



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-04-2018 12:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	25-04-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	<b>Studiepoeng:</b>	12
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 309

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Rusmiddeluhengighet og forebygging

**Antall ord \*:** 8364

**Tro- og loverklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert oppgavetittelen**  
**på norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**uitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Rusmiddelavhengighet og forebygging

Drug addiction and prevention

**Kandidatnummer 309**

Bachelor i sykepleie, Stord.

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap.

Veileder: Astrid Elisabeth Solheim

Innleveringsdato: 25.04.2019

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.



Høgskulen  
på Vestlandet

## Rusmiddelavhengighet og forebygging

*«Forsterk fargene hos de som preges av skygge.»*

(Simonsen, 2016, s. 155).

Bacheloroppgave i sykepleie  
Høgskulen på Vestlandet, Stord, kull 2016

Innleveringsdato: 25.04.2019

Antall sider: 30

Antall ord: 8364

## **Sammendrag**

**Tittel:** Rusmiddelavhengighet og forebygging.

**Bakgrunn for valg av tema:** I min praksisperiode har jeg møtt yngre rusmiddelavhengige pasienter som har gjort sterkt inntrykk på meg som student. Jeg har erfart at tilbakefall etter endt behandling er en utfordring blant denne pasientgruppen og ønsker derfor å fordype meg i denne tematikken.

**Problemstilling:** Hvilke risikofaktorer kan bidra til tilbakefall etter rusbehandling og hvordan kan sykepleier i behandling forebygge tilbakefall?

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan forebygge tilbakefall blant yngre rusmiddelavhengige pasienter.

**Metode:** Oppgaven er en systematisk litteraturstudie hvor informasjonen er hentet fra eksisterende litteratur. Studien er basert på fire forskningsartikler hentet fra CINAHL, Academic Search Elite og Google Scholar. Artikkene vil bli presentert i oppgaven og deretter drøftet opp mot teori og mine praksiserfaringer.

**Resultater:** Funn fra forskningsartikkene viser at ung alder er en risikofaktor for tilbakefall og at en større andel av tilbakefallene skjer i løpet av de første månedene etter endt behandling. I tillegg viser forskningslitteratur at motivasjon spiller en viktig rolle ved rehabilitering av rusmiddelbrukere og at lav mestringstillit er en faktor som er relevant i forhold til tilbakevennende rusmiddelavhengighet.

**Konklusjon:** Yngre rusmiddelavhengige pasienter som er ferdig i behandling på institusjon er spesielt utsatt for tilbakefall. Av den grunn kan det være avgjørende at sykepleier allerede i behandling legger til rette for at pasientene får tilgang til tjenester tilpasset den enkeltes behov.

**Nøkkelord:** Rusmiddelavhengighet, risikofaktorer, tilbakefall, motivasjon, mestringstillit, forebygging.

## **Abstract**

**Title:** Drug addiction and prevention.

**Background:** During my practice I met younger drug addicted patients who gave me as a student strong impressions. I have experienced that post treatment relapse is a challenge within this group of patients and I want to look deeper into this theme.

**Problem:** Which risk factors are relevant for post treatment relapse and how can a nurse during treatment prevent relapse.

**Aim:** The aim of this study is to highlight how a nurse can prevent relapse among younger drug addicted patients.

**Method:** The task is a systematic literature study where information is derived from existing literature. This study is based on four research articles which is derived from CINAHL, Academic Search Elite and Google Scholar. The articles will be presented in the task and subsequently discussed in relation to theory and my own experiences.

**Results:** The findings of the research articles show that young age is a risk factor for relapse and the majority of the relapses occur during the first months after treatment. In addition, research literature indicates that motivation plays a main role in rehabilitation of chronic substance users and that low self-efficacy level is a relevant factor related to relapsed addiction tendency.

**Conclusion:** Younger drug addicted patients having finalised institutional treatment, is particularly exposed for relapse. For that reason, it can be decisive that the nurse during treatment facilitates for services customised for the patients need.

**Key words:** Drug addiction, risk factors, relapse, motivation, self-efficacy, prevention.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 PROBLEMSTILLING.....	2
1.2 AVGRENSING OG PRESISERING.....	2
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>3</b>
2.1 SYKEPLEIETEORETIKER JOYCE TRAVELBEE .....	3
2.2 RUSMIDDELAVHENGIGHET .....	4
2.3 RISIKOFAKTORER.....	5
2.4 FOREBYGGING .....	5
2.5 INDIVIDUELL PLAN.....	6
2.6 MOTIVASJON .....	7
2.7 MESTRINGSTILLIT .....	8
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>9</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE .....	9
3.2 LITTERATURSØK.....	9
3.3 SØKEPROSESSEN .....	9
3.4 SØKETABELLER .....	10
3.5 VURDERING AV EGEN OPPGAVE .....	11
3.6 KILDEKRITIKK .....	12
3.7 ETIKK I OPPGAVESKRIVNING.....	13
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>14</b>
4.1 ARTIKKEL 1 .....	14
4.2 ARTIKKEL 2 .....	14
4.3 ARTIKKEL 3 .....	15
4.4 ARTIKKEL 4 .....	15
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>16</b>
5.1 UNG ALDER SOM RISIKOFAKTOR.....	16
5.2 INDIVIDUELL PLAN FOR Å ØKE MOTIVASJON OG MESTRINGSTILLIT.....	18
5.2.1 Målsetting.....	18
5.2.2 Ressurser.....	20
5.2.3 Bolig.....	21
5.2.4 Jobbrelatert aktivitet.....	22
5.3 HÅPETS BETYDNING I FOREBYGGENDE ARBEID .....	23
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>25</b>
<b>7.0 REFERANSELISTE</b> .....	<b>26</b>
<b>8.0 VEDLEGG</b> .....	<b>29</b>
VEDLEGG 1 - PICO-SKJEMA .....	29
VEDLEGG 2 – LITTERATURMATRISE .....	29

## 1.0 Innledning

Forekomsten av rusbrukslidelser øker på verdensbasis og bare i Norge ble det i 2016 registrert 336 alkoholutløste dødsfall og 282 narkotikautløste dødsfall. Rusbrukslidelser er et fellesbegrep for skadelig bruk og avhengighet av rusmidler (Folkehelseinstituttet, 2018). Ulike stoffer kan føre til rus og rusmiddelavhengighet og eksempler på slike stoffer er alkohol, opioider, angstdempende legemidler, sentralstimulerende midler, cannabis, hallusinogener og stoffer med sammensatte virkninger (Snoek & Engedal, 2017, s. 173-174). Ved inntak av slike stoffer oppstår det en rusfølelse som kan defineres som den generelle opplevelsen som det aktuelle rusmiddelet fører til. Rusmidler bidrar blant annet til en følelse av velvære, svekket konsentrasjon, nedsatt hukommelse og innlæring, nedsatt kritisk sans, økt impulsivitet og svekkelse av feilkontrollen (Hole, 2014, s. 21).

Intoksikasjon, skadelig bruk og avhengighet er begreper som kjennetegner et rusproblem (Hole, 2014, s. 16). Hvordan rusproblemer utvikles er preget av individuelle variasjoner. Det som er felles for alle som har et rusproblem er at rusmidlene brukes på en måte som fører til problemer først og fremst for den enkelte, men også for dem som står rusmiddelbrukeren nær. Bruk av rusmidler kan også føre til helsemessige- og/eller sosiale problemer for begge parter (Hole, 2014, s. 41). Rusproblemer kan blant annet føre til relasjons- og familieproblemer, redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon og slike problemer regnes som folkehelseutfordringer (Biong & Ytrehus, 2018, s. 13).

Rusbrukslidelser har store konsekvenser for samfunnet og kostnadene til blant annet spesialisert rusmiddelbehandling er betydelige. Andre utfordringer er at rusmiddelbrukere ofte ikke er i arbeid i tillegg til at de mottar støtte fra trygdeordninger og sosialhjelpstønader. Dette medfører omfattende utgifter for samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2018). Mennesker med rusproblem regnes som en pasientgruppe som har et stort behov for sammensatte tjenester over tid og det er nødvendig at ulike faggrupper samarbeider for å skape et best mulig tjenestetilbud for denne gruppen (Biong & Ytrehus, 2018, s. 13).

Effektiv forebygging av rusbrukslidelser krever koordinerte tiltak på ulike nivå og forebyggingen bør omfatte hele livsløpet. En spesiell utfordring ved slikt arbeid er det å nå unge med rusproblemer på et tidlig stadium. Tidlig iverksetting av tiltak og behandling rettet

mot den yngre pasientgruppen kan bidra til forebygging av lange og kostbare behandlingsforløp (Folkehelseinstituttet, 2018).

Rusmiddelavhengighet klassifiseres som sykdom i ICD-10, den nasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, og sykdom gir igjen rett til behandling (Simonsen, 2016, s. 60). Sykepleier kan ved hjelp av ulike tiltak forebygge tilbakefall hos disse pasientene. Selv har jeg møtt denne pasientgruppen i praksis og sitter igjen med en opplevelse av at det er nødvendig å rette fokuset mot en slik økende pasientgruppe. Erfaringer fra praksis har gitt meg forståelse for viktigheten av å fremme motivasjon og mestring hos rusmiddelavhengige pasienter. Iverksetting av ulike tiltak, for eksempel å utarbeide individuell plan, har vist seg å være effektivt i forebyggende arbeid og kan bidra til å redusere risiko for tilbakefall etter utskrivelse fra institusjon. Som student synes jeg forebyggende behandling av rusmiddelavhengige pasienter er et spennende tema som jeg ønsker å belyse kunnskap om i denne litteraturstudien. Med utgangspunkt i dette har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

## 1.1 Problemstilling

*Hvilke risikofaktorer kan bidra til tilbakefall etter rusbehandling og hvordan kan sykepleier i behandling forebygge tilbakefall?*

## 1.2 Avgrensing og presisering

Jeg har valgt å avgrense denne oppgaven til yngre rusmiddelavhengige pasienter i alderen 16-25 år og Helsedirektoratet (u.å.) definerer ung alder innenfor dette området. Forskning viser at yngre rusmiddelavhengige er spesielt utsatt for tilbakefall (Nordfjærn, 2011 og Andersson, Wenaas & Nordfjærn, 2019). Jeg har derfor valgt å fokusere på denne pasientgruppen. Risikofaktorer for tilbakefall etter rusbehandling vil bli presentert via forskningslitteratur. I oppgaven vil jeg fokusere på hvordan sykepleier kan forebygge tilbakefall med fokus på forebygging i institusjon. Tiltak som kan bidra til økt motivasjon og mestringstillit hos pasienten vil bli belyst. Self-efficacy er kjent som Albert Banduras begrep som har flere norske oversettelser som for eksempel selvtro, mestringstro, mestringsevne og mestringstillit (Brumoen, 2010). I denne oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet mestringstillit, og Brumoen (2007, s. 16) hevder at dette begrepet kan knyttes til tema avhengighet.



På grunn av begrenset utvalg av relevante forskningsartikler inkluderer de valgte artiklene også deltakere i aldersgrupper som ligger utenfor gruppen 16-25 år.

## 2.0 Teori

### 2.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) var psykiatrisk sykepleier. Hun var i sin teori opptatt av at mennesket er et unikt individ som til en hver tid er i vekst, utvikling og endring (Travelbee, 1999, s. 5). Menneske-til-menneske-forholdet og håp er to sentrale begrep i Travelbee sin teori. Målet og hensikten med et menneske-til-menneske-forhold er det å hjelpe et individ, eller en familie, til å mestre eller forebygge sykdom og lidelse og det å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 171). Ved hjelp av et menneske-til-menneske-forhold kan sykepleier sørge for at den enkeltes sykepleiebehov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 178). Håp er også et begrep som Travelbee (1999, s. 117) belyser i sin teori og hun definerer begrepet slik: «Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige». Videre forteller Travelbee (1999, s. 117) at håp er det som gjør mennesker i stand til å mestre ulike vonde og vanskelige situasjoner.

Travelbee sin teori kan sees i sammenheng med hvordan sykepleier kan forebygge tilbakefall. «Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for» (Travelbee, 1999, s. 177). Et slikt gjensidig forhold kan med andre ord være aktuelt når sykepleier skal hjelpe pasienten med å forebygge tilbakefall. Håp er også et begrep som kan være relevant i en slik prosess. Travelbee (1999, s. 123) beskriver den profesjonelle sykepleiers oppgave som det å hjelpe den syke til å opprettholde håpet og unngå håpløshet, og å hjelpe den som opplever håpløshet til å gjenvinne håp. Travelbee (1999, s. 117) påpeker også at den motiverende impulsen av håp muligens er det som gir den syke energi og blant annet gjør personen i stand til å overvinne hindringer i de vanskelige oppgavene som kan ligge i en rehabiliteringsprosess.

## 2.2 Rusmiddelavhengighet

I hjernen finner vi det mesolimbiske systemet, også kalt belønningssystemet. Ved inntak av rusmidler blir denne delen av hjernen påvirket og de naturlige funksjonene forstyrres. Det som skjer ved denne prosessen er at det dannes en følelse av velbehag og motivasjon for gjentakelse (Hole, 2014, s. 27).

Rusmiddelavhengighet beskrives av Folkehelseinstituttet (2018) som det å ha et sterkt ønske om å innta et rusmiddel samtidig som personen har vanskeligheter med å kontrollere bruken. Personen som er rusmiddelavhengig opprettholder bruken av rusmidler til tross for de skadelige konsekvensene av slike handlinger. Et kjennetegn ved rusmiddelavhengighet er at bruk av rusmidler prioriteres framfor andre aktiviteter og forpliktelser (Folkehelseinstituttet, 2018).

Rusmiddelavhengighet regnes som en sykdom i følge ICD-10. For å gi diagnosen avhengighet må minst tre av seks kriterier være oppfylt. I korte trekk omhandler kriteriene lyst, tvang, mangelfull kontroll, abstinens, toleranseutvikling, økende likegyldighet og fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser (Hole, 2014, s. 19).

Rusmiddelavhengighet kan forklares ut ifra tre perspektiv. Det biologiske perspektivet vektlegger at rusmidler fører til endringer som assosieres med behag i starten av brukerperioden. Ved videre rusmiddelbruk vil opplevd behag reduseres og det oppstår derimot fysisk og psykisk ubehag når rusmidlene skilles ut av kroppen. Dette skjer på grunn av nevrobiologiske endringer i kroppen som igjen bidrar til redusert motivasjon og evne til å avslutte rusmiddelbruken (Simonsen, 2016, s. 47). Med andre ord opprettholdes bruk av rusmidler. Det psykologiske perspektivet viser til personenes egne erfaringer. Slike erfaringer er for eksempel det at rusmiddelbruk fører til behag og fjerner ubehag. Ved fortsatt bruk av rusmidler vil erfaringene vise til ubehag ved det å avslutte rusmiddelbruken. Dette vil igjen bidra til at personen opplever svekket tro på andre løsninger og dermed opprettholdes rusmiddelbruken. I dette perspektivet er personens erfaringer, både med og uten rusmidler, og fortolkninger av disse sentral ved utvikling av rusmiddelavhengighet (Simonsen, 2016, s. 51). Det siste perspektivet er det sosiokulturelle som belyser de sosiale og kulturelle rammene som rusmiddelbruken utvikles i. Dette er altså rammene den rusmiddelavhengige lever under og som har stor betydning for starten, utviklingen og opprettholdelsen av rusmiddelavhengigheten (Simonsen, 2016, s. 54).

## 2.3 Risikofaktorer

En risikofaktor kan defineres som «en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden» (Hole, 2014, s. 47). Eksempler på risikofaktorer er psykiske plager, positive holdninger til rusmidler og tidlig debut, dårlig skolemiljø og bomiljø, individuell sårbarhet og fattigdom. Beskyttelsesfaktorer er også relevant i denne sammenheng og kan beskrives som det motsatte av risikofaktorer (Hole, 2014, s. 48).

Et hvert menneske er utsatt for både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer, men det er summen av den enkeltes livssituasjon som utgjør faren for utvikling av et rusproblem (Hole, 2014, s. 47). Når det gjelder hvem som utvikler et rusproblem er dette en individuell prosess, men likevel kan kunnskaper om tema si noe om hvem som har økt risiko for utvikling. I denne sammenheng er det viktig at flere aktører i samfunnet arbeider for å redusere risikofaktorene og styrke beskyttelsesfaktorene (Hole, 2014, s. 49).

## 2.4 Forebygging

Hole (2014, s. 71) forteller at forebygging handler om å minimere risiko for å igjen unngå en problemutvikling. Forebygging kan deles inn i universell, selektiv og indikativ forebygging. Universell forebygging innebærer tiltak som er rettet mot alle, mens selektiv forebygging er tiltak som er rettet mot risikogrupper. Indikativ forebygging er tiltak som er rettet mot enkeltpersoner med forhøyet risiko, eller som allerede har for eksempel et rusproblem (Hole, 2014, s. 72). I følge Simonsen (2016, s. 114) kan forebygging også deles inn i primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging. Primærforebygging skjer før sykdom eller et problem oppstår. Sekundærforebygging skjer når sykdom eller et problem har oppstått og er «aktivt». Tertiærforebygging skjer etter at sykdom eller problemet allerede er behandlet (Simonsen, 2016, s. 114).

Målet med forebygging av rusmiddelavhengige pasienter er å unngå tilbakefall. Ved hjelp av både behandling og ulike tiltak kan denne pasientgruppen motiveres til behandling, unngå tilbakefall og inkluderes i det sosiale miljøet (Regjeringen, 2013). Simonsen (2016, s. 114-115) beskriver forebyggende tiltak som programmer hvor hovedmålet er å identifisere risikofaktorer for sykdom eller lidelse. Videre forteller han at det iverksettes tiltak som

reduserer sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer, noe som igjen hindrer utvikling av sykdom eller lidelse (Simonsen, 2016, s. 115).

## 2.5 Individuell plan

Rusmiddelavhengige pasienter er en gruppe som kan ha behov for hjelp fra ulike enheter innen helsevesenet. For å sikre at pasientenes totale hjelpebehov blir ivaretatt kan det i denne sammenheng være aktuelt å utarbeide en individuell plan. Pasienter som har behov for langvarig og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet et slikt tiltak (Simonsen, 2016, s. 162). Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 1) er utarbeidet i forbindelse med individuell plan og sier følgende:

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Forskriften skal med andre ord sørge for at pasienten får tilbud om nødvendige tjenester rettet mot enkeltpersonens behov. I tillegg skal forskriften bidra til et godt samarbeid mellom behandler, pasient, pårørende og de ulike nivåene i helsetjenesten.

Hovedmålet med en individuell plan er å sikre at hver enkelt pasient får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Simonsen, 2016, s. 162). Første punkt ved oppstart av individuell plan er å avklare samtykke og å oppnevne en koordinator, og det er hovedsakelig pasienten som velger hvem som skal være koordinator. Videre inneholder planen en avklaring av pasientens behov, ressurser, ønsker og mål, oversikt over behov og tjenester og til slutt evaluering og oppfølging (Helsedirektoratet, u.å.). Individuell plan anbefales å være det styrende dokumentet som det tas utgangspunkt i ved pasientmøter, hvor både behandlingsinstanser og pasienten møtes (Simonsen, 2016, s. 164).

## 2.6 Motivasjon

Motivasjon er et begrep som kan forklares på ulike måter. Renolen (2015, s. 65) forklarer det slik «Motivasjon er en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd». I følge Hole (2014, s. 107) er motivasjon enkeltpersonens positive krefter som ønsker en positiv endring. Disse kreftene står samtidig i konflikt med de kreftene som fører til fortsettelse av avhengighet. Det er altså både positive og negative krefter som styrer personen. En utfordring ved motiverende arbeid er det å få de positive kreftene til å overskygge de negative, og som hjelper er dette en relevant del av arbeidet. Det å framheve, opprettholde og understøtte personens positive krefter er nødvendig samtidig som de negative kreftene også må anerkjennes (Hole, 2014, s. 107).

Renolen (2015, s. 66) skiller mellom indre og ytre motivasjon hvor indre motivasjon gjerne betraktes som en større kraft enn ytre motivasjon. Som helsearbeider er det å motivere pasienter en del av hverdagen og en utfordring knyttet til dette er pasientens evne til å få tak i sin egen indre motivasjon (Renolen, 2015, s. 75-76). Hole (2014, s. 108) belyser viktigheten av at hjelperen, sammen med pasienten, skaper positiv motivasjon og gir dette et praktisk innhold. Motivasjon er ikke nødvendigvis noe som er til stede hos pasienten fra før, men det er noe som kan skapes (Hole, 2014, s. 108).

For å øke motivasjonen til en person kan bruk av motiverende samtale, også kalt motiverende intervju, være aktuelt. Hensikten med motiverende samtale er å motivere til atferdsendring (Helsedirektoratet, 2017). Motiverende samtale har vist seg å være et gunstig tiltak ved blant annet forebyggende helsearbeid og kan også forklares som endringsfokusert rådgivning. Ved motiverende samtale er samarbeid, respekt og empati aktuelle begrep som danner grunnlag for samtalen mellom behandler og pasienten. Det er avgjørende at en motiverende samtale preges av pasientens egne holdninger, overveielser og ønsker. I tillegg er det nødvendig å finne pasientens egne ressurser til forandring og at hjelper støtter pasientens selvbestemmelsesrett. Et siste avgjørende punkt er at behandler arbeider med å styrke pasientens tro på at det er mulig å gjøre en endring. Ambivalens er et begrep som kan komme til uttrykk ved endring og begrepet innebærer en opplevelse av motstridende følelser, tanker og holdninger (Renolen, 2015, s. 76).

## 2.7 Mestringstillit

Brumoen (2007, s. 96) beskriver mestringstillit som det å tro på egne evner til å mestre utfordrende situasjoner. Mestringstillit har blant annet betydning for pasientens personlige mål, for hvor mye pasienten anstrenger seg for å nå målet og for hvordan eventuelle tilbakeslag takles. Mestringstillit er noe som bygges ved at pasienten lykkes. For å oppnå dette er det viktig at pasienten får nødvendig hjelp til å se egne muligheter og til å tro på en bedre fremtid (Randby, 2010, s. 63).

Bandura (2006, s. 16) påpeker at folks tro på at de kan motivere seg selv og regulere egne helsevaner påvirker hver fase i en personlig endringsprosess. Videre forteller han at tro på egen mestring påvirker i hvilken grad individer velger å slutte med skadelige helsevaner. For å bygge folks mestringstillit må de lære å forstå sin egen helseatferd og sette oppnåelige delmål som motiverer og leder dem mot målet. De må også definere noen motivasjonsfaktorer og velge former for sosial støtte slik at de opprettholder viljen til å lykkes (Bandura, 2006, s. 16-17).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er skrevet med utgangspunkt i litteraturstudie som metode. I en litteraturstudie er hensikten å studere litteraturen (Støren, 2013, s. 16). Litteratur kan beskrives som den eksisterende kunnskapen som er presentert av artikkelforfattere. En litteraturstudie er en systematisering av kunnskap som innebærer det å søke, samle, vurdere og sammenfatte kunnskapen (Støren, 2013, s. 17).

### 3.2 Litteratursøk

For å finne aktuell litteratur startet jeg med å se gjennom pensumlisten knyttet til psykisk helse. Der fant jeg relevant litteratur knyttet til rusproblemer. Deretter søkte jeg etter litteratur på nettet og undersøkte om bøkene var tilgjengelig på Høgskolen sitt bibliotek. På biblioteket søkte jeg via Oria og fant litteratur ved å søke på bøkens tittel. Ved dette søket fant jeg bøker knyttet til mestringstillit og rusmiddelavhengighet.

### 3.3 Søkeprosessen

Til å begynne med var søk etter relevant forskningslitteratur en utfordring i denne oppgaven. Det var tilsynelatende forsket lite på hvordan sykepleier kan forebygge tilbakefall hos rusmiddelavhengige pasienter. En mulig årsak kan være at forebygging ikke nødvendigvis består av ett enkelt tiltak eller blir utført av en enkelt person, men er heller en prosess av ulike tiltak der ulike profesjoner jobber sammen. I følge Sælør og Bjercknes (2018, s. 145) innebærer tverrfaglig samarbeid at representanter fra ulike fag og profesjoner arbeider sammen med den hensikt å gjøre det som er best for brukeren. Med andre ord kan forebygging være en omfattende prosess.

For å systematisere søket har PICO-skjema (vedlegg 1) vært et godt hjelpemiddel. PICO-skjema gjør det mulig å dele problemstillingen i en 3(4)-deling. En slik inndeling bidrar til å definere søkeord knyttet til delene (Thidemann, 2015, s. 87). Ved søk benyttet jeg meg av databaser som CINAHL, Academic Search Elite, Google Scholar, SveMed+ og PubMed. Forskningsartiklene som blir brukt i denne oppgaven ble oppdaget i CINAHL, Academic Search Elite og Google Scholar. CINAHL er en database som inneholder engelskspråklig litteratur knyttet til blant annet sykepleie og tilgrensende fag (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). To av forskningsartiklene ble oppdaget i denne databasen. Academic Search Elite er en

tverrfaglig artikkeldatabase (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Den tredje artikkelen ble oppdaget i denne databasen. Den fjerde og siste forskningsartikkelen ble oppdaget i Google Scholar. I Google Scholar er det mulig å søke i mange akademiske tidsskriftbaser samtidig, og via Høyskolens nett får en tilgang til artiklene som Høyskolebiblioteket abonnerer på (Høgskulen på Vestlandet, u.å.).

Ved søk brukte jeg ulike søkeord for å få et best mulig resultat. Ord som «substance use treatment», «relapse», «illicit substances», «substance use disorder», «relapse pattern», «self-efficacy», «relapse tendency», «relapse addiction tendency», «motivation», «early motivation» og «chronic substance use» ble brukt som søkeord. Noen av søkeordene ble kombinert med «and». Etter flere forsøk fant jeg relevante forskningsartikler som kunne bidra til å belyse problemstillingen i oppgaven.

### 3.4 Søketableller

Søk i CINAHL 19.03.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
1	Substance use disorder	2009-2019 Språk- engelsk	28821
2	1 and relapse pattern		64

Etter søk nr. 2 fant jeg artikkelen *Relapse patterns among patients with substance use disorders* (Nordfjærn, 2011). Artikkelen ble funnet som treff nr. 10 i dette søket.

Søk i CINAHL 19.03.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
1	Substance use treatment	2009-2019 Språk- engelsk	16839
2	1 and relapse		807
3	2 and illicit substances		49

Artikkelen *Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances* (Andersson et al., 2019) fant jeg etter søk nr. 3 i databasen som artikkel nr. 2.



Søk i Academic Search Elite 19.03.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
1	Motivation and chronic substance use	2009-2019	169
2	Early motivation and chronic substance use		8

Artikkelen *Early Motivation, Well-being, and Treatment Engagement of Chronic Substance Users Undergoing Treatment in a Therapeutic Community Setting* (Klag, Creed & O'Callaghan, 2010) ble oppdaget i Academic Search Elite via databasen CINAHL. Artikkelen ble funnet som treff nr. 4 i søket.

Søk i Google Scholar 19.03.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
1	Self efficacy	2009-2019	1570000
2	1 and relapse tendency		18300
3	Self efficacy and relapse addiction tendency		1

Artikkelen *Self Efficacy and Relapsed Addiction Tendency: An Empirical Study* (Ibrahim, Kumar & Samah, 2011) ble oppdaget i Google Scholar, da det tilsynelatende kan virke som om andre databaser har lite tilgang til forskning knyttet til tema. Til å begynne med ga søket mange treff men funnene ble ikke vurdert som aktuell for denne oppgaven. En artikkel ble til slutt valgt da jeg mener denne kan bidra positivt ved drøfting av problemstillingen i oppgaven. Ved siste søk fikk jeg ett treff, og det er denne artikkelen som blir presentert i oppgaven.

### 3.5 Vurdering av egen oppgave

I denne oppgaven blir det tatt utgangspunkt i en todelt problemstilling. Bakgrunnen for dette valget er at jeg som student anser det som nødvendig å først identifisere risikofaktorer for et tilbakefall for at det igjen skal være mulig å forebygge dette.

Søk etter relevant forskningslitteratur var en utfordring i denne oppgaven, men til tross for dette ønsket jeg å holde meg til den valgte problemstillingen fordi jeg mener det er et viktig tema å belyse. Slik jeg ser det kan lite forskning på området være et tegn på at det er behov

for mer forskning rundt tematikken. Jeg valgte til slutt å trekke inn motivering og mestringstillit i oppgaven da dette ga tilgang til forskningslitteratur som kunne bidra til å besvare problemstillingen. Det kan tenkes at annen forskningslitteratur også kunne vært aktuell for oppgaven, men da ville sannsynligvis problemstillingen blitt endret, noe jeg ønsket å unngå i så stor grad som mulig.

### 3.6 Kildekritikk

Kritiske vurderinger innebærer det å bestemme relevans, styrker og begrensninger knyttet til informasjonen som samles inn. I tillegg er det å bruke kildene for å støtte egne argumenter en del av den kritiske vurderingen (Thidemann, 2015, s. 27). Med andre ord er kritisk vurdering en relevant prosess når forskning eller annen litteratur skal evalueres.

For å kritisk vurdere forskningslitteraturen i denne oppgaven valgte jeg å avgrense søket. For å finne dagsaktuell forskning ønsket jeg å begrense søket med en tiårsperiode fra 2009-2019. Hensikten med dette var å finne nyere forskning som kunne bidra til å belyse problemstillingen i oppgaven. Forskningsartiklene som blir presentert er fra 2010, 2011 og 2019. For å igjen avgrense søket ønsket jeg å kun inkludere artikler som var skrevet på skandinavisk eller engelsk. Alle artiklene som blir presentert i oppgaven er skrevet på engelsk. Språkmessige utfordringer knyttet til oversetting av innholdet i teksten kan i denne sammenheng ha ført til feiltolkninger av innholdet. Dette kan igjen ha en innvirkning på resultatenes troverdighet.

I noen tilfeller vil det være aktuelt å begrense søket med utgangspunkt i artiklenes geografiske opphav. I denne oppgaven har ikke artikler blitt ekskludert ettersom tema og resultat ikke er avhengig av geografiske opphav. Til tross for dette ble noen artikler ekskludert fordi de ikke kunne benyttes til å belyse problemstillingen i oppgaven.

For å vurdere studienes relevans tok jeg utgangspunkt i IMRaD-strukturen. IMRaD-strukturen kan beskrives som en form for disponering av tekst i vitenskapelige artikler som gjør det enklere å finne informasjon i teksten. Strukturen består av punktene introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2015, s. 30-31). Ved hjelp av denne strukturen leste jeg gjennom hovedinnholdet i artiklene på en effektiv og oversiktlig måte, og kunne deretter ekskludere de som ikke var relevant for oppgaven. Bruk av sjekklister kan også være relevant

da disse bidrar til kritisk vurdering av artiklenes metodiske kvalitet (Helsebiblioteket, u.å.). I denne oppgaven har sjekklister blitt benyttet som et supplement ved kritisk vurdering av forskningsartiklene.

### 3.7 Etikk i oppgaveskriving

Et viktig prinsipp ved litteraturstudier er å sørge for at akademiske normer for kildehenvisning overholdes. I tillegg skal etiske prinsipper knyttet til frivillighet, anonymitet og informert samtykke ivaretas (Thidemann, 2015, s. 12). I oppgaven refereres all tekst fra litteratur til riktig kilde og dette er nødvendig for å unngå plagiat. Ved bruk av eksempler fra egen klinisk praksis er anonymisering nødvendig og dette blir gjort ved å bruke NN framfor han eller hun i oppgaven.

Forskningsetikk er et annet aktuelt tema som kan beskrives som visjonen om den gode forskningen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). I denne sammenheng kan det være relevant at forskningen er godkjent av en etisk komité og 2 av 4 artikler i denne oppgaven viser til en slik godkjennelse. I studien til Klag (et al., 2010) blir det ikke oppgitt at artikkelen er godkjent av en etisk komité, men studien er likevel tatt med i oppgaven fordi deltakerne ble vurdert før de fikk delta. De som i for stor grad var preget av mental ubalanse og som ikke kunne fullføre en vurdering fikk ikke være med i studien. Ellers var deltakelse frivillig og de som ønsket å delta måtte lese et informasjonsskriv og skrive under på et samtykkeskjema. I tillegg blir det i studien redegjort for begrensninger. Studien til Ibrahim (et al., 2011) oppgir ingen godkjennelse av etisk komité, men spørreskjemaenes og databehandlingens pålitelighet fremheves ved å vise til anerkjente metoder referert som coefficient Cronbach alpha og SPSS for Windows.

## 4.0 Resultat

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan forebygge tilbakefall blant yngre rusmiddelavhengige pasienter. I tillegg vil risikofaktorer som kan bidra til tilbakefall bli presentert ettersom slik informasjon er relevant for sykepleiers arbeid med å forebygge tilbakefall.

Etter endt søkeprosess fant jeg fire artikler som vil bli presentert i oppgaven. To av artiklene undersøker risikofaktorer for tilbakefall etter rusbehandling, en artikkel undersøker blant annet tidlig motivering ved behandling og den siste studien undersøker mestringstillit og tendenser til tilbakevinnende rusmiddelavhengighet.

### 4.1 Artikkel 1

Studien til Nordfjærn (2011) er en tverrsnittstudie hvor hovedfokuset rettes mot tidsintervallet fra endt rusbehandling til tilbakefall blant pasienter med rusmiddelavhengighet. Studien består av 352 rusmiddelavhengige deltagere i alderen 13-80 år og over. Bruk av spørreskjema ble brukt i studien for innsamling av data. Deltakerne måtte svare på spørreskjema enten når de var på venteliste, når de startet behandling, ved avslutning av behandling eller 3-12 måneder etter behandling. Funnene i studien viser at risiko for tilbakefall var høyest i løpet av de første månedene etter endt behandling. Andre aktuelle funn er risikofaktorer for tidlig tilbakefall. Eksempler på slike risikofaktorer er ung alder, arbeidsledighet og det å bruke opiatere eller alkohol som hovedrusmiddel. I tillegg sier studien noe om hvorfor yngre rusmiddelavhengige har større sannsynlighet for å få tilbakefall enn eldre etter endt rusbehandling.

### 4.2 Artikkel 2

Studien til Andersson (et al., 2019) er en prospektiv kohortstudie som retter fokuset mot tilbakefall etter behandling av rusmiddelbruk. Hovedformålet med studien var å undersøke i hvilken grad mental ubalanse og indre motivasjon samlet påvirker sannsynligheten for tilbakefall. 607 rusmiddelbrukere fra 18 år og oppover deltok i studien. Deltakerne måtte gjennom et oppfølgingsintervju tre måneder etter utskrivelse fra behandling. Data ble samlet inn via elektronisk medisinsk journal, selvrapportert spørreskjema ved behandlingsstart og et oppfølgingsintervju. To hypoteser blir presentert i studien: mental ubalanse er assosiert med høyere risiko for tilbakefall og høyere indre motivasjon før behandling assosieres med lavere

risiko for tilbakefall. Første hypotese støttes av funnene i studien mens den andre blir ikke støttet da studien ikke viser til forskjeller i indre motivasjon blant de som får tilbakefall og de som ikke får det. Funnene viser derimot at ung alder og det å ha en tilleggsdiagnose i form av psykisk lidelse øker risikoen for tilbakefall. Også lengden på behandlingsoppholdet har betydning og studien viser at det å ha et kortvarig opphold gir større sannsynlighet for tilbakefall enn et langvarig opphold. Det å fullføre et behandlingsopplegg reduserer også sannsynligheten for tilbakefall. Et siste punkt som nevnes i artikkelen er at risiko for tilbakefall er relatert til behandlingsstedets egenskaper.

### 4.3 Artikkel 3

Klag (et al., 2010) sin kvantitative studie undersøker indikatorer, roller og effekt av motivasjon blant rusmiddelavhengige ved starten av behandling med utgangspunkt i Self-Determination Theory, på norsk «selvbestemmelsesteorien». 350 rusmiddelavhengige personer fra alderen 18 år deltok i studien. I denne studien blir det benyttet ulike spørreskjema for innsamling av data og ulike måleparametere (skala) for å sammenstille og analysere informasjonen. Studien viser til hypotesen om at pasienter med mer autonom motivasjon knyttet til behandling vil med større sannsynlighet være engasjert i den terapeutiske prosessen og ville rapportere mer psykisk velvære ved begynnelse av behandlingen. Det ble og forventet at pasienter som følte autonom støtte fra personalet ville være mer autonom motivert for å være i behandling. Funnene i studien støtter disse hypotesene.

### 4.4 Artikkel 4

I den kvantitative tverrsnittstudien til Ibrahim (et al., 2011) er formålet å identifisere nivå av mestringstillit blant tilbakevinnende rusmiddelavhengige og å identifisere forholdet mellom mestringstillit og tendenser til tilbakevinnende avhengighet. Studien består av 400 rusmiddelavhengige deltagere i alderen 20-60 år. Det ble brukt spørreskjema og påfølgende tester for å undersøke hypotesen. Hypotesen for denne studien er at det ikke er noen signifikant relasjon mellom mestringstillit og tilbakevinnende avhengighet. Funnene viser at denne hypotesen ikke stemmer ettersom studien viser at det er en sammenheng mellom mestringstillit og sannsynlighet for tilbakefall.

## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil problemstillingen bli drøftet ut ifra teoretisk litteratur, egne erfaringer og forskningslitteratur.

### 5.1 Ung alder som risikofaktor

Risikofaktorer som kan føre til tilbakefall til bruk av rusmidler er et tema som jeg som student ønsker å belyse i denne oppgaven. Både Nordfjærn (2011) og Andersson (et al., 2019) påpeker i sine studier viktigheten av å identifisere risikofaktorer og kjennetegn som antas å være assosiert med risiko for tilbakefall, for å igjen kunne utvikle tilpasset behandlingsprogram for de spesifikke risikogrubbene. Erfaringer fra egen klinisk praksis har vist at det å kjenne til pasientens risikofaktorer fører til bedre tilpasset behandling med utgangspunkt i pasientens behov.

Funn i studiene til Nordfjærn (2011) og Andersson (et al., 2019) viser at ung alder er en risikofaktor for tilbakefall. Et annet funn som ble gjort av Nordfjærn (2011) er at en større andel av tilbakefallene skjedde i løpet av de første månedene etter behandling. Slik informasjon er nødvendig for sykepleier som skal drive forebyggende behandling fordi den sier noe om pasientens behov for hjelp og når dette behovet er størst. Travelbee (1999, s. 173) beskriver at det å ivareta pasientens behov er en av sykepleiernes oppgaver i et menneske-til-menneske-forhold. Av den grunn er det nødvendig at sykepleier identifiserer pasientens behov. Egnerfaringer fra praksis har vist at flere av de samme pasientene kommer tilbake til behandling og det vil være naturlig å anta at dette kan skyldes utilstrekkelig forebyggende behandling, både i og utenfor institusjon, med for lite fokus på den enkeltes behov. Det som kan være nødvendig å påpeke, og som jeg har erfart i praksis, er at det kan være utfordrende å få denne pasientgruppen til å ha en positiv holdning til det å være i behandling. Nordfjærn (2011) hevder at ungdom ofte har en ambivalent holdning til nettopp dette. Min erfaring er at behandlingsmiljøet er av betydning i denne sammenheng.

Andersson (et al., 2019) hevder i sin studie at risiko for tilbakefall kan relateres til behandlingsstedets miljø. Det kan tenkes at støttende hjelpere, positive medpasienter og et inkluderende sosialt miljø vil kunne ha en forebyggende effekt, da dette legger til rette for et godt behandlingsopphold for pasienten. I praksis har jeg erfart disse positive sidene ved behandling i institusjon og sitter igjen med en opplevelse av at dette bidrar til gode, trygge

rammer og økt trivsel. Det jeg derimot anser som en utfordring er når pasientene skrives ut fra institusjon og de opplever at de trygge rammene i institusjonen ikke lenger er tilstede. Da kan det være kort vei tilbake til bruk av rusmidler. Det kan virke som om trygge, gode rammer under behandling i seg selv ikke er nok for å unngå tilbakefall. Av den grunn kan det være nødvendig med ytterligere tiltak.

Nordfjærn (2011) hevder at spesialisert tilpasset behandling kombinert med gode offentlige tjenester muligens kan redusere risiko for tilbakefall de første månedene etter avsluttet behandling. Til tross for dette er det nødvendig å understreke at spesialisert tilpasset behandling kan være ressurskrevende, da det kan være behov for et tverrfaglig samarbeid for å kunne tilpasse behandling etter pasientens behov. Egenerfaringer fra dagens helsevesen har vist at mangel på ressurser er et problem, og trolig kan dette føre til utfordringer når det gjelder utøving av spesialisert tilpasset behandling i rusomsorgen. Kanskje kan manglende ressurser være en medvirkende årsak til tilbakefall da det kan føre til at pasientens helhetlige behov for helsehjelp ikke blir mulig å ivareta.

Med utgangspunkt i de aldersrelaterte funnene i studien til Nordfjærn (2011) understreker han viktigheten av tidlig intervensjon og forbyggende arbeid hos yngre rusmiddelavhengige pasienter, for å unngå utvikling av mer alvorlige avhengighetslidelser. I denne sammenheng er indikativ og sekundær forebygging relevant, da det er snakk om yngre rusmiddelavhengige som allerede har et aktivt rusproblem. Nordfjærn (2011) forteller at ungdom gjerne ikke opplever eget rusmiddelbruk som problematisk og at de ikke alltid har erfart negative konsekvenser av det på samme måte som eldre rusmiddelavhengige. Det kan derfor være utfordrende å skulle forebygge tilbakefall hos denne pasientgruppen, og det psykologiske perspektivet på rusmiddelavhengighet kan bidra til å forklare hvorfor. I dette perspektivet er fokuset rettet mot personenes egne erfaringer, med og uten rusmidler, og fortolkningen av disse (Simonsen, 2016, s. 51). Etersom yngre rusmiddelavhengige gjerne ikke har erfart negative konsekvenser av eget rusmiddelbruk kan det tenkes at bruk av rusmidler assosieres med positive erfaringer. Samtidig kan det tenkes at disse personene også har erfart de negative konsekvensene av redusert eller avsluttet rusmiddelbruk, som for eksempel abstinenser og endret stemningsleie. Sammen kan disse positive og negative erfaringene sannsynligvis bidra til utvikling og opprettholdelse av avhengighet. Trolig vil slike erfaringer føre til ambivalens og dette vil igjen kunne ha betydning for denne pasientgruppens holdninger knyttet til det å skulle redusere eller avslutte eget rusmiddelbruk. Yngre

rusmiddelavhengige pasienter kan derfor ha behov for å få hjelp til å endre egne holdninger, og dette kan sykepleier hjelpe pasientene med ved å øke deres motivasjon og mestringstillit i behandling.

## 5.2 Individuell plan for å øke motivasjon og mestringstillit

Ved hjelp av ulike tiltak kan rusmiddelavhengige pasienter motiveres til behandling, unngå tilbakefall og inkluderes i det sosiale miljøet (Regjeringen, 2013). Et tiltak som kan bidra til dette er individuell plan. Erfaringer fra egen klinisk praksis har vist hvordan individuell plan bidrar til kontinuitet og best mulig behandling av pasienten. Det som kan være interessant å undersøke er hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten med å oppnå økt motivasjon og mestringstillit via individuell plan, og hvordan dette kan bidra til forebygging av tilbakefall.

### 5.2.1 Målsetting

Avklaring av pasientens mål er et av de første punktene i individuell plan (Helsedirektoratet, u.å.). I følge Simonsen (2016, s. 166) er det pasienten som har den viktigste rollen når behandlingsmål skal opprettes og begrunner dette med at det er pasienten som er spesialist på eget liv. En slik holdning bidrar til ivaretagelse av pasientens brukermedvirkning, som er et viktig fokusområde i dagens helse- og sosialpolitikk og som fremheves som et aktuelt punkt i Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 1). Sykepleier er med andre ord pålagt å legge til rette for brukermedvirkning i behandling. I praksis har jeg erfart at dette fører til økt motivasjon og mestringstillit hos pasienten da sykepleier legger til rette for et godt og åpent samarbeid mellom pasient og hjelper. Til tross for dette har jeg også erfart at denne pasientgruppen trenger god tid på å nå behandlingsmålene da det kan være behov for å hjelpe pasienten med ulike hindringer eller utfordringer underveis i prosessen. For eksempel kan pasienten ha økonomiske utfordringer som gjør det vanskelig å finne et sted å bo, andre har problemer med å få seg jobb og noen har problemer med å opprette et nettverk utenfor rusmiljøet. Etersom egenerfaringer viser at dette er tilfellet blant flere yngre rusmiddelavhengige vil det være aktuelt å iverksette delmål som kan bidra til at pasientene klarer å nå behandlingsmålene.

Simonsen (2016, s. 166) hevder at delmål kan bidra til at en endring blir mulig for pasienten og egne erfaringer fra praksis støtter dette. Eksempler på delmål kan være å skaffe seg en bolig, få kontroll over økonomien eller å delta i aktiviteter i et rusfritt miljø. Det som



imidlertid er nødvendig å påpeke når det er snakk om målsetting er viktigheten av å sette spesifikke, reelle og oppnåelige mål. Med utgangspunkt i Travelbee (1999, s. 116) sin teori om håpet kan det være nødvendig at pasienten setter seg oppnåelige delmål, slik at håpet og ønsket om å nå målet blir mulig å oppfylle.

Sykepleier sin veiledende funksjon kan være aktuell i denne sammenheng. Sykepleier kan for eksempel komme med tilbakemeldinger og stille spørsmål rundt pasientens forslag til mål. Trolig vil dette bidra til at pasienten reflekterer rundt egne forslag ved at sykepleier unngår å overstyre pasienten i situasjonen, og kanskje vil dette føre til at pasienten kommer frem til oppnåelige delmål. Egnerfaringer fra praksis har vist at det å nå et mål fører til økt mestringstillit hos pasienten, noe som igjen har ført til økt motivasjon. Klag (et al., 2010) belyser også sammenhengen mellom mestringstillit og motivasjon da de hevder at pasienten har behov for å oppfatte seg selv som i stand til å oppnå ønsket utfall for å deretter kunne føle seg motivert. Det kan tenkes at oppretting av oppnåelig delmål i individuell plan vil kunne bidra til at pasienten opplever å lykkes. Randby (2010, s. 63) påpeker at mestringstillit bygges ved å lykkes, samtidig som Hole (2014, s. 108) hevder at motivasjon kan skapes. Med utgangspunkt i dette kan det å nå et delmål bidra til økt mestringstillit og motivasjon hos pasienten.

Renolen (2015, s. 174) ser håpet i sammenheng med målsetting og hevder at mål påvirker håpet da dette setter fokus på framtiden. Som student i praksis har jeg erfart at mål bidrar til å opprettholde pasientens håp om en bedre framtid, samtidig som det også har vist å bidra til økt motivasjon. Travelbee (1999, s. 117) hevder at håp er motiverende og at motivasjon kan gjøre pasienten i stand til å overkomme hindringene som kan være til stede i en rehabiliteringsprosess. Mine erfaringer fra praksis støtter dette. Pasienter jeg har møtt har for eksempel satt seg et mål om å holde seg rusfri etter endt behandling. Slik jeg ser det er dette et fremtidsorientert mål som bidrar til opprettholdelse av pasientens håp om at en endring er mulig. På den annen side kan det tenkes at målsetting også kan føre til håpløshet. Dersom pasienten for eksempel setter seg uoppnåelige mål vil dette kunne føre til en opplevelse av å mislykkes og følelsen av håpløshet kan oppstå. Den som mangler håp ser ingen utsikt til forandring og ser heller ikke noen løsninger på egne problemer (Travelbee, 1999, s. 118). Av den grunn tror jeg sykepleier som hjelper kan ha betydning for pasienten i denne sammenheng. Renolen (2015, s. 174) påpeker at helsearbeideren kan formidle håpet ved å ta seg tid til å snakke, gi informasjon, være omsorgsfull og hjelpsom overfor pasienten. Kanskje

kan dette bidra til å opprettholde eller gjenvinne pasientens håp, noe som også vil kunne ha betydning ved forebygging av tilbakefall.

### 5.2.2 Ressurser

Når det gjelder ressurser er både individuelle ressurser hos pasienten og ressurser som kan mobiliseres i familie og nærmiljø relevant (Helsedirektoratet, u.å.). Motivasjon og mestringstillit kan regnes som ressurser hos pasienten og egenerfaringer fra praksis har vist at slike ressurser kan bidra til positiv atferdsendring. Sælør og Bjerknes (2018, s. 149) hevder at motivasjon er sentralt i all rusbehandling. Det vil si at dersom pasienten er lite motivert vil det være aktuelt at sykepleier iverksetter tiltak for å øke pasientens motivasjon, og motiverende samtale kan bidra til nettopp dette.

Ved motiverende samtale er ønsket å påvirke pasientens indre motivasjon (Helsedirektoratet, u.å.). Klag (et al., 2010) belyser at motivasjon som preges av selvbestemmelse, også kalt indre motivasjon, assosieres med positive effekter sammenlignet med motivasjon som preges av mindre selvbestemmelse. Til tross for dette påpeker Nordfjærn (2011) at yngre rusmiddelavhengige oftere går inn i behandling på grunn av press fra skole, familie eller andre autoriteter. Det kan derfor tenkes at det vil være utfordrende for sykepleier å skulle fremme indre motivasjon hos denne pasientgruppen. På den annen side er det nødvendig å påpeke at i noen tilfeller er for eksempel familie en ytre motivasjon som kan bidra positivt ved atferdsendring hos pasienten, ved at de blant annet fungerer som støttespillere. I slike tilfeller vil det være aktuelt å inkludere familie i behandlingsforløpet dersom pasienten ønsker dette. Samtidig er det vesentlig å understreke at alle familieforhold er forskjellig og at ikke alle anser familien som en ressurs. Gjennom eget arbeid med denne pasientgruppen har jeg erfart at bruk av rusmidler kan føre til familiekonflikter og utfordringer, og dette bekrefter Biong & Ytrehus (2018, s. 13). Av den grunn er kanskje hjelper pasientens viktigste støttespiller.

I følge Travelbee (1999, s. 178-179) kan sykepleier ved hjelp av et menneske-til-menneske-forhold sørge for at den enkeltes sykepleiebehov blir ivaretatt. Videre forteller hun at det å oppfylle et slikt behov vil kunne bidra til forebygging eller mestring av sykdom og lidelse. Pasientens behov for sosial støtte kan sees i sammenheng med denne teorien. Renolen (2015, s. 175) understreker at sosial støtte er sentralt når det gjelder mestring av ulike livshendelser og Ibrahim (et al., 2011) støtter henne i dette. I tillegg påpeker Nordfjærn (2011) at

manglende sosial støtte kan være en indikator for tilbakefall. På bakgrunn av dette kan det være nødvendig å kartlegge pasientens ressurser ved behandlingsstart, da ulike ressurser kan tenkes å bidra til ivaretagelse av pasientens behov for sosial støtte. Som student i praksis har jeg flere ganger erfart at det å vise omsorg overfor pasienten i vanskelige situasjoner bidrar til sosial støtte, og dette har vist seg å ha betydning for pasienten sin evne til å mestre vanskelige situasjoner. I tillegg har jeg i praksis også erfart at autonom støtte, hvor sykepleier for eksempel lar pasienten delta i planleggingen av videre behandling, har betydning for pasientens indre motivasjon. Klag (et al., 2010) kan underbygge dette da funn fra deres studie viser at autonom støtte kan føre til sterkere indre motivasjon. Med utgangspunkt i dette opplever jeg både sosial og autonom støtte som relevante elementer i forebyggende behandling.

### 5.2.3 Bolig

Oversikt over behov og tjenester er også et punkt i individuell plan (Helsedirektoratet, u.å.). Yngre rusmiddelavhengige pasienter som jeg har møtt i praksis har blant annet hatt behov for bolig og jobbrelatert aktivitet. Andersson (et al., 2019) fremhever i sin studie at det å ha et sted å bo er en viktig faktor for å opprettholde en rusfri hverdag for pasienten. I stortingsmelding om en helhetlig rusmiddelpolitikk (Helse- og omsorgsdepartement, 2011-2012, s. 81) står det at egnet bolig kan bidra til trygghet samt at bistand til bolig kan være viktig for at den enkelte skal få god effekt av behandlingen. Til tross for dette beskriver Randby (2010, s. 49) en viktig utfordring i denne sammenheng ved å vise til at pasienter med rusproblemer ofte blir tilbudt bolig som ligger i et rusbelastet miljø. Det vil være naturlig å anta at dette vil kunne bidra til tilbakefall da denne pasientgruppen kan ha behov for å komme seg ut av rusmiljøet. I følge det sosiokulturelle perspektivet på rusmiddelavhengighet har rammene som personen lever under betydning for starten, utviklingen og opprettholdelsen av rusmiddelavhengigheten (Simonsen, 2016, s. 54). Det kan være avgjørende at sykepleier har bidratt med å tilrettelegge og forberede pasienten best mulig også på en slik boligsituasjon.

I tillegg til behandling av selve rusproblemet kan for eksempel kartlegging av pasientens behov for botrening være aktuelt. Noen pasienter har behov for å øve seg på å gå på butikken, handle mat og tilberede denne mens andre derimot trenger hjelp til å betale regninger eller få tips til hvordan å holde det rent og ryddig i en bolig (Wiig, 2017). I min praksisperiode fikk jeg mulighet til å følge en tidligere rusmiddelavhengig da NN skulle ha botrening. Aktiviteten gikk ut på at pasienten skulle ta ansvar for egen matlaging. Pasienten ga tydelig

tilbakemelding om at aktivitet ble mestret og førte til økt motivasjon. I tillegg har pasienter i praksis gitt tilbakemelding om at gjennomførelse av daglige aktiviteter som handling og planlegging av innkjøp kan gi samme opplevelse. Av den grunn tolker jeg botrening som et aktuelt tiltak som kan bidra til økt motivasjon og mestringstillit hos pasienter i behandling.

#### 5.2.4 Jobbrelatert aktivitet

Når det gjelder jobbrelatert aktivitet er dette noe både Nordfjærn (2011) og Andersson (et al., 2019) hevder er viktig å planlegge og tilrettelegge for før pasienten forlater behandlingsinstitusjonen. I praksis har jeg erfart at enhver aktivitet som pasienten opplever som lystbetont og meningsfull bidrar til motivasjon for deltakelse. Av den grunn kan det være aktuelt at sykepleier sammen med pasienten planlegger hvilke arbeidsrelaterte aktiviteter som kan bidra til motivasjon og deltakelse. Deretter kan sykepleier legge til rette for arbeidsrettede tiltak for å hjelpe pasienten ut i arbeid, og her kan NAV-kontoret være et sentralt samarbeidsledd (Helse- og omsorgsdepartement, 2011-2012, s. 82). Kanskje kan dette forebygge tilbakefall på flere måter. For det første kan jobbrelaterte aktiviteter føre til at pasienten må stå opp til faste tider, noe som kan være utfordrende dersom pasienten ikke har noe meningsfylt å se fram til. For det andre blir pasienten en del av et rusfritt og sosialt miljø og dette kan bidra til en opplevelse av å delta i samfunnet. For det tredje kan jobbrelaterte aktiviteter tenkes å bidra til økt mestringstillit hos pasienten. Endelig kan det å få en fast inntekt også være en motivasjon i seg selv.

Til tross for disse positive effektene ved deltakelse i jobbrelaterte aktiviteter belyser Hole (2014, s. 102) et relevant tema i denne sammenheng. Han sier at personer med et rusproblem kan føle seg ekskludert fra det rusmiddelfrie miljøet på grunn av kravene knyttet til et slikt miljø (Hole, 2014, s. 102). For eksempel innebærer jobbrelatert aktivitet krav om at pasienten møter opp til et bestemt tidspunkt og kanskje må pasienten komme seg dit på egenhånd. Slike krav kan være utfordrende for en pasient som har vært innlagt på institusjon eller som tidligere ikke har vært vant til å måtte forholde seg til slike krav. Sykepleier kan hjelpe pasienten i denne sammenheng ved for eksempel å gjennomføre en samtale hvor hovedfokuset rettes mot pasientens ønsker og muligheter. Kanskje kan dette gjøre pasienten bedre i stand til selv å ta del i arbeidet med å skaffe seg jobbrelaterte aktiviteter, samtidig som sykepleier får mulighet til å informere pasienten om hvilke krav som stilles ved de ulike aktivitetene. En slik samtale kan muligens forebygge at pasienten opplever å mislykkes i sitt forsøk på å delta i en jobbrelatert aktivitet i et rusmiddelfritt miljø.

### 5.3 Håpets betydning i forebyggende arbeid

Travelbee fremhever i sin teori at håpet er det som gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner (1999, s. 116). På bakgrunn av dette vil det være naturlig å anta at håp vil kunne ha betydning når det gjelder forebygging av tilbakefall blant yngre rusmiddelavhengige pasienter.

Erfaringer fra egen praksis viser at yngre rusmiddelavhengige pasienter kan preges av håpløshet og det kan tenkes å være flere årsaker til dette. Lav eller manglende utdanning, arbeidsledighet, manglende sosial støtte og depressive følelser vil trolig kunne føre til en opplevelse av håpløshet, og Nordfjærn (2011) ser en sammenheng mellom disse punktene og tilbakefall til bruk av rusmidler. I tillegg påpeker Simonsen (2016, s. 131) at bruk av rusmidler fører til en behagelig øyeblikksopplevelse hvor følelsen av håpløshet forsvinner. På grunn av dette kan det være aktuelt at sykepleier prøver å finne ut hvorfor pasienten opplever håpløshet. Travelbee (1999, s. 122-123) hevder at for å oppleve håpløshet må en tidligere ha hatt et håp som personen på et eller annet tidspunkt har mistet. Dette kan ansees som relevant når det er snakk om yngre rusmiddelavhengige som stadig kommer tilbake til behandling på grunn av tilbakefall. Det kan tenkes at disse pasientene på et tidspunkt har hatt et håp, men at dette kan ha blitt svekket som et resultat av gjentatte tilbakefall.

Ibrahim (et al., 2011) forteller i sin studie at rusmiddelavhengige som alltid opplever å feile i sitt forsøk på å bli rusfri vil oppleve svak mestringstillit. Slik jeg ser det kan det være flere årsaker til dette. På den ene siden kan det å få tilbakefall gjerne assosieres med mislykket behandling samtidig som det kan gi pasienten en opplevelse av å mislykkes i sitt forsøk på å gjøre en endring. I tillegg kan det innebære det å svikte de nærmeste rundt den rusmiddelavhengige som for eksempel familie og venner. Summen av dette vil sannsynligvis føre til en opplevelse av håpløshet og redusert mestringstillit hos pasienten. På den andre siden er det nødvendig å påpeke at tilbakefall også kan vurderes som en indikator på at en prosess ikke har fungert optimalt, og George og Marlatt (1984) belyser dette i studien til Nordfjærn (2011).

Travelbee (1999, s. 123) beskriver den profesjonelle sykepleiers oppgave som det å hjelpe den som opplever håpløshet til å gjenvinne håpet. Ettersom flere medvirkende årsaker kan bidra til tilbakefall kan sykepleier være en sentral informasjonsformidler som kan informere pasienten om dette. Det kan tenkes at slik informasjon vil bidra til at pasienten opprettholder

troen på egne evner og gjenvinner håpet, da pasienten kan få en bredere forståelse for de aktuelle årsakene til tilbakefallet. I tillegg kan det også tenkes at dette vil kunne styrke pasientens utholdenhet som beskrives som evnen til å prøve på nytt og til å fortsette å løse egne problemer (Travelbee, 1999, s. 120). Til tross for dette kan det være nødvendig at det først opparbeides en tillit i relasjonen mellom pasient og hjelper. Travelbee (1999, s. 124) ser håpet i sammenheng med tillit og påpeker at dette er noe sykepleier må gjøre seg fortjent til.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å identifisere ulike risikofaktorer som kan bidra til tilbakefall til bruk av rusmidler og å undersøke hvordan sykepleier kan forebygge tilbakefall.

En gruppe som i denne studien har vist å være spesielt utsatt for tilbakefall er yngre rusmiddelavhengige pasienter som er ferdig i behandling på institusjon. Sykepleier sin oppgave er å sørge for at denne pasientgruppen får nødvendig helsehjelp med utgangspunkt i den enkeltes behov. Individuell plan er et tiltak som kan bidra til dette. De aktuelle punktene i en slik plan kan være med å bidra til positiv atferdsendring hos pasienten ved at vedkommende får mulighet til å oppnå økt motivasjon og mestringstillit gjennom behandlingsprosessen. Målsetting, ressurser, bolig, og jobbrelatert aktivitet har vist å være av betydning i denne sammenheng. Til slutt har også pasientens håp vist å være et relevant tema i forebyggende arbeid.

Ettersom tilbakefall er en kjent utfordring blant yngre rusmiddelavhengige er det viktig at sykepleier har kunnskap om hvorfor tilbakefall forekommer og hvordan dette kan forebygges. Det forebyggende arbeidet bør også starte så tidlig som mulig i behandlingen.

Ettersom litteratur, forskning og egne erfaringer viser at tilbakefall er en utfordring i rusomsorgen, ser jeg et behov for mer forskning og ressurser knyttet til forebygging av tilbakefall.

## 7.0 Referanseliste

- Andersson, H. W., Wenaas, M. & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 90, 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008>
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. I F. Pajares & T. Urda (Red.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (s. 1-44). Greenwich, Conn: IAP.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer- en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg., s. 13-20). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brumoen, H. (2010). Svake og sterke øyeblikk- Bygging av mestringstillit. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(11), s. 1020-1025. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2010/11/svake-og-sterke-oyeblikk-bygging-av-mestringstillit?redirected=1>
- Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen og valget*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015, 12. august). Hva er forskningsetikk? Hentet fra <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hva-er-forskningsetikk/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). Rusbrukslidelser i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/#hovedpunkter>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL\\_1#§1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_1#§1)
- Helsebiblioteket. (u.å.). 4. Kritisk vurdering. Hentet 14. april 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Helsedirektoratet. (u.å.). Innholdet i individuell plan. Hentet 20. mars 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=innhold-i-individuell-plan-8184>
- Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). Motiverende intervju som metode. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#mi-pavirker-indre-motivasjon>
- Helsedirektoratet. (u.å.). Unge med rusmiddelproblemer: Rask og alderstilpasset behandling. Hentet 18. mars 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=unge-eldre-og->



[gravide-9223#unge-med-rusmiddelproblemer:-rask-og-alderstilpasset-behandlingenbefaling](#)

- Helse- og omsorgsdepartement. (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, alkohol- narkotika- doping*. (Meld. St. 30 2011-2012). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf>
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer- en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). Academic Search Elite. Hentet 19. mars 2019 fra <https://www.hvl.no/sok/?query=academic+search+elite>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). CINAHL. Hentet 7. mars 2019 fra <https://www.hvl.no/sok/?query=cinahl>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). Google Scholar. Hentet 7. mars 2019 fra <https://www.hvl.no/sok/?query=google+scholar>
- Ibrahim, F., Kumar, N. & Samah, B. A. (2011). Self efficacy and Relapsed Addiction Tendency: An Empirical Study. *The Social Sciences*, 6(4), 277-282. <http://dx.doi.org/10.3923/sscience.2011.277.282>
- Klag, S. M-L., Creed, P. & O'Callaghan, F. (2010). Early Motivation, Well-being, and Treatment Engagement of Chronic Substance Users Undergoing Treatment in a Therapeutic Community Setting. *Substance Use & Misuse*, 45, 1112-1130. <https://doi.org/10.3109/10826080903499562>
- Nordfjærn, T. (2011). Relapse patterns among patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 16(4), 313-329. <https://doi.org/10.3109/14659890903580482>
- Randby, M. (2010). *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer- På vei mot en bedre hverdag*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Regjeringen. (2013, 26. juni). Rusforebygging. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk/helse/innsikt/forebygging/id439358/>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet- Lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri- for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Støren, I. (2013). *Bare søk!- Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sælør, K. T. & Bjerknes, S. O. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg., s. 141-158). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wiig, F. L. (2017). Ut å bo i byen. *Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse*. Hentet fra <https://rop.no/aktuelt/ut-aa-bo-i-byen/>

## 8.0 Vedlegg

### Vedlegg 1 - PICO-skjema

P-patient/problem	I-intervention	C- comparison	O-outcomes
Yngre rusmiddelavhengige pasienter	Forebyggende tiltak Motivering Mestringstillit Oppfølging/veiledning/tilrettelegging Informasjon		Forebygge tilbakefall

### Vedlegg 2 – Litteratormatrise

Artikkel	Hensikt	Metode/data	Utvalg	Resultat
Nordfjærn, T. (2011). Relapse patterns among patients with substance use disorders.	Undersøke tidsintervallet fra endt behandling til tilbakefall blant rusmiddelavhengige pasienter og å undersøke risikofaktorer som er assosiert med tidlig tilbakefall.	Tverrsnittstudie, godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Norwegian Social Science Data Services. Deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien. De ble informert om hensikten med studien og om at informasjonen ble anonymisert. Deltagerne ble bedt om å lese et samtykkebrev før de fikk delta i studien.	352 deltagere, 13-80 år og over fra 16 behandlingssentre i Norge. Deltagerne svarte på et spørreskjema enten om de var på venteliste, når de startet behandling, ved avslutning av behandling eller 3-12 måneder etter behandling.	Flertall av tilbakefall skjedde i løpet av de første månedene etter behandling. Risikofaktorer for tidlig tilbakefall var yngre alder, arbeidsledighet og det å bruke opiater eller alkohol som hovedrusmiddel. Pasienter som hadde hatt kortvarig eller langvarig pasientbehandling hadde et lengre tidsintervall mellom endt behandling og tilbakefall.
Andersson, H. W., Wenaas, M. & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study	Målet med studien var å undersøke i hvilken grad mental ubalanse og indre motivasjon samlet påvirker sannsynligheten for tilbakefall.	Prospektiv kohortstudie. Studien ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Deltagerne måtte signere et samtykkeskjema som inkluderte ulike tillatelser for forskerne.	607 deltagere, minst 18 år, fra fem behandlingssentre i Norge. Deltagerne var brukere av ulovlige rusmidler. Deltagerne ble kontaktet av en forskningsassistent 1-2 uker etter tilgang til behandling ved klinikk.	Ung alder og det å ha en psykiatrisk diagnose regnes som risikofaktorer for tilbakefall. Deltagere som hadde hatt kortvarig behandling hadde høyere risiko for tilbakefall enn de som hadde hatt langvarig behandling. Det å fullføre behandlingsforløpet er forbundet med lavere risiko for tilbakefall.

among users of illicit substances.				
Klag, S. M-L., Creed, P. & O'Callaghan, F. (2010). Early Motivation, Well-being, and Treatment Engagement of Chronic Substance Users Undergoing Treatment in a Therapeutic Community Setting.	Undersøker indikatorer, roller og effekt av motivasjon blant rusmiddelavhengige ved start av behandling med utgangspunkt i Self-Determination Theory.	Kvantitativ studie med bruk av spørreskjema. Deltagere som i for stor grad var preget av mental ubalanse, og som ikke kunne fullføre en vurdering, var ikke kvalifiserte til å delta i studien. En av forskerne introduserte studien for deltagerne. De som ønsket å delta måtte lese et informasjonsskriv og skrive under på et samtykkeskjema.	350 deltagere, minst 18 år gamle rusmiddelavhengige, fra seks ulike regionale behandlingssteder i Australia.	Studien viser at motivasjon spiller en viktig rolle ved rehabilitering av rusmiddelmissbrukere. Pasienten må selv føle en personlig tilknytning og må oppfatte seg selv som i stand til å oppnå et ønsket utfall for å igjen føle seg motivert. Behandlere kan spille en viktig rolle i møtet med pasientens grunnleggende behov. Behandler kan også øke pasientens motivasjon ved å fremme selvstyre i situasjonen.
Ibrahim, F., Kumar, N. & Samah, B. A. (2011). Self Efficacy and Relapsed Addiction Tendency: An Empirical Study.	Målet var å identifisere nivå av mestringstillit blant tilbakevinnende rusmiddelavhengige og å identifisere forholdet mellom mestringstillit og tendenser til tilbakevinnende avhengighet.	Kvantitativ tverrsnittstudie med bruk av spørreskjema og påfølgende tester for å undersøke hypotesen.	400 deltagere i alderen 20-60 år. Alle var tilbakevinnende rusmiddelavhengige som fortsatt var under behandling og rehabilitering i åtte behandlingssentre i Malaysia.	Lav mestringstillit blant rusmiddelavhengige er en faktor som er relevant i forhold til tilbakevinnende rusmiddelavhengighet. Jo lavere mestringstillit personen har jo større tendenser er det for tilbakefall. Positiv sosial støtte vil kunne øke mestringstilliten. En innsats bør gjøres for å endre lav mestringstillit slik at rusmiddelavhengige har et bedre utgangspunkt når de møter livsutfordringer etter utskrivelse.