



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Fra aktiv rus til aktiv rusbehandling/

**From active addiction to active treatment
engagement**

kandidatnummer: 39 og 69

Totalt antall sider inkludert forsiden: 26

Molde, 30.03.2021



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 11.03.2021

Antall ord: 7568

Sammendrag

Bakgrunn:

I 2018 ble det registrert 621 rusmiddelrelaterte dødsfall i Norge, som gjør ruslidelser til en av de vanligste årsakene for tidlig død. Behandling av ruslidelser krever kompetanse og tverrfaglig samarbeid da mange har sammensatte helseutfordringer. Dermed er det viktig å høre på pasientenes erfaringer for å utøve god sykepleie.

Hensikt:

Hensikten med litteraturstudien var å belyse personer med ruslidelser sine erfaringer fra langtidsoppfølging for rusproblemer.

Metode:

En litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat:

Pasientens vendepunkt er individuelt, men preges ofte av familie, helse og ønsket om et bedre liv. Pasientene vektlegger gode relasjoner til medpasienter og behandlere. Tverrfaglighet og samhandling styrker pasientenes motivasjon mens ventetiden er til hinder. Rutiner og mestringsstrategier bygger grunnmuren for å leve et godt liv etter behandling.

Konklusjon:

Vendepunktet for å motta behandling er en viktig arena for å øke pasientens motivasjon, der sykepleieren må jobbe for å skape ektefølt engasjement. Å lære mestringsstrategier, introdusere nye meningsfylte aktiviteter og bygge gode relasjoner gir bedre premisser for å lykkes både i og etter behandling. TSB tilbyr mange elementer pasientene opplever som positivt, men ventetiden er problematisk for de ambivalente. Dette tyder på et behov for å styrke sykepleierressursen i rustjenesten.

Nøkkelord:

*rusbehandling, *pasientopplevelse, *ruslidelse

Abstract

Background:

In 2018 there were 621 substance-related deaths in Norway, which makes substance use disorders one of the leading causes of premature death. Treatment requires expertise and interprofessional collaboration due to complex health needs. Listening to patients experience helps us provide quality nursing-care.

Aim:

The aim of the study is to explore people with substance use disorders' experience with long-term treatment.

Method:

A literary study based on 10 qualitative research-articles.

Results:

Results show variations of what led to the turning-point, though often influenced by family, health and wish to lead a better life. Good relationships with peers and health-care workers, and interprofessional collaboration increases the patients' motivation, but waiting for a spot in treatment is a barrier. Establishing a routine and utilizing coping-strategies helps create meaningful life beyond drugs after discharge.

Conclusion:

The turning point when choosing treatment offers an arena for change in the patients motivation to create treatment engagement. Learning coping-strategies, being involved in meaningful activities and building relations increases the chance of success. TSB offer many elements that patients describe as helpful, but long waiting-list makes it difficult for the ambivalent. This indicates a need to increase staffing.

Keywords:

*addiction treatment, *substance use disorder, *patient experience

Innhold

1.0	Introduksjon	1
2.0	Metode	4
2.1	Fase 1	4
2.1.2	PICO-skjema.....	6
2.1.3	Søkestrategi	6
2.1.4	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	7
2.2	Fase 2 - Identifisering av nøkkelfunn.....	8
2.3	Fase 3 - Identifisere sammenheng og forskjeller	8
2.4	Fase 4 - Fenomenbeskrivelse	9
3.0	Resultat	10
3.1	Vendepunktet	10
3.2	Erfaringer fra behandling med aktiv deltagelse	12
3.2.1	Tilbud i behandling	12
3.2.2	Medpasientenes betydning	13
3.2.3	Samspill og relasjon til behandler	13
3.2.4	Institusjonens rammer	14
4.0	Diskusjon	16
4.1	Metodediskusjon	16
4.2	Resultatdiskusjon	18
4.2.1	Vendepunktets endringskrefter	18
4.2.2	Aktivisering og mestring.....	19
4.2.3	Pasientsamfunnet og behandleren	21
4.2.4	A4- rammer og rutiner	22
4.2.5	TPS og TSB- samarbeid og koordinering	23
5.0	Konklusjon	25
5.1	Videre forskning	25
	Referanseliste	26

1.0 Introduksjon

Ruslidelser er et samlebegrep for skadelig bruk og avhengighet av rusmidler, og kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet, samt vansker med å kontrollere bruken. I 2018 var det registrert 621 rusmiddelrelaterte dødsfall som gjør ruslidelser til en av de ledende årsakene til dødsfall hos personer under 70 år (Skogen mfl. 2019). En person med rusmiddelavhengighet vil prioritere rusmiddelinntak tross konsekvensene det medfører, både for seg selv og andre (Skogen mfl. 2019). I Norge betegnes narkotika eller illegale rusmidler som alle ulovlige og reseptbelagte rusgivende substanser. Hvilke rusmidler som er illegale reguleres gjennom Legemiddelverkets narkotikaliste og er definert i Forskrift om narkotika (Narkotikaforskriften, §3, 2013). Alkohol er det eneste rusmiddelet som er lovlig i Norge. Vanlige illegale rusmidler er blant annet vanedannende medikamenter, heroin og andre opioider, amfetamin og cannabis (Skogen mfl. 2019).

Det er vanskelig å si hvor mange mennesker i Norge som har et rusproblem, da det forekommer store mørketall grunnet underrapportering. Mange bagatelliserer avhengigheten sin og fornekker problemet, samt at det finnes lite kunnskap om behandlingsmuligheter. I følge Helsedirektoratet (2020) mottok 24135 personer døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2020. TSB er den norske tjenesten som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå, der pasienten møter ulike faggrupper med spesialisert kunnskap og høy grad av samhandling. Teamet består blant annet av psykiatere, sosionomer, leger og sykepleiere, som også kan henvise til andre instanser (Snoek og Engedal 2018). Langtidsbehandling kan startes når pasienten er stabilisert etter avrusning, der en vil gjennomføre kartlegging rundt pasientens behov og ønsker.

Tilbud for langtidsbehandling i TSB består av poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og ambulerende oppfølging (Helsedirektoratet 2021). Behandling kan gis både offentlig og privat, og institusjonene kan benytte seg av ulike terapeutiske prinsipper og ideologier med ulikt fokus og intensitet. I Norge er recoverybaserte tilnærminger vanlig i rusomsorgen. Recovery går ut på at mennesker kunne leve meningsfulle liv tross helseutfordringer ved å styrke håpet, bygge en identitet og oppleve egenmestring (Oute og

Jørgensen 2021). Mye brukt i Recovery er Motiverende Intervju (MI), som er en målrettet samtalemetode der man utforsker pasientens ambivalens, helsemål og følelser for å styrke pasientens motivasjon og egenmestring (Andresen 2009). Behandlingsmodellen 12-trinnsbehandling gir avhengighet en biologisk forklaring, der pasienten kan oppnå tilfriskning om man aksepterer sykdommen og gjør opp for egen skadelig atferd i aktiv rus (Fekjær 2009). Selvbestemmelsesteorien (SDT) har som utgangspunkt at alle mennesker ønsker å leve et godt liv og for å nå disse målene må mennesket motiveres gjennom indre eller ytre krefter (Eide og Eide 2017).

Sykepleiens rolle i rusbehandling omfatter å dekke mange ulike behov, deriblant psykisk- og fysisk helse, samtaler, medisinadministrasjon og kartlegging (Melby, Ådnanes og Kasteng 2017). Sykepleiere utgjør den største personellressursen i psykisk helsevern- og helsearbeid. Relasjonen mellom sykepleier og pasient anses som spesielt viktig i rusbehandling, med evnen til å opptre empatisk og fremme håp hos pasienten (Melby, Ådnanes og Kasteng 2017). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere §2 står det at: "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket" (NSF 2019).

De siste tiårene har det skjedd en økende demokratisering av helsevesenet, der pasientene i større grad har mulighet til å ta aktive valg når det kommer til behandling av egen helse (Nortvedt mfl. 2021). Som et resultat har maktposisjonen mellom pasient og sykepleier forandret seg. I følge Travelbee (2005) har sykepleieren en oppgave om å skape et menneske-til-menneske-forhold, der begge parter først og fremst ser på hverandre som individer, ikke sykepleier og pasient. Et slikt forhold kan etableres gjennom å gå inn i relasjonen med en bevissthet om hva man gjør, tenker, føler og erfarer. Relasjonen utvikles i faser som resulterer i gjensidig forståelse.

I følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere §1.1 skal sykepleie forankres i forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (NSF 2019). Tidligere forskning viser at behandlere som selv har en bakgrunn med rusmisbruk, har stor betydning for pasientene i behandling, og kan være med på å øke sannsynligheten for fullføring av behandling (Bassuk mfl. 2016). Med de yrkesetiske retningslinjene, tidligere forskning og

sykepleieperspektivet i bakgrunn ønsker vi å innhente informasjon fra pasientperspektivet i rusbehandling. Vi undersøkte pasienthistorier fra opphold på døgnbehandling, da dette gir oss størst kunnskap grunnet intensiteten i behandlingen. Pasientene har sin egne unike erfaring som vi som helsepersonell må lytte til for å tilegne oss erfaringsbasert kunnskap. Dette kan gi oss et bedre grunnlag i behandling, og fortelle oss hva som fremmer livskvalitet, endring, mestring og opprettholdelse av rusfrihet.

Hensikten med litteraturstudien var å belyse personer med ruslidelser sine erfaringer fra langtidsoppfølging for rusproblemer.

2.0 Metode

I planlegging og gjennomføring av litteraturstudien lot vi oss inspirere av Evans (2002) beskrivelse av de ulike trinnene i en litteraturstudie. Formålet med analysen var å komme frem til ny kunnskap eller forståelse av mangfold og fellestrekk, som ga oss nye teoretiske modeller (Malterud 2013). Fase 1 innebærer å fastsette inklusjon-og eksklusjonskriterier for analysen, gjennomføre databasesøket og velge ut hvilke artikler som skal være med. I dette kapittelet presenterer vi fremgangsmåten som inkluderer datasamling, kritisk vurdering, etiske hensyn og analyse. Litteraturstudier baserer seg på data fra tidligere utført forskning der man syntetiserer og sammenligner data, for så å legge frem funnene og deres relevans. En systematisk litteraturstudie utføres gjennom å ha en systematisk utvalgsmetode, en klar og definert problemstilling/hensikt og å analysere samt kvalitetssikre arbeidet i primærstudiene (Christoffersen mfl. 2015).

2.1 Fase 1

2.1.1.1 Inklusjon-og eksklusjonskriterier

Før vi begynte litteratursøket definerte vi hvilken gruppe og tema vi ville undersøke og fastsatte inklusjon-og eksklusjonskriterier. Ved å bruke disse kriteriene systematiseres søkestrategien og vi vil sitte igjen med mest mulig relevante artikler som samsvarer med problemstillingen. Vi anvendte begrepet “pasient”, ikke “bruker”. Siden vi undersøker rusavhengige i døgnbehandling vil de være i en institusjon og synes dermed begrepet er passende. Det finnes mange ulike yrkesgrupper i rusbehandling og siden vi er ute etter pasientenes erfaring har vi ikke begrenset behandlingspersonellet til kun sykepleiere. Samhandling med de ulike yrkesgruppene vil ha direkte overføringsverdi til sykepleie, samt at det kan belyse viktige elementer for andre yrkesgrupper. Dette er bakgrunnen til at vi videre bruker “behandlere” i resultatpresentasjonen.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasientperspektiv	”Ikke-skadelig” rusbruk
Pasienter som er i eller har vært i langtidsbehandling for rus	Artikler som omhandler pasienter med psykisk sykdom som primærdiagnose og rusmisbruk som sekundærdiagnose
Pasienter med avhengighet av alkohol eller illegale rusmidler	Artikler publisert før 2012
Kvalitative artikler	Ungdom under 18 år.

Figur 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Bakgrunnen for valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier er at hensikten bak litteraturstudiet var å belyse pasientenes erfaringer i rusbehandling. Dermed valgte vi kvalitativt design for å kunne formidle erfaringer. Kvalitative metoder er forskningsstrategier som gir et materiale bestående av tekst fra samtaler eller observasjoner med utvalgsgruppen. Dette er en hensiktsmessig metode når man skal stille seg spørsmål om hvordan et fenomen foregår eller oppleves (Malterud 2013).

Siden psykisk sykdom og rusavhengighet ofte henger sammen, har vi ikke ekskludert pasienter med samtidig rus og psykiatrisk sykdom, så lenge rusavhengigheten er primærdiagnosen. Vi ekskluderte ungdom under 18 år, da det ofte er problemstillinger til denne aldersgruppen som ikke er aktuell i hensikten. Vi ønsker å fokusere på nyere artikler, og har satt grensen til 10 år gamle artikler. Pasientene i studiene må være i- eller ha mottatt langtidsbehandling for sin ruslidelse tidligere.

2.1.2 PICO-skjema

Et PICO-skjema representerer en måte å dele opp et spørsmål på, slik at det på en hensiktsmessig måte kan struktureres med en skjematisk fremstilling. Bokstavene i et PICO-skjema representerer bestemte elementer som inngår i et klinisk spørsmål (Nortvedt mfl. 2021). Vedlegg 1 viser til vårt fullstendige PIO skjema.

Pasient/Problem - Hvem er pasienten eller pasientgruppen som skal undersøkes (Nortvedt mfl. 2021)?

Pasienter med ruslidelser.

Søkeord: Substance*, Addiction, Drug*, SUD, AUD, Alcohol use disorder

Intervensjon - Hva er tiltaket vi ønsker å undersøke/vurdere (Nortvedt mfl. 2021)?

Rusbehandling.

Søkeord:

Treatment*, Harm reduction

Outcome - Hvilket utfall eller endepunkt er vi ute etter (Nortvedt mfl. 2021)?

Pasientenes erfaring.

Søkeord:

Patient experience, Experience, Patient satisfaction

2.1.3 Søkestrategi

For å undersøke hvilke søkeord og terminologi som var aktuelle gjorde vi prøvesøk i ulike databaser. Erfaringer av søkeprosessen har lært oss at i startfasen bør man ikke være for selektiv, men heller prøve like søkeord i flere ulike databaser, for så å stramme inn søkene med flere relevante søkeord. I søkefasen benyttet vi oss av mange ulike databaser rettet mot sykepleie, medisin og psykologi. 10 artikler kom gjennom nåløyet da de samsvarte med inklusjon- og eksklusjonskriteriene, og belyser vår hensikt. Samt er artiklene fra land som er sosioøkonomisk og kulturelt sammenlignbare, nærmere bestemt USA, Canada, Norge og Australia. Disse ble alle hentet fra MEDLINE, Embase og Oria. Medline er en database innen blant annet medisin og sykepleie. Den har referanser til en rekke artikler fra

internasjonale tidsskrifter (Høgskolen i Molde 2022). Embase registrerer referanser fra artikler fra over 7 600 medisinske tidsskrifter og har spesielt god dekning av farmakologi, generell folkehelse og stoffmisbruk (Høgskolen i Molde 2022). Oria er en søkemotor hvor man kan søke i Høgskolen i Moldes samlede ressurser, derav bøker, tidsskrift og andre elektroniske ressurser (Høgskolen i Molde 2022).

Forskningsartikler presenterer ofte “nøkkelord” som er relevant for artikkelens innhold. I søkeprosessen valgte vi derfor å også inkludere nøkkelord vi fant i andre relevante artikler. Vi kombinerte søkeordene i PIO-skjemaet ved hjelp av de boolske operatorene “AND” og “OR”. Vi benyttet “AND” for å kombinere ulike bokser i PIO-skjemaet. Dette minimerer søket slik at søkeordene som er knyttet sammen ved hjelp av “AND” skal være i søket. “OR” benyttes for å utvide søket med synonymer og ord fra samme boks (Nortvedt mfl. 2021). Trunkering er en måte å søke på alle de ulike ordstammene, slik at man inkluderer alle de ulike variantene av et ord. Dette gjør man ved å sette inn «*» etter ordet man ønsker å trunkere (Nortvedt mfl. 2021). Eksempelvis *addict**, der man vil få med addiction og addiction treatment i søket. I tillegg til termer søkte vi også på emneord som er standardiserte ord brukt i databaser, som inkluderer synonymer til begrepet man skal utforske. Disse emneordene vil også referere til hovedtema i artikkelen, som gjør at søket samsvarer i større grad (Nortvedt mfl. 2021). Full oversikt over søkehistorikk og fremgangsmåte er tydeliggjort i vedlegg 2.

2.1.4 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

I kritisk vurdering av kvalitativ forskning vil man vurdere artikkelens validitet, objektivitet, overføringsverdi og pålitelighet (Malterud 2013). For å vurdere artiklene benyttet vi oss av sjekklisten “Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie”, utviklet av Helsebiblioteket (2016). De to første spørsmålene i sjekklisten er av avgjørende karakter. Svarte vi nei på ett av disse, valgte vi å legge fra oss denne artikkelen. Når artikkelen kom gjennom første nåløy, gjorde vi en totalvurdering av resten av innholdet med hjelp av sjekklisten. Vedlagt er eksempel på ferdig utfylt sjekkliste (vedlegg nr.3).

Medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold (Malterud 2013). For å undersøke om forskerne har vektlagt etiske vurderinger har vi sett etter hvorvidt artiklene har blitt godkjent av etisk komite. Alle har blitt godkjent av sin respektive etiske komité, foruten Dillon mfl. (2020) og Yang, Perkins og Stearns (2018) som er godkjent av review-boards. Vi la vekt på anonymisering og samtykke fra deltakerne, samt hvor utvalget ble hentet fra. I Norge har vi de nasjonale forskningsetiske komitéene som er et forvaltningsorgan for alle forskningsetiske spørsmål. Herunder finner vi ulike komiteer og regionale virkeområder for disse, som er knyttet til forskningsspørsmål i ulike fagområder. REK er en av de regionale komitéene under medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som gir godkjenning (Malterud 2013). Tilsvarende organer som REK vil finnes internasjonalt.

Dette er første gangen vi skriver en bacheloroppgave og vi går inn i denne oppgaven med lite kunnskap fra tidligere forskningsarbeid. Vi har ingen forforståelse når det kommer til forskning, går med dette inn i prosjektet med blanke ark og en bratt læringskurve.

2.2 Fase 2 - Identifisering av nøkkelfunn

Den andre fasen initieres ved å lese gjennom artiklene flere ganger og skape en god forståelse av tema og funn, før man identifiserer disse og skriver ned hovedfunn og undertema (Evans 2002). Vi leste begge godt gjennom alle artiklene, for så å dele opp arbeidet med å identifisere den enkeltes hovedfunn. Deretter diskuterte vi funnene og bestemte oss for hvilke funn vi ville vektlegge. Som et eksempel tok de fleste av artiklene opp tematikken rundt ”vendepunktet”, og på en naturlig måte ble dette et hovedfunn.

2.3 Fase 3 - Identifisere sammenheng og forskjeller

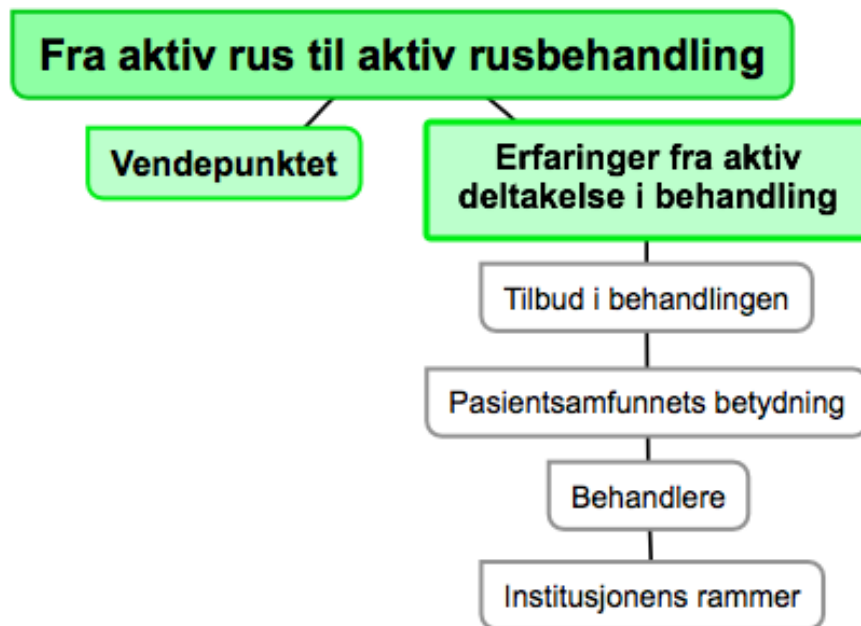
I den tredje fasen vil man anvende alle hovedfunnene og identifisere hvilke tema som går igjen ved å kategorisere likheter og sammenslå disse (Evans 2002). Ved å lage tankekart og tabeller, fikk vi en bedre visuell forståelse av sammenhengene på tvers og samtidig identifisert forskjellene. Gjennom å kategorisere disse hovedfunnene vil man deretter skape undertema, der funnene er en syntese av materialet og gir en økende forståelse av fenomenet. Denne må analyseres gjentatte ganger for å sikre en korrekt representasjon av data uten subjektiv fortolkning (Evans 2002). I denne fasen anvendte vi fargekoding og

nummerering, samt nøkkelord slik at resultatene ble godt definerte og for å unngå å gjøre feil.

2.4 Fase 4 - Fenomenbeskrivelse

I den fjerde og siste fasen skal hvert tema igjen analyseres opp mot originalartikkelen, før man utarbeider den ferdige syntesen som skal representere innholdet så nøyaktig og riktig som mulig (Evans 2002). Dette gjorde vi ved å anvende tabellene og tankekartene som ble utarbeidet i analysearbeidet, som resulterte i 2 hovedtema og 4 undertema.

3.0 Resultat



Figur 2: oversikt over hoved- og undertema i resultat

3.1 Vendepunktet

Pasientene beskriver hva som førte til at de valgte å ta imot behandling (Robertson og Nesvåg 2019, Pettersen mfl. 2018, Dillon mfl. 2020, Kruk og Sandberg 2013, Brunelle mfl. 2015, Gressler mfl. 2019, Yang, Perkins og Stearns 2018). Flere beskriver møtet med “rock bottom” som et vendepunkt (Robertson og Nesvåg 2019, Pettersen mfl. 2018, Gressler mfl. 2019). Noen har vært vitne til en overdose, eller opplevd en selv. Tross forskjeller i hva som førte til bunnpunktet vil det være karakterisert av en meningsløshet og følelse av å ha mistet kontrollen (Pettersen mfl. 2018, Gressler mfl. 2019). Ønsket om et bedre liv gikk igjen i mange artikler (Robertson og Nesvåg 2019, Pettersen mfl. 2018, Dillon mfl. 2020, Kruk og Sandberg 2013, Brunelle mfl. 2015, Gressler mfl. 2019, Yang, Perkins og Stearns 2018). En pasient beskriver ønsket om å leve et enkelt liv slik mange tar som en selvfølge. “I used to look out of the window and see people and wonder why they’re laughing and throwing balls to their kids, and wondering... “Why am I not like that?” I just wanted to be a human being...”(Kruk og Sandberg 2013, 6).

Rusmisbruk kan føre med seg direkte skader på kroppen. Noen er plaget med fysiske sykdommer relatert til misbruket, som HIV og leversykdommer. Misbruket kan også føre til psykiske utfordringer, på grunn av at man har utsatt seg selv for farlige miljøer eller situasjoner, slik en kvinne beskriver: “I’ve been kidnapped, raped and held hostage for hours on end. I have experienced physical and sexual abuse from a boyfriend I had. It was connected with drug use because I wouldn’t have been in the situations I was in.” (Dillon mfl. 2020, 4). Å oppnå bedre helse, både fysisk og psykisk beskrives derfor som en viktig motivator for behandling av flere pasienter (Pettersen mfl. 2018, Dillon mfl. 2020, Brunelle mfl. 2015, Gressler mfl. 2019, Yang, Perkins og Stearns 2018).

For å kunne ta imot hjelp må man kunne erkjenne problemet og slutte å bagatellisere sitt misbruk (Pettersen mfl. 2018, Dillon mfl. 2020, Brunelle mfl. 2015, Hinsley, Kelly og Davis 2019). Ofte vil man ikke innse skadevirkningene før man blir konfrontert av familie (Gressler mfl. 2019).

I was hurting nobody but myself,” that’s what we say... So, I got these four people staring at me, and my son asked me a question: “When are you gonna stop hurting us?” It took all this time to realize that I wasn’t hurting myself, but I was hurting the people that really loved me (Gressler mfl. 2019, 17).

Familedynamikk er en sterk motivator for å endre atferd og ta i mot behandling (Pettersen mfl. 2018, Dillon mfl. 2020, Brunelle mfl. 2015, Gressler mfl. 2019). Mange føler på skam knyttet til atferden sin, spesielt hos pasienter med barn. En pasient beskriver sitt verste øyeblikk når han solgte sin nyfødte datters bilstol for å kjøpe rusmidler. Gjenetablering av tillit ble dermed hans største motivator for å motta hjelp (Dillon mfl. 2020).

Mange av pasientene har kommet i konflikter som har ført til straffereaksjoner. Trusselen om fengsel, samfunnsstraff, bøter eller tvungen behandling som alternativ til soningsstraff kan være motiverende for endring (Pettersen mfl. 2018, Dillon mfl. 2020, Brunelle mfl. 2015, Gressler mfl. 2019, Yang, Perkins og Stearns 2018). For andre er behandling kun en utvei for å unngå fengselsstraff (Hinsley, Kelly og Davis 2019). Den største barrieren for å motta behandling er tilgang og ventetid. Lang ventetid svekker pasientenes motivasjon for behandling. Pasientene forteller at en behandlingsplass burde finnes når de er motiverte,

ikke om 6 måneder (Kruk og Sandberg 2013, Hinsley, Kelly og Davis 2019, Gressler mfl. 2019).

3.2 Erfaringer fra behandling med aktiv deltagelse

Pasientene beskriver ektefølt engasjement som avgjørende for å lykkes i behandling (Robertson og Nesvåg 2019, Dillon mfl. 2020, Hinsley, Kelly og Davis 2019, Dhumal mfl. 2020, Gressler mfl. 2019). Det sies at det er lett å holde seg rusfri i behandling, men mange vil oppleve tilbakefall kort tid etter man kommer ut fra behandling. For å oppnå varig rusfrihet kreves det et ektefølt engasjement og at man finner sin plass i behandlingsmiljøet. En pasient beskriver det slik: “You got to evolve in the treatment. My change took time to get the mentality to really come in here to try and do something about it, and really do the work, not just bullshit through it” (Gressler mfl. 2019, 18).

3.2.1 Tilbud i behandling

Å tro på noe større enn seg selv løftes frem som en motiverende faktor (Pettersen mfl. 2018, Dillon mfl. 2020, Kruk og Sandberg 2013, Gressler mfl. 2019). Troende pasienter kjenner på ansvar om å bli bedre for å kunne få tilgivelse. Andre har negative assosiasjoner eller erfaringer med religion, og søker heller til spiritualitet. Å ha meningsfylte aktiviteter, timer og oppgaver å se frem til, holder fokuset borte fra rustanker (Dillon mfl. 2020, Kruk og Sandberg 2013). Pasientene ønsker behandling for både psykiske- og fysiske komponenter av ruslidelsen. Samtaler på tomannshånd føles mest hensiktsmessig når man skal ta opp tema som psykiske helseproblemer og traumer (Kruk og Sandberg 2013, Dhumal mfl. 2020) Et positivt behandlingsmiljø gir bedre forhold for å bryte fornektelse og akseptere sin ruslidelse (McCallum mfl. 2016). Pasientene uttrykker ønske om å lære mestringsstrategier og følelsesregulering, for å kunne takle rustanker både i og etter behandling. En pasient beskriver øyeblikket der han oppdaget sin egen styrke. Han var på vei over gata til langeren sin, men anerkjente fristelsen, sto i det og gikk videre (Dillon mfl. 2020). For stort fokus på negative tema som problemer og svakheter kan være tungt å stå i hver dag, så å fremme styrke og mestring blir verdsatt (Dillon mfl. 2020, Kruk og Sandberg 2013).

Mange pasienter har flere tilleggssykdommer og andre skadevirkninger knyttet til rusmisbruket. Medisinsk assistanse og å bli tatt på alvor er avgjørende for å føle seg godt ivaretatt (Robertson og Nesvåg 2019, Kruk og Sandberg 2013, McCallum mfl. 2016,

Brunelle mfl. 2015, Hinsley, Kelly og Davis 2019, Dhumal mfl. 2020). Ofte har pasienten en rekke tjenesteytere som jobber rundt en, som kriminalomsorgen, psykisk helsehjelp, barnevernet og velferdsforvaltning. Pasientene har et behov for at disse tjenestene kommuniserer med hverandre regelmessig for å lette forvirring for pasienten og øke viljestyrken til å fullføre behandlingen (McCallum mfl. 2016, Brunelle mfl. 2015).

3.2.2 Medpasientenes betydning

Medpasienter har en stor rolle i rusbehandlingen. Pasienter med lik livserfaring som en selv kan ha stor motivasjonskraft (Robertson og Nesvåg 2019, Dillon mfl. 2020, Kruk og Sandberg 2013, Hinsley, Kelly og Davis 2019, Gressler mfl. 2019, Yang, Perkins og Stearns 2018). Å møte en medpasient som har vært i dine sko, kan gi rom for selvrefleksjon og behandlingsengasjement (Yang, Perkins og Stearns 2018). Dette styrker pasientenes tro og optimisme. Behandlingsprogrammet, deres forhistorie og tidligere opplevelser skaper et samhold. Mange har levd et hardt liv grunnet sitt rusmisbruk, med både relasjonelle og økonomiske konsekvenser. Det kan være til hjelp å vite at dine medpasienter har opplevd mye av det samme og ikke er ute etter å dømme deg, og at alle fortjener en ny sjanse og hjelp. “We’ve got more of an insight than anyone else does, so we help each other” (Hinsley, Kelly og Davis 2019). I langtidsbehandling vil mange medpasienter komme og gå, og man ser mennesker i enorm utvikling. Å se en av dine medpasienter som har de samme forutsetningene som deg lykkes i livet kan være en stor motiverende faktor.

“Since I’ve been here...I’ve seen people go to work and start studying, I’ve seen people dabble in a course here and there, while still being part of the program...I’m impressed with that” (Hinsley, Kelly og Davis 2019, 668). Det er ikke alle som vil ha en positiv innvirkning på motivasjonen, da man kan oppleve å være på ulike steder i livet sitt og rusavhengigheten. For noen vil rusbehandlingen være tvungen og kun for å unngå fengselsstraff, som virker negativt på de som ønsker å være der (Hinsley, Kelly og Davis 2019).

3.2.3 Samspill og relasjon til behandler

Hvordan man blir møtt av behandleren vil ha stor betydning for pasientene (Pettersen mfl. 2018, Dillon mfl. 2020, Kruk og Sandberg 2013, McCallum mfl. 2016, Brunelle mfl. 2015, Hinsley, Kelly og Davis 2019, Dhumal mfl. 2020, Gressler mfl. 2019). Mange av brukerne har hatt problemer med å stole på andre (Kruk og Sandberg 2013, Dhumal mfl. 2020).

Dermed kan det være vanskelig å motta hjelp fra behandlerne, spesielt de som uttrykker negative holdninger. En pasient forteller om sine tidligere møter med helsevesenet: “Not to make assumptions...you know doctors make assumptions about things. That really aggravates me. They just see me as an alcoholic.” (McCallum mfl. 2016, 834). Pasientene har et behov for å bli sett på som mer enn sin diagnose. At behandlerne gjør en innsats i å bygge tillitsfulle relasjoner med pasientene gir rom for å klare å komme til roten av problemet (Dillon mfl. 2020, Brunelle mfl. 2015). Når behandlerne ønsker å bli kjent med mennesket bak rusen betyr det mye for pasienten. Dette skaper trygghet og omsorg slik en pasient beskriver: “The counselor knows absolutely everything about my life, from A to Z. She knows my children..So things go well with her; she is really the pillar, it’s really the centre” (Brunelle mfl. 2015, 304).

Pasientene beskriver gode karaktertrekk hos behandlere som profesjonelle, empatiske, varme, ærlige, forståelsesfulle og “street wise” (Kruk og Sandberg 2013). Det forventes god kunnskap om avhengighet samt livsstilen rus medfører, samt evner til å informere pasientene på en forståelig måte. Personale med brukererfaring blir sett på som en god ressurs i behandling, og kan ha betydning for pasientenes etterfølgelse av råd (Pettersen mfl. 2018, Dhumal mfl. 2020, Yang, Perkins og Stearns 2018). Behandlerne med brukererfaring kan fungere som rollemodeller som representerer håp og har mange gode egenskaper som gjør det lettere å samarbeide med pasienten (Kruk og Sandberg 2013).

3.2.4 Institusjonens rammer

Behandlingsinstitusjoner opererer ofte med stramme rutiner og rammer som går igjen i alle ledd i behandlingen (Robertson og Nesvåg 2019, Dillon mfl. 2020, Hinsley, Kelly og Davis 2019, Dhumal mfl. 2020, Gressler mfl. 2019). Bakgrunnen for dette er at mange pasientene har levd liv på utsiden uten orden og rutiner. For at pasientene skal kunne klare å bryte mønster på utsiden, implementeres dette gjennom hele forløpet. Hvorvidt dette blir satt pris på eller ikke, er individuelt. Enkelte pasienter forteller at rigide rammer føles påtrengende og irriterende, men de fleste ser verdien i dette. “There were clear boundaries, structure and routines. You had to learn to eat, get up, work, go to bed and get back up the next morning; that routine is important to learn.” (Robertson og Nesvåg 2019, 257).

I (Kruk og Sandberg 2013) pekes det på at sikkerheten rundt behandlingsinstitusjonen er viktig. Mange, spesielt kvinner, har vært eller er i forhold med ustabile partnere. Man

ønsker å føle seg trygg og ivaretatt, for å kunne nyttegjøre seg behandlingen. “We need a safe place where there is no use, where there is no abuse, where there’s no one trying to hurt us..change our minds..someone who’s there to see us heal physically, mentally and spiritually.” (Kruk og Sandberg 2013, 7).

4.0 Diskusjon

I diskusjonen vil vi forsvare våre valg og vise innsikt ved å belyse styrker og svakheter som kan påvirke studien. Metodediskusjon er forskerens virkemiddel for forvaltning av kritisk refleksjon og drøfting av forskningskritiske spørsmål (Malterud 2013). I resultatdiskusjonen vil vi drøfte funnene i litteraturstudiet opp mot teori og praksis.

4.1 Metodediskusjon

PIO-skjemaet vi utarbeidet ble oppdatert og tilpasset flere ganger. Dette kan oppfattes som en styrke i studiet, da vi ikke har vært rigid, men heller sett at vi må tilpasse søkeord for å imøtekomme relevante artiklers struktur. Dermed har vi opparbeidet oss et godt overblikk over fagområdets omfang.

Vi endte opp med artikler som hadde et nyansert utvalg, der etnisitet, kjønn og alder var godt fordelt, foruten to artikler med kjønnsesifikasjoner. Dette anser vi som en styrke da vi representerer en vid gruppe, samt at vi belyser forskjeller. Alle forskningsartiklene er publisert senest 2013. Vi anser som en styrke da pasienterfaringene vil være representative for dagens praksis. Artiklene er fra høyinntektsland som er sammenlignbare med Norge på bakgrunn av økonomi og kultur, samt helsefasiliteter. Likevel må man ta høyde for ulikheter i strukturering av helsevesen i de ulike landene. Det er stor forskjell på tilgangen på helsetjenester i Norge og USA, på grunn av privatisering i USA, som gjør at enkelte pasienter ikke får tilgang til de tjenestene de har behov for (Johannesen 2021). Vi har funnet få tidligere bacheloroppgaver som omhandler tematikken med pasientperspektiv. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere §1.1 og 1.4 står det at sykepleie skal bygges på brukerkunnskap, og at sykepleieren har et ansvar om å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF 2019). Dermed er belysningen av pasienterfaringer en styrke både i studien og til fagfeltet da det tilfører noe nytt.

Personer med ruslidelser blir ofte utsatte for stigmatisering og negative holdninger, både i samfunnet og blant helsepersonell (Simenstad 2021). Derfor var det viktig for oss å sørge for en korrekt fremstilling av en sårbar gruppe. Med dette i bakgrunn var det viktig for oss at forskningsartiklene klart redegjør de etiske overveielser som ble tatt i gjennomføringen av studien. Forskerens egne forestillinger og antakelser av pasientgruppen kan påvirke

studiens resultat (Malterud 2013). Vi har tatt høyde for dette når vi har valgt ut våre artikler. Åtte av ti artikler er godkjent av etisk komite, og to er godkjent av “review boards”. Det kan ses som en svakhet at ikke alle artiklene er blitt fremstilt for etisk komité. Når vi skal diskutere våre egne etiske forhold, mener vi at kunnskap og forforståelse er viktige tema å presentere. Dette er første gang vi selv har vært forskere, og læringskurven har vært bratt. Det kan anses som en styrke at vi begge har noe tidligere erfaring med rusomsorg, men vi har gått inn i dette prosjektet med blanke ark for å unngå forforståelse.

Alle våre inkluderte forskningsartikler er på engelsk, og selv med gode engelskferdigheter kan fagterminologi være utfordrende. Selv om vi har oversatt og undersøkt begreper som er ukjente for oss er det alltid en mulighet for feiltolkning, som kan være en svakhet. Dette erfarte vi da vi valgte å inkludere en artikkel som belyste korttidsbehandling av ruslidelser. I og med at begrepene var ukjente var et utfordrende å identifisere at denne artikkelen falt utenfor hensikten. På bakgrunn av dette valgte vi å ikke gå videre med denne artikkelen. Arbeidet som ble gjort i analyseprosessen anser vi å være av god kvalitet da vi har satt oss godt inn i arbeidsmetoden, kvalitetssikret arbeidet og vært bevisste på å være så objektive som mulig. Dermed er det en styrke i litteraturstudien.

Det pasientene lærer i behandling av mestringsstrategier, verktøy og nettverk har stor betydning for livet utenfor institusjonen, der man skal starte et nytt rusfritt liv. I utgangspunktet planla vi å inkludere ettervern og videre oppfølging etter utskrivelse, men grunnet oppgavens omfang ville det gå på bekostning av det viktige innholdet vi ønsket å formidle i vendepunktet og aktiv behandling. Å kunne se konsekvenser av å inkludere for mye informasjon i en oppgave med begrenset omfang anser vi som en styrke.

4.2 Resultatdiskusjon

4.2.1 Vendepunktets endringskrefter

Et av hovedresultatene i litteraturstudien er pasientenes sterke opplevelser i vendepunktet fra aktiv rus til behandling. De ulike opplevelsene pasientene opplever her, som å være vitne til en overdose eller miste familiens tillit kan brukes for å styrke motivasjonen til å motta behandling. Selvbestemmelsesteorien (SDT) har som utgangspunkt at alle mennesker ønsker å leve et godt liv, styrke sin helse og velvære. For å nå disse målene må mennesket motiveres gjennom indre eller ytre krefter. Ved indre motivasjon deltar personen i en aktivitet på grunn av deres egenverdi. Ytre motivasjon kommer fra eksterne goder som økonomiske- og samfunnsmessige goder. (Eide og Eide 2017).

Ytre motivasjon kan skape interesse og ferdigheter for aktiviteten, som i henhold til litteraturstudien er rusbehandling. Trusselen om straffereaksjon kan dermed skape ytre motivasjon som skaper nok momentum til å delta i behandlingen, men er ikke nødvendigvis nok for å opprettholde atferden. Etterlevelsen baserer seg på å finne pasientens indre motivasjonskrefter slik at atferden blir forsterket (Eide og Eide 2017). Resultatene viser at pasientene med et ektefølt engasjement er de som lykkes, der man aktivt deltar i behandlingsprogrammet. De som søker behandling på eget initiativ kan ha sterke indre motivasjonskrefter og dermed ha bedre premisser for å lykkes i behandling. Det kan kanskje virke håpløst å forsøke å komme igjennom til noen som ikke ønsker å delta i behandling, men sykepleieren må forsøke å hjelpe pasienten å finne frem og dyrke håpet.

Resultatene viser til pasientenes ønske om et bedre liv, der de har håp at om livet skal endre seg. De vil leke med barna sine, leve et normalt og rolig liv, oppnå bedre fysisk- og psykisk helse og gjenetablere relasjoner. I følge Travelbee (2005) er håp fremtidsorientert. "Den som har håp, ønsker at livssituasjonen skal endre seg." Dermed er det en viktig sykepleieroppgave å hjelpe pasienten i endringsprosessen ved å opprettholde håpet gjennom å skape et tillitsforhold som etableres ved å være tilgjengelig, villig til å lytte og hjelpe (Travelbee 2005). I rusbehandling vil en møte pasienter som har møtt store fysiske og psykiske påkjenninger, og her blir sykepleierens evne til å opptre empatisk spesielt viktig. I resultatene hadde flere hatt store konflikter i familien grunnet rusmisbruket. Noen

hadde barn og ektefelle som ikke var involvert i rus, og mistet deres tillit på grunn av at de satte familien i fare. Andre hadde ikke kontakt med sin biologiske familie, der «familien» kun bestod av andre rusavhengige. Langt ifra alle har pårørende som er i stand til å hjelpe. Da kan sykepleieren bli en naturlig tilknytningsperson, og trygge tilknytningsmønstre kan utvikle seg (Gustin 2016). Mange forneker og bagatelliserer misbruket og forstår ikke omfanget før man blir konfrontert av familien. Hva de vet om lidelsen og pasientens utfordringer varierer, dermed er det viktig at sykepleier informerer både pasient og pårørende deretter (Andresen 2012). Pasienten er beskyttet av taushetsplikten til sykepleier slik det formuleres i Helsepersonelloven §21 (2001), må informasjon må gis på pasientens premisser. Om pasienten godtar at pårørende får være delaktig, kan pårørende bli den viktigste samarbeidspartneren i behandlingen (Lunde 2016).

4.2.2 Aktivisering og mestring

Pasientene uttrykker et behov for å lære mestringsstrategier for å unngå å ty til rus når det oppstår ubehagelige følelser. For å gjøre dette kan behandlingsteamet bruke ulike metoder og teoretiske prinsipper. Motiverende intervju (MI) er en målrettet samtalemetode for å motivere pasienten til å endre en atferd. Hensikten er å oppnå optimalt samarbeid slik at man kan utforske tanker, følelser, ambivalens, og styrke pasientens selvtro og mestringsevne (Andresen 2012). Når man blir fristet til å ruse seg må man benytte de lærte strategiene for å unngå russet. Om man klarer å håndtere fristelsen kan det skape selvtro og mestringsevne, da det viser at man har krefter til å si nei. MI er den rusavhengiges egne krefter og mestringsevne sentralt. Ved å mobilisere disse kreftene gjennom samtaler og selvutvikling er håpet at pasienten skal opparbeide seg sterk motivasjon for å holde seg rusfri og være sterkere enn ruslidelsen (Andresen 2012).

Resultatene viser at pasientene må bryte fornektelse og unngå bagatellisering av misbruket for å oppnå behandlingsengasjement. Ved å anerkjenne at man har et rusproblem og bli bevisst på skadevirkninger og konsekvenser kan man ta aktive valg for å bli friskere (Gustin 2016). I 12-trinnsprogrammet gis avhengighet en biologisk forklaring og anses som en kronisk sykdom (Fekjær 2009). Flere av pasientene beskriver rusavhengigheten slik - som en livslang sykdom man alltid må leve med. Å stemple seg selv som en rusavhengig kan derfor føles frigjørende. Andre derimot uttrykker at de ønsker å føle seg normale, og først og fremst et menneske med et rusproblem. Hos de som føler dette kan merkelapper som narkoman eller alkoholiker være skadelig, og visker ut resten av

identiteten. Å redusere avhengighet til kun en biologisk prosess vil være overfladisk. I recovery-basert praksis er gjenoppbygging av identitet, fokus på det hele unike mennesket, selvbestemmelse og tilhørighet sentrale tema. Når man har et rusproblem opplever mange å miste sin egen identitet, da livet sentrerer rundt avhengigheten. Samfunnets stigmatisering og stereotypiske oppfatninger av personer med ruslidelser bidrar også til dette problemet. Å starte å utforske sin identitet utenfor rusen kan styrke selvoppfatningen og gi nye interesser og ressurser (Davidson 2021).

Pasientene beskriver det som “enkelt” å holde seg rusfri i institusjonen. Det er når avrusningen er ferdig og man skal tilbake til hverdagen at behovet for oppfølging og tett kontakt er størst (Gustin 2016). Når pasientens nye vaner er etablert vil man gå inn i en vedlikeholdsfase. Mange vil her oppleve å ha et avvik da man i vedlikeholdsfasen til en viss grad går tilbake til et ureflektert sinnstadiet (Gustin 2016). Et avvik trenger ikke nødvendigvis bety et tilbakefall, og pasienten må sammen med sykepleieren sette i gang tiltak for å hindre dette. Å kjenne på ambivalens er helt naturlig, spesielt i startfasen og vedlikeholdsfasen. Siden mange beskriver rusfrihet som enkelt i behandling kan man føle seg uovervinnelig og bli overrumplet ved utskrivelse, som fører til et avvik. Sykepleieren må trygge pasienten på at ambivalens og avvik er helt naturlig og en del av rehabiliteringen (Gustin 2016). Selv i 12-trinnsprogrammer, der komplett avholds fra rusmidler er målsetningen vil man få støtte og tilgivelse om det skulle skje et avvik (Fekjær 2009).

Våre resultater viser at meningsfulle aktiviteter, timer og oppgaver å se frem til, kan holde fokuset borte fra rustanker. Ikke all aktivitet er av direkte terapeutisk karakter, men vil uansett ha stor betydning for pasientens rehabilitering, og kan vekke interesser eller ferdigheter pasienten kanskje ikke visste at han hadde. Å oppdage nye, spennende sider med seg selv, gir gode forutsetninger for å bedre selvbilde og selvinnsett. Bildet av oss selv kan skape forutsetninger for samvær med andre mennesker (Gustin 2016). Har en pasient til stadighet blitt omtalt som lat, dum og egoistisk, er det lett at disse merkelappene internaliseres og forsterkes av pasienten (Gustin 2016). Får pasienten derimot skryt og varme ord for det han mester, kan dette styrke pasientens selvbilde. Å finne en ny interesse man deler med andre, kan skape et nytt fellesskap og gi en følelse av tilhørighet. Slike realiseringer kan oppstå for eksempel med musikkterapi. Musikkterapi har som hensikt å

bidra til at mennesker i behandling får redskaper til å håndtere et rusfritt liv etter behandling (Kielland, Solli og Trondalen 2020). Spiritualitet og religion løftes frem som en viktig komponent blant mange pasienter. Religion kan for mange rusavhengige være en erstatning for rusmiljøet, der man oppretter et nytt tankemønster og omgås i miljø for dialog og åpenhet (Fekjær 2009). På motsatt ende viser resultatene at noen synes religion i rusbehandling er negativt, og ønsker heller spirituelle opplevelser der man knytter seg til natur og utforsker seg selv som menneske. Å bruke religion som forklaring kan for mange være en sort-hvitt tankegang, der troen på en høyere makt gjør en hjelpeløs siden en allerede har “syndet” i Guds øyne (Fekjær 2009).

4.2.3 Pasientsamfunnet og behandleren

Resultatene våre viser at medpasienter har stor betydning for pasientenes opplevelser i behandling. Motiverte medpasienter kan være viktige støttespillere som man kan lene seg på. Når en pasient blir utskrevet og går videre til å arbeide, studere og holde seg rusfrie vil disse fungere som rollemodeller som viser at det er mulig å lykkes. På den andre siden vil enkelte medpasienter ha dårlig motivasjon og dermed skape uro og konflikter i miljøet. Synergi er et viktig begrep når man skal diskutere pasientsamfunnets betydning. I rusbehandling kan man definere begrepet slik; samspillet mellom pasientene i en gruppe forsterker hverandre, slik at effekten til sammen blir større enn det den enkelte selv bidrar med. Når miljøet rundt oss er oppløftende, konstruktivt og stimulerende, trives gruppen bedre og det skaper større motivasjon til å nå målet. Et tungt miljø med fokus på svakheter og problemer, kan gi et dårligere utgangspunkt og føre til psykiske belastninger på sikt (Eide og Eide 2017). En faktor som skiller denne gruppen fra andre samarbeidende grupper, er at i rusbehandling vil pasientene i gruppen være på ulike stadier i livet og i behandling. Dermed er gruppens synergi dynamisk og kan forandre seg i løpet av kort tid. Noen gruppemedlemmer er målfokuserte og innordner seg institusjonens regler og program, mens andre motsetter seg samarbeid og aktiviteter (Eide og Eide 2017).

I relasjonen mellom sykepleier og pasient vil det forekomme en naturlig maktasymmetri. Misbruker behandleren sin makt og møter pasienten på en likegyldig, dømmende eller overstyrende måte, kan det føre til at en endring skjer hos pasienten, men at endringen bare er overfladisk (Gustin 2016). Behandleren kan oppfatte pasienten som på vei i positiv retning, uten at pasienten føler det selv. Resultatene viser at pasientene ønsker en

sykepleier som gjør en innsats for å bygge opp tillit og gode relasjoner. Som et motstykke til den naturlige maktasymmetrien presenterer Travelbee (2005) begrepet Menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet beskriver møtene som finner sted mellom sykepleier og pasient. Disse møtene legger grunnlaget for en likeverdig relasjon mellom to individer. Et menneske-til-menneske-forhold utvikler seg gjennom fire faser, som tilslutt vil resultere i sympati og medfølelse. Resultatene forteller akkurat dette. Pasientene ønsker en sykepleier som er profesjonell, empatisk, forståelsesfull og aksepterende. Når sykepleieren opptrer slik, vil det skape trygghet og tillit. I likhet med Travelbee (2005) er dette også målet i Recovery-basert praksis; man skal kunne være mer enn sin sykdom, og sammen med sykepleieren aspirere mot et tilfredsstillende liv (Roper, Stjernegaard, Kennedy og Edan 2020)

Det skjer mange ubevisste prosesser i relasjonsarbeid som sykepleier. Hvilke følelser pasientene vekker i oss, både positive og negative, vil ha konsekvenser for samarbeidet, og dermed pasientens evne til å fullføre behandling. Effekten på behandlingen avgjøres med dette ikke bare ut ifra pasientens problematikk og motivasjon, men også i stor grad sykepleierens holdninger og følelser (Lossius 2012). Innen rusbehandling har brukererfaring lenge blitt sett på som kompetanse (Weber og Jensen 2016, Bassuk mfl. 2016). Dette understrekes også i våre resultater der behandlere med brukererfaring kan tilby pasientene erfaringsbasert kunnskap. Kvalitetene brukersatte har er ikke mulig å lese seg til, og ved å bruke sine levende erfaringer blir troverdigheten i relasjonen mellom behandler og pasient sterkere. Det er avgjørende at den ansattes perspektiver respekteres og blir aktivt benyttet av de profesjonelle på avdelingen (Stjernegaard og Villesen 2020).

4.2.4 A4- rammer og rutiner

Resultatene viser at behandlingsinstitusjoner som regel har strenge regler og klare rutiner. Noen synes dette er essensielt for å lykkes i behandling, mens andre føler seg kontrollert og de strenge reglene irriterende. I aktiv rus vil mange oppleve at hverdagslivet mangler struktur. Mange er arbeidsløse og enslige, der det eneste livet sentrerer rundt er å skaffe seg narkotika. Døgnet er rammeløst, uten forpliktelser overfor samfunnet, familien eller seg selv. Dermed er det viktig for pasientene å opparbeide seg det de betegner som “a rhythm of life”. Man på nytt må lære seg å spise, stå opp, jobbe og legge seg. Resultatene våre tilsier at å ha aktiviteter å gå til på gitte tidspunkt, regler og faste rutiner, kan utvikle

seg til å bli en naturlig rutine som pasienten opprettholder etter endt behandling. Noen av pasientene synes i motsetning ikke disse rammene og rutinene er hensiktsmessige. Behandlingseffekten er størst når pasienten føler seg møtt og får muligheten til å ha kontroll i sin egen behandling (Arefjord 2012). Denne strukturen er trolig hensiktsmessig selv om enkelte vil motsette seg, og vil ha utbytte av behandlingen likevel. Her er det viktig å ha en åpen dialog mellom sykepleier og pasient, og forklare årsaken bak den etablerte strukturen. Pasientens forventninger i behandling må være realistisk, for selv om individualisert pleie er viktig må det også eksistere overordnede rammer i enhver institusjon (Arefjord 2012).

Resultatene viser at flere har funnet seg i skadelige og traumatiserende situasjoner som et resultat av rus. Selv om det er flere menn enn kvinner som misbruker rusmidler vil rusens skadevirkninger være større hos kvinner, da de er spesielt utsatte for vold og overgrep (Lossius 2012). I resultatene påpekes ønsket om å kunne velge kjønns spesifikk behandling grunnet kompleksiteten av ruslidelser hos kvinner, slik det også anbefales av Helsedirektoratet (2015). Mange som kommer inn i rusbehandling har opplevd traumatiske hendelser, som kan ha betydning for relasjonsbyggingen til sykepleier og behandlingsutbyttet. Ofte kan slike kriser føre til ulike forsvarsmekanismer som regresjon og undertrykkelse. Disse mekanismene verner pasienten, men er uhensiktsmessige som mestringsstrategier da det ikke er en permanent løsning på problemet. Uansett konteksten pasienten behandles i, skal omgivelsene oppleves som trygge, sikre og beroligende (Hybholt, Askham og Stjernegaard 2020). Som sykepleier er det avgjørende å etablere en god relasjon til pasienten, og skape tillit for at pasienten skal føle seg trygg.

4.2.5 TPS og TSB- samarbeid og koordinering

Mange av pasientene har behov for tjenester knyttet til fysisk eller psykisk helse, samt koordinering med andre tjenesteytere. I Norge blir disse pasientene behandlet i TSB. Rusmiddelavhengighet krever en tverrfaglig tilnærming da selve rusavhengigheten for de aller fleste vil ha tverrfaglige problemstillinger, slik resultatene tilsier. Et medisin-, psykolog- og et sosialfaglig perspektiv er alle integrerte slik TPS er oppbygd (Lundberg 2012). Selv om behandlinger består av såkalte ulike *perspektiver* betyr det ikke at de er avgrenset til enkelte yrkesgrupper. Sykepleieren i TSB vil jobbe psykologfaglig gjennom

samtaler og kommunikasjon, medisinfaglig i samarbeid med lege og sosialfaglig ved å sørge for å avklare forhold og videre samarbeid (Lundberg 2012).

Pasientene forteller at god tverrfaglig kommunikasjon tar bort pasientens unødige bekymringer som øker viljestyrken for å kunne fullføre behandling. Eksempelvis vil det være vanskelig å kunne konsentrere og fokusere på behandling når man konstant bekymrer seg for økonomien. Når man vet at NAV har kontroll, kan man fokusere på det som er viktig akkurat nå. Resultatene gir støtte til TSB som organ gjennom sin helhetlige, spesialiserte og samarbeidende tilnærming.

Selv om TSB i teorien dekker pasientenes behov, er ventetid og tilgjengeligheten problematisk. Ventetiden bestemmes ut ifra ruslidelsens alvorlighetsgrad, nyttegjørelsen og kostnaden av behandling (Haga 2012). Det skal fastsettes en frist for når spesialisttjenesten senest skal utøve helsehjelp, som prioriteres etter den forventede nytten (Prioriteringsforskriften §2-§4, 2001). Uansett må pasienter ofte vente i flere måneder for å motta behandling, som kan være skadelig grunnet ruslidelsen ambivalente natur (Gustin 2016). Slik en av pasientene fra litteraturstudien beskriver må et behandlingstilbud finnes når pasienten er motivert, ikke om 3 måneder. Slik våre resultater viser, er lang ventetid et stort hinder for å motta behandling og pasientene ønsker større ressurser og kapasitet. Om personellressursen og antall sengeplasser var større hadde man hatt mulighet til å tilby behandling til de ambivalente som ikke klarer å stå i den lange ventetiden. Dette gir grunnlag for å styrke sykepleierressursen i rustjenesten.

5.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse personer med ruslidelser sine erfaringer fra langtidsoppfølging for rusproblemer. Resultatene tilsier at ektefølt behandlingsengasjement er et premiss for å lykkes i behandling. En av sykepleierens viktigste oppgaver er dermed å hjelpe pasienten å finne frem og dyrke håpet i behandling, slik at rehabiliteringen får høy egenverdi. Relasjonene som oppstår i rusbehandling, både mellom medpasienter og til sykepleier, har implikasjoner for pasientenes bedring. Dette skjer både på godt og vondt. Når vi optimaliserer de prosessene vi kan gjøre noe med, slik som hvordan vi opptrer overfor pasienten, vil gi et bedre utgangspunkt. Pasientene er positive til tverrfaglige prosesser slik vi finner i TSB, men ventetiden er problematisk. Selv om befolkningstallet og tilfeller med rusproblematikk øker står statistikken stille, som kan tyde ikke er nok ressurser i rustjenesten til å imøtekomme behovet. Ved å styrke personellressursen i rusbehandling kan vi tilby behandling til de pasientene som er svært ambivalente og ikke har nok motivasjonskrefter til å stå i ventetiden.

5.1 Videre forskning

Å lære å etterleve rutiner i rusbehandling kan ha stor betydning for å skape en strukturert og velfungerende hverdag uten rus på utsiden. Selve kampen starter etter endt behandling, dette gir grunnlag for å styrke ettervernet som kan hindre tilbakefall. Derfor mener vi det er videre behov for økt forskning på hva som skjer med pasientene etter utskrivelse. Hvor skjer svikten i oppfølgingen og hva kan gjøres med problemet? Slipper vi pasientene for tidlig og hadde det vært mer hensiktsmessig både samfunnsøkonomisk og for pasienten selv med et godt dekket ettervern?

Referanseliste

Andresen, Nina Elin. 2012. "Pårørende." I *Håndbok for rusbehandling*. Redigert av Kari Lossius, 399-424. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Andresen, Nina Elin. 2012. "Motiverende samtale." I *Håndbok for rusbehandling*. Redigert av Kari Lossius, 194-220. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Arefjord, Nina. 2012. "Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser" I *Håndbok for rusbehandling*. Redigert av Kari Lossius, 91-112. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bassuk, Ellen L, Justine Hanson, Neil Greene, Molly Richard og Alexandra Laudet. 2016. "Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review" *Journal of Substance Abuse Treatment* 63: 1-9
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.003>

Brunelle, Natacha, Karine Bertrand, Michel Landry, Jorge Flores- Aranda, Catherine Patenaude & Serge Brochu. 2015. "Recovery from substance use: Drug-dependent people's experiences with sources that motivate them to change". *Drugs - education, prevention and policy* 22(3): 301-307.

Christoffersen, Line, Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag

Davidson, Larry. 2021. "Recovery og recovery-orienterede praksisser i velfærdsinstitusjoner og civilsamfund." I *Recovery-orienterende praksisser*. Redigert av Jeppe Oute og Kim Jørgensen, 27-43. Fredriksberg: Forfatterne og samfundslitteratur

Dhumal, Trupti, Vincent Gianetti, Khalid M Kamal, Paul J Freyder, Aishwarya Kulkarni, Gauri Desai, Jordan R Covvey. 2020. "Patient Satisfaction with Substance Use Disorder Rehabilitation Services: a Qualitative Study". *The journal of behavioral health services & research* 48 (2): 213-239.

Dillon, Patrick J, Satish K Kedia, Oluwaseyi O. Isehunwa og Manoj Sharma. 2020. "Motivations for Treatment Engagement in a Residential Substance Use Disorder Treatment Program: A Qualitative Study". *Substance Abuse Research and Treatment* (14) 1-9.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data". *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22-26

Fekjær, Hans Olav. 2009. *Rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Gressler, Laura E, Nabil M Natafqi, Bruce R DeForge, Barbarajean Shaneman Robinson, Christopher Welsh, Fadia T Shaya. 2019. "What motivates people with substance use disorders to pursue treatment? A patient-centered approach to understanding patient experiences and patient-provider interactions". *Journal of substance use* 24(6): 587-599

Gustin, Lena Wiklund. 2016. *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Fagbokforlaget.

Haga, Wenche. 2012. "Veien inn i behandling". I *Håndbok i rusbehandling*, redigert av Kari Lossius, 47-53. Oslo: Gyldendal akademisk

Helsebiblioteket. 2016. "Sjekklistor." Hentet 02.02.2022

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. 2015. "Fagspesifikk innledning - tverrfaglig spesialisert rusbehandling" Oppdatert 22. oktober 2015.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/fagspesifikk-innledning-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>

Helsedirektoratet. 2020. Bruk av tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). [Oppdatert 1.1.2021]

<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/09b7009d-50ba-4aca-a9c9-7697fc4e83d0?e=false&vo=viewonly>

Helsedirektoratet. 2021. "Rusbehandling (TSB)." Oppdatert 31.08.2021

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>

Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v av 01. januar 2001 nr. 64

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§21>

Hinsley, Kathryn, Peter J. Kelly & Esther Davis. 2019. "Experiences of patient-centered care in alcohol and other drug treatment settings: A qualitative study to inform design on a patient-reported experience measure". *Drugs and Alcohol Review* (38): 664-673.

Hybholt, Lisbeth, Barbara Askham og Karina Stjernegaard. 2020. "Miljøterapiens betydning i behandlingspsykiatrien". I *Psykiatrisk sygepleje*. Redigert av Niels Buus, Barbara Askham, Lene Lauge Berring, Lisbeth Hybholt, Karina Stjernegaard og Esben Sandvik Tønder, 297-326. København: Munksgaard.

Høgskolen i Molde. 2022. "Databaser - helse og sosialfag." Hentet 11.02.2022

<https://www.himolde.no/bibliotek/databaser/helse-og-sosialfag/>

Johannesen, Terje. 2021. "Norge rangeres å ha best helsetjeneste". Norsk Helseinformatikk.

<https://nhi.no/for-helsepersonell/fra-vitenskapen/norge-rangeres-a-ha-best-helsetjeneste/>

Kielland, Torhild, Hans Petter Solli og Gro Trondalen. 2020. *Etableringshåndbok for musikkterapi i rus-og psykisk helsetjenesten*. Oslo: Norges musikkhøgskole; Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH)

<https://nmh.brage.unit.no/nmh-xmlui/handle/11250/2657988>

Kruk, Edward og Kathryn Sandberg. 2013. "A home for body and soul: Substance using women in recovery" *Harm reduction journal* 10(31) : 1-16.

Lossius, Kari. 2012. "Om å ruse seg" I *Håndbok for rusbehandling*. Redigert av Kari Lossius, 23-38. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lundberg, Aino. 2012. "Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet?" I *Håndbok for rusbehandling*. Redigert av Kari Lossius, 40-54. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lunde, Bente Vibecke. 2016. "Juss og Etikk i sykepleien." I *Etikk i sykepleien*. Redigert av Berit Støre Brinchmann. Oslo: Gyldendal

Malterud, Kirsti. 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget

McCallum, Stacey, Antonina A Mikocka-Walus, Matthew D Gaughwin, Jane M Andrews, Deborah A Turnbull. 2016. "I'm a sick person, not a bad person': patient experiences of treatments for alcohol use disorders" *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy* (19): 828-841.

Melby, Line, Marian Ådnanes og Frida Kasteng. (2017). *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. (Rapport nr. A28053). Trondheim: Sintef Teknologi og Samfunn

Narkotikaforskriften. *Forskrift om narkotika*. Fastsatt ved kgl. res. 22.02.2013.
<https://lovdata.no/forskrift/2013-02-14-199/§3>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). "Yrkesetiske retningslinjer." Hentet 16. Februar 2022.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Malene Wøhlk Gundersen. 2021. *Jobb Kunnskapsbasert!* Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Oute, Jeppe og Kim Jørgensen. 2021. "Recovery og recovery-orienterede praksisser i velfærdsinstitusjoner og civilsamfund." I *Recovery-orienterende praksisser*. Redigert av Jeppe Oute og Kim Jørgensen, 9-23. Fredriksberg: Forfatterne og samfundslitteratur

Pettersen, Henning, Anne Landheim, Ivar Skeie, Stian Biong, Morten Brodahl, Victoria Benson og Larry Davidson. 2018. "Why do those with long-term substance use disorders stop abusing substances? A qualitative study" *Substance Abuse: Research and Treatment* (12): 1-6

Prioriteringsforskriften. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd. Fastsatt ved kgl. res 01.01.2001.

<https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1208/§2>

Prioriteringsforskriften. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd. Fastsatt ved kgl. res 01.01.2001.

<https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1208/§4>

Roper, Cath, Karina Stjernegaard, Hamilton Kennedy og Vrinda Edan. 2020. "Recovery". I *Psykiatrisk sygepleje*. Redigert av Niels Buus, Barbara Askham, Lene Lauge Berring, Lisbeth Hybholt, Karina Stjernegaard og Esben Sandvik Tønder, 23-50. København: Munksgaard.

Robertson, Inger Eide og Sverre Martin Nesvåg. 2019. "Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' s transition into a non-using life." *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 36 (3): 248-266.

Simenstad, Berit. 2021. "Systematisk stigmatisering av rusavhengige." *Rus og samfunn*. <https://www.rus.no/aktuelt/systematisk-stigmatisering-av-rusavhengige-article2313-934.html>

Skogen, Jens Christoffer, Fartein Ask Torvik, Lars Johan Hauge og Anne Reneflot. 2019. "Rusbrukslidelser i Norge". FHI.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruслиdelser/>

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2018. *Psykatri for helse -og sosialfagutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Stjernegaard, Karina og Bolette Villesen. 2020. "Peerstøtte". I *Psykiatrisk sygepleje*. Redigert av Niels Buus, Barbara Askham, Lene Lauge Berring, Lisbeth Hybholt, Karina Stjernegaard og Esben Sandvik Tønder, 521-537. København: Munksgaard.

Travelbee, Joyce. 2005. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk

Weber, Astrid Karine og Målfrid J. Frahm Jensen. 2016. *Brukeransettelser*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

<https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2018/10/Håndbok-for-brukeransettelser.pdf>

Yang, Yang, David R. Perkins og A. Elizabeth Stearns. 2018. "Barriers and Facilitators to Treatment Engagement Among Clients in Inpatient Substance Abuse Treatment".

Qualitative Health Research 28(9): 1474-1485

Vedlegg 1 - PIO-skjema

P (Patient)	I (Intervention)	O (Outcome)
Substance* Addiction Drug* SUD AUD Alcohol use disorder	Treatment* Harm reduction	Patient experience Experience Patient satisfaction
Rusmisbruk* Avhengighet Rus Narkotika	Behandling* Rusbehandling	Erfaring Pasienterfaring* Pasientopplevelse* Opplevelse

Vedlegg 2- Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Harm reduction.mp or Harm reduction/ AND “substance abuse”.mp. or substance-related disorders/ AND Treatment.mp AND Addiction recovery.mp.	15.11.2021	Medline	3	2	1	1 (Artikkel 4)
Qualitative research/ AND Experience/ AND Substance abuse/ OR Drug abuse/ OR Drug dependence/	07.01.2022	Embase	10	4	2	2 (Artikkel 3 og 9)

<p>Patient experience.mp. or patient satisfaction/ AND Qualitative research/ or qualitative analysis/ or qualitative*.mp. AND Substance abuse.mp or substance abuse/ OR Drug addiction.mp or drug dependence/ Limit: 2015-current, adult</p>	07.01.2022	Embase	41	11	6	3 (Artikkel 7,8 og 9)
<p>Semi structured interview/ or semi structured.mp. AND qualitative research/ or qualitative research.mp. AND drug dependence.mp. or drug dependence/ AND patient care.mp. or patient care/</p>	15.11.2021	Embase	15	3	2	1 (Artikkel 2)

<p>"substance use disorder".mp. AND treatment.mp. AND motivational factors.mp. or decision making/ Limit: English language, yr "2015-current", adult (18-64 years)</p>	07.01.2022	Embase	42	5	3	2 (Artikkel 2 og 10)
<p>Addiction OG Qualitative research OG Recovery OG Treatment relations Limit: Fagfelleurdert Fulltekstdokumenter Substance abuse Artikler Siste 5 år Engelsk</p>	26.10.2021	Oria	616	1	1	1 (Artikkel 1)

<p>exp "Alcohol Use Disorder"/ or "alcohol use disorder".mp. OR substance abuse.mp. or Substance-Related Disorders/ AND Qualitative Research/ or qualitative*.mp. AND Patient Satisfaction/ or patient satisfaction*.mp.</p> <p>Limit: English language, yr "2015 - current", adult (19-44 years)</p>	07.01.2022	Medline	25	10	7	4 (Artikkel 9, 8, 5 og 7)
---	------------	---------	----	----	---	------------------------------

Addiction OG Patient experience OG Motivation OG Drug dependent OG Qualitative research OG Substance use Limit: Fulltekstdokumenter Fagfelleverdert Artikler 2015-current Engelsk Science and Technology	18.11.2021	Oria	969	1	1	1 (Artikkel 6)
--	------------	------	-----	---	---	----------------------

Vedlegg 3- Utfylt skjema for kritisk vurdering av kvalitative artikler

Kritisk vurdering av:

Robertson, Inger Eide og Sverre Martin Nesvåg. 2019. "Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users's transition into a non-using life." *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 36 (3): 248-266.

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Hensikten med studiet var å utforske overgangen fra en ruset til en rusfri livsstil.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Kvalitativ metode er hensiktsmessig fordi hensikten er å utforske pasienterfaringer.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Dybdeintervju med åpne spørsmål, med rom for at deltakeren skal kunne fortelle med egne ord.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Deltakerne er beskrevet ut ifra kjønn, gjennomsnittsalder, bosituasjon og typeforetrykket rus. Utvalget var alle for øyeblikket (tilnærmet) rusfri og har tidligere vært rusmisbrukere i flere år.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?

- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Datasamlingen ble utført ved dybdeintervju med åpne spørsmål.

Intervjuene ble tatt opp og ble senere transkribert.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Ikke direkte kommentarer på egen rolle, forutinntatthet eller påvirkning.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Studien mottok etisk godkjenning på forhånd av Regional Committee for Medical and Health Research Ethics i 2013.

Konfidensialitet og personvern blir forklart.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Lydfiler av intervjuene ble lastet opp i transkripsjonsprogrammet NVivo 10, for systematisk koding.

Det ble på bakgrunn av dette opprettet tema og problemområder, som gikk igjen i intervjuene.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9 Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene er klart og godt presentert. Det har blitt brukt ulike kilder til å underbygge resultatene som er presentert.

God diskusjon innflettet i resultater både for og mot forskerens argumenter, som understøttes av teori.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Artikkelen gir et godt bilde på overgangen fra en ruset til en rusfri livsstil i Norge.

Vedlegg 4 - Hovedfunn og artikkeloversikt

Artikkel 1

Forfattere (år)	Robertson, Inger Eide og Nesvåg, Sverre Martin (2019).
Land	Norge
Tittel	Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users´ transition into a non-using life
Tidsskrift	Nordic Studies on Alcohol and Drugs
Hensikt	Hensikten med studiet var å utforske overgangen fra en ruset til en rusfri livsstil.
Metode/instrument	Dybdeintervju med åpne spørsmål. Lydopptak som ble transkribert.
Deltagere/fracfall	17 deltakere med lang rushistorikk, men som i intervjutiden var rusfri/tilnærmet rusfri.

Hovedfunn

Mange av rusmisbrukerne mener det er enkelt å holde seg rusfri når man oppholder seg i en behandlingsinstitusjon. Utfordringene kommer når man er ute fra de trygge rammene og skal inn i den virkelige verden igjen. Å være virkelig involvert i programmet er avgjørende for hvorvidt man lykkes og klarer å holde seg rusfri. Det må være et ektefølt engasjement for å bli bedre. Ofte kommer dette vendepunktet etter å ha truffet «rock bottom». I behandling kan engasjementet bli forsterket av støtte fra medpasienter og behandlere som gir håp og tro. Brukerne uttrykker et ønske om å få livet tilbake og være «normale» som de lærer gjennom behandlingsinstitusjonens rytme og regler. Dette skaper dagligdagse rutiner som er viktig å ha med seg når man blir utskrevet og skal delta i samfunnets flyt og forventninger.

Brukerne uttrykker et mål om å leve et A4 liv når de er utskrevet og rusfrie. Det tar tid å lære å leve igjen, da man ikke jobber med seg selv og egen utvikling når man er i aktiv rus. Man må stenge ute mennesker som har dårlig innflytelse som gjør at mange kjenner på ensomhet og isolering. Dermed begynner mange å ønske rus igjen. Man må gjenkjenne gamle vaner og tankemønstre og ta grep.

Å skulle bygge nye sosiale nettverk som rusfri opplevdes ukjent og fremmed. Man må endre på alle små hverdagslige ting, og lære hvordan man skal takle alle de nye følelsene som oppstår uten rus. Nå handler plutselig livet om noe mer enn å jage etter rus. Mange av brukerne gir uttrykk av å føle seg dumme og barnslige da de ikke er på samme stadium som sine medmennesker, som fører til skam og skyldfølelse. Man må finne ut av hva man har å bidra med i denne verdenen, og få rom til å øve seg og feile.

Kritisk vurdering	Etiske hensyn er godt ivaretatt og godkjent av etisk komité. Vi har benyttet helsedirektoratets sjekklister for vurdering av kvalitative artikler i vår kritiske vurdering (vedlegg 3). Kvaliteten vurderes som god.
-------------------	---

Artikkel 2

Forfattere (år)	Pettersen, Henning, Anne Landheim, Ivar Skeie, Stian Biong, Morten Brodahl, Victoria Benson og Larry Davidson. (2018)
Land	Norge
Tittel	Why do those with long-term substance use disorders stop abusing substances? A qualitative study
Tidsskrift	Substance Abuse: Research and Treatment
Hensikt	Studiens hensikt er å utforske faktorene som påvirker hvorfor en pasient med en langtidsruslidelse klarer å avslutte sitt rusmisbruk.
Metode/instrument	Semistrukturerte intervju i hjemmet til deltakeren. Lydopptak som senere ble transkribert og analysert i kategorier.
Deltagere/fracfall	I et utvalg av 148 deltakere, var det kun 18 deltakere, som møtte kriteriet til studien, stabil rusfrihet i 5 år.

Hovedfunn

Faktorer som gjorde at deltakerne bestemte seg for å bli rusfri:

Å oppleve skadelige konsekvenser og traumatiske hendelser kan virke avskrekkende slik at brukeren søker hjelp. Mange beskriver følelsen av å ha nådd «rock bottom» og at livet umulig kan bli verre. Dette kan være å oppleve å miste dine nære av overdoser eller andre ulykker knyttet til rusmisbruk. Etter et lengre misbruk beskriver mange å være fysisk og psykisk utslitt, og vurderer å ta selvmord for å bli fri.

Bekymring fra nær familie er en viktig faktor for endringsmotivasjon. Noen opplever familiemedlemmer som presser eller tvinger brukeren inn i behandling, eller stiller ultimatum. Mange føler på skyldfølelse ovenfor familie, spesielt de brukerne som har barn og ønsker å leve et bedre liv og være en bedre forelder. Dette er den største drivkraften for å motta hjelp. Det tar lang tid hos de fleste før de starter å innse at rusmisbruket er et problem eller ønsker behandling. Man må bryte fornektelsen, som ofte kommer når man møter og snakker med andre brukere i behandling. Mange føler at de ikke er sterke nok til å klare å slutte, og vil dermed ikke forsøke. Hos brukere som har opplevd traumatiske hendelser tidligere i livet ser de ikke på rusen på et problem, men heller et løsning på problemet.

Å kunne forestille seg et nytt og bedre liv var motivasjon for mange. Noen brukte et positivt minne fra en bedre tid, f.eks. fra barndommen, da det viste de at det var mulig å ha det godt.

Utviklingen av selvrespekt ved å innse at du ikke er det mennesket du vil være kan skape motivasjon. Slik en bruker beskriver det: «jeg vil ikke være en av de rusavhengige i parken som barna peker på». LAR-behandling er også en viktig komponent - da det gjorde livet lettere å leve der de ikke måtte ty til illegal rus.

For mange var det vanskeligere å skulle søke hjelp enn å bestemme seg for å slutte, da de følte på skam. Det er jo selvpåført, og det

kjentes som et tap å innse at man ikke klarer å håndtere et problem man har skapt selv. For hvert forsøk i avrusning blir det lettere og lettere å søke og motta hjelp, og i behandling er det god støtte å finne, spesielt i behandlere med brukererfaring.

Kritisk vurdering	Etiske hensyn er godt ivaretatt og godkjent av etisk komité. Vi har benyttet helsedirektoratets sjekklister for vurdering av kvalitative artikler i vår kritiske vurdering (vedlegg 3). Kvaliteten vurderes som god.
-------------------	---

Artikkel 3

Forfattere (år)	Dillon, Patrick J , og Satish K Kedia , Oluwaseyi O Isehunwa og Manoj Sharma (2020)
Land	Nevada, Amerika
Tittel	Motivations for Treatment Engagement in a Residential Substance Use Disorder Treatment Program: A Qualitative Study
Tidsskrift	Substance Abuse: Research and Treatment
Hensikt	Hensikten bak studien er å utforske brukerperspektiver på motivasjon for deltakelse i langtids rusbehandling.
Metode/instrument	Semistrukturerte intervju som ble tatt opp på lydfil og senere transkribert.
Deltagere/fracfall	30 deltakere

Hovedfunn

De fleste av brukerne forteller at de tidligere har sett på sitt rusmisbruk som håndterbart og at det ikke krevde behandling. Etter hvert som misbruket utviklet seg skjønte de at de behøvde profesjonell hjelp. Brukernes tidligere erfaringer fra behandling gjør at de forstår at å være aktivt deltagende er essensielt for å ikke ha et tilbakefall med en gang man kommer ut fra behandling.

Å innse skadevirkninger og alvorlighet av misbruket skaper motivasjon for å motta hjelp. Det er skadevirkningene som skjer direkte på grunn av rusen, men også personlige forhold som relasjoner og sosiale forhold. Mange forteller om situasjoner der de har opplevd vold i nære relasjoner og fysisk-og psykisk misbruk, som de ikke hadde vært i om det ikke hadde vært for rusmisbruket.

Det ble identifisert tre motiverende faktorer fra å delta i langtidsbehandling. Muligheten for et bedre liv, å gjenoppta god kontakt med familie og nære venner og å unngå å bli straffedømt. Den største barrieren for behandling var lengden på oppholdet, som i dette tilfellet var et år. For å kunne fullføre programmet kreves det mye fra brukeren. Stor innsats og et langvarig fokus.

Brukerne identifiserer mange elementer i behandling som virker engasjerende og motiverende. At behandlingstiden er lang gir brukerne mulighet til å oppleve hvordan livet er når de holder seg borte fra områder og situasjoner med rus. I motsetning til typiske 30-dagers behandlingsprogram får man tid til mer enn bare selve avrusningen, som å bygge tillitsfulle relasjoner, lære ferdigheter og skape en hverdagsrutine. Flere brukere nevner også religion og spiritualitet som en motiverende faktor for å holde seg rusfrie. Disse elementene var viktige for brukernes evne til å holde seg rusfrie og leve et godt liv etter utskrivelse.

Kritisk vurdering	<p>Etiske hensyn er godt ivaretatt og godkjent av review board.</p> <p>Vi har benyttet helsedirektoratets sjekklister for vurdering av kvalitative artikler i vår kritiske vurdering (vedlegg 3). Kvaliteten vurderes som god.</p>
-------------------	--

Artikkel 4

Forfattere (år)	Kruk, Edward og Kathryn Sandberg (2013)
Land	Canada
Tittel	A home for body and soul: Substance using women in recovery
Tidsskrift	Harm reduction journal
Hensikt	Å utforske kvinners erfaringer og behov i rusbehandling. Hva som var hensiktsmessig og hva som hindret recovery, og samle opp deres synspunkt for hva som er nyttig for kvinner i rusbehandling.
Metode/instrument	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Todelt intervju:</p> <p>Del 1 - narrativ historiefortelling fra kvinnenes opplevelser for å få kontekst og vekke minner</p> <p>Del 2 - semistrukturert intervju med åpne spørsmål om behov, hjelpende - og hindrende faktorer</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert.</p>

Deltagere/fracfall	28 deltagere i studien Fracfall ikke beskrevet
Hovedfunn	<p>Kvinnene har et fundamentalt ønske om å være normale, ved å ikke bli stigmatisert med merkelappen og assosiasjonene rusmisbruker fører med seg. De ønsker flere behandlingssenter i mer naturrike omgivelser, samt viktigheten av å ha behandlingssenter kun for kvinner. En åpen dør til behandling er også viktig, slik at man lett kan få tilgang til behandling eller støtte også etter et endt opphold, samt god tid i behandling. Kvinnene peker også på viktigheten sikkerhet i behandling, da mange kommer fra forhold med vold og kriminalitet med en ustabil partner.</p> <p>Behandlingssenterne er ofte lokalisert i tettbygde områder med rus og kriminalitet, som gjør det vanskelig å reintegrere seg og bli utsatt for triggere. Kvinnene føler rusbehandlingsindustrien kan sammenlignes med en robot, der behandlingsprinsippene er standardiserte og ikke fokuserer nok på individet selv.</p> <p>Behandlingen legger kun fokuset på selve rusproblemet, og dykker ikke dypere i de underliggende temaene. På motsatt side kan også disse temaene bringe frem vonde følelser som man ikke er klare for å takle. Avholdsgrupper som NA og AA beskriver mange av kvinnene som skadelige og pressende, med skremselstaktikker, manglende konfidensialitet og religiøse tilknytninger.</p> <p>Samhold og relasjonsbygging i behandling og grupper er til god hjelp, da man har både profesjonelle og likesinnede å støtte seg i.</p> <p>Kvinnene løfter frem helhetlige behandlingstilbud som også tar for seg hjelp til medisinske og farmakologiske behov ved samsykelighet som følge av rusen, samt psykiske problemer.</p> <p>Spiritualitet i motsetning til konvensjonell religionsutøvelse løftes frem, samt andre aktiviteter, jobber og læring for å finne seg selv og dyrke nye egenskaper/hobbyer.</p> <p>Kvinnene sier dette holder de opptatte som er en viktig distraksjon fra rusen. Igjen løftes trygghet frem, både psykisk og fysisk.</p>

Kritisk vurdering	Etiske hensyn er godt ivaretatt og godkjent av etisk komité. Vi har benyttet helsedirektoratets sjekklister for vurdering av kvalitative artikler i vår kritiske vurdering (vedlegg 3). Kvaliteten vurderes som god.
-------------------	---

Artikkel 5

Forfattere (år)	McCallum, Stacey, Antonina A Mikocka-Walus, Matthew D Gaughwin, Jane M Andrews, Deborah A Turnbull (2016)
Land	Australia
Tittel	'I'm a sick person, not a bad person': patient experiences of treatments for alcohol use disorders
Tidsskrift	Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy
Hensikt	Å bedre kunne forstå pasienters erfaringer under behandling for alkoholavhengighet (og å sammenligne erfaringene mellom pasienter kun med alkoholavhengighet og ROP pasienter).
Metode/instrument	Tverrsnittstudie med semistrukturerte intervju.
Deltagere/frafall	34 pasienter i behandling for alkoholavhengighet. Rundt halvparten som beskrevet i tabell har ROP problematikk.

<p>Hovedfunn</p>	<p>Deltakerne har kjernebehov relatert til behandling av selve avhengigheten, psykisk og sosialt. I avrusningsfasen trenger man helsepersonells ekspertise for å holde seg trygge og administrere eventuelle medisiner. Blant de psykiske behovene trenger de hjelp til å opprette mestringsstrategier og regulere følelsene som fører til at de tyr til alkohol. Andre viktige elementer er hjelp til bosted og kommunikasjon/ håndtere konflikter med familie.</p> <p>Pasienttilfredshet i behandling kan oppnås ved å tilby hjelpemidler/ressurser til pasientene, målrettet behandling og en respektfull tilnærming til pasienten. Når behandlerne viser empati, tillit og forståelse, samt viser god medisinsk kunnskap fører det i seg selv til «compliance» fra pasientene. Deltakerne løfter frem viktigheten av brukermedvirkning og en helhetlig tilnærming i behandling.</p> <p>Deltakerne peker på viktigheten av gode pasient-behandlerforhold med kontinuitet. Ofte kan hyppige forandringer føre til et tilbakefall grunnet plutselige forandringer og mangel på et etablert forhold. Koordinasjon av ulike tjenester er viktig, samt oppdagelse og oppfølging av eventuelle psykiske tilleggsproblemer.</p> <p>Stigmatisering og lav kunnskap om ruslidelser i den generelle befolkningen har en negativ påvirkning i hvorvidt man søker hjelp i følge deltakerne. Det kan føre til at de føler seg lite verdt og problematiske, som gjør at de ikke føler de fortjener behandling.</p>
<p>Kritisk vurdering</p>	<p>Etiske hensyn er godt ivaretatt og godkjent av etisk komité.</p> <p>Vi har benyttet helsedirektoratets sjekkliste for vurdering av kvalitative artikler i vår kritiske vurdering (vedlegg 3). Kvaliteten vurderes som god.</p>

Artikkel 6

Forfattere (år)	Brunelle, Natacha, Karine Bertrand, Michel Landry, Jorge Flores-Aranda, Catherine Patenaude & Serge Brochu (2015)
Land	Canada
Tittel	Recovery from substance use: Drug-dependent people's experiences with sources that motivate them to change
Tidsskrift	Drugs - education, prevention and policy
Hensikt	Hensikten med studiet var å utforske hva som motiverer mennesker med rusavhengighet til å holde seg rusfri.
Metode/instrument	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert.
Deltagere/fracfall	127 deltakere i studiet. Fracfall ikke beskrevet.

<p>Hovedfunn</p>	<p>Studien viser til flere motiverende faktorer som bidro til livsstilending for rusmisbrukere.</p> <p>Intern motivasjon, der pasienten har et ønske om en bedre livskvalitet. Deltakerne forteller om at de ønsket godt sosialt liv med familie og venner. Psykisk og somatisk helse tas opp som en indre motivasjon.</p> <p>Ekstern motivasjon, er faktorer utenfor pasienten som presser eller motiverer pasienten til å forandre livsstil.</p> <p>Valget mellom fengsel eller tvunget rusbehandling er det flere som har fått. Rusbehandling brukerne har mottatt tidligere har gitt motivasjon til forandring og videre behandling. En “behandling” var ikke tilstrekkelig for å oppnå faktisk rusfrihet, og første møte med rusbehandling var ikke nødvendigvis en positiv opplevelse. Flesteparten av deltakerne nevner at de ulike tjenestene de mottar gir flere verktøy til å bli rusfri.</p> <p>En behandler som er ydmyk, tålmodig og empatisk, og som samarbeider med andre etater som omhandler brukeren, er en bidragsyter til å motivere brukeren til rusfrihet. Å ha et positivt forhold til “caseworker” var en avgjørende faktor for å godta hjelpen som ble tilbudt. Når brukerne observerer samarbeid på tvers av etater eller innad i rusbehandlingen føler de at de er i gode hender, og dette øker motivasjonen til å motta hjelp.</p> <p>Det er positivt om de ulike etatene/hjelperne har god kommunikasjon mellom seg, og brukeren slipper å fortelle livshistorien sin på nytt til alle som skal bidra i rehabiliteringen. Samarbeid og samkjøring mellom tjenester fremstår som den vinnende faktoren for å hjelpe rusmisbrukere til å bli motivert til rusfrihet.</p>
------------------	---

Kritisk vurdering	<p>Godkjent av etisk komité.</p> <p>Vi har benyttet helsedirektoratets sjekklister for vurdering av kvalitative artikler i vår kritiske vurdering (vedlegg 3).</p> <p>Artikkelen vurderes som god.</p>
-------------------	--

Artikkel 7

Forfattere (år)	Hinsley, Kathryn, Peter J. Kelly & Esther Davis (2019)
Land	Australia
Tittel	Experiences of patient-centered care in alcohol and other drug treatment settings: A qualitative study to inform design og a patient-reported experience measure
Tidsskrift	Drugs and Alcohol Review
Hensikt	<p>Del 1 av studiet var å utforske pasientenes erfaringer i rusbehandling, der en pasientorientert praksis ble benyttet.</p> <p>Del 2 av studiet var å utvikle en brukerundersøkelse som skulle belyse rusmisbrukeres erfaringer med rusbehandling</p>
Metode/instrument	<p>Del 1: 5 fokusgrupper fra ulike rusbehandlingssenter.</p> <p>Åpne spørsmål</p> <p>lydopptak som senere ble transkribert.</p>
Deltagere/frafall	<p>Del 1: 39 deltakere deltok i del 1 av studiet.</p> <p>Deltakere var rusmisbrukere, rekruttert fra 5 ulike private rustjenester.</p> <p>Del 2: 7 deltakere deltok i utformingen av brukerundersøkelsen. 5 av deltakerne jobber i rusbehandling</p>

<p>Hovedfunn</p>	<p>Funn i del 1, har bidratt til å utforme brukerundersøkelsen. Her kom det frem at lange ventelister for å komme inn i behandling skapte utrygghet for brukeren. I behandling ble det satt pris på at man som pasient fikk respekt for egne preferanser, verdier og behov. Man må kunne skape en mening av oppholdet og ikke bare flyte gjennom. Gjennom oppholdet skal man kunne utvikle en ny identitet, utenfor rusen. For mange er det motiverende å se at andre lykkes.</p> <p>Å forstå behandlingens grunnlag er fundamentalt for å erfare god psykologisk behandling i grupper eller på tomannshånd. Å få hjelp til koordinering av andre tjenester som tannhelse, barnevern, økonomiske tjenester osv, er et viktig aspekt i pasientorientert omsorg. Regler, konsekvenser og rutiner oppleves som en trygghet og som forberedelse til re-integrering i samfunnet etter oppholdet. Sunn og næringsrik mat anses som viktig og blir godt mottatt i behandling. Medpasienter spiller en stor rolle. Noen skaper negativitet, f.eks. pasienter under tvunget rusbehandling (for å slippe fengsel). Ansatte som genuint bryr seg, som ikke bare ”gjør en jobb” og ansatte med brukererfaring er av ekstra stor betydning.</p> <p>Å kunne ha kontakt med familie/venner er positivt for de fleste, mens andre synes dette er tungt, da de fortsatt er i aktiv rus. Undervisning er ønsket for familie for at pasienten skal kunne motta bedre støtte fra privat miljø.</p> <p>Det ønskes en rød tråd gjennom oppholdet, som forbereder brukeren på utfordringer etter at oppholdet er over.</p>
<p>Kritisk vurdering</p>	<p>Studien var godkjent av The University of Wollongong Human Research Ethics Committee.</p> <p>Vi har benyttet helsedirektoratets sjekklister for vurdering av kvalitative artikler i vår kritiske vurdering (vedlegg 3).</p> <p>Artikkelen vurderes som god.</p>

Artikkel 8

Forfattere (år)	Dhumal, Trupti, Vincent Gianetti, Khalid M Kamal, Paul J Freyder, Aishwarya Kulkarni, Gauri Desai, Jordan R Covvey (2020)
Land	USA
Tittel	Patient Satisfaction with Substance Use Disorder Rehabilitation Services: a Qualitative Study
Tidsskrift	The journal of behavioral health services & research
Hensikt	Hensikten med studien er å identifisere pasienttilfredsheten i en behandling for rusmiddelavhengighet.
Metode/instrument	Semi-strukturerte intervju som tas opp og blir transkribert. Kvalitativt design.
Deltagere/fracfall	18 deltagere - derav 14 mannlige brukere og 4 helsepersonell. Fracfall ikke beskrevet.

Hovedfunn	<p>Deltakerne uttrykte at behandlerens evne og kunnskap har stor betydning. Det beskriver en unik måte å møte brukeren på, og evne til å og behandlingsmetode. Senterets evne til å overholde sine egne regler og den programmatisk strukturen slik den oppfattes av klienten/pasienten har en stor betydning til tilfredsstillelse. Det inkluderer arbeidsdynamikken i programmet, retningslinjene angående permisjon, besøk, deltakelse på møter, tidsstyring, overholdelse av tidsplanen og relatert flyt av aktiviteter innenfor anlegget.</p> <p>Pasientens forståelse av sitt ansvar som en likeverdig bidragsyter i behandlingen, forplikter seg til å arbeide for å forbedre tilstanden sin, lette behandlingen og forberede seg på livet under bedring.</p> <p>Deltakerne sammenlignet ofte sine erfaringer i den nåværende behandlingen med et program de har deltatt i tidligere.</p> <p>Respondentene uttalte at tilfredshetsnivået kan påvirkes basert på om brukeren er i behandling for første gang eller har vært i behandling tidligere.</p> <p>Tilbudet behandlingsstedet gir med tanke på saksbehandling og hjelp i saker som rettslige saker, ernæring, medisiner og så videre, har stor betydning for tilfredsstillelsen til brukeren i behandling</p>
Kritisk vurdering	<p>Studien var godkjent av IRB.</p> <p>Vi har benyttet helsedirektoratets sjekklister for vurdering av kvalitative artikler i vår kritiske vurdering (vedlegg 3).</p> <p>Artikkelen vurderes som god.</p>

Artikkel 9

Forfattere (år)	Yang Yang, David R. Perkins and A Elizabeth Stearns (2018)
Land	USA
Tittel	Barriers and Facilitators to Treatment Engagement Among Clients in Inpatient Substance Abuse Treatment
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske faktorer som hindrer eller fremmer engasjement for behandling hos pasienter i korttids døgntilleggsbehandling.
Metode/instrument	Kvalitativ metode. Én-til-én intervju, som senere ble transkribert og kodet.
Deltagere/fracfall	60 av 73 spurte pasienter, som snart skulle skrives ut av behandling utgjorde utvalget.
Hovedfunn	<p>Opplevd behov for behandling:</p> <p>Flere pasienter forteller om mangel på motivasjon i behandling, fordi de selv ikke ser på seg selv som rusavhengig. Det fortelles om at de selv mener de har kunnet opprettholde normale liv, tross rusbruk. Andre forteller i motsetning om negative livserfaringer i et liv som har vært styrt av rus. Økende alder og flere forsøk i rusbehandling ser ut til å øke ansvarsfølelsen i behandling.</p> <p>Tillit mellom pasient i behandling:</p> <p>Kontakten mellom pasienter og behandlere er ansett som en avgjørende faktor for god respons på behandling. Flere kan i motsetning ha et problem med å stole på behandler, tross taushetsplikt, og kan velge å holde igjen informasjon i frykt for at behandler skal kontakte politi og lignende. Behandleres aktive</p>

	<p>“empowerment” av pasienter blir godt mottatt, og bidrar til å bryte fornektelse og oppleve en følelse av aksept.</p> <p>Flere av pasientene setter stor pris på gruppe-terapitimer, og det forklares at disse timene gir mulighet til å reflektere over seg selv gjennom ulike perspektiver.</p>
Kritisk vurdering	<p>Studien var etisk godkjent av the Institutional Review Board of University of Louisiana</p> <p>Vi har benyttet helsedirektoratets sjekklister for vurdering av kvalitative artikler i vår kritiske vurdering (vedlegg 3).</p> <p>Kvaliteten vurderes som god.</p>

Artikkel 10

Forfattere (år)	Gressler, Laura E., Nabil M. Natafqi, Bruce R. DeForge, Barbarajean Shaneman Robinson, Christopher Welsh, Fadia T. Shaya (2019)
Land	USA
Tittel	“What motivates people with substance use disorders to pursue treatment? A patient centered approach to understanding patient experiences and patient-provider interactions”.
Tidsskrift	Journal of substance use
Hensikt	Å oppdage og definere hvilke positive og eventuelt negative faktorer som fører til initiativ og vedlikehold i behandling.
Metode/instrument	Fokusgrupper med strukturerte og overordnede kvalitative design. Semi-strukturerte intervju av 4 helsepersonell.

Deltagere/fracfall	<p>17 pasienter og fire helsepersonell.</p> <p>Utvalgsstrategi, deltakerne og deres karakteristika beskrives godt.</p> <p>Frafall ikke beskrevet</p>
Hovedfunn	<p>Et sentralt tema før behandlingsinitiering er for mange en beskrivelse av kaos. Mange opplever kriminalitet, hjemløshet og kritiske nær døden-opplevelser. Flere av deltakerne beskriver også en følelse av å bare eksistere, med ens eneste mening å jage etter rus.</p> <p>Eksterne faktorer var for mange et slags dytt for å søke etter endring. Tapet av en nær og kjær, spesielt til en overdose, frarøving og distansering av familie og rettsmessige konsekvenser. Interne faktorer som å selv oppleve å være nær døden og alvorlige bekymringer om egen helse blir nevnt. De mest hyppige interne faktorene er det å bli trøtt og sliten av å jage etter rusen og selvbevissthet, som skaper et endringsmål. Den største endringsmotivatoren var ønsket som kom fra en selv, ikke miljøet rundt. For å lykkes i å fortsette i behandling vektlegges viktigheten av mestringsstrategier, spiritualitet og religion, strukturerte omgivelser og å omgi seg med mennesker som gir glede og styrke. Samt dette er det viktig å vedlikeholdet håpet og ønsket om endring for å hindre tilbakefall.</p> <p>Viktigheter i behandling:</p> <p>Individualisert tilnærming til brukeren, mestringsstrategier og relasjoner til personalet løftes frem som viktige facilitatorer for vellykket behandling.</p>
Kritisk vurdering	<p>Studien var godkjent av University of Maryland Institutional Review Board. Vi har benyttet helsedirektoratets sjekklister for vurdering av kvalitative artikler i vår kritiske vurdering (Vedlegg 3). Kvaliteten vurderes som god.</p>

Vedlegg 5 - Syntesetabell

Hovedtema og undertema	Nummererte forskningsartikler	Antall artikler som omhandler tema
Erfaringer fra vendepunktet	1,2,3,4,6,9,10	7
Erfaringer fra aktiv deltagelse i behandling	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	10
Pasientsamfunnets betydning	1,3,4,7,9,10	6
Behandlere	2,3,4,5,6,7,8,9,10,	9
Institusjonens rammer (<i>sikkerhet, regler, struktur</i>)	1,3,4,7,8,10	6
Tilbud i behandlingen (<i>aktiviteter, terapi, tjenester, spiritualitet, mestring</i>)	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	10