



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Forebygging av tilbakefall i rusbehandling

Prevention of relapses in drug treatment

Iselin Holten Dahle

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 24.05.2017



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ole David Brask

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 24.05.2017

Antall ord: 9187

Forord

Det lille lyset som er i enden av tunnelen
Lokker deg, og forteller deg at alt vil ordne seg
Lyset du bare ser når du er i riktig sinnstilstand
Se på lyset, drøm deg bort, husk at godhet finnes

Du må aldri glemme når du sitter der i mørket
At finnes det mørke, finnes det lys
Det er lett å glemme at lyset finnes
Når man er omsluttet av mørke tanker og negativitet

Noen ganger trenger man hjelp
Hjelp til å huske på alt som er godt
For selv om dagen i dag er vond
Kan dagen i morgen være lys og god

Men ta med deg lyset hvor hen du går
I tankene dine, i sinnet ditt
Og husk på at etter vinter, kommer vår
Og med våren kommer lyset og håpet

Forfatter (ukjent)

1.0	Innledning	1
1.1	Tema	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema	1
1.3	Forforståelse	2
2.0	Problemstilling	3
2.1	Avgrensning	3
2.2	Definisjon av begreper i problemstillingen	4
3.0	Metodedel.....	5
3.1	Validitet og reliabilitet.....	6
3.2	Oppgavens disposisjon	7
4.0	Teoridel	8
4.1	Tilbakefallsforebygging	8
4.2	Motiverende Intervju (MI)	9
4.2.1	Hovedprinsippene i MI	9
4.2.2	Endringsfaser.....	11
4.2.3	Bygging av mestringstillit (BaM)	13
4.2.4	Motivasjon	14
4.2.5	FAK-skjema	15
4.3	Kognitiv Terapi (KT)	16
4.3.1	Generelt om metoden	16
4.3.2	De fire behandlingsstadiene	17
5.0	Presentasjon av forskning	19
6.0	Drøftingsdel	20
6.1	Oppsummering av teoridel	20
6.2	Likheter og forskjeller mellom metodene	21
6.3	Kartlegging og mestring av risikosituasjoner.....	21
6.4	Motivasjon og relasjon	25
7.0	Konklusjon og avslutning.....	28
8.0	Litteraturliste.....	29

1.0 Innledning

1.1 Tema

Ifølge Fagplanen for vernepleierutdanningen i Molde (2012) skal jeg gjennom bacheloroppgaven kunne formidle kunnskap i et selvvalgt tema. Det er en øvelse i å forske, som Dalland (2012) skriver at *innebærer å søke grundig etter klarhet og forståelse i et forhold eller en sammenheng* (2012, 48). Han skriver også at forskning kjennetegnes av systematisk innsamling, behandling og presentasjon av data. Mitt selvvalgte tema for bacheloroppgaven er tilbakefallsforebygging i rusbehandling, og psykososiale behandlingsmetoder. Dette er et tema som engasjerer meg, og som jeg har lyst til å få større innsikt i.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har alltid hatt et stort og brennende ønske om å jobbe for å hjelpe mennesker med ulike hjelpebehov, og i løpet av studiet har interessen min for personer med rusavhengighet økt betraktelig. Jeg har utviklet stor interesse både for rusavhengighet og psykologi, og faktorer som gjør at personer med rusavhengighet ikke mestrer å opprettholde et rusfritt liv etter behandling. Jeg mener også at temaet er veldig relevant for vernepleiere. I Fagplanen for vernepleierutdanningen i Molde (2012) står det at med kombinasjonen av både helse- og sosialfag er vernepleieren kvalifisert til å jobbe med blant annet mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. I tillegg har vernepleieren god relasjonell kompetanse, som vil si å kommunisere på en måte som gir mening, ivaretar hensikten med samhandlingen og ikke krenker den andre parten (Røkenes og Hanssen 2006).

Jeg opplever at rusavhengighet også er et veldig dagsaktuelt tema, og Regjeringen skriver i St.meld 16 (2002-2003) at rusmisbruk fører til store personlige og samfunnsmessige omkostninger. Rusmisbruk kan påvirke den enkeltes helse, nettverk, økonomi og livskvalitet. I tillegg påvirkes samfunnet økonomisk gjennom utgifter til stønad og behandling, og til tap av arbeidskraft. Lauritzen m.fl. (2010) skriver at tilbakefallsprosenten blant rusavhengige ofte er høy. Brumoen og Opdahl (2009) hevder at tilbakefall er en del av rehabiliteringsprosessen, og kan jobbes med på lik linje med andre

deler av rehabiliteringen. Alle som arbeider med rusavhengighet vil måtte forholde seg til tilbakefall og rusepisoder av kortere eller lengre varighet.

Ifølge Olsen og Sømhovd (2016) har synet på rusavhengighet endret seg, og rusfeltet er i stadig endring. Fra å ha blitt sett på som en sykdom som skal kureres gjennom behandling, sees rusavhengighet i dag mer på som en kronisk lidelse, og som over tid kan føre til behov for ulike behandlingsinstanser. Lossius (2012) skriver at barn som vokser opp under vanskelige hjemmeforhold er de som ofte sliter med tilknytning til skolen, små nettverk, problemer med å utvikle gode relasjoner og det å tro på seg selv. Når disse barna eksponeres for rus, har de vanligvis en større risiko for å utvikle rusproblemer enn barn som vokser opp under «normale» forhold. Jeg vil derfor tro at det også har utviklet seg et psykososialt perspektiv på rusavhengighet.

1.3 Forforståelse

Aadland (2011) definerer forforståelse som *en forståelse som går forut for erfaring; en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli* (2011, 308). Bie (2010) skriver at forforståelse er personlig og utvikles gjennom livet på bakgrunn av sosial omgang, ting du lærer og leser. Hva du forstår, henger også sammen med din erfaring. Erfaringene forandrer seg med tiden, og derfor kan også forforståelsen endre seg. Forforståelsen er alltid med deg, og den virker inn på hva du ser etter og hvordan du oppfatter og beskriver en situasjon.

Det jeg har fått inntrykk av, både privat og gjennom media er at det er mange som får tilbakefall etter endt rusbehandling. De får ikke god nok oppfølging i etterkant av behandlingen, gjenopptar kontakten med sitt gamle nettverk og faller ofte tilbake til rusen i mangel på andre aktiviteter som tilfredsstillende og erstatter behovet for rusmidler. Jeg har derimot ingen erfaring med å jobbe med brukergruppen selv, men jeg har et positivt syn på at personer med rusproblem kan mestre å bli rusfri. Samtidig synes jeg det er viktig å påpeke at det kanskje ikke er alle som selv ønsker å bli rusfri, og at det ofte kanskje kan være et ytre press fra familie og venner. En forforståelse er derfor at personen som er i rusbehandling selv må ha en indre motivasjon for å kunne oppnå et varig og rusfritt liv. Jeg forsøker i oppgaven å ha et så objektivt syn som mulig for ikke å påvirke studien på noen måte. Jeg er likevel klar over at mitt positive syn kan gjøre at jeg unnlater å fange opp

litteratur som er negativ og kritisk til rusbehandling og psykososiale behandlingsmetoder, fordi jeg både ønsker og tror på at de fungerer.

2.0 Problemstilling

«Tilbakefallsforebygging ved hjelp av motiverende intervju og kognitiv terapi, for personer som gjennomfører rusbehandling. Hvordan utfyller metodene hverandre?».

2.1 Avgrensning

I denne oppgaven vil jeg fokusere på tilbakefallsforebygging ved hjelp av de psykososiale behandlingsmetodene motiverende intervju og kognitiv terapi. De to metodene betegnes ifølge Fekjær (2011) som psykososiale fordi de baserer seg på tankesystemet, oppfatninger og forklaringer. Dette er avgjørende for personens følelser og handlinger, og bør derfor endres i behandling. Fekjær (2011) skriver også at tilbakefall er svært vanlig når en forsøker å endre sine levevaner, og at de fleste tilbakefall skjer de første månedene. Ettelt (2012) skriver at tilbakefall heller bør være regelen enn unntaket når noen forsøker å endre atferd, noe som metoden motiverende intervju forsøker å formidle. Fekjær (2011) skriver at behandlingsteknikker som har som målsetting å redusere faren for tilbakefall, bare er aktuelle der klienten selv har tatt en beslutning om endring. Mueser m.fl. (2006) skriver at den kognitive terapien er avhengig av klientens motivasjon til å jobbe med rusmisbruket og hvorvidt de lykkes med å redusere det. Er det da slik at motiverende intervju kan være med på å forsterke motivasjonen som klienten trenger i den kognitive terapien? Eller er det slik at begge metodene forsterker klientens motivasjon til å forbli rusfri? Jeg ønsker å utforske likheter og forskjeller mellom metodene, hvordan de utfyller hverandre og hva det er med metodene som fungerer når det gjelder å forebygge tilbakefall.

Jeg opplever at litteratur og forskning ikke avgrenser til en spesiell aldersgruppe, og derfor velger heller ikke jeg å avgrense ytterligere i denne oppgaven. Jeg kan likevel stille spørsmål ved om metodene har like god hensikt for personer med nyetablert avhengighet, som for personer med lang og omfattende ruskarriere. Jeg ønsker heller ikke å avgrense til spesielle rusmidler. Jeg velger i oppgaven å fokusere på det å være avhengig - både av ulovlige midler og/eller alkohol.

2.2 Definisjon av begreper i problemstillingen

Jeg velger her å definere tre begreper i problemstillingen; forebygging, tilbakefall og rusbehandling. Motiverende intervju og kognitiv terapi er beskrevet og redegjort for i teoridelen.

Forebygging

«Forebygging er en mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling» (Mikkelsen 2005, 1). Helse og omsorgsdepartementet (2013) skriver at *«forebygging skal bidra til å hindre at rusmiddelproblemer oppstår og utvikler seg»* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 1).

Tilbakefall

Mueser m.fl. (2006) definerer tilbakefall som *«rusbruk hos en klient som har vært rusfri»* (2006, 143). De skiller mellom en sprekke og et tilbakefall. Med en sprekke menes kortvarig bruk av rusmidler, mens langvarig rusmisbruk med alvorlige og negative konsekvenser defineres som et tilbakefall.

Rusbehandling

Å være i behandling for rusavhengighet innebærer at man frivillig eller ved tvang, befinner seg i en situasjon der man skal få hjelp til å komme ut av avhengigheten. Rusbehandlingen i Norge består av ulike offentlige og private behandlingsmodeller (eksempelvis kollektiv, terapeutiske samfunn, m.m.). Disse modellene kaller vi gjerne institusjoner som driver heldøgnsbehandling over lengre tid, men fokus på mulig endring i og rundt den rusavhengige (Paulsby 2009, 8).

3.0 Metodedel

Metode blir av Thidemann (2015) definert som en systematisk fremgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Den metodiske tilnærmingen i denne oppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie kjennetegnes ifølge Jacobsen (2010) av at forskningen er basert på sekundærdata, altså det andre har publisert i bøker, rapporter eller artikler. Hensikten er å få frem hva som er kunnskapsstatusen på et visst felt. Derfor har jeg valgt å benytte meg av teori som i hovedsak baserer seg på kvalitativ forskning. Jacobsen (2012) skriver at kvalitative data er data i form av ord, setninger og uttrykk. Ifølge Aadland (2010) handler kvalitative metoder om å finne ut av hvordan virkeligheten oppleves av de som er undersøkt, kvalitetene og egenskapene ved fenomenet som studeres. Jeg benytter meg derfor av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som er skrevet av personer med erfaring i å jobbe i rusfeltet. Jeg har også forsøkt å finne kvantitativ og tallfestet forskning på nytten av metodene. Dalland (2012) hevder imidlertid at det ikke er tilstrekkelig med kvantitative metoder. Jeg har derfor ikke lagt så stor vekt på tall, da det er *hva* det er som nytter med motiverende intervju og kognitiv terapi jeg ønsker å finne ut av.

For å samle inn litteratur har jeg benyttet meg av bøker og å søke etter artikler på internett. Tidlig i skriveprosessen fikk jeg hjelp av en bibliotekar til å søke etter artikler som omhandler temaet da vi hadde søkekurs på høyskolen. Søket har jeg gjort gjennom å bruke høyskolens søkemotor *Oria*, *Idunn*, *Norart* og Google Scholar. Jeg har søkt både på norsk og engelsk, og søkeordene jeg har valgt å bruke er rus*, tilbakefall*, forebyg*, motiverende intervju, kognitiv terapi, bygging av mestringstillit, motivational interviewing og cognitive therapy.

I oppgaven forsøker jeg å ha en fenomenologisk tenkemåte. Ifølge Dalland (2012) dreier fenomenologi seg om undersøkelser som er rettet mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra klientens eget perspektiv. Ved å ha en fenomenologisk tenkemåte sikter vi mot å forstå menneskers tanker, følelser og atferd. Brumoen og Opdahl (2007) skriver at rusepisoder og tilbakefall kan forstås i tre perspektiver; et medisinsk perspektiv, et læringsperspektiv eller i et fenomenologisk perspektiv. I det fenomenologiske perspektivet forstås tilbakefallet som en subjektiv opplevelse. I oppgaven vil jeg på bakgrunn av dette

forsøke å ha en fenomenologisk tenkemåte, fordi jeg føler at det er dette synet som stemmer best overens med mitt eget.

3.1 Validitet og reliabilitet

Validitet handler ifølge Dalland (2012) om litteraturens gyldighet og relevans, mens reliabilitet handler om litteraturens pålitelighet. I oppgaven har jeg benyttet meg av både pensumlitteratur, selvvalgt litteratur som omhandler temaet og ulike fagartikler. For å sikre at litteraturen er valid, har jeg forsøkt å anvende teori som ikke er eldre enn cirka 10 år. Jeg har også brukt søkeord som er relevante for tema og problemstilling for å finne litteratur som er relevant til oppgaven. For å sikre at litteraturen er reliabel, har jeg valgt å anvende teori som er skrevet av kompetente fagfolk. Hovedsakelig av Hans Olav Fekjær, som er en anerkjent psykiater, psykolog og rusforsker. Oppgaven inneholder også en del teori fra Kari Lossius som er klinikkdirektør ved Stiftelsen Bergensklinikkene – en rusinstitusjon for behandling, kompetanseutvikling og forskning. En annen sentral forfatter i oppgaven er Kim Mueser (m.fl.) som også er psykolog og professor. Boken «Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser» bygger på internasjonal forskning og er basert på erfaringer fra USA. Hallgeir Brumoen er også en sentral forfatter, som også var lærer og psykolog, i tillegg forfatter av flere bøker som omhandler rusavhengighet. Jeg har vært nøye med å anvende litteratur som er utgitt av forlag som utgir pensumlitteratur, noe jeg tenker sikrer både validitet og reliabilitet. Hvis jeg har vært usikker på om noen kilder har vært pålitelige, har jeg spurt veileder og medstudenter. Jeg har også benyttet meg av tre engelske forskningsartikler. I disse har jeg lagt vekt på at de har vært fagfellevurdert. Det vil si at artiklene har blitt vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland 2012). Et krav til oppgaven er å benytte 200 sider selvvalgt litteratur, og denne litteraturen er godkjent av min veileder fra høgskolen.

3.2 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt opp i fem hoveddeler; innledning, problemstilling, metode, teori og drøfting. I første oppgave i teoridelen vil jeg skrive mer utdypende om tilbakefallsforebygging, før jeg går nærmere inn på metoden motiverende intervju. Her vil jeg si noe om hovedprinsippene i metoden og endringsfaser. Jeg vil så si noe om bygging av mestringstillit og FAK-skjema. Jeg velger også å ha et eget punkt om motivasjon, siden det er et sentralt begrep for oppgaven. Videre vil jeg gi en innføring i metoden kognitiv terapi og de fire behandlingsstadiene. Til slutt vil jeg presentere funn fra forskningsartiklene jeg har brukt. I drøftingsdelen vil jeg oppsummere mine funn fra teoridelen, se på likheter og forskjeller mellom metodene, og hvordan de kan utfylle hverandre i rusbehandling når det gjelder å forebygge tilbakefall.

4.0 Teoridel

4.1 Tilbakefallsforebygging

Målet med tilbakefallsforebygging er at klienten lærer å mestre risikosituasjonene uten å falle tilbake til rus. Arbeidet med tilbakefallsforebygging starter med en kartlegging av klientens risikosituasjoner. Situasjoner og følelser som har ført til rus må identifiseres sammen med klienten. Fortvilelse og frustrasjon er den største risikosituasjonen, og en slik situasjon vil dukke opp en eller annen gang. Da er det viktig å ha planlagt på forhånd hvordan klienten skal reagere i slike situasjoner (Fekjær 2011). Andresen (2012) skriver at klienten både må forsøke å unngå risikosituasjoner, men også planlegge hva han skal gjøre når en risikosituasjon oppstår. Klienten bør lære seg å registrere sine følelser slik at kan identifisere og forholde seg bevisst og planmessig til risikosituasjonen når den forekommer. Når klienten og behandler sammen har kartlagt risikosituasjonen, må de identifisere de reaksjonene klienten har hatt. De gjennomgår hva klienten har tenkt og gjort, samtidig som de kartlegger situasjonene hvor klienten har mestret å motstå fristelsen.

Fekjær (2011) forteller at de fleste tilbakefall skjer de første par månedene. Tilbakefall er vanlig når en forsøker å endre sine levevaner. Ved å planlegge kan faren for tilbakefall reduseres, og eventuelle tilbakefall stoppes så snart som mulig. Han skriver at behandlingsteknikker som tar sikte på å redusere faren for tilbakefall, bare er aktuelle der klienten har bestemt seg for å legge om rusvanene. Motivasjonen kan imidlertid endre seg fra dag til dag, og ambivalens er nesten alltid til stede. Vi kan derfor ikke regne med at slike beslutninger er permanente. Fekjær hevder at *dersom det ikke er noen ambivalens, vil klienten klare seg uten behandling* (2011, 257).

Ifølge Fekjær (2011) skjer tilbakefall under fire typer omstendigheter. Når personen opplever *negative følelser*, for eksempel sinne, frustrasjon, kjedsommelighet, ensomhet, depresjon og angst. *Sosialt press*, det vil si en situasjon hvor for eksempel andre ruser seg, eller hvor personen blir oppfordret av andre. Tilbakefall kan også skje ved *konflikt med andre*, det kan være med foreldre, partner, barn eller venner. Den siste omstendigheten kan være når personen opplever *ekstra positive følelser*, hvor noe gledelig har skjedd og personen vil feire og unne seg noe ekstra.

4.2 Motiverende Intervju (MI)

Fekjær (2011) skriver at hensikten med motiverende intervju er å skape en slitesterk beslutning. Metoden dreier seg om å drøfte fordeler og ulemper ved endring, noe som gjøres på en nøytral og ikke-konfronterende måte. Behandleren understreker at forandring er mulig, og at ambivalens er helt naturlig. MI baserer seg på prinsipper fra kognitiv psykologi og sosialpsykologi, og bygger blant annet på Albert Banduras arbeid om mestringsstillit. Ifølge Andresen (2012) er MI en målrettet og klientsentrert samtalemetode for å motivere pasienten for endring. Med klientsentrert menes det av behandleren ikke skal prøve å presse eller overtale pasienten til endring. MI har som mål å øke klientens indre motivasjon gjennom systematisk utforskning, blant annet utforskning av ambivalens og styrking av egen mestringsstillit. MI vektlegger empatisk kommunikasjon fra hjelper for å etablere og styrke relasjonen til klienten, redusere motstand og påvirke til endring. *Klinisk forskning har vist at pasienter som eksponeres for denne metoden har større sannsynlighet for å starte, bli værende i og fullføre behandling, følge opp egne målsetninger og redusere problematferden* (Andresen 2012, 195). Kvaal (2013) viser også til en studie hvor effekten av MI ble undersøkt. Resultatet viste at personer som har gjennomgått MI har redusert bruken av rusmidler i mye større grad enn de som ikke har mottatt noen form for behandling.

4.2.1 Hovedprinsippene i MI

Motiverende Intervju har 6 hovedprinsipper. Uttrykke empati, bygge mestringsstillit, rull med motstanden, påvise motsetninger, akseptere ambivalens og at samtaleformen er rolig og preget av likestilt partnerskap (Fekjær 2011).

Uttrykke empati handler ifølge Fekjær (2011) om å uttrykke respekt og genuin forståelse for klientens subjektive opplevelser. Det innebærer også å se verden gjennom klientens øyne og akseptere klientens tanker og følelser på en nøytral måte. Slik oppmuntres klienten til å dele sine innerste tanker med behandleren og å lytte med åpent sinn til de intervensjoner behandleren kommer til å gjøre. Behandleren leder samtalens retning med sine diskrete hint og spørsmål.

Å bygge *mestringstillit* handler ifølge Fekjær (2011) om at klienten skal bli bevisst på sine endringsmuligheter. For at endring skal skje, er det nødvendig at klienten har tro på at endring er mulig. Behandleren må derfor vise at han har tro på klienten ved å vise til endringer klienten gjør eller har gjort. Behandleren kan også nevne metoder som andre klienter har hatt nytte av, og gruppebehandling kan også gi nyttige innspill fra andre som har erfaringer. Det er også viktig at behandleren er åpen for klientens egne ideer og planer, og er åpen for at det finnes flere veier til forandring. Ivarsson (2010) skriver at *når rådgiveren viser at hun tror på pasientens evne, styrkes pasientens tiltro til seg selv og sine evner* (2010, 20).

Motstand kan merkes ved at klienten blir irritabel, sint og uinteressert i å snakke og argumenterer heller for situasjonen slik den er i dag. Klienten kan si at endring ikke er nødvendig eller ønskelig. Motstand kan oppstå hvis behandleren ikke viser tilstrekkelig respekt og følsomhet, går raskere frem enn ønskelig, er konfronterende og at klienten opplever å miste sin selvbestemmelsesrett. Meningen med en MI-samtale er å utfordre klientens grenser og tenkemåte, og det er derfor helt en helt naturlig reaksjon at motstand oppstår. Den vanligste måten å møte motstand på er å «*rulle med motstanden*», ved å støtte, reflektere og bekrefte det behandleren hører (Ivarsson 2010).

Motivasjon for forandring oppstår når mennesker oppdager at det er en motsetning mellom hvor de er og hvor de ønsker å være. Å *påvise motsetninger* innebærer at behandleren stiller spørsmål om hvordan nåværende atferdsmønster vil fungere i forhold til klientens langsiktige mål. I tillegg til å vise at forandring er mulig, må behandleren rette oppmerksomheten på hvordan dagens og morgendagens små skritt enten kan føre til en stor og god forandring eller til å vanskeliggjøre en forandring til det bedre (Fekjær 2011).

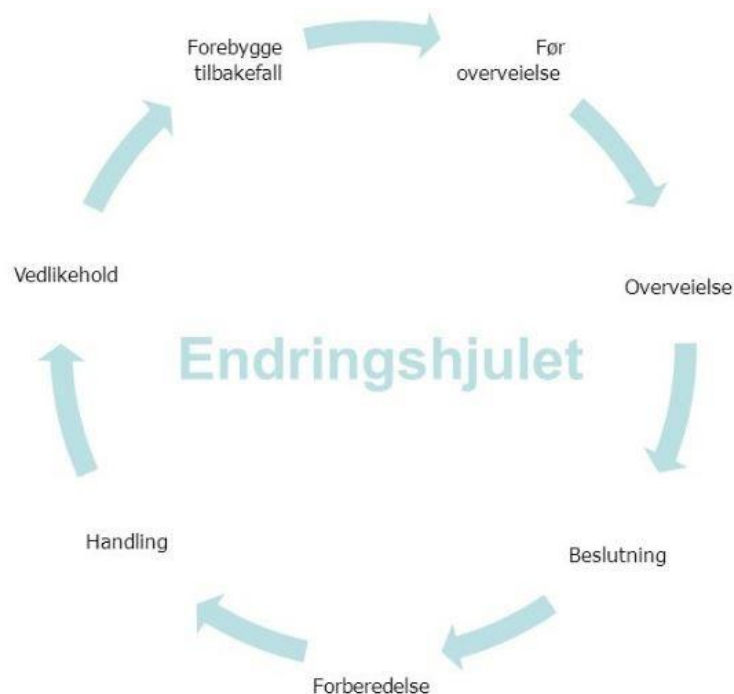
Å *akseptere ambivalens* innebærer blant annet at klienten bes beskrive både fordeler og ulemper ved behandlingsalternativene. Behandleren bør ikke gi inntrykk av at det er opplagt hva som er klientens beste, og at alle argumenter peker i samme retning. Klienten er knyttet til rusvanene sine, og har kanskje vanskelig for å se de negative sidene ved rusmisbruket selv om han er klar over at de finnes. Ulike typer livsstil har forskjellige fordeler og ulemper. Hvis behandler prøver å direkte overtale klienten til endring, kan det ofte føre til økt motstand fremfor å fjerne klientens motstand. Ved at behandleren

aksepterer ambivalens kan klienten selv få en følelse av å bestemme endringene i sin levemåte (Fekjær 2011).

Samtaleformen er rolig, og er preget av likestilt partnerskap. Behandleren lytter reflekterende og viser respekt for klientens autonomi (Fekjær 2011).

4.2.2 Endringsfaser

Fekjær (2011) skriver at klientene som gjennomfører rusbehandling kan befinne seg i ulike stadier av en endringsprosess. Det kan være viktig å finne ut av hvor langt i prosessen klienten har kommet, siden dette har avgjørende konsekvenser for hva klienten har behov for. Noen kan være lite motivert, slik at arbeidet bør fokusere på motivasjonen. Andre kan ha tatt en klar beslutning, men sliter med evnen til å gjennomføre beslutningen. Han beskriver de ulike stadiene i endringsprosessen som et «endringshjul».



I stadiet *før overveielse* tenker ikke personen alvorlig på å gjennomføre behandling i løpet av de neste seks månedene. Han overvurderer fordelene med den nåværende livsstilen og undervurderer ulempene, samt bruker lite tid på å tenke over levevanen sin. Han unngår også informasjon som tar sikte på å motivere for forandring (Fekjær 2011). Det som ofte kjennetegner denne fasen er bagatellisering og benektelse, og klienten ser ikke de negative sidene ved rusbruken sin (Barth, Børtveit og Prescott 2013). I stadiet *overveielse* skriver Fekjær (2011) at klienten tenker alvorlig på å forandre livsstil i løpet av relativt kort tid, men ikke umiddelbart. Klienten blir samtidig mer klar over hvilke konsekvenser levevanen har, og hva alternativet kan være. Denne fasen er preget av ambivalens og klienten vurderer både fordeler og ulemper ved livsstilen. (Barth, Børtveit og Prescott 2013) skriver at klienten i denne fasen kan reflektere over, og beskrive hvilke negative sider rusbruken har.

I *beslutning- og forberedelsesfasen* ser klienten at en forandring har større fordeler enn ulemper, og beslutter å legge om livsstilen. Han planlegger å gjøre endring innen en måneds tid, og planlegger konkret veien videre (Fekjær (2011)). Klienten er mer optimistisk, begynner å se praktiske løsninger og føler seg ofte lettet over å ha tatt beslutningen om endring (Barth, Børtveit og Prescott 2013).

I *handlingsfasen* starter endringen og personen endrer sine vaner. Her kreves det en klar beslutning fra klientens side, da overgangsvanskene er størst i begynnelsen. Det er viktig å gi positiv tilbakemelding og støtte til personen (Fekjær 2011). I dette stadiet er det ifølge Barth, Børtveit og Prescott (2013) viktig å bevisstgjøre klienten om de positive følgene endringen vil få. Det kan være fare for at klienten mister motivasjon i denne fasen, fordi det ofte er flere endringer som skal skje på kort tid.

I fasen *forebygge tilbakefall* har klienten behov for mestringsteknikker. Noen tilbakefall eller glipp er helt normalt før klienten er rusfri (Fekjær 2011). Mer om tilbakefallsforebygging har jeg skrevet i oppgave 4.4. I *vedlikeholdsfasen* er hovedutfordringen ifølge Fekjær (2011) å møte situasjoner som er forbundet med den gamle livsstilen, og at klienten nå skal anvende den nye livsstilen i disse situasjonene. Også i denne fasen trengs det teknikker og strategier for å mestre ulike risikosituasjoner, og Barth, Børtveit og Prescott (2013) skriver at behandleren her må fortsette å motivere og å hjelpe til med å mestre disse risikosituasjonene.

4.2.3 Bygging av mestringstillit (BaM)

Bygging av mestringstillit er som skrevet tidligere et av hovedprinsippene i MI, og ifølge Brumoen (2010) kan metoden også sees på som en variant av kognitiv terapi. Psykologen Albert Bandura (1997) hevder at mennesker kan overkomme problemer dersom de har tillit til at de kan klare det. Lauritzen (2010) skriver at mestringstillit bygges ved å analysere situasjoner både hvor uønsket atferd oppsto, og situasjoner der personen klarte å unngå uønsket atferd. Dette kan gjøres ved hjelp av et FAK-skjema, som jeg skal komme tilbake til senere i oppgaven. Målet med en BaM-samtale er ifølge Lauritzen m.fl. (2010) å styrke klientens tro på egen evne til å stoppe opp i risikosituasjoner der han vanligvis ville valgt å gjøre en uønsket atferd. I en BaM-samtale prøver behandleren derfor å styrke klientens evne til å gripe inn i en risikosituasjon og gjøre gjennomtenkte valg. Det er viktig at behandleren ikke forteller klienten hvordan han skal leve livet sitt, noe som ofte kan utløse motstand. For å kunne jobbe med BaM og endringsarbeid er det viktig å skape en god relasjon mellom klient og behandler. Mestringstillit har ifølge Fekjær (2011) betydning for hvilke mål en setter seg, hvor mye en anstrenger seg for å nå målet, og hvordan en reagerer på tilbakeslag. Mestringstillit bygges først og fremst ved å lykkes. Bandura mente at hovedmålene bør deles opp i delmål som det er mulig å nå. I første omgang bør personen fokusere på å klare seg gjennom en dag eller en risikosituasjon uten å ruse seg. Samtidig bør behandleren gi positiv tilbakemelding på mestring som ikke direkte er relatert til rus, for eksempel å klare å møte til en avtale. Behandlerens utfordringer blir å skape håp, påvise mulighetene og understreke hva klienten har mestret. Det kan være nødvendig å starte med begrensede målsettinger, og øke mestringstilliten etter hvert.

Mestringstillit er en betegnelse på den tillit en har til sin egen evne til å mestre sannhetens øyeblikk (Brumoen 2006). Sannhetens øyeblikk er ifølge Lauritzen m.fl. (2010) en tilstand der personen mentalt stopper opp for å kunne reflektere og ta kontrollen over situasjonen. Personen tar i bruk bevisste, kognitive strategier for å lykkes i å få frem en alternativ handling. De skriver også at mestringstillit handler om å vite om atferden er utløst av foranledningen, eller om atferden gjentas fordi klienten ønsker konsekvensen av atferden. Høy mestringstillit innebærer ifølge Brumoen (2006) å ha kjennskap til hva som utløser en bestemt atferd, og ha tro på at egne ressurser kan stoppe den uønskede atferden og erstatte den med ønskede handlinger.

4.2.4 Motivasjon

Dalland (2010) skriver at motivasjon handler om hvordan følelser, tanker og fornuft påvirker de handlingene vi utfører på en positiv måte. Ifølge Owren og Linde (2011) kjennetegnes indre motivasjon av at vi gjør noe fordi vi selv ønsker det, det gir mening å gjøre det og det gir oss tilfredsstillelse. Ytre motivasjon innebærer å gjøre noe fordi andre ønsker, forventer eller presser oss til å gjøre det. De skriver at det er to faktorer som bidrar til å svekke motivasjonen. Den ene er å føle at en ikke mestrer en aktivitet, og den andre er følelsen av å være under ytre kontroll. Faktorer som kan signalisere ytre kontroll er at vi for eksempel påføres tidsfrister, overvåkes eller utsettes for ytre evaluering.

Dalland (2010) skriver at den indre motivasjonen ofte kan være vag og sårbar. For en person som er rusavhengig kan det være vanskelig å se de positive sidene et rusfritt liv kan føre med seg. Klienten kan se på det som et slit som innebærer å stille svakest når det gjelder å skaffe seg utdanning og arbeid, fordi han i mange år har viet livet sitt til rus. Når klientens indre motivasjon ikke er tilstrekkelig, må det skje en ytre forsterkning av motivasjonen. Owren og Linde (2011) skriver at gode mellommenneskelige relasjoner kan styrke vår indre motivasjon. Hvis noen vi liker verdsetter det vi gjør, kan det få verdi for oss. Vi kan også få lyst til å gjøre noe fordi vi har lyst til å gjøre det sammen med noen. Den sterkeste faktoren er likevel selvbestemmelse. Indre motivasjon kommer av at vi har lyst til å gjøre noe selv, ut fra egen vilje og egne verdier. Ikke av ytre krav, forventninger og kontroll.

Ifølge Andresen (2012) er motiverende intervju en metode som har til hensikt å øke klientens indre motivasjon for å gjøre endringer som kan fremme bedre helse. Metoden er basert på kunnskap om hvordan en persons motivasjon for å endre seg kan bli økt gjennom samtale med en behandler, når personen har motstridende tanker og følelser i forhold til å endre egen atferd. Det antas av relasjonen mellom behandler og klient kan påvirke motivasjonen for endring. Måten behandleren snakker med klienten om hans helse på, kan virke inn på hans personlige motivasjon for endring. Indre motivasjon kommer som følge av personlige mål og verdier, mens ytre press kommer av ytre kilder som forsøker å presse, overtale eller overbevise personen til å endre atferd. Ytre press kan tvert imot redusere personens ønske om endring og skape motstand. Motstand vil fremtre i mindre grad dersom behandleren er støttende fremfor styrende, som igjen øker muligheten for endring.

4.2.5 FAK-skjema

FAK står for Foranledning (F), Atferd (A) og Konsekvens (K). Et FAK-skjema fremstiller hvordan ulike situasjoner påvirker mennesker. Beskrivelsene av hendelsene gjøres på en nøytral og objektiv måte, uten å si om noe var «bra» eller «dårlig» (Lauritzen m.fl. 2010). Ifølge Brumoen (2006) brukes FAK-skjemaet til å analysere situasjoner som oppstår i hverdagen til personer med rusproblemer. Hensikten med analysen er å øke innsikten i, og utvikle kunnskap om det som setter i gang rusatferden. Det brukes også til å fokusere på hva som kan gjøres i situasjonen for å unngå at rusbruken starter. Utgangspunktet for FAK-skjemaet er at rusbruk alltid påvirkes av omgivelsene.

I Foranledning (F) ønskes det å få frem hendelsene rett før, og det som startet opp atferden (Lauritzen m.fl. 2010). Foranledningen er ifølge Brumoen (2006) *den totale situasjonen som er tilstede inne i personen og i miljøet rundt han, og som virker ved å signalisere, fremme eller starte rusbrukatferden. Uten foranledningen ville ikke atferden kommet* (2006, 46). Foranledningen dreier seg om følelser, tanker og ytre hendelser som virker ved å starte rusatferden. Ofte er det en kombinasjon av indre og ytre foranledninger som starter rusbruken (Brumoen 2006).

I Atferd (A) ønskes det å få frem responsen på situasjonen eller foranledningen. Det kan være vaner, atferdsmønstre eller som oftest automatisert atferd. Atferden starter av foranledningen, og blir tett etterfulgt av konsekvenser som oppleves som tilfredsstillende for personen (Brumoen 2006). I Konsekvens (K) ønskes det å få frem hendelser rett etter atferden. Det kan være positive eller negative forsterkere. Positive forsterkere er hendelser som oppleves som behagelige, mens negative forsterkere er hendelser som oppleves ubehagelig, og som blir fjernet av atferden. Forsterking øker sannsynligheten for at atferden forekommer oftere. Det kan blant annet være endringer i stemningsleie og opplevelse av situasjonen (Lauritzen m.fl. 2010). Konsekvensen kan ifølge Brumoen (2006) for eksempel være gode og lystbetonte opplevelser som oppstår ved å ruse seg. Foranledningen og konsekvensen virker tett på hver side av atferden. Atferden blir på en måte kontrollert av de to, noe som kan skape en følelse av hjelpeløshet. Hjelpeløsheten kommer av at hver gang foranledningen dukker opp, starter også atferden.

4.3 Kognitiv Terapi (KT)

4.3.1 Generelt om metoden

Ifølge Mueser m.fl. (2006) er kognitiv terapi en generell tilnærming, basert på læringsprinsipper, for å hjelpe mennesker med å overvinne problemer og nå personlige mål. Metoden har som mål å lære klienten nye og mer effektive ferdigheter for å bedre helsetilstanden sin; ta vare på og sette grenser for seg selv, styrke evnen til å forutse og håndtere stress, opptre konstruktivt i sosiale situasjoner og mestre vonde og vanskelige tanker og følelser. Kognitiv terapi kan også ha en viktig rolle når det gjelder å styrke klientens ferdigheter i å nå sine mål. Målet er at klienten lærer hvordan han systematisk skal identifisere og endre forløpere og konsekvenser av vanskelige tanker, følelser og atferd. Kognitiv terapi handler om å lære ferdigheter for å håndtere problemer og oppnå mål, ikke skape større innsikt i klientens egne problemer.

I KT er klienten aktiv og medbestemmende i behandlingen. Metoden krever at klienten er aktiv og jobber med behandlingsplanen. Et prinsipp er at behandleren er ekspert på terapien, mens klienten er ekspert på sitt eget liv. KT er en metode som er strukturert og tidsbegrenset, og inneholder faste elementer som for eksempel stemningsleiesjekk. Behandleren viser like stor interesse og anerkjennelse både for de positive og negative virkningene av rusmidler. Dette gjør at klienten føler seg tatt på alvor og ikke forhåndsdømt (Ettels 2012). Målene og strategiene for den kognitive terapien er avhengig av klientens motivasjon til å jobbe med rusmisbruket og i hvilken grad han lykkes med å redusere det. Å endre rusatferden er ikke et viktig fokus i de tidlige stadiene, siden klienten da antas å mangle tilstrekkelig motivasjon for endring. Behandlerne fokuserer heller på å uttrykke empati og etablere en god relasjon til klienten (Mueser m.fl. 2006).

4.3.2 De fire behandlingsstadiene

Engasjementstadiet

I engasjementstadiet åpner behandleren for at klienten får diskutere sitt rusmisbruk, åpent og ærlig. Behandler svarer reflekterende uten å dømme eller kritisere. I dette stadiet er målet å endre verbal atferd, ikke rusatferden. Ved å vise empati fremfor å dømme etableres det en åpen og ærlig kommunikasjon, som igjen vil utvikle ansvarsfølelse og drivkraft til senere i prosessen å skape endring. Engasjementstadiet kan vare i alt fra uker til måneder, men terapien bør følge klientens tempo uten overtalelse slik at den nødvendige tilliten ikke ødelegges.

Overtalelsesstadiet

I overtalelsesstadiet lærer klienten seg å leve i en tilnærmet «normal» livsstil. Behandleren hjelper klienten å utvikle en forståelse av hendelsesmønstre knyttet til misbruket, og å styrke motivasjonen til å endre atferden. Terapien i overtalelsesstadiet fokuserer på å utforske atferd og kognitive og emosjonelle hendelser før, under og etter rusmisbruket. Den fokuserer også på å vekke interessen for målsetninger, fastslå hva som hindrer atferdsendring og å skape fremtidshåp (Mueser m.fl. 2006).

Aktiv behandlings-stadiet

Klienten går over i aktiv-behandlingsstadiet når han har utviklet varig motivasjon til å endre seg. I dette stadiet er målet å gi klienten ferdigheter som kreves for å redusere rusmisbruket og oppnå rusfrihet. Behandler gjennomgår informasjonen fra atferdsanalysen i overtalelsesstadiet. Det lages en handlingsplan for atferd sammen med klienten, og behandleren og klienten jobber sammen for å identifisere forsterkere av rusmisbruket og utvikle en spesifikk endringsplan. Tilbakefall er vanlig dette stadiet. Når klienten opplever å få tilbakefall er det viktig å justere handlingsplanen så fort som mulig slik at klienten ikke mister motivasjonen og kan forlenge periodene uten rusmidler (Mueser m.fl. 2006).

Tilbakefallsforebyggingsstadiet

I tilbakefallsforebyggingsstadiet fortsetter arbeidet med handlingsplan for atferden. Tilbakefallene er sjeldnere og fokuset styrkes på å få bedre helse, eliminere selvdestruktiv atferd og bedre klientens egen sykdomshåndtering. Klienten får hjelp til å utforske hvilke sider av hans livsstil som kan øke faren for tilbakefall. Disse sidene kan blant annet være

sosial isolasjon, avhengighet av andre mennesker, mangel på strukturerte aktiviteter eller risikofylt miljø. Klienten og behandleren utvikler motivasjon til å håndtere temaer som øker faren for tilbakefall, og det etableres en handlingsplan for hver enkelt risikoatferd. Videre hjelpes klienten til å oppnå viktige livsstilsendringer. I dette stadiet skal den kognitive terapien fokusere på overgangen til selvstendighet, der behandleren på sikt blir overflødig. Klienten oppfordres til å begynne å stole på seg selv og sitt nettverk, og til å bli mindre avhengig av den terapeutiske relasjonen. Behandleren henviser stadig mer til klientens erfaringer når et tema skal drøftes, slik at klienten lærer å bruke sine erfaringer og utvikle selvinnsikt nok til å finne løsninger på problemer som oppstår (Mueser m.fl. 2006).

5.0 Presentasjon av forskning

Mikael Aagard (2009) viser til en meta-analyse utført av Hettema, Steele og Miller (2005) hvor det redegjøres for noen resultater som forskning av motiverende intervju har vist. De har blant annet sett at metoden har størst effekt overfor klienter som anses som umotivert og avvisende. Dette er på grunn av den ikke-konfronterende samtalestilen. Siden metoden søker å utforske ambivalens, kan metoden derimot føre til usikkerhet blant klienter som allerede har bestemt seg for endring. I denne studien viste det seg også at det bare var en type endringssnakk som førte til endring – forpliktelse. Evner og ønsker var ikke nok til å begå endring. «Jeg skal tenke på det» eller «jeg skal prøve» reflekterte en mye lavere grad av forpliktelse fremfor «jeg lover» eller «jeg skal». I en studie av Burke (2012) viser det seg at MI fører til moderat effekt når det gjelder å endre atferd, sammenlignet med rådgivning og behandling uten oppfølging. Forskjeller i behandlingsresultat finnes hos terapeuter som behandler rusavhengige. En viktig faktor synes å være den psykososiale relasjonen til terapeuten, vurdert av klienten selv (Hettema, Steele og Miller 2005). De fant en moderat sammenheng mellom å være en empatisk terapeut og suksess med mannlige rusavhengige. Det er også tydelig at mellommenneskelige ferdigheter, empati og mindre konfrontasjon fører til bedre resultater. Faktorer som alder, kjønn og utdanning viste seg ikke å ha noen effekt på den terapeutiske relasjonen (Giardina 2011). Bagøien m.fl. (2013) og Barrowclough m.fl. (2010) fant i sine studier at motiverende intervju hadde god effekt. Bagøien (2013) sin studie viste en betydelig nedgang i rusmiddelfrekvens to år etterpå og i Barrowclough m.fl. (2010) sin studie fant de en nedgang i mengden rusmiddel daglig som var opprettholdt ved to års oppfølging.

Kvaal (2013) henviser til fem meta-analyser, hvor 119 studier ble gjennomgått, og en Cochrane-oppsummering. Her ble det sett på effekten av MI, om metoden fungerer og hvor effektiv metoden er sammenlignet med andre metoder. Resultatene viste at de som mottok MI reduserte sitt bruk av rusmidler i større grad enn de som ikke mottok noen behandling. Sammenlignet med andre behandlingsformer var disse like effektive som MI når det gjaldt å redusere mengden av rusmidler. Også denne studien viste at forpliktelse var av sterk betydning, men også faktorer som ønske, behov og grunner til endring. Resultatene viste også at den terapeutiske relasjonen kan ha betydning. Det innebærer empati, bekreftelse og aksept for klienten.

6.0 Drøftingsdel

I denne delen skal jeg først gi en oppsummering av teoridelen. Videre skal jeg drøfte problemstillingen for oppgaven: «*Tilbakefallsforebygging ved hjelp av motiverende intervju og kognitiv terapi, for personer som gjennomfører rusbehandling. Hvordan utfyller metodene hverandre?*». Jeg vil drøfte likheter og forskjeller mellom metodene, og hvordan de kan utfylle hverandre i rusbehandling. Gjennom arbeidet med teoridelen har det også dukket opp tre faktorer jeg anser som sentrale for tilbakefallsforebyggingen, og som jeg velger å ha som egne punkter i drøftingsdelen. Disse faktorene er kartlegging og mestring av risikosituasjoner, klientens motivasjon og relasjonen mellom klient og behandler. De to siste velger jeg å slå sammen under ett punkt.

6.1 Oppsummering av teoridel

I teoridelen har jeg nå gitt en innføring i tilbakefallsforebygging og metodene motiverende intervju, herunder bygging av mestringstillit, og kognitiv terapi. Tilbakefall er svært vanlig når noen forsøker å endre vanene sine, og det viktigste i tilbakefallsforebygging er ifølge Fekjær (2011) å kartlegge risikosituasjoner hvor faren for tilbakefall er tilstede og at klienten lærer å mestre disse situasjonene. Motiverende intervju kjennetegnes ved at den er klientsentrert, det fokuseres på klientens indre motivasjon, å utforske ambivalens og uttrykke empati. Det fokuseres også på det terapeutiske forholdet mellom behandler og klient. Bygging av mestringstillit handler om å bli bevisst på sine endringsmuligheter, og utvikle en tro på at endring er mulig. Det handler også om å mestre situasjoner hvor klienten er fristet til å ruse seg, ved å analysere situasjonen. Dette kan gjøres ved å anvende et FAK-skjema. Kognitiv terapi er også klientsentrert, men her er klienten mer aktiv og medbestemmende. I KT fokuseres det på at klienten lærer ferdigheter for å oppnå mål og håndtere problemer.

6.2 Likheter og forskjeller mellom metodene

Ifølge Mueser m.fl. (2006) overlapper mange elementer i kognitiv terapi med elementer i motiverende intervju. I praksis vil behandling ofte veksle mellom de to metodene, slik at resultatet blir en blanding av de to tilnærmingene. Mueser m.fl. (2006) hevder at motiverende intervju kan anses som en type atferdsterapi, fordi den ofte medfører systematisk bruk av læringsprinsipper. Læringsprinsippene hjelper klienten til å utvikle motivasjon til å endre atferd. MI fokuserer på å hjelpe klientene med å forstå hvordan rusmisbruket hindrer dem i å nå målene sine, mens KT fokuserer på å lære klienten hvordan de systematisk kan identifisere og endre forløpere og konsekvenser av tanker, følelser og atferd. KT fokuserer også på å lære klienten nye ferdigheter gjennom demonstrasjon, øving i grupper og ved å gi hjemmeoppgaver i å praktisere ferdigheter. MI fokuserer lite på å gi klientene ferdigheter i å nå målene sine. Kognitiv terapi handler om å lære seg ferdigheter for å håndtere problemer og oppnå mål, ikke skape større innsikt i klientens problemer. Mens klienten er litt mer tilbaketrukket under motiverende intervju, er han mer aktiv og medbestemmende i den kognitive terapien. Bygging av mestringstillit tar også utgangspunkt i kognitiv terapi, i likhet med motiverende intervju. I alle metodene er hensikten å styrke klientens kognitive ressurser. Dette innebærer at klienten lærer å styre egne tanker og handlinger, og bevisstgjøre klienten på hvordan tanker og handlinger henger sammen (Lauritzen m.fl. 2010).

6.3 Kartlegging og mestring av risikosituasjoner

Det første steget i tilbakefallsforebyggingen er ifølge Fekjær (2011) å forsøke å unngå risikosituasjoner. Hvis en risikosituasjon likevel kommer, er det viktig å ha planlagt hva klienten skal gjøre. Ifølge Ettelt (2012) kan kognitiv terapi bidra til å utforske tanker som satte i gang tilbakefallet. Metoden oppmuntrer også til å reflektere rundt både fordeler og ulemper med tilbakefallet. Samtidig kan KT bidra til å finne alternative strategier neste gang klienten havner i samme situasjon. Å endre rusvanene handler ifølge Fekjær (2011) om å lage strategier for å takle disse situasjonene med andre alternativer enn rus. Det er også viktig at klienten lærer å kjenne sine følelser slik at han kan identifisere risikosituasjoner når de kommer, for å kunne forholde seg bevisst og etter planen. Når risikosituasjonene er kartlagt, må reaksjonene klienten har hatt identifiseres. Det vil si hva

klienten har tenkt og gjort i situasjonene. Situasjonene hvor klienten har mestret å motstå rusen kartlegges også. Videre jobbes det med å finne alternative mestringsstrategier. Risikosituasjoner vil alltid dukke opp, derfor må slike strategier arbeides med på forhånd, som ledd i arbeidet med å forebygge tilbakefall. Også ifølge Barth, Bøtveit og Prescott (2001) kan klienten planlegge hvordan han kan unngå at en risikosituasjoner fører til tilbakefall, ved å undersøke og få oversikt over sine risikosituasjoner. Jo mer vi vet om hva som kan bidra til å utløse et tilbakefall, jo bedre kan vi hjelpe klienten med å unngå å falle tilbake til de gamle vanene. Brumoen (2006) hevder at vi kan forebygge tilbakefall ved å kartlegge hva som utløste atferden og hvilke konsekvenser dette medførte. Klienten blir da mer oppmerksom på hva som setter i gang rusmisbruket og tankene som oppstår i slike situasjoner.

Å kartlegge risikosituasjoner kan gjøres ved å anvende FAK-skjemaet. Brumoen (2010) mener det er av avgjørende betydning at klienten opplever at det er han som eier erfaringene, og at det er hans opplevelse som analyseres i FAK-skjemaet. Han mener at skjematisk fremstilling av en situasjon kan øke forståelsen for kreftene i en situasjon og muligheten for å mestre disse kreftene. Også ifølge Lauritzen m.fl. (2010) må en person jobbe med forebygging av tilbakefall ved å være bevisst på risikosituasjoner og faresignaler. Etter en viss tid er det lett å bare huske den positive konsekvensen av rusen, og fortrenge de negative konsekvensene. Når det oppstår en stressituasjon, kan personen gjenta tidligere atferd fordi den tidligere automatiske tanken vil kunne reaktiveres, og han velger å gå tilbake til tidligere atferdsmønster.

Berge og Repål (2015) skriver at klientens risikosituasjoner ikke nødvendigvis trenger å være farlig, bare hvis klienten ikke har tro på at han har de ferdighetene som trengs for å håndtere situasjonen. For å lære å håndtere ulike risikosituasjoner tenker jeg derfor at bygging av mestringsstillit vil være svært viktig. Ved å bygge mestringsstillit kan klienten for det første få tillit til seg selv slik at han får troen på at han kan mestre en risikosituasjoner og eventuelt et tilbakefall. Ifølge Fekjær (2011) er det påvist en positiv sammenheng mellom økt mestringsstillit og resultater etter rusbehandling. Han skriver at det likevel er en negativ sammenheng overfor de med for stor tillit til seg selv og egen evne til å bli rusfri. De klarer seg ofte dårligere enn de som har lavere tillit til seg selv.

Et viktig poeng i tilbakefallsforebygging er å gjøre klienten bevisst på hva han har mestret i endringsprosessen, noe som vil øke selvtilliten og troen på at han har evnene som skal til for endring (Lauritzen m.fl. 2010). Dette samsvarer med det ene prinsippet i MI – bygging av mestringsstillit. Eva Holte (2015) har gjennomført et intervju med sosialkonsulent Mette Norman, som jobber med å forebygge tilbakefall hos LAR-pasienter i Oslo. Hun skriver at mer enn 80 % opplever tilbakefall i løpet av første år etter behandling, og ser derfor viktigheten av tilbakefallsforebygging i behandling. Det gjør hun ved å anvende BaM-samtaler. Hun sier at det etter et tilbakefall er viktig å undersøke hendelsesforløpet og stille spørsmål blant annet ved hvor klienten var og hva han tenkte og følte. Poenget med det er at pasienten kan oppdage sine risikosituasjoner og hvilke strategier de kan benytte seg av i en slik situasjon. Behandler og klient kan også gå gjennom hendelsesforløp der klienten klarte å unngå å ruse seg. Da snakker de om, og skriver ned hva som kunne ha gått galt, og hvorfor det gikk bra. Hun sier at det fokuseres på å klare å stå i krevende situasjoner uten å måtte ty til rus. Etter en BaM-samtale får klienten med seg det de har skrevet ned hjem, slik at han vet hva han kan gjøre neste gang en slik situasjon oppstår. Norman sier at når en klient kommer til behandling, jobber hun sammen med dem for å hindre store tilbakefall og å minske antall tilbakefall.

I intervjuet med Norman kommer også en klients erfaringer frem. Han sier at det første året i behandling var preget av hyppige tilbakefall, tvil og ambivalens. Etter hvert begynte han å legge merke til de positive sidene rusfrihet ga, og ruset seg da mindre. Norman ser verdien i at pasientene får eierskap til behandlingen, og at brukermedvirkningen blir ivarettatt. Mange klienter kommer med endringsønsker uten noe særlig tro på at de kommer til å mestre det, og sier da at de setter pris på å bli møtt som den de er, både med tvil og ambivalens. Andresen (2012) støtter dette og skriver at klienten ofte er ambivalent i valget om å bestemme seg. Når behandleren ser at han er i ferd med å bestemme seg, brukes strategier for å hjelpe klienten til å ta en ordentlig beslutning om endring. Da kan behandleren bruke argumenter klienten selv har kommet med for endring, komme med nøkkelspørsmål, lytte reflekterende og deretter tilby råd eller veiledning. Videre kan behandleren tilby å utarbeide en endringsplan sammen med klienten. Hensikten er at klienten selv blir engasjert i planleggingen og at han får et eierskap til endringen. Bygging av mestringsstillit og kognitiv terapi har som fellesnevner at metodene tar sikte på å kartlegge risikosituasjoner. Fekjær (2011) skriver også at det i tilbakefallsforebygging fokuseres på at klienten lærer å mestre risikosituasjoner uten å falle tilbake til rusen. I

handlingsfasen og vedlikeholdsfasen under MI fokuseres det på at klienten trenger strategier for å mestre ulike risikosituasjoner. I aktiv-behandlingstadiet i KT fokuseres det på å utarbeide en handlingsplan på bakgrunn av analysene som er gjort for å finne ut av hva som har skjedd før og etter rusepisodene. Dette innebærer å identifisere og unngå risikosituasjoner for tilbakefall og unngå at små tilbakefall utvikler seg til store og langvarige. I tilbakefallsforebyggingsstadiet utvikler behandler og klient motivasjon til å håndtere risikosituasjoner, og det utarbeides en handlingsplan for hver enkelt risikosituasjon. I tilbakefallsforebyggingsstadiet i KT justeres handlingsplanene etter behov, med økt fokus på å hjelpe klientene med å utvikle de ferdighetene som kreves for å nå målene om bedring, redusere behovet for behandling og øke klientens selvstendighet (Mueser m.fl. 2006). Behandleren bør i KT forsøke å finne en balanse mellom å normalisere små tilbakefall for å forhindre motløshet, samtidig å opprettholde de høye forventningene om varig rusfrihet. Små tilbakefall bør aldri anses som et nederlag, men heller en mulighet til å lære hvordan handlingsplanen kan justeres og forbedres. Når et tilbakefall likevel har forekommet, fokuseres det på en åpen og ærlig kommunikasjon. Klienten forteller om tilbakefallet og det gjøres en evaluering av hendelsesforløpet før, under og etter rusmisbruket. Sammen med behandler går de gjennom hva som kan ha bidratt til tilbakefallet og til at rusbruken eventuelt fortsetter, før de på grunnlag av denne informasjonen justerer handlingsplanen (Mueser m.fl. 2006).

Lauritzen m.fl. (2010) skriver at tilbakefallsprosenten blant rusavhengige ofte er høy, og at tilbakefall både er naturlig og kan skje på hvert steg i endringshjulet. Fekjær (2011) skriver at klientene som gjennomfører rusbehandling kan befinne seg i ulike stadier av en endringsprosess, og viser til «endringshjulet» som jeg har skrevet om tidligere i oppgaven. Lauritzen m.fl. (2010) skriver at før klienten blir rusfri, må han ofte gå gjennom endringshjulet flere ganger. I hvert steg i endringshjulet er tilbakefall mulig, og klienten kan også trekke seg fra endringsprosessen. Endringshjulet viser at tilbakefall ikke betyr at klienten må starte på nytt ved tilbakefall. Selv om klienten får et tilbakefall, går han sjelden tilbake dit han var før endringsprosessen startet, fordi han da allerede har bestemt seg for en endring. Klienten er ute av endringshjulet når han har oppnådd en stabil og varig endring. Hvis et tilbakefall forekommer, bør behandleren fokusere på de øyeblikkene som klienten har mestret, og jobbe videre med å bygge mestringstillit i forhold til de situasjonene som førte til tilbakefall. På denne måten kan klienten lære seg både å begrense og mestre et eventuelt tilbakefall. Etter tilbakefallet kan endringsprosessen

fortsette der personen var før tilbakefallet, ved hjelp av egen mestringstillit og positiv veiledning fra behandler.

6.4 Motivasjon og relasjon

Ifølge Mueser m.fl. (2006) er det ikke et mål å endre rusatferden i de tidlige stadiene i KT. Da mangler klienten sannsynligvis tilstrekkelig motivasjon for endring. De skriver imidlertid at den mest verdifulle anvendelsen av kognitiv terapi skjer i aktiv behandling- og tilbakefallsforebyggingsstadiene, når klienten har utviklet motivasjon til å ta tak i rusproblemene sine og ønsker å lære nye ferdigheter for å mestre dette. Dette vil sannsynligvis si at motiverende intervju fungerer best i de tidlige stadiene i KT, når det fokuseres på å etablere en god relasjon mellom klient og behandler, og siden MI tar sikte på å styrke klientens indre motivasjon for behandling. Owren og Linde (2011) hevder at gode mellommenneskelige relasjoner kan styrke vår indre motivasjon, og Andersen (2012) hevder at måten behandleren snakker med klienten om hans situasjon på, kan påvirke hans indre motivasjon for endring.

Ifølge Ivarsson (2010) kan MI-samtaler ofte kombineres med kognitiv terapi og forsterke effekten av den. Forsterkingen skjer fordi klientens motivasjon øker for behandlingen. Andersen (2012) hevder at MI kan åpne for at KT kan fungere siden metoden fokuserer på klientens motivasjon og vilje til forandring. Effekten av behandling kan derfor bli mer stabil og langvarig når disse to metodene kombineres.

Forskningsresultatene fra Hettema, Steele og Miller (2005) viste at den terapeutiske relasjonen var av betydning for behandlingsresultatet etter bruk av MI. Fekjær (2011) hevder at en god relasjon mellom klient og behandler er avgjørende i både motiverende intervju og kognitiv terapi. En fellesnevner for alle metodene er den empatiske og ikke-konfronterende stilen, og fokuset på å skape en god relasjon mellom behandler og klient. En god relasjon mellom hjelper og behandler er ifølge Fekjær (2011) avgjørende både i metoden motiverende intervju og kognitiv terapi. Kvaal (2013) hevder også at den terapeutiske relasjonen mellom klient og behandler kan ha betydning for i hvilken grad MI kan gjøre forskjell. Det som kan ha betydning er at behandleren viser empati, bekrefter og aksepterer klienten. Mueser m.fl. (2006) skriver også at for å oppnå at klienten ser på rusmisbruket som et problem, er det avgjørende at behandler og klient etablerer en

tillitsfull terapeutisk relasjon. Brumoen (2010) mener at også empati er nødvendig for å forstå en persons opplevelse av en situasjon. Innsikt i klientens opplevelse i en situasjon kan skape empati for personens kamp mot rusen og det å finne løsninger.

Christiansen (2012) skriver at en person som har bestemt seg for endring, kan ha stor nytte av støtte fra helsepersonell for å unngå tilbakefall. Ivarsson (2010) hevder at det er av avgjørende betydning at rådgiveren viser empati, respekt og interesse. Andresen (2012) skriver at klientens motstand mot endring øker om behandling gis på en styrende og konfronterende måte. Dersom behandling gis på en støttende måte vil motstand svekkes, og en empatisk hjelperstil synes å fremme endring. En empatisk hjelperstil vil blant annet innebære å anerkjenne klientens rett og frihet til å ombestemme seg i endringsprosessen. Hvis behandlingen gis på en styrende og konfronterende måte kan derimot klientens motstand mot endring øke.

Hvis behandlingen gis på en støttende og reflekterende måte vil motstand minske og ønske om endring øke (Lossius 2012). Dalland (2010) skriver at motiveringsarbeid er viktig, og at ikke all tilbakemelding er motiverende. Positiv tilbakemelding kan føre til glede, selvtillit og mot til å gå videre, mens negativ tilbakemelding kan føre til at klienten mister motet. I slike tilfeller bør behandleren vurdere om ambisjonene har vært for høye, eller om støtten har vært for liten. Det bør også vurderes om prosessen skal tas opp til ny vurdering. I motiverende intervju vektlegges ifølge Lossius (2012) særlig klientens autonomi. Behandleren har respekt for klientens rett og evne til selv å bestemme, noe hun hevder er nødvendig for å oppnå endring. Dette stemmer overens med det Owren og Linde (2011) skriver. De mener at den sterkeste faktoren for å styrke den indre motivasjonen er selvbestemmelse.

Lossius (2012) hevder at rusproblemer ikke er en sykdom en passivt overlater til profesjonelle helsearbeidere. Klienten er den reelle eksperten på eget liv og vet best hva som må til for å skape endringer. Terapeutens rolle er å påvirke klienten til å bli bevisst på egne ressurser og samtidig bli en «medhjelper» i hans endringsprosess. Miller og Carroll (2006) i Lossius (2012) mener empatisk kapasitet er en slik dimensjon, og viser til sammenhengen mellom terapeuters evne til empati og behandlingsresultater. Jo mer empatiske terapeutene er, jo bedre behandlingsresultater. Imidlertid bør behandlere merke

seg at forskere mener det er klientens opplevelse av den relasjonelle kvaliteten i behandlingen som har betydning for resultatet.

Hvis et tilbakefall først har skjedd, er det viktig at behandler og klient prater om det med en gang, og at fokuset ligger på mestring og læring av tilbakefallet. Når behandler og klient prater om tilbakefallet bør det skje på en empatisk, ikke-konfronterende måte med spørsmål som gjør at klienten begynner å reflektere. Mange rusavhengige i behandling anklager og bebreider seg selv for tilbakefallet. Dette må behandleren være bevisst på og jobbe med (Ettelt 2012).

7.0 Konklusjon og avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å finne ut av hvordan motiverende intervju og kognitiv terapi kan utfylle hverandre når det gjelder å forebygge tilbakefall under rusbehandling. Likheten mellom metodene er som jeg skrev tidligere i oppgaven, at de begge er avhengig av klientens motivasjon for å fungere, og for i hvilken grad klienten lykkes med å redusere rusmisbruket. MI fokuserer derimot på å styrke klientens indre motivasjon for behandling og vilje til forandring, noe KT ikke gjør. Når klienten kommer til KT er det «forventet» at han er motivert fordi det kreves egeninnsats og at han er aktiv og medbestemmende. Han lærer også gjennom KT hvordan han systematisk kan identifisere og endre forløpere og konsekvenser av tanker, følelser og atferd. I MI er klienten mer tilbaketrukket, og det fokuseres på å hjelpe klienten med å forstå hvordan rusmisbruket hindrer ham. MI kan derfor forsterke effekten av KT, fordi klientens motivasjon gjennom MI-samtalen øker. Effekten av behandling blir også mer stabil og langvarig når disse to metodene kombineres. Gjennom kognitiv terapi og bygging av mestringstillit lærer også klienten å kartlegge og mestre risikosituasjoner, noe som anses som en viktig del i arbeidet med å forebygge tilbakefall. Begge metodene fokuserer også på å etablere en god relasjon mellom klient og behandler. Etter hvert som oppgaven ble til, oppdaget jeg at den terapeutiske relasjonen mellom klient og behandler også hadde stor betydning for behandling. Støtte og empati fra behandler kan være til stor nytte for tilbakefallsforebyggingen, både i motiverende intervju og kognitiv terapi.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven jeg fått økt min forståelse for både rusavhengighet, rusbehandling og psykososiale behandlingsmetoder. Jeg har fått bekreftet forforståelsen min om at tilbakefall heller er regelen enn unntaket, men at det finnes flere faktorer som kan virke forebyggende for eventuelle tilbakefall i rusbehandlingen. Jeg håper og tror at jeg med mitt engasjement for temaet en gang i fremtiden kan få nytte for kunnskapen og forståelsen i arbeidet med å hjelpe personer med rusavhengighet.

8.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2011. «Og eg ser på deg...». *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Aagard, Mikael. 2009. *Motiverende samtale – MI*. SPOR 1.
http://www.korusnord.no/Global/Publikasjoner/Spor/23_Spor1_2009.pdf (Lest 18.05.17).

Andresen, Nina Elin. 2012. «Motiverende samtale» i *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Kari Lossius (red.). 2. utgave. S. 194-221. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bagøien, G., Bjørngaard, J. H., Østensen, C., Reitan, S. K., Romundstad, P. og Morken, G. 2013. *The effects of motivational interviewing on patient with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit – a randomized controlled trial with a two-year follow-up*. BMC Psychiatry.

Barrowclough, C, Haddock, G, Wykes, T, Beardmore, R, Conrod, P, Craig, T, Davies, L, Dunn, G, Eisner, E, Lewis, S, Moring, J, Steel, C og Tarrier, N. 2010. *Integrated motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomized controlled trial*. British medical journal.

Barth, Tom, Tone Børtveit og Peter Prescott. 2013. *Motiverende intervju. Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brumoen, Hallgeir. 2006. *Bygging av mestringsstillit. En metodebok om mestrings av rusproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brumoen, Hallgeir. 2010. *Svake og sterke øyeblikk – bygging av mestringsstillit*. Tidsskrift for Norsk psykologforening.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=127182&a=3 (Lest 08.05.17).

Christiansen, Åse. 2012. «Tidlig intervensjon ved rusrelaterte lidelser i sjukehus» i *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Biong, Stian og Siri Ytrehus (red.). S. 165-183. Oslo: Akribe.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav. 2010. *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ettelt, Susan. 2012. «Kognitiv terapi i rusbehandling» i *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Kari Lossius (red.). 2. utgave. S. 250-274. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fekjær, Hans Olav. 2011. *RUS. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. *Forebygging*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/forebygging.html?id=439358> (Lest 26.04.2017)

Hettema, Jennifer, Julie Steele og William R. Miller. 2005. *Motivational interviewing*. New Mexico: Department of Psychology, University of New Mexico, Albuquerque.

Giardina, Anthony N. 2011. *Factors Affecting the Therapeutic Alliances' Impact on Substance Use Disorder Treatment Outcomes*.

Holte, Eva. 2015. *Forebygger tilbakefall*. ROP: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

<http://rop.no/artikler/forebygger-tilbakefall> (Lest 04.05.17)

Høgskolen i Molde. 2012. *Fagplan, bachelor i vernepleie*.

Ivarsson, Barbro Holm. 2010. *Motiverende intervju – praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia Förlag.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. 2.utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Kvaal, Bjørn. 2013. *Motiverende intervju – verken gull eller gråstein*. ROP: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.
<http://rop.no/artikler/motiverende-intervju-hverken-gull-eller-graastein> (Lest 07.03.17)

Lauritzen, Hege, Christine Sørøy, Janne Helgesen, Solveig Høegh-Krohn og Geir Anders Gløtvold. 2010. *Russamtalen*. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS).
<http://russamtalen.no/wp-content/uploads/2010/03/H%C3%A5ndbok-om-Russamtalen.pdf>
(Lest 19.04.17)

Lossius, Kari (red.). 2012. *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mikkelsen, Stein. 2005. *Hva er forebygging?*
<http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Hva-er-forebygging/> (Lest 19.04.17)

Mueser, Kim T., Douglas L. Noordsy, Robert E. Drake og Lindy Fox. 2006. *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Olsen, Hilgunn og Mikael J. Sømhovd. 2016. «Å koble seg på et nytt liv» i *Rus og Samfunn*. Tyrili: FOU.
<http://rus.no/id/1044.0> (Lest 18.04.2017)

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. *Vernepleiefaglig teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Paulsby, Janne. 2009. *En rød tråd. Integreringsarbeid med tidligere rusavhengige etter langtidsbehandling*. Trondheim: Stavne gård KF avd. Brygga i Trondheim.

Berge, Torkil og Arne Repål. 2015. Håndbok i kognitiv terapi. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2006. *Bære eller briste – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

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

<https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf> (Lest 19.04.17)

Thidemann, Inger-Johanne. 2015. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.