

BACHELOROPPGAVE

Legemiddelassistert rehabilitering

Ingrid Berge

Kandidat nr. 11

Bachelor i sykepleie, SK 152

Avdeling for helsefag/ Høgskulen på Vestlandet/Campus Førde

Desember 2017

Antall ord: 6995

Veileder: Sara Osland

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

**«FORTIDA DRAR I MEG. FØLGER MEG. PLAGER MEG.
BØLLER MEG. TANKENE. DRØMMENE.
MÅ PRØVE Å VÆRE ÆRLIG MED MEG SJÆL. MEN FOR Å
VÆRE ÆRLIG MÅ JEG LÆRE HVEM JEG ER.
JEG HAR LÆRT.

JEG ER FRI».**

(Nyhus, 2016)

Forfatter har gitt skriftlig tillatelse til bruk av sitatet.

SAMMENDRAG

Tittel: Legemiddelassistert rehabilitering

Bakgrunn for valg av tema: Som sykepleier kan man møte mange utfordringer med rusavhengige. Det er viktig at sykepleier har nødvendig kunnskap knyttet til omsorg for dem. På tross av at det er flere rusavhengige som er pasienter i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er mitt inntrykk at undervisning angående behandling av rusavhengige er begrenset i omfang i sykepleierstudiets pensum. I praksis var jeg innom to ulike praksissteder hvor det ble utlevert LAR-legemidler. Her kjente jeg på stigmatiseringen av pasientene. En slik stigmatisering er noe jeg ikke har vært klar over før jeg arbeidet med dem. Denne oppgaven omhandler tanker rundt hvordan brukerne bedre kan bli tatt vare på i samtale med sykepleier og hvordan de kan beholde sin verdighet under utdeling av LAR-legemidler. Jeg ønsker å fordype meg i hvordan jeg som sykepleier kan skape god relasjon i samtale med brukere i LAR.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å skape en god relasjon ved utlevering av legemidler i Legemiddelassistert rehabilitering?

Metode: Oppgaven er basert på faglitteratur og fem forskningsartikler knyttet opp til problemstillingen, den er skrevet med litteraturstudie som metode.

Hovedkonklusjon: Når sykepleier ikke dømmer brukeren for sin rusavhengighet vil brukeren få en tryggere tilnærming til sykepleier og man kan unngå konflikter, samtidig som at relasjonen som bygges blir større. Brukerne bør ha «en-til-en» kontakt ved utlevering av LAR-legemidler og sykepleier må behandle brukeren med verdighet.

Nøkkelord: Legemiddelassistert rehabilitering, relasjon, verdighet, sykepleie, utlevering

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning av problemstilling	2
1.4 Oppgavens disposisjon	2
2.0 Metode	3
2.1 Kunnskapsbasert praksis	3
2.1.1 Litteratursøk	3
2.2 Kunnskapsgrunnlaget	4
2.3 Valg av metode og kildekritikk	4
3.0 Teori	6
3.1 Legemiddelassistert rehabilitering	6
3.1.1 Ulike medikamenter i LAR	6
3.1.2 Interaksjoner	7
3.2 Rutiner for utlevering av substitusjonsmidler	7
3.3 Verdighet.....	8
3.3.1 Brukermedvirkning.....	8
3.4 Kommunikasjon og etablering av relasjon	8
4.0 Forskningsresultat	10
4.1 Forskningsartikkel 1.....	10
4.2 Forskningsartikkel 2.....	10
4.3 Forskningsartikkel 3.....	11
4.4 Forskningsartikkel 4.....	11
4.5 Forskningsartikkel 5.....	12
5.0 «Hvordan kan sykepleier bidra til å skape en god relasjon ved utlevering av legemidler i Legemiddelassistert rehabilitering?»	13
5.1 Etablere relasjon.....	13
5.2 Hva har relasjon å si for å oppnå verdighet?.....	14
5.3 Er det størst fordel å dele ut medikamenter i gruppe eller en-til-en?	15
5.4 Hva når brukeren er ruset?	16
6.0 Avslutning	19
Kildeliste	20
Vedlegg 1 – Oversikt over forskningsartikler	25

1.0 Innledning

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en behandlingsmodell som tilbys til personer med opioidavhengighet, dette kalles for substitusjonsbehandling. I denne behandlingen tilbys det legemidler sammen med terapi og hjelp til sosiale problemer. Av legemidler er det metadon, subutex og suboxone som er mest brukt i Norge. Slike legemidler skal gjøre at brukerne ikke får noen rusfølelse og hindrer rus-sug og abstinenser (Haga, 2011, s.333-335). Ved utgangen av 2016 var det 7554 personer registrert i LAR-behandling (Waal, Bussesund, Clausen, Skeie, Håseth & Lillevold, 2017, s. 2). Det er dokumentert at LAR har effekt og det bidrar til bedre livskvalitet. De fleste brukerne har tilbakefall som hos noen gjør at de aldri kommer inn i behandling igjen (Helsedirektoratet, 2010, s.36).

For at rusmisbrukerne ikke skal oppleve å bli krenket er det viktig at utleveringen blir gjort på en verdig måte. Utgangspunktet for vellykket behandling er at brukeren har en god relasjon med behandler og blir møtt på sine premisser (Løvaas & Dahl, 2013, s.196).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Rusavhengighet og LAR har en begrenset posisjon i pensum på sykepleierstudiet. En sykepleier vil komme til å møte rusavhengige i de fleste tjenestene det arbeides. Det er derfor viktig å fokusere på hvordan en opptrer rundt rusavhengige og hvordan å skape god relasjon. Jeg har gjennom sykepleiestudiet og sommerjobb vært innom to praksissteder med utlevering av LAR-medikament, hvor utleveringen har skjedd på to forskjellige måter.

I min psykiatripraksis på sykepleierstudiet arbeidet jeg på en avrusningspost. Jeg hadde ingen erfaring fra feltet tidligere og merket at denne brukergruppen interesserte meg. Jeg oppdaget at jeg stigmatiserte personer med rusavhengighet mer enn jeg selv var klar over. Etter praksisperioden arbeidet jeg en del av sommeren i et fengsel, der de hadde innsatte som fikk LAR-legemidler. De innsatte får ikke sine LAR-legemidler om de er ruset og/eller utagerende, noe som kan føre til uheldige situasjoner. Dette er noe som har gitt meg tanker om hvordan jeg som sykepleier kan utføre samtale med brukere for å oppnå forståelse. Jeg ønsker med denne oppgaven også å fordype meg i hvordan jeg kan skape god relasjon i utleveringen.

Det ene stedet ble medikamentene gitt til brukerne en-til-en og vi ble sittende å prate etterpå slik at brukeren fikk muligheten til å fortelle hvordan de hadde det. På det andre stedet ble legemidlene gitt til grupper på to stk. I denne situasjonen ble det ikke noe fokus rundt brukeren som individ.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier bidra til å skape en god relasjon ved utlevering av legemidler i Legemiddelassistert rehabilitering?»

1.3 Avgrensning av problemstilling

Problemstillingen er avgrenset til personer som er i LAR-programmet. Dette er personer sykepleier kjenner til og møter i forbindelse med utlevering av LAR-legemidler.

1.4 Oppgavens disposisjon

I metoddelen skriver jeg hvordan jeg fant forskning og i hvilke databaser de ble funnet. Punktet beskriver kunnskapsbasert praksis, kunnskapsgrunnlaget og kildekritikk.

Under «Teori» skriver jeg om legemiddelassistert rehabilitering, utlevering av legemidler, verdighet, kommunikasjon og etablering av relasjon. Jeg har tatt sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee med i oppgaven og hennes kommunikasjonsteori. Jeg drar inn lovverk om kommunale helse- og omsorgstjenester, helsepersonelloven, lov om pasient- og brukerrettigheter og forskrift for LAR.

Under «Resultat av forskning» viser jeg til fem forskningsartikler som er blitt brukt i oppgaven. Jeg har brukt 3 forskningsartikler som er skrevet på norsk og 2 forskningsartikler som er skrevet på engelsk.

I delen som omhandler drøfting, drøftes problemstillingen «Hvordan kan sykepleier bidra til å skape en god relasjon ved utlevering av legemidler i Legemiddelassistert rehabilitering?» i lys av teori og relevant forskning.

Oppgaven oppsummeres i en avslutning, der jeg vil vise oppgavens implikasjoner for sykepleie.

2.0 Metode

I følge sosiologen Vilhelm Avbert er metode en fremgangsmåte og et redskap for å løse et problem. For å finne ny kunnskap og finne ut om påstandene er gyldige, sanne og holdbare, trenger man ulike metoder (Dalland, 2017, s.51).

Litteraturstudie er redskapet jeg skal bruke for å belyse min problemstilling, noe som innebærer å foreta litteratursøk. Når man utfører systematiske søk finner man kunnskap fra skriftlige kilder ved å samle inn litteratur, går kritisk gjennom og setter det sammen (Thidemann, 2015, s. 79). Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, som kan brukes til regneoperasjoner som telling, måling og bruk av prosenter (Dalland, 2017, s.52). Ved kvalitativ metode, er hensikten å få frem menneskelige egenskaper som erfaring, meninger, opplevelser, holdninger og tanker (Thidemann, 2015, s.78). Fire av forskningsartiklene jeg benytter har utgangspunkt i kvalitativ metode, mens en har utgangspunkt i kvantitativ metode.

2.1 Kunnskapsbasert praksis

I kunnskapsbasert praksis bruker man kunnskapskilder i praksis, basert på innhenting av forskningsbasert- og erfaringsbasert kunnskap, samt brukernes egne behov og ønsker for å bedre kvaliteten på tjenesten (Helsebiblioteket, 2017). God fagutøvelse henger sammen med erfaringsbasert kunnskap, brukermedvirkning og brukerkunnskap. Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap som anskaffes gjennom praksis (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reiner, 2012, s.17-18).

Brukermedvirkning i praksis er at brukernes syn skal imøtekommes og vektlegges i beslutning som angår den enkelte bruker. Sykepleier skal legge både egen erfaring og forskningsbasert kunnskap frem for brukeren (Nortvedt et al., 2012, s.19).

2.1.1 Litteratursøk

I søket etter forskningsartikler har jeg brukt de databasene som høyskolen har anbefalt og som er anbefalt i forelesning i emnet Bacheloroppgave. Jeg ser derfor på disse som pålitelige. Disse databasene er: Academic Search Elite, Cochrane Library, Svemed+ og Idunn. Jeg har brukt mye tid på å finne forskningsartikler som var relevante og søkehistorikken for dette ble lang. Søkeordene kombinerte jeg med AND og OR. Jamfør Vedlegg 1 som er en oversikt over søketreffene.

For å finne forskningsartikkelen «Livskvalitet hos pasienter i legemiddellassistert rehabilitering» (Brekke, Vetlesen, Høiby & Skeie, 2010, s. 1340-1342) søkte jeg i Svemed+ med søkeordet: «legemiddellassistert rehabilitering», fikk da 14 treff.

Jeg søkte i Svemed+ og kombinerte søkeordene: «quality of life» og «opiate substitution treatment» med AND, fikk da 4 treff. Da fikk jeg opp artikkelen: «The first 38 methadone maintenance treatment patients in Stockholm: Focus on detoxification from methadone» (Hiltunen, Eklund & Borg, 2010, s. 106-111).

Da jeg fant forskningsartikkelen «Bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika blant pasienter i LAR» (Grønnerud, Mahic & Bramness, 2014, s. 53-57) søkte jeg med setningen «benzodiazepiner i LAR» i Google Scholar og fikk 1810 treff. Fordi jeg fant denne artikkelen som god og relevant valgte jeg å ta den med.

Jeg søkte i Svemed+ og kombinerte søkeordene: «verdighet» og «mestring» med AND, fikk da 1 treff. Fant da forskningsartikkelen «Små ting med stor betydning» - en kvalitativ studie av meningsinnholdet i begrepene «mestring» og «verdighet» (Nodeland, Larsen, Mohamedi, Nodeland & Andersen, 2016, s. 200-209).

Forskningsartikkelen «Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff» (Chorlton, Smith & Jones, 2015, s. 51-58) fikk jeg anbefalt av min veileder på bacheloroppgaven.

2.2 Kunnskapsgrunlaget

Det første jeg gjorde da jeg begynte med oppgaven var å søke i Google og Google Scholar, for å få mer oversikt over hva LAR er og hvordan det forholder seg til rusmiddelpåvirkning. Jeg leste i heftet «Lommerus – En guide for helsepersonell i behandling av rusmedisinske problemstillinger» (Helse Bergen, 2015) som jeg fikk på avrusningsposten. Jeg har lest en del i «Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet» (Helsedirektoratet, 2010) og «Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (Legemiddelassistert rehabilitering)» (Helsedirektoratet, 2013).

Noen uker ut i skriveprosessen tok jeg kontakt med Bergensklinikkene som gav meg tips for hvor jeg kunne søke og hva jeg kunne ta med for å svare på problemstillingen. De tipset meg om å lese i årsrapportene til SERAF, som rapporterer årlige evalueringer om hvor mange som er i behandling og en individuell status for disse. Det danner grunnlag for å si noe om utviklingen, samt vise forskjellene mellom regionene og helseforetakene (Waal, Bussesund, Clausen, Skeie, Håseth & Lillevold. 2016, s. 2).

2.3 Valg av metode og kildekritikk

Tre av forskningsartiklene mine er funnet i Svemed+ som jeg ser på som pålitelig da det er en database for medisin, sykepleie og helsefag. En forskningsartikkel er funnet i Google Scholar som er

en generell søkebase. Svakheten med databasen er at det ikke er mulig å begrense søket. Jeg har allikevel funnet forskningsartikkelen relevant, fordi det er en originalartikkel. På nettsiden til forlaget skriver de at alle originalartiklene deres er fagfellevurdert (Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, 2017).

I forskningsartikkelen «Små ting med stor betydning» - en kvalitativ studie av meningsinnholdet i begrepene «mestring» og «verdighet» (Nodeland et al., 2016, s.200-209) opplever jeg at de går mye inn på psykiatriske pasienter og i liten grad skriver om pasienter med rusproblemer.

Forskningsartiklene er publisert mellom 2010-2016, det er en styrke at de ikke er eldre enn syv år.

Jeg har tatt med en fagartikkel, «Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser» (Ness, Borg, Karlsson, Almåsbakk, Solberg & Torkelsen, 2013, s.219-228). Denne ser jeg på som relevant for å gi oppgaven et særpreg. Artikkelen tar med brukernes egne ord, som jeg synes er viktig i all rusbehandling. De fleste av bøkene jeg har brukt i oppgaven er pensumlitteratur, som gjør dem kvalitetssikret. Bøker som ikke finnes i pensumlisten har jeg fått anbefalt av fagpersonell.

Det begrepet jeg har prøvd å bruke mest er «bruker», på tross av at de har brukt begrepet «pasient» i flere av forskningsartiklene. Jeg mener begrepet pasient får personen til å høres syk ut, og har derfor prøvd å unngå det mest mulig.

3.0 Teori

Det er vanskelig å skille mellom bruk, avhengighet og misbruk. Rusavhengighet er trangen til å innta psykoaktive stoffer, alkohol eller tobakk (Biong & Ytrehus, 2012, s.19). LAR ble først introdusert av Dole og Nyswander i USA på 1960-tallet og ble da omtalt som «Methadon Maintenance Treatment». (Johansen & Bramness, 2012, s.139). Bakgrunnen for at Norge først startet opp med substitusjonsbehandling i 1990 årene, kan være fordi rusproblematikken ble sett på som en sosial lidelse (Haga, 2011, s. 333).

3.1 Legemiddelassistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en behandlingsmodell for opioidavhengige. Behandlingen har vist seg å øke livskvaliteten, redusere forbruket av heroin og redusere overdoser (Helsedirektoratet, 2010, s.12). Spesialisthelsetjenesten har hovedansvaret for behandlingen i LAR (Biong & Ytrehus, 2012, s.25).

For å delta i LAR blir brukerne vurdert etter rusproblematikk og ikke alder. Andre behandlingsmetoder skal utprøves før oppstart med LAR (Haga, 2011, s.336). Substitusjonslegemidler er attraktivt på det illegale markedet, derfor gjennomføres det jevnlig kontroll for å unngå lekkasje, salg og misbruk. Dette gjøres for å sikre brukerens rusmestring slik at behandlingen er forsvarlig (Helsedirektoratet, 2010, s. 13/Haga, 2011, s. 336).

3.1.1 Ulike medikamenter i LAR

Substitusjonslegemidlet som tidligst ble tatt i bruk var metadon. Det har langtidsvirkende effekt og tas én gang om dagen. Metadon gir ingen umiddelbar rusfølelse, men hindrer abstinenser og rus sug (Johansen & Bramness, 2012, s.139). Overdoser av metadon hos personer som ikke har vært i LAR er vist seg å være økende de senere årene (Haga, 2011, s. 335).

Subutex er et annet legemiddel og inneholder et kjemisk stoff – buprenorfin. Tabletten er langtidsvirkende og brukerne trenger derfor ikke å ta den hver dag. På grunn av risiko for misbruk av subutex blir det gjerne erstattet av suboxone som er tilsatt motgiften nalaxon, denne motgiften har ingen effekt ved inntak via munn. Dersom tabletten blir blandet i vann for injisering i blodåre vil motgiften ødelegge for ønsket ruseffekt. Brukerne må bli tydelig informert om at de har fått suboxone, dette på grunn av fare for overdose om den blandes med annet rusmiddel (Fekjær, 2016, s.295-296).

3.1.2 Interaksjoner

Legemiddelets effekt kan påvirkes om de blir gitt sammen med andre legemidler.

Legemiddelinteraksjoner kan øke risikoen for bivirkninger og redusere ønsket effekt. Dette gjelder ikke alle legemidler, men noen er mer utsatte enn andre (Spigset, 2013, s. 88-89).

Benzodiazepiner er et lovlig legemiddel som blir gitt mot angst, søvnevansker og epilepsi, og gir en raskt dempende effekt i lav dose. I større doser blir brukerne sløve, får slørete tale, svekket hukommelse og nedsatt oppmerksomhet. Dette er et vanlig tilleggsrusmiddel blant rusavhengige og anskaffes gjerne illegalt (Skjøtskift, 2012, s. 108). Risikoen for overdosedødsfall er større når benzodiazepiner blir tatt sammen med opioider (Helsedirektoratet, 2010, s. 45).

3.2 Rutiner for utlevering av substitusjonsmidler

Alle pasienter har rett på forsvarlig helsehjelp. Når brukeren er under 23 år har departementet satt en frist for når nødvendig helsehjelp senest skal være mottatt (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999, §2-1b). De har også rett på å være med å bestemme valg av forsvarlig behandling og ha medvirkning i hvordan tjenestetilbudet utformes (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999, §3-1). Det forventes at helsepersonell yter faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i arbeid ut fra sine faglige kvalifikasjoner. Departementet kan bestemme at noen typer helsehjelp bare skal gis av personell med særskilte kvalifikasjoner (Helsepersonelloven – hpl, 1999, §4).

LAR er spesialisert behandling som inngår i et rehabiliteringsforløp hvor det utleveres en bestemt dose vanedannende legemidler (LAR-forskriften, 2009, §3). Alder, lengde opioidavhengighet og brukerens helsetilstand skal vurderes før LAR tilbys (LAR-forskriften, 2009, §4). Det forutsettes at inn- og utskriving av LAR skjer i regi av spesialisthelsetjenesten (LAR-forskriften, 2009, §5). Det er lege i spesialisthelsetjenesten som tar beslutninger om utlevering og utleveringsordre for legemidler i LAR. Behandlingen skal være sikker og forsvarlig for å forhindre at legemidlene blir tilgjengelig for personer utenfor behandlingen (LAR-forskriften, 2009, §7). For å sikre brukerens rusmiddelbruk kan det besluttes at brukeren må avlegge urin- og blodprøve (LAR-forskriften, 2009, §8). Ved fare for vedvarende og omfattende misbruk eller ikke tilstrekkelig hjelpetiltak kan brukeren bli innlagt i institusjon for behandling og undersøkelse uten eget samtykke (Helse- og omsorgstjenesteloven – hol, 2011, §10-2).

De anbefalte rutinene for utlevering av substitusjonslegemidler er at legemidlene skal merkes med navn og dato for utlevering. For å få best holdbarhet beholdes tablettene i folien til utlevering. Den som leverer ut legemiddelet skal ha skriftlig melding om hvordan inntak skal skje, om det skal skje under påsyn eller om brukeren får ta med seg dosen hjem, jf. LAR-forskriften § 7 (LAR-forskriften, 2009, §7). I veilederen for utlevering av substitusjonslegemiddel står det at brukeren bør skjermes

ved utlevering av LAR-legemidler. Både brukeren og den som utleverer må kvittere for utlevert/mottatt dose. Selv om brukeren skal få utlevert doser for flere dager bør den første dosen overvåkes (Helsedirektoratet, 2013, s. 12-15).

Brukeren skal ha tilgang på et telefonnummer som kan ringes dersom avtalt utleveringstidspunkt ikke kan overholdes. Ved utlevering i hjemmet skal tidspunkt avtales på forhånd. Om brukeren er ruspåvirket eller har avlagt urinprøve som er positiv på rusmidler, skal lege kontaktes for vurdering om dosen skal utleveres. Hvis det ikke er mulig å få tak i legen, skal utleverer selv vurdere om det er forsvarlig å levere ut dosen. Dersom brukeren er ruspåvirket kan det avtales at halve dosen blir utlevert ved oppmøte, deretter vurdere noen timer senere om resten av dosen skal gis. Doser for å ta med hjem skal ikke utleveres om brukeren er ruspåvirket. Det finnes egne retningslinjer for utlevering av LAR til brukere i fengsel (Helsedirektoratet, 2013, s. 20-23).

3.3 Verdighet

Prinsippet om at alle mennesker har iboende, medfødt menneskeverd legger grunnlaget for begrepet «verdighet». Alle mennesker har verdighet. Den kan styrkes ved handlinger som bygger vår selvrespekt nestekjærlighet og integritet (Global dignity, 2017). Verdighet er noe som bekreftes av andre, for å føle seg verdig må man oppleve å bli behandlet med verdighet (Bredland, Linge & Vik, 2011, s.37). Det er svært viktig at som helsepersonell i møte med bruker kan gi behandling på en slik måte at de kan opprettholde eller gjenopprette sin verdighet. Man møter brukere som ofte er i sårbare situasjoner, og det er da viktig at helsepersonell er tilstede og har forståelse for at det kan være vanskelig for brukeren å motta hjelp (Skærbæk & Lillemoen, 2013, s. 13-14). For mange brukere er det viktig å bli møtt med respekt og verdighet i rehabiliteringsprosessen, ved å ikke bli møtt med «pekefingeren» for hva som er rett og galt. Det å kunne møte både på gode og dårlige dager er et inkluderende miljø (Ness et al., 2013, s. 224).

3.3.1 Brukermedvirkning

Alle brukere har rett på brukermedvirkning. Brukerne skal delta i både planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltakene. Hensikten med dette er at brukeren får være med å bestemme over sin egen behandling (Ytrehus, 2012, s.255).

3.4 Kommunikasjon og etablering av relasjon

Ved at man blir påvirket av en annens situasjon, står man i en relasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s.84). En evne alle mennesker har er kommunikasjon, noe som gjør at vi kan kommunisere med personer med annen bakgrunn eller som prater et annet språk (Røkenes & Hanssen, 2012, s.41). Det kan være viktig for brukeren å kjenne på trygghet og følelsen av å bli forstått (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 241), samt at man prøver å avgrense åpenheten og avstanden for å unngå konflikter som kan

oppstå når noe blir sagt direkte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 248). Å la brukeren oppsummere på slutten av samtalen kan være viktig for å gjenta målene og gjøre temaet i samtalen mer tydelig (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 265).

Travelbee (2001) sier speiling er en populær kommunikasjonsteknikk hvor man enten gjentar noen av ordene eller utsagnene som blir sagt eller speiler følelsene til personen man kommuniserer med. Når man speiler gir man anledning til at brukeren kan få prate om følelser (Travelbee, 2001, s 155-156).

Som mennesker observerer og gjør vi oss opp en formening om den andre allerede ved det første møtet. Godt første inntrykk kan ofte komme av at personen minner om noen man har et godt forhold til. Sykepleier og bruker ser på hverandre som individer og bruker tidligere erfaringer i situasjonen, siden de ikke kjenner hverandre (Travelbee, 2001, s.186-187). Empati har en betydning for videre fremvekst av relasjon. Dette er en erfaring hvor man tar del i den andres sinnstilstand ved å forstå betydningen av hva den andre føler. Ved empati opplever man å bli forstått (Travelbee, 2001, s.192-193).

Sympati og medfølelse handler om å ha medlidenhet for andre, og om å hjelpe fordi man ønsker det og ikke fordi det forventes. Det er derfor ikke mulig å være sympatisk og samtidig være distansert fra personen. Ulikt fra begrepet empati kjenner personen en trang til å hjelpe eller lindre plagene, og er en innstilling og en egen måte å tenke, føle og kommunisere på (Travelbee, 2001, s. 200-201).

Motiverende samtale er en anbefalt samtaleteknikk som brukes for å motivere til adferdsendring. Denne metoden blir brukt i rusbehandling og fungerer godt i møte med personer med utfordringer, der de møtes med tanke på at brukeren selv vet best (Helsedirektoratet, 2017). Man kan unngå konfronterende tilnærming ved å snu fokuset bort fra hva behandleren tror er viktig, til hva brukeren selv vektlegger som viktig. Om det oppstår frustrasjon vil det være på grunn av brukeres prioriteringer mot målene som er satt (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006, s.124-125). Ved å gjøre brukeren oppmerksom på at rusbruket er i strid med målene, kan man få endret adferden. I endringsprosessen beveger brukeren seg inn i noe ukjent, og motstand er dermed en naturlig del av den prosessen (Mueser et al, 2006, s.129-130).

4.0 Forskningsresultat

4.1 Forskningsartikkel 1

Forskningsartikkelen «Livskvalitet hos pasienter i legemiddelasistert rehabilitering» (Brekke et al., 2010, s.1340-1342) er en kvalitativ studie. De intervjuet 26 brukere i LAR. Brukerne fikk et direkte spørsmål: «Hva tenker du er de to viktigste årsakene til at livskvaliteten er blitt bedre/dårligere?». Studiens hensikt var å se på endringer i livskvalitet under legemiddelasistert rehabilitering og høre oppfatning av om endringene førte til bedring eller forverring.

Funn: I forklaringene for bedret livskvalitet svarte de at livet ikke lenger styres av rus, de har færre sosiale problemer, bedre forhold til familie og venner, og bedre fysisk eller psykisk helse. Fast arbeid, rutiner og fast inntekt er noe de mener har fremmet god livskvalitet. Å være i arbeid er sosialt og de kjenner på deltagelse i noe de tidligere ikke har vært en del av. En frihet og kontroll over livet er den viktigste forklaringen for bedret livskvalitet.

I forklaringene for redusert livskvalitet trekker de frem at de savner sin gamle omgangskrets og har en redsel for å havne «på kjøret» igjen. Det kommer frem at noen føler det er krenkende å stadig måtte ta urinprøver og at de blir behandlet mer som en narkoman i LAR, enn som nykter utenfor LAR. Det å måtte forholde seg til og akseptere reglene som LAR medfører kan oppleves krenkende.

4.2 Forskningsartikkel 2

I forskningsartikkelen «The first 38 methadone maintenance treatment patients in Stockholm: 15-year follow-up with a main focus on detoxification from methadone» (Hiltunen et al., 2010, s.106-111) følger de opp de 38 første pasientene som startet med metadonbehandling i Stockholm. Målet med studien var å se på faktorer for vellykket behandling, utfall og brukernes livssituasjon. Brukerne ble først intervjuet en gang, deretter 15 år senere. De ble inndelt i fire grupper. Gruppe 1: Ingen tilbaketrekning. Gruppe 2: Tvunget til å avslutte behandlingen. Gruppe 3: Vellykket nedtrapping. Gruppe 4: Ikke-vellykket nedtrapping.

Funn: I denne studien fant de ut at en stor andel av de som forsøkte å avslutte metadonbehandlingen lyktes. De hadde også redusert deres andre rusmiddelvaner og oppnådd positiv og stabil livskvalitet. Etter femten år viste det at livssituasjonen i gruppe 3 (vellykket nedtrapping) og gruppe 4 (ikke-vellykket nedtrapping) hadde en mer stabil livssituasjon. Mens gruppe 1 (ingen tilbaketrekning) viste en lavere livskvalitet i forhold til de andre gruppene. Gruppe 2 (tvunget til å stoppe behandling) viste mer ulovlig narkotikabruk. I løpet av femten år viste alle brukerne betydelig forbedring med tanke på sosial livssituasjon. I følge Hiltunen bør målet være

et opiatfritt liv hos de brukerne som er motiverte og har god fremgang i metadonvedlikeholdsbehandlingen. Hos disse brukerne kan en se at livssituasjonen og velvære er bedre.

4.3 Forskningsartikkel 3

Forskningsartikkelen «Bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika blant pasienter i LAR» (Grønnerud et al., 2014, s. 53-57) er en kvantitativ studie hvor de brukte informasjon om personer som hadde over 300 utleveringer av substitusjonslegemiddel og «GABA-erge-midler» fra apoteket i tidsperiode mellom 2008 og 2011. Både før og etter retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengighet kom i 2010. Dette ble gjort for å se økningen i bruk av benzodiazepiner og z-hypnotikum. I forskningsartikkelen bruker de «GABA-erge-midler» som en samlebetegnelse for benzodiazepiner og z-hypnotikum.

Funn: Etter innføringen av nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet som ble innført i 2010, var det en liten økning i bruken av benzodiazepiner. Mange brukere i LAR har psykiske lidelser og det er vist at de vil ha god effekt av disse legemidlene over en kort periode, men ingen intensjon om å øke forbruket av medisinene. SERAF sine årsrapporter viste at 42% av LAR-brukerne hadde selvrapportert bruk av benzodiazepiner den siste måneden i perioden.

4.4 Forskningsartikkel 4

I forskningsartikkelen «Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff» (Chorlton et al., 2015, s.51-58) undersøker de hvordan innlagte personer med psykiske problemer som bruker ulovlige stoff eller alkohol opplever relasjon med ansatte.

Brukere er redde for å bli latterliggjort og dømt av personalet på grunn av deres stoffbruk. Ved at de ansatte brukte tid på brukeren, lyttet, spurte om trivsel og tilbød støtte, klarte brukerne bedre å takle frykten for å bli avvist. Når personalet derimot brukte diktatorstil i kommunikasjonen, kunne relasjonen mellom bruker og helsepersonell bli ødelagt. Trygghet var viktig for at deltakerne skulle la de ansatte hjelpe dem. Det var også enklere å avstå fra rusmidler når de kjente seg trygge. Måten de ansatte spurte spørsmål knyttet til rusmidler var også avgjørende for om brukeren stolte på den ansatte.

Funnene i studien var at om brukeren tidligere hadde opplevd å bli avvist fra familie og venner, kan det føre til at de har vanskeligere for å stole på helsepersonell. Det er dermed viktig at de ansatte bruker en ikke-dømmende tilnærming, spesielt rundt stoffbruket. Konflikter oppstår lettere når folk

kommuniserer ved hjelp av kritikk og dømmende språk. Ikke-dømmende kommunikasjon fremmer positiv relasjon.

4.5 Forskningsartikkel 5

I forskningsartikkelen ««Små ting med stor betydning» –en kvalitativ studie av meningsinnholdet i begrepene «mestring» og «verdighet» (Nodeland et al. 2016, s.200-209) ser de på brukere, pårørende og ansattes oppfatning og tolkning av begrepene. De har brukt fokusgruppeintervju bestående av fire brukere, fem pårørende og syv ansatte.

Funn: For noen av brukerne handlet mestring om hvor høyt oppe i samfunnet man befinner seg, med tanke på makt og sosial klasse. Stigmatisering knyttet til dårlig økonomi og initiativ var det som hindret brukerne i å være vanlige samfunnsborgere, mente de ansatte. Trygghet og relasjon satte de ansatte som sentralt i å kunne yte hjelp samtidig som man opprettholder verdigheten. Å bli forstått, bli hørt og lyttet til er noen av tiltakene deltakerne dro frem om verdighet. Å være med på noe så «normalt» som å treffe gamle kjente eller gå på kafé var noe som gav mestringsfølelse.

Det vi betegner som «små ting» blir trukket frem som mestring og verdighet. Pårørende og brukerne mente at målet ikke var selvstendighet. Det handlet om å få hjelp til en mer «normal» hverdag i form av sosial deltakelse. Mestring og verdighet kom av de små tingene i hverdagen og det å bli møtt som et likeverdig menneske. Om relasjonen til hjelperen er god kan verdigheten ivaretas, selv om brukeren har behov for hjelp fra tid til annen.

5.0 «Hvordan kan sykepleier bidra til å skape en god relasjon ved utlevering av legemidler i Legemiddelassistert rehabilitering?»

Sykepleierens holdning og erfaring til rusavhengighet har en innvirkning i relasjonen som oppstår. Når sykepleier går inn med innstillingen om å se og hilse på brukeren og skape trygghet, vil det være enklere å danne relasjon. Rutiner for utlevering av LAR er forskjellig fra sted til sted og selv om sykepleier mener alt godt, mener jeg at kommunikasjon med brukere har stor betydning for om sykepleier når frem.

5.1 Etablere relasjon

Formålet med LAR behandling er at brukerne får støtte og hjelp til å endre sin livssituasjon og øke sin livskvalitet (Helsedirektoratet, 2010, s.12). For å oppnå dette er det viktig at sykepleier etablerer god relasjon. Travelbee (2001) sier at allerede ved første møtet gjør man seg opp noen tanker og meninger om brukeren, som baner vei videre for hvordan vi vil oppføre oss og hvordan vi vil reagere i møtet (Travelbee, 2001, s.186). Dersom en ikke har erfaring med rusavhengige bygger man gjerne holdninger på at man har hørt historier om rusmisbrukere, for eksempel overdosedødsfall. Dette kan legge grunnlaget for at man stigmatiserer mer enn hva man er klar over. Det gode førsteinntrykket kan ofte komme av at brukeren ligner på en man har et godt forhold til (Travelbee, 2001, s.186) eller det omvendte kan være at et dårlig forhold kan ha skylden i et dårlig førsteinntrykk. Jeg tror at om man har vokst opp med holdninger om at rusavhengighet er selvforskyldt kan man enkelt tro at dette gjelder for alle. Om sykepleier har dårlig erfaring med rusbrukere er det en mulighet for at sykepleier-pasient kontakten kan oppleves som vanskelig eller skummel (Travelbee, 2001, s. 186-187).

Brukerne i LAR-behandling befinner seg ofte i en sårbar situasjon. Det er viktig at sykepleier viser forståelse og lytter (Skærbæk & Lillemoen, 2013, s. 14). Empati er viktig for at brukeren skal oppleve å bli forstått. Det har også en betydning for å etablere et godt forhold mellom sykepleier og bruker. Om sykepleieren er empatisk i væremåten, hilser og møter blick for å få kontakt, vil brukeren oppleve at sykepleierens identitet kommer tydeligere frem. Brukeren får en tydeligere oppfatning av hvem sykepleieren er og omvendt (Travelbee, 2001, s. 192-193).

Sykepleier må forholde seg rolig, unngå å argumentere så mye selv om vedkommende er uenig med brukeren, uenighet kan utvikle seg negativt og medføre at bruker blir aggressiv. Når brukerne ikke blir møtt med «pekefingeren» for hva som er rett og galt, blir forholdet mellom bruker og helsepersonell bedre (Ness et al., 2013, s.224). Ved å unngå «pekefingeren» vil trolig brukeren ikke føle at de blir dømt på noen måte.

Selv om sykepleier bare ønsker det godt for brukeren har kommunikasjonen en betydning for om vedkommende når inn hos brukeren. De har alle rett på brukermedvirkning og det er derfor viktig at brukeren føler seg inkludert ved å få ta del i avgjørelser som har innvirkning på egen behandling (Ytrehus, 2012, s.255).

I kommunikasjon med brukeren kan sykepleier speile ordene eller utsagnene for å hjelpe brukeren til å snakke om følelser (Travelbee, 2001, s.156). Dette kan gjøres på en slik måte at brukeren hører hva de selv sier, og korrigerer på dette etter hvert i samtalen. Om samtalen blir for åpen og direkte kan det skape konflikter eller utagering. Det kan være en fordel at det er brukeren som avgjør hvor åpen eller lukket samtalen skal være og hva som føles greit å si og ikke (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 248).

5.2 Hva har relasjon å si for å oppnå verdighet?

Tidligere erfaringer med brutte relasjoner fra familie, venner og tidligere hjelpeapparat kan gjøre at brukeren har vanskeligheter med å danne relasjon med sykepleier (Chorlton et al., 2015, s.51). Dette kan henge sammen med redsel for å bli gjort narr av eller latterliggjort på grunn av stoffbruket. For å skape god relasjon mellom bruker og sykepleier er det viktig at brukeren føler seg trygg. Hvordan sykepleier går frem for å fremme relasjon med bruker er avhengig av hvordan sykepleieren i denne sammenhengen viser seg som person. Om brukeren opplever en dømmende tilnærming vil man trolig ikke nå frem hos brukeren og sykepleieren vil sannsynligvis heller ikke forstå hvorfor. Dersom sykepleieren har en ikke-dømmende tilnærming fremmer det positiv relasjon og det er enklere å unngå konflikt med bruker. Ved at sykepleieren ikke dømmes rusbruket vil brukeren få en tryggere tilnærming. Trygghet er viktig for å skape relasjon mellom bruker og sykepleier (Chorlton et al., 2015, s. 53-56).

For å oppnå vellykket behandling er det viktig at brukeren opplever god relasjon med den som leverer ut legemiddelet (Løvaas & Dahl, 2013, s.196). Dette fordi brukeren ikke skal føle seg krenket. Som helsepersonell slår det meg ofte at rusbrukerne har gått gjennom mye mer enn hva man først trodde, men ikke alle ønsker å fortelle fra sin fortid. På «folkemunnet» hører man bare om at de ruser seg og ikke grunnen til at de startet med det. De fleste går gjennom en fase i livet hvor de må bytte ut sin sosiale omgangskrets for å komme seg bort fra rusmiljøet og redde sin egen helse. De som forklarer at livskvaliteten blir redusert i LAR, viser til redsel for å begynne med rus igjen, men også at de savner sine gamle venner (Brekke et al., 2010, s.1341). Flere blir ofte tatt i å lyve eller benekte sitt rusproblem og ikke alle klarer å stå imot ruspresset. De fleste vet hvor de får tak i stoff, hvis de ønsker å få tak i det.

Begrepet «verdighet» er flertydig og blir brukt annerledes mellom bruker, pårørende og ansatte. De ansatte i Nodeland sin studie mener det er viktig med trygghet og relasjon, pårørende mener det er

viktig å bli forstått og hørt. For brukerne handler verdighet om hvor høyt oppe i systemet man befinner seg. Det kommer frem at det å ha et tak over hodet, er det de til felles mener er verdighet (Nodeland et al., 2016, s. 203-205). Verdighet er et begrep som tar skille etter hvor og hvem som bruker det. Det kan være negativt om brukerne må forholde seg til mange forskjellige sykepleiere, blant annet fordi de kan bli lei av å måtte fortelle om hvorfor de er i den situasjonen de er. Ved å ha en fast «gruppe» helsepersonell som står for utdeling av LAR-legemidler kan det bidra til at brukeren får bedre tillit og trygghet til helsepersonell.

I §8 i LAR-forskriften slås det fast at brukeren kan bli bedt om å avlegge både urinprøve og blodprøve for å kontrollere legemiddelinntaket (LAR-forskriften, 2009, §8). Både benzodiazepiner og substitusjonslegemidler er attraktivt på det illegale markedet. Brukeren må derfor jevnlig gjennom ulike kontroller for å sikre god rusmestring og for å kontrollere at behandlingen er forsvarlig (Helsedirektoratet, 2010, s.13/Skjøtskift, 2012, s.108). I følge Brekke føler noen av LAR-brukerne at dette er krenkende (Brekke et al., 2010, s.1341). Selv om brukerne er klar over at det er normalt å ta urinprøver i LAR-programmet, kan det allikevel være både skamfullt og krenkende. Ved at sykepleieren viser forståelse og lar brukeren bruke den tiden de trenger kan man bidra til at situasjonen føles bedre for brukeren. Det handler mye om å ha en god dialog med brukeren og sørge for at brukeren forstår hvorfor det blir gjort. Det kan også være betryggende å vite at alle må ta kontrollprøver.

5.3 Er det størst fordel å dele ut medikamenter i gruppe eller en-til-en?

I henhold til de anbefalte rutinene for utlevering av substitusjonslegemidler i og utenfor LAR står det at brukerne bør skjermes ved utlevering av LAR-legemidler (Helsedirektoratet, 2013, s.12). Min erfaring er at utlevering av LAR-legemidler gjøres på flere måter. Utlevering av medikamenter individuelt eller til flere brukere om gangen, sist nevnte kan både være positivt og negativt. Det at brukerne ser at det er andre som også er i LAR kan være positivt for deres verdighet, ved at de ser at utleveringen av legemiddelet blir gjort på samme måte for alle. I fengselet var de innsatte svært opptatt av at helsepersonellet ikke skulle «pulverisere» tablettene. Ved at de kunne se at de andres tablett ble delt ut i like store deler, ble de ikke så opptatt av dette. Ved utlevering i grupper kan det være at noen har lettere for å skulle «tøffe» seg overfor de andre eller mot den som leverer ut legemiddelet, det er da viktig at utleverer forholder seg rolig. Utlevering til flere personer om gangen kan føre til negative samtaler som går på måten legemidlene blir utlevert på. I fengselet var det alltid betjenter med under utlevering, dette for sikkerheten til både helsepersonell og innsatte.

Det er viktig med god informasjon rundt fremgangsmåten for utleveringen av legemidlene. Den negative siden ved utlevering i grupper er at samtalene er generelle og gir ikke anledning til private

og personlige tema. Brukerne blir ikke sett på som enkelt personer som gjør at de ikke får muligheten til å fortelle hvordan de har det, på samme måte som de ville gjort om de hadde vært alene. Det kan likevel være at de i gruppen føler seg komfortable til å prate om seg selv, dersom de er trygge på hverandre.

Ved å levere medikamentene en-til-en, slik anbefalingen er (Helsedirektoratet, 2013, s.15) får sykepleier mulighet til å prate mer med brukeren. Man kan gå mer inn på hvordan brukeren har det, både med tanke på virkningen av medikamentene, men også hvordan vedkommende har det fysisk og psykisk.

Når brukerne er motiverte og har god fremgang, bør deres mål for fremtiden være et opiattfritt liv (Hiltunen et al., 2010, s. 110). Ved å og ha dette som delmål underveis, kan det og være hovedmålet til brukeren selv om vedkommende har hatt noen «smell» på veien. Mange opplever at livet ikke lenger styres av rus, de har færre sosiale problemer og bedre forhold til familie og venner, men dagene går både opp og ned hos dem som hos alle andre (Brekke et al., 2010, s. 1341). De kan ha vanskelige dager eller de kan ha gått på en «smell», noe som gjør at de har behov for samtale. I sårbare situasjoner kan det være vanskelig for brukeren å motta hjelp (Skærbæk & Lillemoen, 2013, s.14). Ved å vise at man er der for brukeren, viser forståelse og respekt, kan det trygge brukeren og gi mer tillit. I hjemmesykepleien er det ofte mange personer innom for å avlevere legemidlene, da er det viktig at alle gjør likt. Dette for å unngå belastningen for brukeren ved at når det er «Kari» som kommer gjøres det på én måte, mens når «Hanna» kommer gjøres det på en annen måte.

Jeg mener det er mest positivt å levere medikamentene en-til-en, da brukeren blir sett på en helt annen måte. Det skaper en større trygghet både hos bruker og sykepleier ved at de får en sterkere relasjon og det blir ikke så mange å forholde seg til for begge parter. Brukerne får muligheten til å fortelle om andre ting som plager dem, som gjerne ikke gjelder LAR. Ved utlevering i hjemmet er sykepleieren kanskje den eneste personen brukeren ser gjennom dagen, i disse tilfellene kan det kanskje være spesielt godt for brukeren at sykepleier har tid til den gode samtalen. Det kan også være bra for sykepleieren å kunne forholde seg til en om gangen.

5.4 Hva når brukeren er ruset?

Sykepleier bør forberede seg på hva enn kan møte ved utlevering. Noen ganger er brukerne allerede ruspåvirket og det er da viktig at sykepleier vet hva som er rutine. Lege skal alltid kontaktes ved rusmiddelpåvirkning og det er lege som avgjør om legemiddeldosen skal utleveres. Det kan for eksempel være at brukeren ikke får sin dose med legemidler og/eller må avlegge urinprøve. Det kan også være at brukere som vanligvis får utlevert doser for flere dager, må ta medikamentet under påsyn og ikke får med seg doser hjem. Andre ganger ved rusmiddelpåvirkning kan brukeren få halve

dosen ved oppmøte for så å komme tilbake noen timer senere for å få resten av dosen (Helsedirektoratet, 2013, s.22-23). Dette kommer helt an på situasjonen. Jamfør §2-1b har brukeren rett på forsvarlig helsehjelp, uansett om brukeren er ruset eller ikke (Pasient- og brukerrettighetsloven -pbrl, 1999, §2-1b). Det er viktig for alle brukere i rehabilitering å bli møtt med respekt og verdighet, det vil si å bli positivt bekreftet av andre. Man bør prøve å unngå at brukeren føler seg straffet for å være ruspåvirket. Om sykepleieren bare tror at brukeren er ruspåvirket, er ikke det godt nok. Man kan ikke si helt sikkert om noen er ruspåvirket før de viser til positiv urin- eller blodprøve, så lenge vedkommende ikke innrømmer at de har ruset seg.

Under utlevering kan man observere i samtale med brukeren om vedkommende er ruspåvirket. En kan se om brukeren er sløv, har svekket hukommelse eller nedsatt oppmerksomhet (Skjøtskift, 2012, s. 108). Forbruket av benzodiazepiner har vist en økning etter innføring av nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Legemidlene har bare god effekt over en kort periode og bør ikke brukes over lengre perioder (Grønnerud et al., 2014, s.53-56).

Det forventes av helsepersonell at det blir gitt forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, som er i tråd med faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven – hpl, 1999, §4). Når brukeren er ruset kan de si ting de ellers ikke ville sagt eller oppføre seg utfordrende. Det er naturlig med motstand fra brukeren i prosessen som går på endring av atferd. Brukeren vil etter hvert i behandlingen bli oppmerksom på at rusmisbruket står i veien for rehabiliteringen (Mueser et al., 2006, s. 130). Brukeren har gjerne vært rusavhengig i flere år og det «normale» livet er ukjent. De vet antageligvis ikke hvordan det rusfrie livet er og det kan virke skremmende. Brukeren må ta tak i rusproblemet sitt, som innebærer at vedkommende må ønske å bli rusfri.

Noen legemidler er mer utsatt for interaksjoner enn andre og noen ganger brukes de ikke som forskrevet (Spigset, 2013, s.88). Benzodiazepiner er et vanlig tilleggsrusmiddel blant rusavhengige og kan skaffes illegalt (Skjøtskift, 2012, s. 108). Det er viktig at sykepleier beholder roen og prøver å snu fokuset bort fra at brukeren er ruspåvirket for å unngå konfronterende tilnærming (Mueser et al., 2006, s.124). Dette kan man gjøre ved å la brukeren selv snakke og sette ord på situasjonen. Sykepleieren lytter og spør spørsmål til det brukeren sier, men ikke konfronterer eller formaner brukeren for å fortelle at det er galt å ruse seg. Når noe blir sagt direkte vil brukeren kanskje bli irritert og motsette seg hjelpen, man må derfor begrense åpenheten i samtalen (Røkenes & Hanssen, 2012, s.248).

Det er viktig at hjelp kan mottas både på gode og dårlige dager og at sykepleier er mottakelig for hvordan brukeren har det. Når sykepleier kommuniserer med kritikk og dømmende språk oppstår det en dårlig relasjon (Chorlton et al., 2015, s. 55).

Noen ganger klarer ikke brukerne å holde tiden. Når dette er tilfelle er det viktig at sykepleier viser forståelse. Brukerne bør ha tilgang på telefonnummer, slik at de har en mulighet til å gi beskjeder (Helsedirektoratet, 2013, s.20). Når de gir beskjed rundt forsinkelser viser det at de har respekt for helsepersonellens tid. Det er ikke alltid rusfrie mennesker klarer å holde tidspunkt for avtaler, da trenger man ikke være mer strenge mot brukerne med mindre det skjer ved hver utlevering.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg satt spørsmålet «Hvordan kan sykepleier bidra til å skape en god relasjon ved utlevering av legemidler i Legemiddelassistert rehabilitering?». Den rusavhengige går ofte gjennom mer enn hva man ser utad. Brutte relasjoner fra familie og venner kan gjøre det vanskelig for brukeren å stole på og danne nye relasjoner til sykepleier/helsepersonell (Chorlton et al., 2015, s.51).

Forskning viser at noen av brukerne synes det er krenkende å stadig måtte ta urinprøver for å utelukke rusmiddelpåvirkning (Brekke et al., 2010, s.1341), ved å bruke en ikke-dømmende tilnærming unngår man konflikter med brukerne. Når man ikke dømmes brukeren for rusbruket vil vedkommende få en tryggere tilnærming til sykepleier (Chorlton et al., 2015, s. 56). Det er viktig med trygghet og relasjon for å skape verdighet, samtidig som brukeren føler seg sett og hørt (Nodeland et al., 2016, s.203-205). Hovedmålet hos motiverte brukere bør være en opiatfri fremtid (Hiltunen et al., 2010, s. 110). I følge Grønnerud har forbruket av benzodiazepiner økt etter innføring av nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (Grønnerud et al., 2014, s. 56).

I henhold til de anbefalte rutinene for utlevering av substitusjonslegemidler står det at brukeren bør skjermes ved utlevering av LAR-legemiddel, men derimot i fengsel gjøres det annerledes (Helsedirektoratet, 2013, s.15). Min konklusjon er at det er best å gi legemidlene ved en-til-en utlevering for at brukeren skal føle seg verdsatt og inkludert.

Sykepleieutdanningen bør fokusere mer på hvordan møte brukere med rusavhengighet og hvordan utdeling av LAR-legemidler skal skje. Dette fordi sykepleiere vil komme til å møte denne brukergruppen i de fleste tjenester.

Kildeliste

- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). Rusproblem – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s.15-29). Oslo: Akribe AS
- Bredland, E, L., Linge, O, A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brekke, M., Vetlesen, A., Høiby, L., & Skeie, I. (2010). Livskvalitet hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. *Tidsskriftet – Den norske legeforening*, 2010 (13), doi:10.4045/tidsskr.09.1117.
- Chorlton, E., Smith, I. & Jones, S, A. (2015). Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2015(1), 51-58. doi: 10.1007/s00127-014-0920-2
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As.
- Fekjær, H, O. (2016) *RUS – Bruk, Motiver, Skader, Behandling, Forebygging, Historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Global Dignity (2017) *Om verdighet*. Hentet fra: <http://www.globaldignity.no/om-verdighet/>
- Grønnerud, L., Mahic, M. & Bramness, J, G. (2014). Bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika blant pasienter i LAR. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, (10), 53-57. Hentet fra: <http://www.farmatid.no/artikler/vitenskap/bruk-av-benzodiazepiner-z-hypnotika-blant-pasienter-lar>

- Haga, W. (2011). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. Lossius, I.K, Håndbok i rusbehandling. (s. 332-349). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse Bergen – Haukeland universitetssykehus. (2015). *LOMMERUS – En guide for helsepersonell til behandling av rusmedisinske problemstillinger*. Hentet fra: <https://helse-bergen.no/seksjon/Rusmedisin/Documents/Lommerus%203utgave%201mai%20v3.pdf>
- Helsebiblioteket. (2017). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Nasjonale faglige retningslinjer, IS-1701. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/100/IS-1701-Legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf> [Lest 13.10.17].
- Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (legemiddelassistert rehabilitering)*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/96/IS-2022-Veileder-for-utlevering-av-substitusjonslegemiddel-i-og-utenfor-lar.pdf> [Lest: 26.10.2017]
- Helsedirektoratet. (2017). *Motiverende intervju som metode*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#mi-pavirker-helserelatert-atferd> [Lest 26.10.2017]
- Helse- og omsorgstjenesteloven – hol. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesten) m.v av 24 juni 2011 nr. 30. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_10#§10-7

- Helsepersonelloven – hpl. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) m.v av 02 juli 1999 nr. 64. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Hiltunen, A.J., Ekelund. C. & Borg. S. (2010). The first 38 methadone maintenance treatment patients in Stockholm: 15-year follow-up with a main focus on detoxification from methadone. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2011 (65.), 106-111. DOI: 10.3109/08039488.2010.503904
- Johansen, A.B, Bramness, J.G (2012). Psykososial og medikamentell behandling ved rusavhengighet. Biøng. S, Ytrehus. S(Ed.). Helsehjelp til personer med rusproblemer (s.121-142). Oslo: Akribe AS.
- Kristoffersen, N, J. & Nortvedt, P. (2011) Relasjon mellom sykepleier og pasient. I Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s. 83-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- LAR-forskriften. (2009). Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) m.v 18.12.2009 nr. 1641. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>
- Løvaas, E, K. & Dahl, T. (2013). *Rusmiddelbruk og ADHD, Hvordan forstå og hjelpe?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Mueser, K, T., Noordsy, D, L., Drake, R, E. & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykisk lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbygg, L., Solberg, P. & Torkelsen, I, H. (2013). «Å delta med det du kan»: Betydning av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(3), 219-228. Hentet fra: https://www.idunn.no/tph/2013/03/aa_delta_med_det_du_kan_betydningen_av_meningsfulle_akti#

Nodeland, S., Larsen, I, B., Mohamedi, K., Nodeland, S. & Andersen, A, J, W. (2016). «Små ting med stor betydning» - en kvalitativ studie av meningsinnholdet i begrepene «mestring» og «verdighet». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(3), 200-209. doi: 10.18261/issn.1504-3010-2016-03-03

Norsk Farmaceutisk tidsskrift. (2017). *For forfattere*. Hentet fra: <https://www.farmatid.no/om/for-forfattere>

Nortvedt, M, W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L, V. & Reiner, L, M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!*. Oslo: Akribe AS

Nyhus, M. (Produsent). (2016). *Oppstandelsen* [Tekst på album-cover]. Hentet fra: <https://www.endlessoffisiell.com/product-page/oppstandelsen-album>

Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) m.v 02.07.1999 nr. 63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Røkenes, O, H. & Hanssen, P-H. (2012) *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Skjøtskift, S. (2012). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I S.Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s.99-120). Oslo: Akribe AS

Skærbæk, E. & Lillemoen, L. (2013). *Verdi og verdighet*. Oslo: Cappelen Damm AS

Spigset, O. (2013). Interaksjoner – hvordan kan legemidler påvirke hverandre på en ugunstig måte? O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 87-92). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Waal, H., Bussesund, K, Clausen, T., Skeie, I., Håseth, A. & Lillevold, P, H. (2016). *Mot grensene for vekst og nytte?* (SERAF RAPPORT 1-2016). Hentet fra:
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2016/nedlastinger/seraf-rapport-nr-1-2016-statusrapport-2015.pdf>

Waal, H., Bussesund, K, Clausen, T., Skeie, I., Håseth, A. & Lillevold, P, H. (2017). *Er kvalitetsforbedring nå viktigere enn kapasitetsutvikling?* (SERAF RAPPORT 2/2017). Hentet fra:
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/seraf-rapport-nr-2-2017-statusrapport-2016.pdf>

Ytrehus, S. (2012). Kommunalt rusarbeid. I S.Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s.240-269). Oslo: Akribe AS

Vedlegg 1 – Oversikt over forskningsartikler

NAVN PÅ ARTIKKEL	DATABASE:	SØKEORD:	ANTALL TREFF:	ARTIKLER BRUKT:
«Livskvalitet hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering».	Svemed+	«Legemiddelassistert rehabilitering»	14	1
«The first 38 methadone maintenance treatment patients in Stockholm: Focus on detoxification from methadone».	Svemed+	«Quality of life» AND «Opiat substitution treatment»	4	1
«Bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika blant pasienter i LAR».	Google Scholar	«Benzodiazepiner i LAR»	1810	1
«Små ting med stor betydning» - en kvalitativ studie av meningsinnholdet i begrepene «mestring» og «verdighet».	Svemed+	«Verdighet» AND «Mestring»	1	1
«Understanding how people who	Fikk tilsendt av veileder	-	-	-

use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff».				
---	--	--	--	--