

Tilbakefallsforebygging under døgnbehandling

En litteraturstudie

Kandidatnummer: 5019

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i Sosialt Arbeid

Kull: 11SOSHEL

Antall ord: 8759

Dato: 05.05.2014

INNHOLDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	3
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	4
1.2 PROBLEMSTILLING.....	4
1.3 BEGREPSAVKLARING.....	5
1.3.1 Motivasjon	5
1.3.2 Behandling.....	5
1.3.3 Tilbakefall.....	5
1.3.4 Tilbakefallsforebygging	6
1.4 OPPGAVENS SOSIALFAGLIGE RELEVANS	6
1.5 DISPOSISJON	7
2 METODE	8
2.1 UNDERSØKELSESESDSIGN	8
2.2 LITTERATURSØK.....	9
2.3 KILDEKRIK	9
2.3.1 Risikofaktorer for tilbakefall etter rusbehandling	10
2.3.2 Intervjuundersøkelse av 15 tidligere rusmiddelbrukere	10
2.3.3 Nasjonal undersøkelse av pasienterfaringer	11
3 TEORI.....	12
3.1 ENDRINGSHJULET.....	12
3.1.1 Handlingsfasen	13
3.1.2 Vedlikeholdsfasen	13
3.1.3 Forebygging av tilbakefall.....	14
3.2 AMBIVALENS	14
3.3 MESTRINGSTILLIT	15
3.3.1 Sannhetens øyeblikk.....	16
3.3.2 FAK-skjema	16
3.4 RISIKOFAKTORER	17
3.4.1 Forskningsartikler	17
4 DRØFTELSE.....	19
4.1 NORMALISERE ELLER PROBLEMATISERE TILBAKEFALL?.....	19
4.2 FOKUS PÅ MESTRING ELLER MISLYKKEDE FORSØK?.....	21
4.3 FORBEREDELSE PÅ LIVET ETTER UTSKRIVELSE.....	23
4.3.1 Endring som en prosess?	25
5 AVSLUTNING	27
LITTERATURLISTE.....	28

1 Innledning

**”People have always striven to control the events that affect their lives.”
(Bandura 1997:1).**

Det er allment kjent at det er vanskelig å foreta en atferdsendring, spesielt der det også finnes positive sider ved atferden. Barth, Børtveit og Prescott skriver at atferd som har både positive og negative sider ved seg, som for eksempel alkoholbruk, har større tilbakefallsfrekvens. (2013:72-73). For omverden rundt kan det være vanskelig å se de positive sidene ved rusmisbruk, fordi de negative sidene ofte er godt synlige. For den enkelte rusmisbrukere er dette derimot ikke alltid tilfellet. Rusmisbruk er ofte et tema i den offentlige debatten og i Aftenposten var det blant annet en artikkel 25.03.2014 om rusforskningen de siste 20 årene. Arnevik sier i artikkelen;

Vi må nok i større grad se på rusavhengighet som en kronisk lidelse, ikke noe man er ferdig med etter én behandlingsrunde med en ettervernsperiode. Det kan ta mange år før den enkelte mestrer sitt rusproblem. (Skogstrøm 2014).

Det er mange meninger omkring rusfeltet, og ikke minst om hva som er virkningsfull behandling. Regjeringen har sagt at rusfeltet nå skal prioriteres, og uttrykte allerede under valgkampen et ønske om en ny opptrappingsplan. Mottoet for opptrappingsplanen er; ”Det haster med opptrapping i et rusfelt som altfor lenge har sittet nederst ved bordet”. (Skoftedal 2014). I mylderet av meninger omkring rusfeltet, er en ting sikkert, rusatferd er problematisk og vanskelig å endre. Tilbakefall er et kjent fenomen innen rusbehandling, og Helsedirektoratet skriver at tilbakefall er regelen heller enn unntaket. (2012). Prochaska og diClemente har laget en oversikt over ulike faser en pleier å gå gjennom i et endringsforsøk. (Fekjær 2009:247-248). De har implementert tilbakefall som en naturlig fase å gå gjennom. Tilbakefall anerkjennes dermed som en del av prosessen, men kan likevel være svært skadelig når det først inntreffer. I og med at de aller fleste som setter i gang med et endringsforsøk faller tilbake, burde dette i større grad være noe en jobber forebyggende mot.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg ble først introdusert for arbeid i rusfeltet under praksisperioden, som jeg hadde på en avgiftningsenhet i Oslo. Her har jeg fått erfare at tilbakefall, som Helsedirektoratet skriver, er regelen heller enn unntaket. (2012). Dette har gjort at jeg har fått en interesse for temaet og spesielt hvordan en kan jobbe forebyggende med det. Jeg opplever at man beveger seg inn i et spenningsfelt når en tar opp temaet under behandling, fordi det er viktig å problematisere, men også normalisere risikoen for tilbakefall. Å snakke om tilbakefall under behandling kan påvirke både mestringsfølelse og håpet om et rusfritt liv, og endring kan virke uoverkommelig. Samtidig kan det bidra til å forebygge et kraftig tilbakefall som kunne gjort det vanskelig å fortsette på veien mot endring. Før tenkte jeg på tilbakefall som et tegn på manglende motivasjon hos den enkelte. Jeg sier ikke at motivasjon ikke har mye å si for om en beslutning lar seg gjennomføre, men jeg har lært at man må være forsiktig med å tolke et tilbakefall som kun et tegn på manglende motivasjon. Stuen, Ulberg og Audestad skriver at tilbakefall ikke trenger å bety at motivasjonen for endring er lav, men at det kan være et tegn på motstridende ønsker, eller frykt for å slutte med rusmiddelet. ”En person kan ha et sterkt ønske om å slutte å bruke rusmidler men samtidig ha stor frykt for den endringsprosessen dette vil medføre.” (2004:17). For enkelte av pasientene jeg har møtt, syns jeg førforståelsen min om manglende motivasjon til en viss grad stemmer, men hos mange fikk jeg også et innblikk i et liv med mange endringsforsøk, og et tydelig ønske om å komme seg ut misbruket. Det er helt klart utfordrende å endre vaner, men hvordan kan vi som sosionomer bidra på veien mot endring? Hvordan kan vi jobbe forebyggende for å begrense både omfanget og antallet tilbakefall?

1.2 Problemstilling

Hvorvidt kan et fokus på tilbakefall under rusbehandling virke forebyggende for den enkelte pasient?

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Motivasjon

I og med at jeg allerede har benyttet ordet motivasjon, og det er et sentralt begrep i oppgaven, skal jeg kort definere det.

Begrepet motivasjon stammer fra det latinske ordet "movere", som betyr å bevege. (Nordhelle 2010:49). Motivasjon handler om det som skaper bevegelse i livene våre, og hva som er årsaken til at vi handler som vi gjør. (Nordhelle 2010:49). I store norske leksikon står det at motivasjon er de faktorer som setter i gang og styrer atferden. (Teigen 2013). Motivasjon eksisterer ikke uten behov, sterkere behov, gir større motivasjon. (Nordhelle 2010:72). Motivasjon for forandring styrkes dersom tilstanden oppleves som ubehagelig. (Nordhelle 2010:59).

1.3.2 Behandling

Selv om det jobbes mye med tilbakefallsforebygging i poliklinisk behandling, ønsker jeg å avgrense oppgaven til å se på hvordan dette kan være et mulig tema også under døgnbehandling. Jeg skiller ikke mellom alkohol- eller illegale rusmidler, fordi faren for tilbakefall er tilstede ved begge og det forebyggende arbeidet i hovedsak er likt for begge grupper.

1.3.3 Tilbakefall

Tilbakefall betyr å falle tilbake til, gjenoppta tidligere problematferd. For å snakke om et tilbakefall må en ha kommet i gang med et endringsforsøk. Et tilbakefall kan være et midlertidig eller varig steg tilbake i forhold til målet en har satt seg. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:98). Endring har blitt forsøkt, men en klarer ikke å vedlikeholde endringen. "Tilbakefallet er et faktum når personen tar opp igjen atferden og etter kort tid er tilbake i det samme mønsteret som før." (Barth, Børtveit og Prescott 2001:104). Barth, Børtveit og Prescott referer til Marlott og Gordon (1985), når de skriver at det kan være en fordel å skille mellom tilbakefall og glipp. "En avgrenset episode som ikke fører til betydelige negative konsekvenser eller resulterer i en ny langvarig problemperiode, kan i følge Marlatt og Gordon kalles en glipp." (2001:104-105). En glipp er mindre omfattende, skadelig og av mindre betydning enn et tilbakefall. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:105). Et tilbakefall utvikler seg

ofte over tid, og glipper kan være et varseltegn på et større tilbakefall. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:105).

1.3.4 Tilbakefallsforebygging

Å forebygge betyr å forhindre og begrense. ”Forebygging skal bidra til å hindre at rusmiddelproblemer oppstår og utvikler seg.” (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Ved å jobbe tilbakefallsforebyggende ønsker en å lære den enkelte hvordan en kan forutse og mestre et tilbakefall. ”Tilbakefallsforebygging tar sikte på at klienten skal lære å mestre risikosituasjonene uten å falle tilbake til rus. Med god forberedelse er mer enn halvparten av «jobben» gjort.” (Fekjær 2009:257). Aagaard skriver på forebygging.no at en først og fremst må jobbe med å identifisere risikofaktorer, som kort fortalt er situasjoner som kan utløse tilbakefall. (2010).

1.4 Oppgavens sosialfaglige relevans

Problemstillingen har relevans for faget sosialt arbeid fordi sosionomer skal arbeide med å forebygge, løse eller redusere sosiale problemer. (FO 2013). Rusmisbruk er å anse som et sosialt problem og regjeringen skriver i St.meld. nr 16 (2002-2003), at rusmisbruk fører til store samfunnsmessige og personlige omkostninger. Rusmisbruk kan blant annet påvirke den enkeltes livskvalitet, helse, nettverk, arbeid og økonomi. I tillegg påvirkes samfunnet økonomisk ved utgifter til stønad og behandling, og ikke minst gjennom tap av arbeidskraft. NRK skriver at samfunnet årlig bruker 3,6 milliarder kroner på behandling av rusmisbrukere. (2012). En myte er at behandling av alvorlige rusavhengige er nytteløst og bortkastede penger. Lossius skriver at behandling faktisk er svært lønnsomt, og noe å satse på.

Forskning har vist at for hver krone en legger inn i rusbehandlingen, får en to tilbake i form av bedre psykisk og fysisk helse for den det gjelder, pårørende som øker livskvaliteten når den rusavhengige er i behandling og kriminalitet og prostitusjon som reduseres. (2012:37).

Sosialt arbeid har et fokus på endring og problemløsningsarbeid. (FO 2013). Sosionomer kan dermed være viktige bidragsytere i selve behandlingen av rusmisbrukere. Mange sosionomer jobber på behandlingsinstitusjoner, og jobber dermed direkte med pasienter og deres problemer. I tillegg har sosionomer viktige funksjoner lokalt i oppfølging av rusmisbrukere.

De har dermed en gyllen mulighet til å kunne jobbe forebyggende i forhold til tilbakefall, både i og utenfor institusjon.

1.5 Disposisjon

Jeg skal begynne med å skrive om metode, hvordan jeg har funnet frem til litteratur og kildekritikk. Under kildekritikk presenterer jeg forskningsartiklene jeg benytter gjennom oppgaven. Deretter presenterer jeg teori, med hovedvekt på endringshjulet, ambivalens, mestringstillit og risikofaktorer. Etter teorigjennomgang, skal jeg drøfte problemstillingen. Drøftelsen er delt i fire deler som tar for seg ulike aspekter i forhold til temaet jeg skal skrive om.

2 Metode

Metode er kort fortalt fremgangsmåten en benytter for oppgaven. ”Hvis du betrakter problemstillingen som det du ønsker å finne ut av, så er metoden den måten du skal gå frem på for å finne et svar.” (Pettersen 1996:58).

2.1 Undersøkellesdesign

Undersøkellesdesign deles gjerne inn i to hovedtyper; kvalitative- og kvantitative metoder. Når en har funnet problemstilling er det vanlig å ta stilling til hvilket design som vil passe best til undersøkelsen av fenomenet. (Jacobsen 2010:25).

Kvantitative metoder omfatter store utvalg, der utbredelse og antall vektlegges. Et eksempel på en slik studie er spørreundersøkelse. (Jacobsen 2010:64-66). Kvalitative metoder går derimot i dybden og tar utgangspunkt i få enheter, for eksempel intervju. (Jacobsen 2010:56-57). Kvalitative studier er data i form av ord og setninger, mens kvantitativ data kan omgjøres til tall og målbare enheter. (Jacobsen 2010:56-65). Metodene egner seg til forskjellige slags undersøkelser, men enkelte undersøkelser ville hatt nytte av å kombinere metodene, også kalt metodetrianglering. (Jacobsen 2010:146). Jacobsen henviser til Røykenes (2008), når han skriver; ”Kombinasjon er et ideal, men det vil nesten alltid gi oss en mer helhetlig oversikt og dypere forståelse enn når en metode eller et design brukes alene.” (2010:82).

Jeg skal i oppgaven bruke et undersøkellesdesign kalt litteraturstudie, som er en kvalitativ metode. Litteraturstudie betyr at vi ikke skal samle inn data selv (primærdata), men basere oss på data som er samlet inn av andre (sekundærdata). ”Sekundærdata er det man finner i bøker, tidsskrifter, eksisterende databaser (for eksempel offentlig statistikk), og lignende.” (Jacobsen 2010:54). Her er målet å få frem hva som er skrevet om et felt, forsøke å sammenstille funnene, for så å prøve å fastslå hva man har kommet frem til. (Jacobsen 2010:54). I litteraturstudier er det viktig å gjøre rede for hvordan en har funnet frem til litteratur, i tillegg til å være kildekritisk. Det skal være tydelig hvor kildene er hentet fra, og det er derfor viktig å ha gode referanser. Kildene skal være kjent for allmenheten og lett å finne tilbake til.

2.2 Litteratursøk

Det første jeg gjorde da jeg skulle finne litteratur var å søke på Google, med søkeordene; tilbakefall, tilbakefallsforebygging og risikofaktorer for tilbakefall. Grunnen for at jeg begynte på Google, var i hovedsak for å få et inntrykk av temaet jeg ønsket å skrive om. Jeg så deretter gjennom pensumbøker som kunne være relevante, og kikket i litteraturlister og kildehenvisninger for inspirasjon. Jeg søkte på tidligere bacheloroppgaver på DIORA, med søkeord; rus og tilbakefall. I oppgavene jeg så på, sjekket jeg også litteraturlistene etter relevant litteratur.

Jeg fikk god hjelp av bibliotekar på SIRUS biblioteket, der fikk jeg tips om artikler og bøker. I tillegg søkte jeg på forebygging.no, med søkeordet; tilbakefall. Her var det blant annet svart på spørsmål som: ”Hvordan kan man tilrettelegge for og hindre tilbakefall etter behandling for mennesker med rusavhengighet?” (Aagaard 2010). De ga i ”svaret” relevante tips til litteratur. Jeg har også søkt i Diakonhjemmets databaser, blant annet Bibsys og Google scholar på søkeord; tilbakefall, avhengighet, risikofaktorer, relapse prevention, mestring og Self-efficacy. I tillegg har jeg søkt på aktuelle forfattere sitt navn, både på Deichmanske- og Diakonhjemmets bibliotek sine nettsider, for å se hva annet de har gitt ut.

Jeg har gjennom søket kommet over mye relevant litteratur, men basert på oppgavens omfang har jeg måttet velge bort en god del. Jeg har valgt å ha hovedfokus på færre forfattere, dette er et valg jeg tok da jeg så hvor mye enkelte forfattere hadde skrevet om det aktuelle temaet, og der jeg kjente et behov for å fordype meg innen dette.

2.3 Kildekritikk

Jeg har som sagt lagt hovedvekt på et par forfattere gjennom oppgaven, og har fokusert spesielt på et par bøker av Barth, Børtveit og Prescott og av Brumoen og Fekjær. Dette har jeg gjort fordi det er forfattere jeg syns har skrevet godt om temaene jeg var ute etter, i tillegg er det forfattere som har blitt anbefalt av forskning.no og av bibliotekar på SIRUS. Basert på oppgavens omfang har jeg som sagt valgt å fokusere på færre bøker, både for å gjøre oppgaven mer ryddig, men også for å kunne sette meg mer inn i nettopp disse bøkene. En svakhet blir at oppgaven baseres på færre synspunkter.

Jeg har funnet tre forskningsartikler som jeg tar i bruk gjennom oppgaven. Jeg skal i dette kapittelet begrunne hvorfor jeg har valgt akkurat disse artikkelene, og kommer også til å

presentere dem kort under teoridelen. Det er to kvantitative- og en kvalitativ undersøkelse, noe jeg synes bidrar til bedre forståelse og et mer helhetlig inntrykk av temaet.

2.3.1 Risikofaktorer for tilbakefall etter rusbehandling

Nordfjærn har skrevet en artikkel som handler om risikofaktorer for tilbakefall etter rusbehandling. (2011). Nordfjærn presenterer funnene i en studie gjennomført av Rusbehandling i Midt-Norge, i samarbeid med psykologisk institutt, NTNU. Artikkelen er publisert i fagbladet *Rusfag*, i 2011.

Hovedmålet med studien var å undersøke hvor lang tid det tok fra avsluttet behandling før et eventuelt tilbakefall inntraff, og å se hvilke faktorer som kunne relateres til en lang eller kort periode fra avsluttet behandling. (2011:5-6). Det ble samlet inn data fra 16 tverrfaglige behandlingssenheter for rusmisbrukere, i perioden mars 2008 til august 2009 og totalt deltok 352 pasienter i undersøkelsen. (Nordfjærn 2011:6). Behandlingstilbudet dekket både poliklinisk behandling, døgnbehandling og legemiddelassistert rehabilitering (LAR-behandling). I tillegg til pasienter som var i et behandlingsprogram, deltok også pasienter som sto på venteliste og pasienter som var ferdig med sin behandling. (Nordfjærn 2011:6).

Artikkelen er relevant for temaet jeg skriver om, og siden den er gitt ut i *Rusfag*, anser jeg artikkelen som både faglig sterk og valid. *Rusfag*, som er et anerkjent fagblad, har et fokus på å spre informasjon om arbeid i rusfeltet, innsatsområder og bidra til kompetanseheving på feltet. (Borgestadklinikken u.å.).

2.3.2 Intervjuundersøkelse av 15 tidligere rusmiddelbrukere

På vegne av rusmiddelstatens 10 års markering ble det gjennomført en intervjuundersøkelse av 15 tidligere rusmiddelbrukere, kalt "Vi er ikke dumme, det er ikke derfor vi ruser oss." (Stuen, Ulberg og Audestad 2004). Bakgrunnen for studien var at det i samfunnet virker å være lite optimisme med tanke på behandling og rehabilitering av rusmisbrukere. (2004:4). Rusmiddelstaten ønsket i sin markering å la brukere som har mestret sitt rusproblem, komme til ordet. Intervjuene ble gjennomført i løpet av 2002 og 2003, med et fokus på prosessen ut av misbruket. (Stuen, Ulberg og Audestad 2004:5).

Selv om intervjuene er over 10 år gamle, og det kun er intervjuet 15 stykker, synes jeg den er relevant for oppgaven min, fordi den legger et fokus på veien mot et rusfritt liv. Det er en

kvalitativ metode, og som forfatterne skriver innebærer det at intervjuene ikke er representative for andre enn de personene som ble intervjuet. (Stuen, Ulberg og Audestad 2004:7). Nettopp fordi mennesker er forskjellige, og har sine individuelle erfaringer. Forfatterne skriver at det likevel er interessant og relevant, men at studien ville blitt mer representativ og av bedre kvalitet dersom det var flere intervjuer eller intervjuer av samme personer på ulike tidspunkter. (2004:7). Jeg tenker likevel at studien på mange måter bidrar til å belyse hva som kan være viktige faktorer på veien ut av et rusmisbruk, selv om det kun er erfaringer fra 15 personer.

2.3.3 Nasjonal undersøkelse av pasienterfaringer

Helsedirektoratet ga i 2013 Nasjonalt kunnskapssenter i oppdrag å gjennomføre en brukerundersøkelse innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i alle helseforetak. (Haugum, Iversen og Bjertnæs 2013:4). Undersøkelsen omfattet pasienter som var 16 år og eldre, som har hatt døgnopphold på institusjoner innen TSB. Rapporten ble utgitt i PasOpp-rapport Nr 7 2013, av Haugum, Iversen og Bjertnæs. (2013:2-4). Undersøkelsen ble gjennomført ved utdeling av spørreskjema, og kunnskapssenteret mottok totalt 978 besvarelser. (2013:5). Formålet med undersøkelsen var å fremskaffe informasjon om pasienterfaringer, som grunnlag for kvalitetsforbedring lokalt, og nasjonal statistikk. (2013:4).

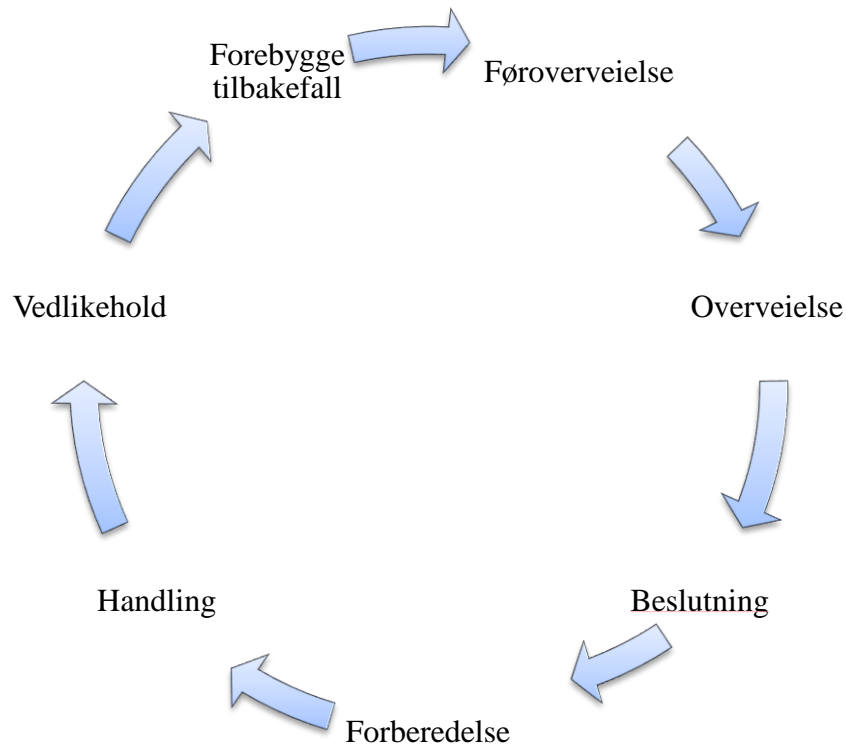
Ved at hele 978 deltok i undersøkelsen, kan en få nyttig informasjon om temaene som ble tatt opp. Spørsmålene ble gitt med svaralternativer, i tillegg var det to åpne spørsmål avslutningsvis, hvor pasientene ble oppfordret til å skrive ned sine egne erfaringer. (Haugum, Iversen, Bjertnæs 2013:5-7). Dette er en relevant undersøkelse i forhold til temaet mitt og siden undersøkelsen er relativt stor, kan en få et mer helhetlig inntrykk av hvordan situasjonen er ved flere institusjoner. I tillegg var det i oppdrag fra helsedirektoratet, noe jeg mener sikrer undersøkelsens gyldighet.

3 Teori

I og med at jeg gjennom oppgaven skal se på hvordan en kan jobbe tilbakefallsforebyggende under døgntilrettelegging har jeg valgt å fokusere teorien på endringsprosessen, ambivalens, mestringstillit og risikofaktorer. Endringsprosessen anser jeg som svært viktig for å forstå fasene i endring. Ambivalens er en naturlig, men utfordrende del av prosessen, i tillegg er mestringstillit viktig for at endring i det hele tatt lar seg gjennomføre. Risikofaktorer har jeg tatt med fordi det er viktig å kartlegge hva som kan bidra til å utløse et eventuelt tilbakefall, for på den måten kunne forebygge nye tilbakefall.

3.1 Endringshjulet

Prochaska og diClemente ser på en endring som en prosess over flere stadier. De har laget en modell som de har kalt ”Stages of change”, der de beskriver de ulike stadiene som er vanlig å gå gjennom i en endringsprosess. (Fekjær 2009:247-248). Ofte beskrives stadiene som et ”endringshjul”, som illustrert nedenfor, illustrasjonen er hentet fra Fekjær. (2009:248). Ikke alle forfattere har forebygging av tilbakefall som et eget punkt, den er ofte implementert i vedlikeholdsfasen. Jeg har valgt Fekjær sin fremstilling nettopp fordi han tydeliggjør denne fasen. Det er likevel fare for tilbakefall i alle fasene dersom klienten ikke mestrer oppgavene som den enkelte fase representerer. (Barth og Näsholm 2007:77). Hjulet symboliserer at stadiene bygger på hverandre, og at en kan ta skritt både fram og tilbake underveis i prosessen. Det er ment at modellen skal gjøre det lettere å forstå endring av atferd. I tillegg gir den retningslinjer for hva som er viktig i de ulike fasene, for å komme seg videre mot en stabil endring. (Barth, Børtveit, Prescott 2001:95).



Jeg skal kort gi en beskrivelse av fasene; handling, vedlikehold og forebygging av tilbakefall, da dette er de fasene som er mest relevant med tanke på problemstillingen.

3.1.1 Handlingsfasen

Handlingsfasen er som navnet tilsier fasen der handlingen blir satt ut i live, her blir endringene synlige og konkrete. En har gått gjennom forberedelse og tatt beslutningen om at endring er ønskelig, det er nå på tide med selve gjennomførelsen. Fekjær skriver at dette er ”Det store spranget.” (2009:248). Dette er en fase som byr på overgangsvansker. (Fekjær 2009:248).

3.1.2 Vedlikeholdsfasen

Under vedlikeholdsfasen jobber en med å ivareta endringen. En møter mange situasjoner, som nå skal takles på en annen måte enn tidligere. Her trenger en både teknikker og strategier for å mestre ulike situasjoner og fristelser. (Fekjær 2009:248). I denne fasen er ambivalens vanlig og mange opplever en tiltrekning mot gammel atferd. (Helsedirektoratet 2012). Forholdet

mellom goder og ulemper kan ha endret seg siden tidligere faser der beslutningen stod sterkt, noe som kan påvirke motivasjonen for endring.

Forandringen i balansen mellom opplevde goder og ulemper kan hjelpe oss til å forstå hvorfor man begynner på en atferdsendring, og hvorfor det kan være vanskelig å vedlikeholde endring. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:92).

Helsedirektoratet skriver at det i denne fasen er viktig å unngå tilbakefall, noe som kan forebygges ved å få oversikt over risikosituasjoner og handlingsalternativer. (2012).

3.1.3 Forebygging av tilbakefall

I Fekjær sin modell er som sagt forebygging av tilbakefall en egen fase, og han skriver; ”Noen tilbakefall eller glipp er vanlig før seieren er vunnet.” (2009:248). Ved å ha tilbakefall som en egen fase, tydeliggjør Fekjær både risikoen for tilbakefall, samtidig som han formidler at dette er en naturlig fase å gå gjennom. Fekjær skriver at en her trenger mestringsteknikker for ikke å gi opp når skuffelser kommer. (2009:248). Det er viktig å bygge opp mestringstillit, styrke beslutningen om endring, og jobbe med ambivalens når det blir nødvendig. Et tilbakefall burde bli så kortvarig og lite skadelig som mulig om det først forekommer. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:91). Et ledd i det forebyggende arbeidet er derfor å begrense omfanget av et eventuelt tilbakefall.

3.2 Ambivalens

Ambivalens betyr å ha motstridende følelser og tanker overfor en eventuell endring. Ønsker lar seg ikke realisere samtidig, noe som fører til en konflikt. (Andresen 2012:211).

Ambivalens finnes hos de fleste som har utviklet problematferd. (Andresen 2012:211).

Andresen skriver at mennesker som søker behandling som regel ikke er helt klare for endring, og at ambivalens både ses på som en normal og nødvendig del av endringsprosessen.

(2012:211). Barth, Børtveit og Prescott skriver at ambivalens kan ses på som selve energikilden til endring. (2001:144).

Ambivalens er mest fremtredende før en beslutning er tatt, men når en vet at atferden har problematiske sider. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:46). Likevel er det også vanlig å oppleve ambivalens etter at man har iverksatt endringer. ”Noen personer strever med fristelser, og dermed ambivalens, i lang tid etter at endringen har festet grep.” (Barth, Børtveit og Prescott 2001:46). Stina sier;

Det viktigste var at jeg måtte samle mot nok til å tørre å ta et valg. Ikke bare én gang, men mange ganger. Mange stoffmisbrukere vil kjenne seg igjen i dette: Å ønske seg et eget og nytt liv er langt fra det samme som å velge det. Du kan ønske deg inn på institusjon. Du kan oppsøke hjelp, søke deg inn, vente på plass og til og med gjennomføre et opphold – uten at du egentlig har tatt et personlig valg i forhold til rusens plass i ditt fremtidige liv. (Endal 2003:24).

Barth, Børtveit og Prescott skriver at man rett etter en beslutning kan ha ”hvetebrødsdager”, uten noen form for tvil og der alt virker å gå etter planen. (2001:46). I denne perioden kan det være fare for tilbakefall, nettopp fordi en ofte senker skuldrene når en har klart å gjennomføre en endring. ”Ambivalens blir ikke utryddet ved at man har gjennomført en vellykket forandring, men man kan forlede seg selv til å tro at det er slik. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:256). Gjentatte runder med ambivalens er vanlig, men kan være utfordrende å håndtere og det kan være en fordel å ha laget strategier for å hankses med ambivalens på forhånd. Barth, Børtveit og Prescott skriver at strategier som kan hjelpe en med å komme gjennom perioder med ambivalens, reduseres sjansen for tilbakefall. (2001:47).

3.3 Mestringstillit

Som sagt er motivasjon årsaken til handling. (Nordhelle 2010:49). For å komme ut av et en avhengighet er det ikke nok med motivasjon alene, en må også vite at endring er mulig å gjennomføre. ”I tillegg til å være motivert må man også ha tiltro til at man kan gjennomføre de endringene som man har bestemt seg for å gjøre.” (Barth, Børtveit og Prescott 2001:58). Mestringstilliten er med å påvirke motivasjonen til endring, og muligheten for å gjennomføre den. (Brumoen 2007:107). Ordet mestringstillit stammer fra Banduras begrep self-efficacy. ”Bandura bygger sin tenkning rundt begrepet self-efficacy, som representerer menneskets tro på egne muligheter til å handle for å oppnå ønskete virkninger.” (Brumoen 2007:100). Hvis ikke personen tror endring er mulig, vil det heller ikke la seg gjennomføre. For å kunne endre en vane trenger en bevissthet og tillit til seg selv. (Brumoen 2000:20).


Begrepet er ikke bare en fornyelse av Banduras begrep, Bandura bruker begrepet på flere områder enn avhengighet. Brumoen skriver at den viktigste forskjellen er at begrepet mestringstillit bare er gyldig i forhold til avhengighet, og i forhold til det som kalles sannhetens øyeblikk. (2007:16).

3.3.1 Sannhetens øyeblikk

Brumoen beskriver sannhetens øyeblikk som det tids- eller hendelsesrommet som eksisterer eller skapes mellom foranledningen og atferden. (2007:95). Foranledningen er det som starter atferden, og dermed situasjonen før handlingen. ”Alle krefter som virker i retning av å starte rusbruken, utgjør foranledningsbildet for en person som har rusproblemer.” (Brumoen 2000:45). Uten foranledningen vil ikke atferden startes. Brumoen skriver at en må skape seg tid rett før en automatisert atferd starter, for å kunne bli god til å kontrollere den. (2007:95). Dette betyr i praksis å skape seg et tidsrom stort nok til å vurdere handlingen en er i ferd med å starte, for å kunne presse inn en alternativ handling. Ved å flytte oppmerksomheten vekk fra de automatiske tankene, kan man oppleve å ha et valg. (Brumoen 2007:95). Sannhetens øyeblikk oppstår i det en person har reell mulighet til å handle alternativt. (Brumoen 2000:60).

3.3.2 FAK-skjema

Brumoen beskriver et verktøy kalt FAK-skjema. FAK står for foranledning, atferd og konsekvens. (Brumoen 2000:45). Skjemaet er illustrert nedenfor og hentet fra boka til Brumoen. (2000:46). Utgangspunktet for skjemaet er at rusbruk aldri henger i løse lufta, det vil alltid påvirkes av omgivelsene. (Brumoen 2000:45). Analyseskjemaet brukes blant annet for å finne ut av kreftene som utløser atferd, og som dermed kan gi oss en forklaring på hvorfor ting skjer. (Brumoen 2007:59). Ved å kartlegge hva som utløste atferden og hvilken konsekvenser dette medførte, kan en bidra til å forebygge tilbakefall. Forebyggingen skjer ved at pasienten blir mer oppmerksom på de kreftene som setter i gang rusbruket og de automatiske tankene som oppstår i slike situasjoner.

Foranledning 	Atferd	Konsekvens
---	---------------	-------------------

Brumoen skriver at en gjennom selvinstruksjoner som er korte, presise og effektive, kan stoppe automatisert atferd og instruere fram ny, alternativ handling. (2000:61). Klarer man å legge inn en slik selvinstruksjon, vil FAK-skjema bli utvidet. (Brumoen 2000:61-62).

Foranledning  	Atferd	Konsekvens
--	---------------	-------------------

Selvinstruksjon	Handling	Konsekvens
------------------------	-----------------	-------------------

3.4 Risikofaktorer

Risikofaktorer er følelser eller situasjoner som har ført til rus. Noen er allmenne, mens andre er individuelle. (Fekjær 2009:258). En tur til butikken kan være risiko for en, mens andre ikke ville reagert på dette.

Jo mer vi vet om de faktorene som kan bidra til å utløse tilbakefall, og hvordan disse faktorene virker, jo bedre kan vi bistå våre klienter i deres arbeid med å unngå å falle tilbake til gamle problemer. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:99).

Fekjær gir eksempler på ulike risikosituasjoner, der han mener den største er fortvilelse og frustrasjon. (2009:258). Dette er følelser som skaper risiko, og ikke situasjoner i seg selv. En vanlig risiko er når den rusavhengige bestemmer seg for å teste hvorvidt en har fått god nok kontroll over rusmiddelet, og dermed ikke lenger er i behov av total unngåelse. Dette er vanlig etter en tid i vedlikeholdsfasen. Barth, Børtveit og Prescott kaller det for ”Utprøving av personlig kontroll.” (2001:101). Nordfjærn fant også flere risiko- og beskyttelsesfaktorer i sin undersøkelse, et interessant funn var at flere behandlingsforløp ga kortere tidsintervall til tilbakefall. (2011:8). For å komme seg ut av en avhengighet må en kjenne til kreftene som starter rusbruket. (Brumoen 2000:22). Risikosituasjoner kan som sagt variere fra person til person og for å kunne forebygge tilbakefall er det derfor viktig å avdekke den enkeltes årsaker til rusbruk.

3.4.1 Forskningsartikler

Forskningsartiklene ble beskrevet under kapittelet om kildekritikk, her vil jeg i hovedsak kort vise til hva det er i undersøkelsene som har relevans for oppgaven. Jeg har valgt å ha det som et punkt under risikofaktorer fordi artiklene belyser ulike risikofaktorer, i tillegg gir de nyttig informasjon om hva som er viktige faktorer for å komme seg ut av et rusmisbruk.

Nordfjærn publiserte som sagt en artikkel om risikofaktorer for tilbakefall etter rusbehandling. (2011). Nordfjærn skriver at tidligere studier hovedsakelig har konsentrert seg om sannsynligheten for tilbakefall, men ikke om risikofaktorer sett opp mot tidsintervallet mellom behandling og tilbakefall. ”Tidsintervallet er interessant fordi det kan ha betydning for utvikling av mer spesifikke, kliniske tiltak for å redusere risiko for tilbakefall etter behandling.” (2011:5-6). Faktorer som gjorde at det ble en forlenget periode før et eventuelt tilbakefall kan forstås som beskyttende faktorer, mens faktorer som reduserer perioden kan

ses på som risikofaktorer. (Nordfjærn 2011:6). Ved å kartlegge disse faktorene, kan en i større grad tilrettelegge behandlingsopplegget for den enkelte pasient.

Intervjuundersøkelsen, ”Vi er ikke dumme, det er ikke derfor vi ruser oss.” skulle undersøke hvordan tidligere rusmisbrukere hadde sluttet å bruke rusmidler, prosessen de gikk gjennom og hvordan situasjonen er i dag. (Stuen, Ulberg og Audestad 2004). Et mål med undersøkelsen var å få oppmerksomhet og debatt rundt ettervern og integrering, da dette er områder som er viktige å fokusere på i arbeidet med å komme ut av en avhengighet.

Undersøkelsen viser at det er fullt mulig å finne mennesker som har verdifulle erfaringer etter mange år med innsats, og som har klart å bli integrert i samfunnet. Intervjupersonene tok opp hva som hadde vært vanskelig, og hva det var som hadde gjort at de kom seg ut av misbruket, noe som gir nyttig informasjon om både risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Den nasjonale brukerundersøkelsen som ble gjennomført innen TSB hadde som sagt som formål å fremskaffe informasjon om pasienterfaringer. (Haugum, Iversen og Bjertnæs 2013:4). Undersøkelsen gir nyttig informasjon om hva som kan være av betydning både før, under og etter behandling. Undersøkelsen viser at det er et stort forbedringspotensial på flere områder blant annet; tid til samtale og kontakt med personalet / behandlere, opplevelse av at behandlerne / personalet har forstått pasientens situasjon, innflytelse på behandlingen, forberedelse til tiden etter utskrivelse, at pasientene gjennom hjelp og behandling er i bedre stand til å forstå og mestre sine rusproblemer, og oppfølging og ettervern etter utskriving. Dette er punkter som kan være svært viktig i arbeidet med å forebygge tilbakefall, og som dermed er viktig å forbedre.

4 Drøftelse

Jeg skal nå drøfte problemstillingen; *Hvorvidt kan et fokus på tilbakefall under rusbehandling virke forebyggende for den enkelte pasient?* Jeg har valgt å dele opp drøftingen i fire deler, hvor jeg tar for meg ulike momenter jeg har blitt interessert i gjennom å jobbe med problemstillingen.

4.1 Normalisere eller problematisere tilbakefall?

Tilbakefall er normalt og nærmest sett på som forventet. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:76). Gjennomsnittlig faller hele to tredeler tilbake i løpet av de tre første månedene etter behandling. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:98). Likevel har jeg et inntrykk av at tilbakefall er et skambelagt tema i samfunnet. Rusmisbrukere som har tilbakefall under innleggelse kan for eksempel oppleve å bli straffet ved å bli skrevet ut av institusjonen. Dette kan gi et inntrykk av at tilbakefall ikke er akseptabelt. Lossius skriver at det ikke er mange pasientgrupper som risikerer å bli skrevet ut av behandling når de viser symptomer på sykdommen sin og at ruspasienter, som andre pasienter får tilbakefall. (2012:29). Det kan virke selvmotsigende at en anerkjenner tilbakefall som en naturlig del av prosessen, men problematiserer det når det først skjer. En følge av dette kan være at rusmisbrukeren etter et tilbakefall ikke søker hjelp fordi konsekvensene kan oppleves som straff, noe som igjen kan lede til nye tilbakefall. Det virker å være et spenningsfelt mellom teori og praksis der tilbakefall på papiret anerkjennes som en del av prosessen, mens det i praksis virker å være både skambelagt og et tegn på manglende motivasjon.

I og med at de aller fleste faller tilbake, er dette noe en i større grad burde jobbe forebyggende med. Barth, Børtveit og Prescott skriver at det har blitt mer vanlig å ta opp tilbakefallsforebyggende elementer under behandling. (2001:253). Det er viktig å informere pasientene om risikoen for tilbakefall, slik at et eventuelt tilbakefall ikke vil ødelegge alt håp om et rusfritt liv. Et tilbakefall oppleves ofte, naturlig nok, som et nederlag og det er fare for at prosessen stopper opp dersom pasientene ikke er forberedt på det som kan skje, og har utarbeidet mestringsstrategier. Det å falle tilbake til gammel atferd kort tid etter behandling er vanskelig. Det trenger ikke å være mindre vanskelig dersom pasientene er forberedt på det, men det kan bidra til å begrense et eventuelt tilbakefall og gjøre det så kortvarig og lite skadelig som mulig. En glipp, som er en avgrenset episode uten betydelig negative konsekvenser (Barth, Børtveit og Prescott 2001:104-105), er å foretrekke fremfor et fullt

tilbakefall. På samme tid kan en samtale omkring tilbakefall også få endring til å virke håpløst, jobben kan virke for stor og nytteløs. ”Klienten kan bli overbelastet av både å måtte gjennomføre endringen her og nå og å måtte tenke på håndtering av tilbakefall som nokså sikkert vil komme før eller siden.” (Barth, Børtveit og Prescott 2001:254). Det er krevende å være i behandling, og det kan bli svært belastende å i tillegg måtte tenke på utfordringene som vil møte en etter endt behandling.

I tillegg til den krevende jobben pasienter står overfor både i og etter behandling, kan behandleren ved å ta opp temaet komme til å gi uttrykk for manglende tillit til at pasienten vil klare å unngå nettopp et tilbakefall. Det er allment kjent at rusmisbrukere ofte er i en sårbar situasjon og tilbakefall kan være et sensitivt tema å ta opp, spesielt hvis pasienten får det for seg at behandleren ikke har tro på den enkelte. Pasienter er i en fase der de trenger støtte og oppmuntring, og en forutsetning for å påvirke motivasjon er forståelse. (Nordhelle 2010:49). Hvis pasienten ikke føler at relasjonen er støttende, kan det være fristende å gi opp. Brumoen skriver; ”Størrelsen på jobben kan ta motet fra ham og tyngden kan få ham å gi opp før han har begynt.” (2000:225). Pasienter er til behandling for å komme seg ut av avhengigheten, og ikke for å snakke om hvor stor risikoen er for å falle tilbake. Ved å bli minnet på utfordringene som venter, kan motet bli tatt fra en. Fekjær skriver at den største risikosituasjonen for tilbakefall er fortvilelse og frustrasjon. (2009:258). Det kan være frustrerende å tenke på endring som en prosess, og det kan vekke fortvilelse at dette ikke nødvendigvis er noe en kommer seg ut av med det første.

Ser en på endringshjulet til Prochaska og diClemente (Fekjær 2009:248), er fasene formet som et hjul nettopp fordi endring av atferd kun unntaksvis er en prosess fra a til å. Et tilbakefall kan likevel lett tolkes som det motsatte av endring. (Barth, Børtveit og Prescott 2013:71). Ved å normalisere tilbakefall kan en forhindre at et fall vil ødelegge for hele endringsprosessen, og det kan bli lettere å stable seg på beina igjen. Ved å endre tankegangen om at et fall kun er et tegn på mislykket forsøk og et skritt i feil retning, bedrer en sjansene for neste endringsforsøk. ”Selv om du ender opp med et fullt tilbakefall, kan du lære mye av å se tilbake på hva som førte til det, hvorfor, hvor og hvordan det skjedde.” (Daley og Marlatt 2007:149). En fare ved å normalisere tilbakefall er at en samtidig legitimerer det, og dermed ”lovliggjør” det. Det kan være en prøvelse på relasjonen mellom terapeut og pasient å skulle akseptere pasientene der de er, uten å samtidig legitimere fortsatt rusmisbruk. (Mais, Olsen og Martinsen 2008:494). En kan i tillegg risikere å trigge rusbruk, i den forstand at man til en

viss grad legger opp til at tilbakefall vil forekomme. Pasientene vil kunne få et inntrykk av at det kommer til å skje uansett og et tilbakefall kan på den måten nærmest fremtvinges. På den annen side kan det også være vanskelig å tenke at en resten av livet skal leve uten et eneste tilbakefall. ”Et helt liv uten tilbakefall kan være vanskelig, og kanskje litt ubehagelig å tenke på. (...). Virker oppgaven for stor eller uoverkommelig, rykker tilbakefallet et skritt nærmere”. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:255). Ved å fjerne skammen rundt tilbakefall og forventningen om at endringen skal lykkes på første forsøk, kan oppgaven kanskje virke mer overkommelig og i seg selv bidra til å forebygge tilbakefall. Likevel må en være oppmerksom på at det fort kan bli en ond sirkel av tilbakefall, og at hvert enkelt tilbakefall derfor burde minimaliseres.

4.2 Fokus på mestring eller mislykkede forsøk?

Hva er mest fordelaktig å fokusere på i arbeidet med å forebygge tilbakefall, tidligere mestring eller mislykkede forsøk? Ved å fokusere på situasjoner en tidligere ikke har mestret på en tilfredsstillende måte, kan en kartlegge hva som gikk galt og jobbe med strategier for å handle annerledes neste gang. FAK-skjema kan brukes til å analysere handlingsforløpet, og gi nyttig informasjon om faktorene som bidro til å utløse tilbakefallet, risikofaktorene. (Brumoen 2000:59). På den måten vil en kunne trekke lærdom ut av det som skjedde, finne alternative handlingsmåter og bygge opp mestringsstrategier. Risikofaktorer er ikke noe en kan unngå til enhver tid og det blir derfor viktig å både kartlegge- og finne gode mestringsstrategier for å håndtere dem.

Selv om en primært forsøker å unngå risikosituasjonene så langt som råd, vil det alltid komme situasjoner hvor rusbrukeren har anledning til å ruse seg og kjenner et sug etter å gjøre det. (Fekjær 2009:260).

På den annen side kan en ved å fokusere på situasjoner en tidligere ikke har mestret, risikere å svekke både mot og mestringstillit. Et utelukkende fokus på risiko kan få endring til å virke utenfor rekkevidde. ”Et rigid fokus på mulige tilbakefallssituasjoner vil kunne øke sannsynligheten for tilbakefall.” (Barth, Børtveit og Prescott 2001:256). Endring kan virke både nytteløst og uoverkommelig og en av de største farene i forhold til tilbakefall er manglende tro på seg selv. Mais, Olsen og Martinsen vektlegger at den enkeltes risikosituasjoner kun er farlige fordi pasienten tror han mangler ferdigheter og ressurser for å håndtere dem. (2008:500). Et fokus på situasjoner en tidligere ikke har mestret bidrar ikke

nødvendigvis til å øke mestringstilliten, og en kan risikere å fokusere på opplevelser av hjelpeløshet og ukontrollerbarhet. (Brumoen 2000:170). Det er ikke gitt at alle pasienter vil ha utbytte av å snakke om tilbakefall, og det er derfor viktig å se an både situasjonen og den enkelte pasient. Et fokus på tilbakefall er et spørsmål om timing og tilpasning (Barth, Børtveit og Prescott 2001:254), noe som betyr at samtalen både burde planlegges og forberedes.

Hadde samtalen derimot dreid seg om tidligere mestring, kunne en ha bidratt til å bygge opp motivasjon og mestringstillit. Det er godt å kjenne at en ikke har mislykkes i alle tidligere forsøk, og samtidig vite at det er mulig å foreta alternative handlinger. Ved å se på situasjoner en tidligere har mestret, flytter en fokuset vekk fra regelen om at alle foranledninger fører til rus, og over på unntaket fra regelen. (Brumoen 2000:170). De fleste som kommer til behandling har lav mestringstillit, og klarer ikke alltid å se tidligere mestring på egen hånd. Alle har likevel på et eller annet tidspunkt i livet mestret noe, som kan brukes i en behandlingssituasjon. Om denne mestring dreide seg om å holde seg borte fra rus i en uke eller åtte måneder er irrelevant, det viktigste er at en i en periode har klart det. Ved å hente frem tidligere mestring, kan en bygge mestringstillit og gjenskape håpet om et rusfritt liv. Barth, Børtveit og Prescott skriver at det viktigste fokuset er veien videre.

Dersom du fokuserer all din oppmerksomhet på lyset fra møtende biler (tilbakefallet) og ikke på veien videre (vedlikehold), står du i fare for å dreie rattet og kjøre i grøfta. I verste fall kan det ende med at du kjører rett inn i bilen du var så opptatt av å unngå. Slik er det også med tilbakefallsforebygging (2001:256).

Selv om en kan risikere å "kjøre i grøfta" ved å legge for mye fokus på risikoen, er det gjennom å problematisere hendelser en tidligere ikke har mestret, at en får kartlagt risikosituasjoner. Ved å få oversikt over risikosituasjoner, vil en kunne planlegge hvordan en kan unngå at de på nytt leder til tilbakefall. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:261).

Det har vært vanskelig å være i situasjoner hvor jeg følelsesmessig kjenner at dette klarer jeg ikke, og jeg får det veldig vondt. Det er i såne situasjoner jeg tidligere har gått og rusa meg. Det som har vært vanskelig er å la være å bruke det gamle handlingsmønsteret. Det å ha handlingsalternativer i vanskelige situasjoner har vært viktig for meg å fokusere på for å ta styringa over situasjonen og meg selv. (Stuen, Ulberg og Audestad 2004:12).

Hensikten med tilbakefallsforebygging er nettopp å finne ut av hva det er som utløser rusbruk, for på den måten kunne forebygge at det samme skjer igjen. Det er viktig å ha en viss oppmerksomhet på risiko for tilbakefall, men som Barth, Børtveit og Precott skriver burde en legge størst vekt på de positive endringene klienten har fått til, og veien videre. (2001:256). Det kan med andre ord tyde på at en balansegang mellom fokus på mestring og risiko, er å ettertrakte, og noe å jobbe mot.

4.3 Forberedelse på livet etter utskrivelse

På institusjon skjermes pasientene fra mange av utfordringene de vil møte på etter endt behandling, og det er viktig å forberede pasientene på livet som vil møte dem. Fekjær skriver at noe av grunnen til at pasienter får tilbakefall etter utskrivelse, kan skyldes nettopp institusjonens manglende forberedelse. ”Livet i institusjon er en skjermet «glasskule» i forhold til «jungelen» utenfor.” (2009:278). Et mål med døgnbehandling vil jeg si er at pasientene føler seg mer modne for å møte hverdagen. Når en har vært i døgnbehandling, har en vært mer eller mindre isolert fra det virkelige liv, og trenger dermed å forberedes på livet utenfor institusjonen. I undersøkelsen av pasienterfaringer innen døgnbehandling, var et av spørsmålene om pasientene følte seg forberedt på utskrivelse.

Mellom 60 og 70 prosent svarte at behandlerne/personalet ”ikke i det hele tatt”, ”i liten grad” eller ”i noen grad” hadde forberedt pasienten på tiden etter utskrivning, hjulpet pasienten med praktiske løsninger for tiden etter utskrivning, tilrettelagt for videre behandling eller hjulpet slik at pasienten kunne få et meningsfullt liv etter utskrivning. (Haugum, Iversen og Bjertnæs 2013:6).

Undersøkelsen tyder på at ettervern og tilbakefallsforebygging ikke er viet nok oppmerksomhet. Som et ledd i det forebyggende arbeidet, er det viktig å fylle hverdagen med meningsfull aktivitet, for som Fekjær skriver er ikke opphør av rusmidler tilstrekkelig til å få et godt liv. (2009:278). Rusmisbrukere står ofte overfor omfattende endringer i livet, som ikke lar seg endre over natten. ”Et av de viktigste temaene i en gruppe med rehabiliterte rusmisbrukere er smerten ved ensomhet og isolasjon.” (Halvorsen 2012:284). Forberedelser må derfor settes i gang tidlig for å lette overgangene, og for å forebygge nettopp tilbakefall.

En viktig forberedelse er som sagt å kartlegge risikosituasjoner og mestringsstrategier, for å forebygge at situasjonene på nytt fører til rus. ”Fordi vi vet at lysten vil dukke opp på ny, må slike strategier arbeides med på forhånd, som ledd i arbeidet med å forebygge tilbakefall.”

(Fekjær 2009:261). Fekjær beskriver ulike mestringsstrategier som å fjerne seg fra stedet, distrahere bort lysten og å vente litt før du tar en beslutning. (2009:261). Hver enkelt må jobbe med å finne strategier som passer seg. I den nasjonale pasientundersøkelsen svarte mer enn 40 prosent at hjelpen og behandlingen de mottok ved institusjonen ikke var tilstrekkelig, og at den ikke gjorde dem i bedre i stand til å forstå og mestre rusproblemene sine. (Haugum, Iversen og Bjertnæs 2013:6). Hvis pasientene verken føler at de forstår eller mestrer rusproblemet sitt, er sannsynligheten stor for tilbakefall. Som et ledd i det forebyggende arbeidet kan samtaler rundt tilbakefall være nyttig, for å på den måten kunne reflektere og bli mer bevisst sitt eget rusmønster. Spørsmålet er hvor forberedt en kan bli på livet som møter en. En kan lære seg fornuftige strategier og legge planer mens man er på institusjon, men det er først når en er utenfor institusjonens fire vegger at en virkelig får prøvd seg ut. På institusjonen kan du forberedes på hva som vil vente deg, men selve jobben må en gjøre selv.

Rett etter oppholdet var det jo vanskelig, for jeg tenkte på alkohol hele tiden. [...] Suget var der og behovet for den behagelige effekten alkohol ga. Så for å holde meg i sjakk, så dreide jeg tankene om noe positivt og satte opp en timeplan for hver dag så jeg hadde en del aktiviteter. (Stuen, Ulberg og Audestad 2004:11).

Selv om en under behandling jobber aktivt med å skape seg et ”nytt” liv, og forbereder seg på tiden etter utskrivelse, betyr ikke det nødvendigvis at en vil få til en vellykket endring på første forsøk. Trine, en tidligere rusmisbruker sier; ”Jeg har jo hatt flere tilbakefall siden første gang jeg var i behandling.” (Stuen, Ulberg og Audestad 2004:9), og som Skogstrøm skrev kan det ta flere år før man mestrer rusproblemet. (2014). Det er viktig å foreta nødvendige forberedelser så langt det lar seg gjøre, men samtidig være realistisk og ikke bygge opp en forventning om at alt vil gå på skinner. En kan ikke på forhånd vite hvordan en vil takle ulike situasjoner, og Brumoen skriver at det kun er i sannhetens øyeblikk at man vil få svar på graden av mestringstillit. (2000:79). Det kan være tungt å vedlikeholde endring, og ambivalens kan igjen bli fremtredende. Det er viktig å vite at selv om ambivalens kan være utfordrende, er det en nødvendig del av prosessen, og kan faktisk ses på som selve energikilden til endring. (Barth, Børtveit og Prescott 2001:144). Det er viktig å ha en åpen dialog mellom behandler og pasient, der vanskelige temaer fritt kan tas opp. Pasienter må føle tillit til hjelperne rundt seg, for lettere å kunne snakke om det som trykker mest. Lossius skriver at en oppnår resultater gjennom den langvarige relasjonen der pasienten har mulighet

til å feile uten å bli avvist. (2012:36). Det er viktig å ha støttespillere rundt seg, som kan holde håpet levende når pasienten ikke ser noen utvei. (Lossius 2012:36). Trine vektla nettopp betydningen av at hjelpeapparatet ikke ga henne opp, og sa at dette er noe av grunnen for at hun er rusfri i dag. (Stuen, Ulberg og Audestad 2004:9).

4.3.1 Endring som en prosess?

Det er viktig at jeg aldri glemmer at jeg er rusavhengig. Jeg må ta en dag av gangen og jobbe meg gjennom hver dag. Jeg møter fristelser over alt, men må huske på at jeg ikke må ruse meg. En øl blir til to øl og to øl blir fire, sånn har jeg det. (Stuen, Ulberg og Audestad 2004:12).

Som vi har sett er endring av rusatferd en prosess som sjeldent lykkes på første forsøk, og som for noen vil følge dem resten av livet. I forrige kapittel viste jeg til Trine som sa at hun hadde hatt flere tilbakefall siden hennes første behandling, (Stuen, Ulberg og Audestad 2004:9), og som i tillegg sier at hun alltid vil ha et avhengighetsforhold til rusmidler. (2004:12). Skogstrøm skriver at rusavhengighet i større grad må ses på som noe man ikke er ferdig med etter én behandlingsrunde. (2014). Nordfjærn fant på den annen side at flere behandlingsløp ga kortere tidsintervall til tilbakefall. ”Det var en klar relasjon mellom **antall behandlingsløp** pasienten hadde gjennomført og risiko for tilbakefall. Risikoen steg jo flere behandlingsløp pasienten hadde deltatt i.” (2011:7). Ser en på denne undersøkelsen kan en bli usikker på hvor mye den enkelte pasient vil få ut av nettopp flere behandlingsløp.

Nordfjærn skriver at pasienter som kun hadde vært gjennom ett eller to behandlingsløp hadde betydelig lavere risiko for tilbakefall enn de med fire. (2011:7). Hva er så forskjellen på to og fire behandlingsløp? Det er mulig at motivasjon og mestringstillit er høyere i de første rundene med behandling enn når en inne til sin fjerde behandling. Motivasjonen påvirkes av å ikke mestre, og følelsen av å ikke mestre selv etter flere behandlingsløp kan være utfordrende. Barth, Børtveit og Prescott skriver at en risiko ved flere endringsforsøk er at det kan føre til en opplevelse av hjelpeløshet. ”«Det nytter ikke likevel, og jeg har prøvd så mange ganger.»” (2013:73). Likevel tenker jeg at det må finnes motivasjon når en selv etter tre gjennomførte behandlingsløp orker å sette i gang med ett til. Flere tidligere rusmisbrukere vektlegger at de har vært i behov av nettopp flere runder for å bli rusfri, ett eksempel er ”Stina” som etter 18 år brøt ut av avhengigheten;

Motivasjonen for å bli rusfri har ikke alltid vært like stor! Jeg har prøvd mange ganger. Og tapt nesten like mange. Men gjennom alle disse rundene har jeg bygd opp en grunnmur av erfaring og innsikt som kom til nytte til slutt. (Endal 2003:23).

”Stina” vektlegger at hun gjennom de mange rundene hun gikk, lærte noe som hun tok med seg videre i prosessen. Selv om hun sier at hun har tapt mange ganger, har hun bygget seg opp erfaring gjennom nettopp å tape. Dette er i tråd med endringshjulet til Prochaska og diClemente, (Fekjær 2009:247), der den enkelte kan ta skritt både frem og tilbake underveis i prosessen og der et tilbakefall ikke nødvendigvis ses på som ett skritt i feil retning.

Det er viktig å jobbe aktivt med å forebygge tilbakefall allerede under første behandling, uavhengig om pasienten må gjennom flere behandlingsløp. Vi er alle forskjellige og er dermed i behov av ulik mengde behandling. Lossius skriver at noen oppnår et tilfredsstillende behandlingsresultat etter første behandling, men at flertallet har behov for flere behandlingsopphold. (2012:36). Det er viktig å kartlegge hvordan type hjelp og behandling den enkelte pasient er i behov av, for lettere å kunne tilpasse behandlingen. Mye kan falle på plass dersom en individuelt tilpasser behandlingen etter pasientens ønsker og behov. ”Björg” sier;

Hjelpeapparatet må høre på ønsker og behov den enkelte stoffavhengige har og ta disse med i vurderingen når en skal lage behandlingsopplegget. Da er det større muligheter for å få resultater. (Endal 2003:111).

Det er ikke alltid like lett å få til tilpasninger i et opplegg som er fastsatt, men det er noe å etterstrebe. Björg sier at tilpasninger er elementært fordi pasientene som kommer til behandling er individer med forskjellige behov, likevel er dette et sjeldent syn i hjelpeapparatet. (Endal 2003:111). I beste fall kan individuelle tilpasninger bidra til å forebygge tilbakefall og nye runder med behandling. Det kan i samfunnet virke som om det ligger en forventning at rusbehandling skal ”kurere”, og at én behandling er tilstrekkelig. Dette kan føre til at pasienter vegrer seg for å ta kontakt ved et eventuelt tilbakefall, og føler skam over å ha feilet. Ved å på forhånd ha snakket om tilbakefallsrisiko og håndtering av tilbakefall, kan en både bidra til å forebygge tilbakefall, i tillegg til at prosessen ikke nødvendigvis stopper opp dersom en opplever å falle tilbake.

5 Avslutning

Tilbakefallsforebygging har i større grad blitt implementert i behandling, sannsynligvis fordi tilbakefallsprosenten er svært høy. Tilbakefall er normalt og nærmest sett på som forventet, men er allikevel svært belastende. Et tilbakefall kan true med å sette en stopper for hele endringsprosessen, dersom en ikke tilegner seg kunnskap for å håndtere utfordrende situasjoner på forhånd. Det er viktig å blant annet kartlegge risikosituasjoner, lage seg mestringsstrategier og bygge opp mestringsstillit, i tillegg til gjentatt å jobbe med ambivalens.

Jeg har forsøkt å belyse ulike temaer jeg syns er interessante i forhold til problemstillingen og har gjennom oppgaven mer eller mindre kommet frem til at et fokus på tilbakefall kan virke forebyggende, men at en må være seg bevisst på både hvem en snakker med, hvordan en tar dette opp og ikke minst når. I tillegg burde behandlingen så langt det lar seg gjøre tilpasses den enkelte pasient. I og med at vi alle er forskjellige vil en samtale om dette kunne virke i positivt retning for noen, mens det for andre kan virke demotiverende og dermed ha et helt annet resultat.

En tanke jeg sitter igjen med er at en i større grad burde fokusere på å begrense et eventuelt tilbakefall og gjøre dem mer håndterbare, i stedet for å forsøke å forebygge at de i det hele tatt forekommer. Det er bedre med en glipp enn et fullt tilbakefall, der en ikke gjenopptar problematferden. Tilbakefall er som sagt regelen heller enn unntaket, og det er begrenset hvor mye vi får gjort for å forhindre forekomsten av det. En viktig ting blir derfor å forsøke å begrense både omfanget og varigheten av et tilbakefall, om det først inntreffer. Fjerner en skammen og forventningen om null tilbakefall, tror jeg dette i seg selv også kan virke forebyggende, ved at pasientene ikke vil føle det samme presset på å få til endring på første forsøk. I stedet for utelukkende å snakke om tilbakefall som noe vi prøver å unngå, kan en heller forsøke å lære noe av det når først skjer, og dermed bruke tilbakefallet på en nyttig måte for å forhindre at det samme gjentar seg.

”Uten nederlagene hadde jeg kanskje ikke vært i stand til å lykkes.” – Cathrine Nygaard (Endal 2003:47).

Litteraturliste

Aagaard, M.M. (2010). *Hvordan kan man tilrettelegge for og hindre tilbakefall etter behandling for mennesker med rusavhengighet?* Hentet 1. april 2014 fra:

<http://www.forebygging.no/NY-spm-og-svar/1-MetoderTiltak/Hvordan-kan-man-tilrettelegge-for-og-hindre-tilbake-fall-etter-behandling-for-mennesker-med-rusavhengighet/>

Andresen, N.E. (2012). Motiverende samtale. I: Lossius, K. (red). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju. Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Barth, T. og Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale – Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.

Brumoen, H. (2000). *Bygging av mestringsstillit. En metodebok om mestrings av rusproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen og valget*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Borgestadklinikken. (u.å.) *Rusfag*. Hentet 29. april 2014 fra:

<http://borgestadklinikken.no/kompetansesenter/publikasjoner/rusfag>

Daley, D.C. og Marlatt, A.G. (2007). *Overvinn ditt alkohol- eller rusproblem. Effektive løsningsstrategier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Endal, D. (2003). *Vi greide det... 21 historier som viser at det nytter!* Oslo: Forbundet Mot Rusgift.

Fekjær, H.O. (2009). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

FO (2013). *Sosionomer og sosialt arbeid*. Hentet 2. april 2014 fra:

<https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/sos.pdf>

Halvorsen, J.S. (2012). AA (Anonyme alkoholikere), 12-trinnsprogrammet og rusbehandling. I: Lossius, K. (red). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugum, M., Iversen, H.H. og Bjertnæs, Ø.A. (2013). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk. Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013*. Oslo: Kunnskapssenteret. Hentet 1. april 2014 fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/forsiden/attachment/20305?ts=1430059ca63&download=false>

Helsedirektoratet (2012). *Endringsprosessen*. Hentet 1. april 2014 fra:

<http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/endringsprosessen.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Forebygging*. Hentet 1. april 2014 fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/forebygging.html?id=439358>

Jacobsen, D.I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I: Lossius, K. (red). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mais, H.A., Olsen, T. og Martinsen, W.E. (2008). *Rusmiddelavhengighet*. I: Berge, T. og Repål, A. (red). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

NRK (2012). *Puls: Rus og penger*. Hentet 1. april 2014 fra:

<http://tv.nrk.no/serie/puls/mdhp12004212/15-10-2012>

Nordfjærn, T. (2011). Risikofaktorer ved tilbakefall etter rusbehandling. *Rusfag*, (1):5-11.

Hentet 1. april 2014 fra: http://borgestadklinikken.no/files/rusfag12011_risiko-for-tilbakefall1.pdf

Nordhelle, G. (2010). Motivasjon – hva driver mennesker til handling? I: Ekeland, T.J. m.fl. *Psykologi for sosial- og helsefagene*. 2. utg. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Pettersen, T. (1996). *Skriv. Fra idé til fagoppgave*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Skoftedalen, J.G. (2014). *Nasjonalt ruspolitisk seminar 6.mai: helseminister Høie om ny opptrappingsplan for rusfeltet – det er nå det gjelder?* Hentet 2. april 2014 fra:

http://www.rusfeltet.no/Nasjonalt+Ruspolitisk+Seminar+6.+mai%3A++Helseminister+Høie+om+ny+Opptrappingsplan+for+rusfeltet+-+det.b7C_xlDSWd.ips

Skogstrøm, L. (2014, 25. mars). 20 års bortkastet rusforskning på «drop outs». *Aftenposten*.

Hentet 2. april 2014 fra: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/20-ars-bortkastet-rusforskning-pa-drop-outs-7509684.html#.UzvZiv34CAA>

St.meld. nr 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Stuen, J., Ulberg, L. og Audestad, R. (2004). *Vi er ikke dumme, det er ikke derfor vi ruser oss. En intervjuundersøkelse av 15 tidligere rusmiddelbrukere*. Oslo: Rusmiddeletaten. Hentet 1. april 2014 fra:

[http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/rusmiddeletaten%20\(RME\)/Internett%20\(RME\)/Dokumenter/rapport/kompetansesenteret/copy%20of%20vi%20er%20ikke%20dumme.%20endelig%20utgave.pdf](http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/rusmiddeletaten%20(RME)/Internett%20(RME)/Dokumenter/rapport/kompetansesenteret/copy%20of%20vi%20er%20ikke%20dumme.%20endelig%20utgave.pdf)

Teigen, K.H. (2013). Motivasjon. I *Store norske leksikon*. Hentet 25. mars 2014 fra

<http://snl.no/motivasjon>