om at brukere kan ha forskjellig oppfatning av livskvalitet, og hva som vil si for hver enkelt å ha et meningsfylt liv (FHI, 2019).

På den ene siden er det viktig at fokuset i arbeidet blir å finne ut hva som har betydning for brukeren når det kommer til rusfrihet. Ønsket om å oppnå rusfrihet kan ha ulike årsaker, blant annet å oppnå et godt sosialt nettverk eller å kunne bo selvstendig. Erfaringsmessig vil det være nyttig å kunne kartlegge hva som nettopp motiverer til rusfrihet. Sett i et slikt lys kan brukeren benytte dette som en ressurs, og målet vil få en mening.

På den andre siden vil det ofte være en langvarig og brutal prosess når det kommer til å endre en integrert vane (Mørland og Waal, 2016). Derfor vil det være nødvendig at både bruker og sykepleier er klar over at glipper kan forekomme i løpet av prosessen. Glipper som forekommer i løpet av endringsprosessen burde ses på som erfaringer brukeren kan ta lærdom av. Recovery handler om å utvikle en normativ verdifull levemåte, og prosessen på veien blir derfor viktig (Mørland og Waal, 2016). På denne måten kan brukeren i samarbeid med sykepleier sette delmål om å ha mindre tilbakefall, slik at det blir en prosess over tid og fallhøyden ikke blir for stor. Biong og Soggiu (2015) hevder i sin studie at å skape mening og økt livskvalitet var viktig i recovery-orientert praksis, og at livskvalitet er subjektivt. Av erfaring kan en se at rusmiddelavhengige ofte har lavere mål og forventninger enn hva for eksempel helsepersonellet har for brukeren. Allikevel kan en se at brukerens oppfatning av et fullkomment liv, er å kunne leve med en rusmiddelavhengighet. For enkelte kan løsningen være å innta rusmidler under kontrollerte forhold, mens hos andre vil hovedmålet være å bli fullstendig uavhengig av rusmidler.

Brukerens ressurser og personlig vekst vil styrkes med bruken av recovery-orientert praksis (Leon, G. *et al*, 2006). Med grunnlag i dette kan sykepleieren oppdrive ressursene til brukeren, og finne indikasjoner som fremmer personlig vekst. Det er mulig at brukeren har relasjoner i familie og venner som kan bidra til recovery-orienteringen. Brunelle *et al* (2015) trekker også frem at relasjoner i familie og venner fremmer motivasjon til endring. Sett i et slikt lys kan motiverende intervju være et hjelpemiddel for sykepleieren i denne typen arbeid, hvor sykepleieren forsøker å kartlegge og aktivere brukerens ressurser og evner for motivasjon til endring (Van Horn, *et al.*, 2015).

På den andre siden hevder Mørland og Waal (2016) at denne brukergruppen ofte har problemer i mellommenneskelige forhold, da i særlig grad relasjoner til nær familie og venner. Det ses en sammenheng mellom vanskeligheter i disse relasjonene og

rusmiddelmisbruket til brukeren. Dette understøttes av studien til Brunelle *et al* (2015) som beskriver at denne brukergruppen ofte føler at de har ødelagt familien med sin rusavhengighet. Det kan derfor tenkes at ved å bruke en slik tilnærming i behandling kan gjøre at brukeren opplever en sterkere trang til å innta rusmidler enn nødvendig (Mørland og Waal, 2016). Erfaringsmessig oppleves det at flere av brukerne har et utfordrende forhold til pårørende, og dermed ikke har noe utbytte av at disse inkluderes i den recovery-orienterte praksisen.

5.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning skal gjennomføres på tre ulike nivåer; Individnivå, tjeneste-/systemnivå og system-/politisk nivå (Helsebiblioteket, 2009) I dette avsnittet vil individnivå og tjeneste-/systemnivå bli nevnt. Individnivået blir regulert av pasient- og brukerrettighetsloven, og gjelder uavhengig av hvor tjenestene utøves. Den som benytter seg av tjenesten skal medvirke i valg, utforming og anvendelse av tilbudene som til enhver tid skulle være tilgjengelige (Helsebiblioteket, 2009). Tjenestenivået reguleres av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. På dette nivået skal pasientens, brukernes og pårørendes erfaringer benyttes til forbedring av tjenestene (Helsebiblioteket, 2009).

I studien til Van Horn, et al (2015) blir det belyst at det er et økende problem med tidlig frafall i behandling. Studien fremhever at manglende bruk av medbestemmelse i behandling kan være en av årsakene til dette. Brukermedvirkning er nedfelt i lovverket, og det skal derfor tas hensyn til brukerens ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2017). Brukermedvirkning kan blant annet være med på å øke treffsikkerheten i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud (Helsedirektoratet, 2017). Dette bekreftes også i studien til Van Horn, et al (2015), hvor det blir belyst at å gi brukeren mulighet til å medvirke i egen behandling, kan ha en positiv effekt på utfallet av rusbehandlingen og bidra til økt motivasjon for et liv som rusfri. Samtidig ses det at å utvikle trygge sykepleiere som tør å høre på bruker og pårørende, igjen kan styrke brukermedvirkningen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Det er imidlertid brukeren selv som kjenner problemene på kroppen. Samtidig er det sykepleier som sitter med fagkunnskapen. I de tilfeller hvor brukerens synspunkter strider mot sykepleiers faglige vurderinger, kan det stilles spørsmål om brukermedvirkningen er

hensiktsmessig (Regjeringen, 2009). Sykepleier skal ikke fratas sitt faglige ansvar ved gjennomføring av brukermedvirkningen, og det kan derfor i noen tilfeller være hensiktsmessig at sykepleier overtar styringen av behandlingen (Regjeringen, 2009). Ifølge rapporten til Sosial- og helsedirektoratet (2005) kan det ofte ses at brukeren er sårbar og har lave forventninger til egen innsats, noe som igjen vil gjøre det utfordrende å styrke brukermedvirkningen. Ut i fra egen erfaring har ofte brukerne lite tro på egen beslutningsevne og har problemer med å medvirke i egen behandlingshverdag. På bakgrunn av dette vil det ofte oppstå et skjevt maktforhold mellom den som søker hjelp og den som yter hjelpen, da det kan være tjenesteutøveren som har makt både til å definere problemet og løsningene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Motiverende samtaler (MI) kan brukes for å øke brukerens medbestemmelse i behandling. Dette er samtaler som fokuserer på endring, motivasjon og mestring. Målet med samtalene er at brukeren selv skal kunne overtale seg selv til endring (Helsedirektoratet, 2017). Ved å ta i bruk de tidligere erfaringer brukeren har gjort seg, vil dette kunne være med på å øke personens positive mestringserfaringer. Dette vil dessuten være med på å bevisstgjøre brukeren om hvilke muligheter den har i forhold til egen behandling (Van Horn, et al. 2015). Likevel er det ofte at den som søker hjelp ikke er klar for endring. Brukerne kan ofte være preget av motstridende tanker og følelser rundt sin egen atferd, og kan bli oppfattet som ambivalente (Helsedirektoratet, 2017). Knyttet opp mot endringshjulet kan det tenkes at bruker søker hjelp litt for tidlig i egen prosess. Sykepleier må derfor ha nok kunnskap slik at den er rustet til å stå i brukerens ambivalente fase (Blindheim, 2001). Sykepleier sitter med fagkunnskapen om utfordringene, og kan i noen tilfeller korrigere brukerens atferd. Ved korrigerende samtaler kan det ofte oppstå argumentering hvor sykepleier forsøker å overtale bruker til å gjøre en endring. Tidligere var det vanlig at sykepleier foreslo en behandlingsform og bruker forholdt seg til denne (Helsedirektoratet, 2017). Da utøves hverken brukermedvirkning eller MI, og det gjenspeiles ofte i avbrutt behandling (Van Horn, et al. 2015).

Et fellesskap som brukeren føler tilhørighet til har vist seg å være effektivt for å redusere bruk av rusmidler (Bermea, et al. 2015). Det vil derfor ses som hensiktsmessig å skape en plass hvor brukeren kan bruke sine erfaringer for å forbedre tjenesten, samtidig som det skapes rom for personlig endring og vekst. Dette understøttes av teorien om Sense of Coherence (SOC), som omhandler et nytt perspektiv på fysisk og psykisk velvære ved å fremme og forstå menneskets evne til tilpasning for å øke mestring, helse og livskvalitet (Antonovsky, 1979 i

Slade, 2017). Dette stemmer overens med erfaringer fra egen praksis. Ved aktivt å ta i bruk et fellesskap i rusbehandling, vil brukerne ha mulighet til å speile sine egne erfaringer og holdninger slik at de lettere kan utvikle endring og personlig vekst.

På den andre siden er dette tiltak som krever god kompetanse hos tjenesteutøverne, og kommunene står overfor store utfordringer for å gjøre dette mulig (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I 2018 utgjorde pasientbehandling i TSB 3,8 milliarder kroner. Det er en økning fra tidligere år, og det er forventet større økning de kommende årene (Helsedirektoratet, 2019). Tilrettelegging i rusbehandling utgjør en betydelig kostnad for samfunnet, noe som kan skape store utfordringer for kommunale helse- og omsorgstjenester.

5.3 Tverrfaglig samarbeid

Regjeringen ønsker å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika, fra straff til hjelp, behandling og oppfølging (NOU 2009:26). Det å leve med en rusmiddelavhengighet kan være krevende og belastende, med potensiale for redusert livskvalitet (NAPAH, 2018). Kommunchelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske helseproblemer og /eller rusproblemer (Helsedirektoratet, 2014). Tverrfaglig samarbeid er en strukturert arbeidsform med dialog på tvers av fagområder og ulike sektorer (Helsedirektoratet, 2018). Personell som yter tjenester etter avtaler i kommunen som fastlegen, vernepleiere, sosionomer, ruskontakt og i noen tilfeller barnevern, friomsorgen, namsmann og NAV skal inkluderes i det tverrfaglige samarbeidet (Helsedirektoratet, 2018). På en annen side hender det at tverrfaglig samarbeid kan være krevende, erfaringsvis kan det oppstå ulike meninger som vil føre til uenigheter om behandlingen. På bakgrunn av manglende helhetlig ansvarsavklaring kan det oppstå tvil om hvem som har ansvar for behandling av brukeren (Helsedirektoratet, 2014). De ulike faggruppene kan ha vanskeligheter med å opprettholde sin rolle overfor hverandre, videre kan det skape problemer om hverandres fremtreden (Lauvås og Lauvås, 2004). Igjen kan dette være med på å gjøre samarbeidet utfordrende og brukerne kan føle seg tilsidesatt.

Brukeren kan ha et sammensatt behov for oppfølging, hvor det er viktig å involvere ulike distanser i helsesektoren for å kunne sikre felles forståelse og kunnskap på tvers av nivåer (Helsedirektoratet, 2017). Med grunnlag i dette kan en se at kommunene har et omfattende ansvar for brukere med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, som blir tydeliggjort i helse-

og omsorgstjenesteloven (Helsedirektoratet, 2014). I kapittel 7 i helse- og omsorgstjenesteloven står det at kommunen skal utarbeide individuell plan for brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Studien til Brunelle et al (2015) viser til viktigheten av et godt støtteapparat for å finne motivasjon til å starte et nytt liv og sette seg nye mål (Brunelle, et al, 2015). Studien fremhever at tverrfaglig samarbeid er viktig på alle nivåer. Deltakerne trekker frem det positive med at sykepleieren har kjennskap til hva de tidligere har erfart (Brunelle, et al, 2015).

Tverrfaglig samarbeid baseres på samhandling på tvers av ulike fagområder. Hver enkelt fagperson har ansvar for sin tjenesteyting, og den faglige merverdien ligger i interaksjonene mellom de ulike faglige perspektivene (Helsedirektoratet, 2018). Likevel innebærer ikke det tverrfaglige samarbeidet at alle må være tilstede med bruker til enhver tid, men tjenestene må samordnes (Helsedirektoratet, 2018). Med grunnlag i dette vil en slik samhandling kreve enorme ressurser og økt kompetanse, det å planlegge et slikt felles arbeid vil foregå over tid, for å kunne komme frem til en enighet (Lauvås og Lauvås, 2004). Av erfaring er kompetansen i kommunehelsetjenesten lite dekkende. Tjenestene har ikke tilstrekkelig kvalitet for å kunne ivareta brukere med rusmiddelavhengighet. I tillegg bør det gis økonomisk rom for samtaler og møter med brukeren, samt de ulike tjenesteutøverne (Lauvås og Lauvås, 2014).

Teoretikeren Peplau har sett på psykodynamiske aspekter ved sykepleier-pasient-forhold (Eide og Eide, 1999). Den innebærer en prosess som skal fremme helse av personlighet i retning av et kreativt, konstruktivt og produktivt personlig og sosialt liv (Eide og Eide, 1999). Studien til Biong og Soggiu (2015) tar for seg brukerens perspektiv, hvordan de opplever samarbeidet rundt teamet og sykepleierens arbeid (Biong og Soggiu, 2015). De legger vekt på at brukeren og sykepleieren må ha et felles mål om rusfrihet. Dette bidrar til å styrke behandlingen i form av et helhetlig og fleksibelt tilbud til brukeren (Biong og Soggiu, 2015). Sett i et slikt lys skal sykepleieren med sitt ansvar, rolle og oppgave kunne skape relasjoner til brukeren for å styrke behandlingen og fremme brukerens helse (Holter, 2016). Under dette legges det vekt på at sykepleieren skal bli kjent med brukeren ved å fremme brukerens behov og vise gjensidig forståelse for å nå målet (Holter, 2016). Peplau hevder at relasjonen mellom sykepleier og bruker er sentralt for det terapeutiske utbyttet av sykepleien (Eide og Eide,

1999). På en annen side kan en straffeforfølgning for bruk og besittelse av illegale rusmidler bidra til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting (NOU 2019:26).

TSB er en tjeneste som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå (Regjeringen, 2009). I helse- og omsorgsloven § 3-1 står det at kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dette legger til grunn at kommunale rus- og psykiske helsetjenester har plikt til å lage et individuelt opplegg og en behandling som er tilpasset hver enkelt bruker for å bli rusfri. På bakgrunn av dette skal den kommunale rus- og psykiske helsetjenesten tilbys både av polikliniske tjenester, dagtilbud, ambulante tjenester, døgnbaserte tjenester, korttidsbehandling og langtidsbehandling (Regjeringen, 2009). På en annen side kan en se at i perioden fra 2014 til 2018 har det vært en økning i antall pasienter innenfor psykisk helsevern og TSB. Dette har resultert i en sterk økning i kostnader (Aufles og Bremnes, 2019). Økt kapasitet og bedre kompetanse på tjenestene vil styrke kunnskapen om rusproblematikk blant helsepersonell (Meld. St. 30, (2011 – 2012)). Samtidig som det foreligger nedskjæringer, har antall konsultasjoner økt. Dette betyr at det kreves et kompetanseløft blant helsepersonell, imidlertid resulterer dette til økte kostnader for samfunnet (Aufles og Bremnes, 2019). Allikevel øker døgnkostnadene og dette går utover ressursinnsatsen per bruker. Dette fører til svekket kompetanse, og medfører et mangelfullt behandlingstilbud (Aufles og Bremnes, 2019).

5.4 Metodiske overveielser

Kildekritikk i følge Orgeret (2018) er en metode som benyttes for å vurdere opphavet av informasjon og troverdigheten. Det er ofte stilt spørsmål knyttet til forholdet mellom kilden og kildematerialet. Det er viktig å være kritisk og stille spørsmål rundt troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet (Orgeret, 2018).

Forskningsartiklene som er valgt i denne oppgaven er fra Norge, Amerika, Canada og flere vestlige land. På bakgrunn av at kun en av artiklene er fra Norge, kan overføringsverdien diskuteres, men siden studiene er relevante til problemstillingen har vi valgt å bruke de. Under søkeprosessen har det vært vanskelig å finne relevant forskning fra Norge. Det er derfor vurdert gjennom oppgaven at artiklene ikke alltid har direkte overførbarhet til den norske kulturen og kontrasten i arbeidet innenfor helse, men at de i store trekk har likheter.

Alle artikler bortsett fra en var publisert på engelsk. I arbeidet med å analysere disse ble de oversatt til norsk. Forfatterne oversatte disse selv med oversettingsverktøy som hjelpemiddel. Det kan tenkes at tekstene har endret seg, og det gjøres i den forbindelse oppmerksom på risikoen på feiltolkinger, da forfatterne kan ha oppfattet tekstene på en annen måte enn det som var tenkt med publiseringen. Videre er det å erkjenne at resultatene kan bære preg av forfatterens subjektive forståelse da dette kan bidra til at andre ikke oppfatter resultatene på samme måte. Dette kan anses som en studiesvakhet.

Kildene som er brukt i oppgaven har ulike årstall, det kan derfor forekomme at det finnes nyere eller mer relevant forskning i dette tidsrommet.

5.5 Etiske overveielser

Det er i denne oppgaven hele tiden forsøkt å overholde de etiske retningslinjene for akademisk skriving. Kilder som er benyttet er forsøkt å henvise til, og direkte sitater skal være markert godt med kildehenvisning etter NTNU sine retningslinjer for kildehenvisning, Harvard.

For å validere artiklene som er valgt i denne oppgaven har vi benyttet register over vitenskapelige publiseringskanaler, og har valgt å tro at denne siden er pålitelig (NSD, u.å). Fagstoffet som brukes i oppgaven er hentet fra skolens bibliotek og derfor velger vi å stole på at dette er godt fagstoff.

Artiklene er godt anonymisert og dette er en konfidensialitet som vil si at informasjon er begrenset til de som har stadfestet tilgang (Fossheim, 2015). Dette er også viktig for å ivareta personvern, noe som forfatterne ser på som viktig å overholde.

6.0 Konklusjon

Vi ser at recovery-orientert praksis har en stor betydning for den rusmiddelavhengiges behandling mot rusfrihet. Recovery handler om å gi mer plass til brukeren, og utfordrer derfor standard behandlingsmetode. Med dette innebærer det i større grad brukermedvirkning og et godt tverrfaglig samarbeid for å motivere til rusfrihet hos den rusmiddelavhengige.

Sykepleieren er nødt til å bruke de kunnskaper, verdier og kompetanse som stilles til rådighet

for brukeren, slik at det vil bli lettere å verdsette brukeren som ekspert på sitt eget liv. For å kunne motivere den rusmiddelavhengige til rusfrihet er det derfor helt elementært at sykepleier har kjennskap til recovery-orientert praksis i en behandlingshverdag.

Gjennom oppgaven er det oppdaget at brukermedvirkning er et sentralt begrep i den recovery-orienterte praksisen. Sykepleier skal tilrettelegge for at bruker i størst mulig grad kan oppleve at den selv utformer sitt eget tilbud. Dette har dessuten vist seg å ha en positiv effekt på brukerens motivasjon til endring. Et av de mest sentrale hovedpunktene i brukermedvirkningen er at brukeren skal kunne oppleve at den blir hørt, sett og trodd. Det har også vist seg å være hensiktsmessig å ta i bruk tverrfaglig samarbeid. Brukerne har ofte behov for et helhetlig og sammensatt behandlingsforløp. Et tverrfaglig samarbeid bidrar da med at de ulike tjenestene arbeider for et felles mål, og brukeren opplever at de ulike tjenestene jobber med hverandre – ikke ved siden av hverandre.

Avslutningsvis syns vi det viktig å understreke at recovery-orientert praksis ikke vil bidra til rusfrihet hos alle rusmiddelavhengige da alle er forskjellige, det kan tenkes at ikke alle vil eller skal ha rusfrihet som mål. I enkelte tilfeller vil det heller være hensiktsmessig at brukeren kun skal ha et mål om økt livskvalitet. Behandlingen burde derfor utformes etter brukers ønsker og individuelle mål.

Funnene i denne litteraturstudien viser likevel at mange av de sentrale hovedpunktene i en recovery-orientert praksis gjenspeiles i brukerens ønsker og utbytte av rusbehandling. Ved hjelp av en god relasjon og et likeverdig partnerskap kan det oftere oppleves tryggere for brukeren å bli i behandling. Alt tatt i betraktning savner forfatterne ytterligere vitenskapelig forskning for å undersøke hvordan brukeren skal oppnå maksimal effekt av behandling gjennom recovery-orientert praksis, og hvordan sykepleier kan øke sin kunnskap på dette feltet. Det er av forfatternes oppfattelse at en helsetjeneste som skaper relasjoner, trygghet og forutsigbarhet vil kunne bidra til å redusere antall brukere som velger å avslutte sin behandling.

7.0 Litteraturliste

Aufles, B. og Bremnes, R. (2019) *Kostnadsnivå og produktivitet i psykisk helsevern og TSB 2014-2018*. (Helsedirektoratet, IS-2852). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/is-2852-kostnadsniva-og-produktivitet-i-psykisk-helsevern-og-tsb-2014-2018/IS-2852%20Kostnadsniv%C3%A5%20og%20produktivitet%20i%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%202014-2018.pdf/_attachment/inline/10067df6-9b2a-44f3-9daf-14b909b05c5b:d9e2b52890b1bce46a3d9f29333742663c0d4eac/IS-2852%20Kostnadsniv%C3%A5%20og%20produktivitet%20i%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%202014-2018.pdf (Hentet: 19. mai 2020).

Bermea, A.M., Lardier, D.T., Forenza, B., Garcia-Reid, P. og Reid, R.J. (2018) Communitarianism and youth empowerment: Motivation for participation in a community-based substance abuse prevention coalition. *Journal of Community Psychology*, 47(1), s. 49-62. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1002/jcop.22098> (Hentet: 20. april 2020).

Biong, S. og Soggiu A-S. (2015) “Her tar de tingene i henda og gjør noe med det” - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), s. 50-60. Tilgjengelig fra: <https://www.idunn.no/tph/2015/01/her-tar-de-tingene-i-henda-og-gjoer-noe-med-det-om-recov> (Hentet: 21. april 2020).

Blindheim, M. (2001) *Endringshjulet*. Tilgjengelig fra: <https://www.idunn.no/file/ci/2824810/Endringshjulet.pdf>(Hentet: 25. mars 2020).

Bruvik, M.H. (2019) *Hva er livskvalitet?* Tilgjengelig fra: <https://folkehelsekonferansen.no/nyheter/hva-er-livskvalitet> (Hentet: 30.april 2020).

Burnelle, N., Bertrand, K., Landry, M., Flores-Aranda, J., Patenaude, C., og Brochu, S. (2015) Recovery from substance use: Drug-dependent people's experiences with sources that motivate them to change. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 22(3), s. 301-307. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2015.1021665> (Hentet: 15.april 2020).

Eide, H. og Eide, T. (1999) Relasjonsteorier, i Eide og Eide (red.) *Kommunikasjon i relasjoner*. 1. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS, s. 65-102.

Folkehelseinstituttet (2020) *Narkotika bruk i Norge*, Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/>
(Hentet: 17. april 2020).

Folkehelseinstituttet (2019) *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/> (Hentet: 20. mai 2020).

Folkehelseinstituttet (2019) *Rusbrukslidelser*. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/> (Hentet: 07. mai 2020).

Folkehelseinstituttet (2018) *Datakilder om narkotika og narkotikabruk*. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/datakilder/datakilder-om-narkotika-og-narkotikabruk/?term=&h=1#registerdata> (Hentet: 17. april 2020).

Folketrygdloven (1997) *Lov om folketrygd*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=folketrygdloven> (Hentet: 18. mars 2020).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (Hentet: 18. mai 2020).

Fossheim, H.J. (2015) *Konfidensialitet*. Tilgjengelig fra:
<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Konfidensialitet/> (Hentet: 06. mai 2020).

Helsebiblioteket (2009) *Brukermedvirkning på tre ulike nivå*. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva> (Hentet: 18. mai 2020).

Helsebiblioteket (2016) *Kritisk vurdering*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering> (Hentet: 30 april 2020).

Helsebiblioteket (2016) *Systematisk oversikt*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt> (Hentet: 30. april 2020).

Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Tilgjengelig fra: 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 (Hentet: 28. april 2020).

Helsedirektoratet (2016) *Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer – etter helse og omsorg tjenesteloven kapittel 10*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tvang-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/c399c1b7-d0ef-44a9-af9a-80c018385021:2e78c8bfe086d5bf644ee8fcc7e2990c048b6787/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf (Hentet: 27. februar 2020).

Helsedirektoratet (u.å.) *Diagnostiske definisjoner*. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/6-indikasjon-henvisning/vedlegg-1-til-kapittel-6?fbclid=IwAR3Pf9qyzPQw-i-qvgYXLIagxa72Y_OWJoCNumL4uj843ZJnIQ6yY9FsxG4 (Hentet: 23. april 2020).

Helsedirektoratet (u.å.) § 3. *Definisjoner*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/lovens-formal-virkeomrade-og-definisjoner/-3.definisjoner#!> (Hentet: 06. mai 2020).

Helsedirektoratet (2018) *Livskvalitet – anbefalinger for et bedre målesystem*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20-%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20malesystem.pdf/_attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20-%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20malesystem.pdf (Hentet: 30. april 2020).

Helsedirektoratet (2018) *Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretakelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levevaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus> (Hentet: 20. mai 2020).

Helsedirektoratet (2017) *Motiverende intervju som metode*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode> (Hentet: 14. april 2020).

Helsedirektoratet (2017) *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblem og avhengighet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling> (Hentet: 14. mai 2020).

Helsedirektoratet (2018) *Oppfølging av personer med sammensatte tjenester - Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester> (Hentet: 15. mai 2020).

Hellevik, Ottar (2002): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget, 7. utgave.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven> (Hentet: 18. mars 2020).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell> (Hentet: 20. mars 2020).

Holter, I.M. (2016) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E.K., og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 107-118.

Horn, V. D., Drapkin, M., Lynch, K.G., Rennert, L., Goodman, J.D., Thomas, T., Ivey, M., og McKay, J.R., (2015) Treatment choices and subsequent attendance by substance-dependent patients who disengage from intensive outpatient treatment. *Addiction Research & Theory*, 23(5), s. 391-403. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1017570> (Hentet: 20. april 2020).

Håkonsen, K.M (2014) Følelser og motivasjon, i Håkonsen, K.M (red.) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 79-99.

Lauvås, K og Lauvås, P (2004) *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Leon, G., Melnick, G., Cao, Y.M.D., og Wexler H.K., (2006) Recovery-oriented perceptions as predictors of reincarceration. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(1), s. 87-94.

Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.03.016> (Hentet: 15. april 2020).

Lossius, K (2010) Rusmidler, i Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånicke, E. (red) *Psykiatriboken*. 1. Utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 433-445.

Lossius, K., (2014) Når rus og avhengighet styrer livet, i Håkonsen, K.M.(red) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 379-399.

Malt, U. (2019) *ICD-10*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/ICD-10> (Hentet: 27. februar 2020).

Mathisen, J. (2016) Hva er sykepleie? i Grov, E.K., og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 119-140.

Meld. St. 30 (2011-2012) (2012) Se meg! Alkohol- narkotika - doping. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf> (Hentet: 6. mai 2020).

Mørland, J. og Waal, H. (2016) Behandling av rusproblemer og rusbrukslidelser, i Mørland, J. og Waal, H. (red.) *Rus og avhengighet*. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget, s. 77-106.

NAPHA (2018) *Recovery*. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/13883/Recovery> (Hentet: 28. april 2020).

NAPHA (2017) *Recovery-historikk, begrep og perspektiver*. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/14852/Recovery-historikk-begrep-og-perspektiver> (Hentet: 20. mai 2020).

NAPHA (2017) *Salutogenese – teori og praksis*. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/14219/Salutogenese---teori-og-praksis> (Hentet: 19. mai 2020).

NAPHA (2017) *100 råd som fremmer recovery*. Tilgjengelig fra: <http://www.melkeveien.me/NAPHA-Rapport-2-2017/Rapport-2-2017.html#p=1> (Hentet: 28. april 2020).

NOU 2003: 4 (2003) *Forskning på rusmiddelfeltet – En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2019: 26 (2019) *Rusreform – fra straff til hjelp*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.

NOU 2010:3 (2010) *Drap i Norge perioden 2004-2009*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.

Norsk Helseinformatikk AS (2019) *Cannabis, hasjissj, marihuana*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/narkotiske-stoffer/cannabis-hasjissj-marihuana/?page=6> (Hentet 31. mars 2020).

Norsk Helseinformatikk AS (2019) *Amfetamin og metamfetamin*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/narkotiske-stoffer/amfetamin-og-metamfetamin/?page=1> (Hentet: 31. mars 2020).

Norsk sykepleierforbund (2017-2020) *Politisk plattform for psykisk helse og rus*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2201713/cache=20191802143514/Revidert%20plattform%20psykisk%20helse%20og%20rus%202017-2020.pdf> (Hentet: 31. mars 2020).

Norsk senter for forskningsdata (2019) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (03. mars 2020).

Norsk senter for forskningsdata (2004) *Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier> (03. mars 2020).

Nylenna, M. (2019) *Livsstil*. Tilgjengelig: <https://sml.snl.no/livsstil> (Hentet: 02. mai 2020).

Oslo universitetssykehus (2019) *TSB*. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb> (Hentet: 04. mai 2020).

Orgeret, K. (2018) *Kildekritikk*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kildekritikk> (Hentet: 02. mai 2020).

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven> (Hentet: 18. mars 2020).

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern> (Hentet: 20. mars 2020).

Regjeringen (2009) *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling/id536813/> (Hentet 04. mai 2020).

Regjeringen (2014) *Kommunalt rus og psykisk helsearbeid*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommunalt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815/> (Hentet: 04. mai 2020).

Regjeringen (2009) *Brukermedvirkning*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/> (Hentet: 18. mai 2020).

Rimstad, S. L. og Strømsvold, I. R. (u.a) *Motiverende samtaler (MI)*. Tilgjengelig fra: https://www.fylkesmannen.no/globalassets/fm-rogaland/dokument-fmro/helse-og-sosial/arrangementsdokument/mi-080415---fylkesmannen-gjeldsradvivere.pdf?fbclid=IwAR1rS5aq_P21oRhQ2VC_f3VlfeOFU5J_8kxvHARNo2cH61IHG-uAPAGMwE4 (Hentet: 20. april 2020).

Skårderud, F; Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) *Hva er psykiatri?*, i Skårderud, F; Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (red). *Psykiatriboken*. 1. Utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 36-48.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen*. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/attachment.ap?id=453> (Hentet: 19. mai 2020).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten> (Hentet: 20. mars 2020).

Stendal, MB., (2019) *Slik kan sykepleiere motivere rusmisbrukere til et bedre liv*. Tilgjengelig fra: [10.4220/Sykepleiens.2019.77320](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77320) (Hentet: 23. april 2020).

Thidemann, I-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

