

”Jeg måtte bare ut...”

*- en kvalitativ studie av unge pasienters
opplevelser knyttet til frafall fra rusbehandling*

Kristoffer Nordheim



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2012

”Jeg måtte bare ut...”

- en kvalitativ studie av unge pasienters opplevelser knyttet til frafall fra rusbehandling

© Kristoffer Nordheim

2012

”Jeg måtte bare ut...”

- en kvalitativ studie av unge pasienters opplevelser
knyttet til frafall fra rusbehandling

Kristoffer Nordheim

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Copycat, Forskningsparken, Oslo

Sammendrag

Tittel: ”Jeg måtte bare ut...” - en kvalitativ studie av unge pasienters opplevelser knyttet til frafall fra rusbehandling

Forfatter: Kristoffer Nordheim

Hovedveileder: Fanny Duckert

Biveileder: Espen Walderhaug

Problemstilling: Frafall fra behandling er et utbredt fenomen, og innen rusfeltet er det dokumentert at over halvparten av pasientene vil falle fra i løpet av behandlingen. Pasientperspektivet er lite utforsket innen rusforskning. Formålet med studien har vært å søke mer kunnskap om frafallsprosessen ved å ta utgangspunkt i pasienters forståelse av eget frafall.

Metode: Studien har brukt kvalitativ metode og datamaterialet ble samlet inn med hjelp av semistrukturerte intervjuer. Femten pasienter med frafall fra rusbehandling ble intervjuet. Datamaterialet ble analysert med tematisk analyse. Studien har basert seg på eget innsamlet datamateriale, og inngår som en oppfølgingsstudie i YATEP (Youth Addiction Treatment Evaluation Project) ved Avdeling Ung Avhengighetsbehandling (AUA), Oslo Universitetssykehus.

Resultat: Tre hovedtema ble gjennom analysen funnet å være representative for datamaterialet: *russug*, *negativ affekt* og *oppfølging*. Årsaker til frafall handlet om et ønske om å ruse seg, unngåelse av negativ affekt ved å forlate situasjonen, ruse bort negativ affekt, manglende oppfølging, lite aktivisering, omstrukturering og tilgangen på rus ved avdelingen. Pasientene etterlyste opplæring i å tåle emosjonelt ubehag, de ønsket seg en tettere oppfølging, tryggere rammer og mer aktivisering.

Diskusjon: Resultatene blir diskutert i lys av eksisterende forskning og teori på rusbehandling. Frafall har tre ulike betydninger for pasientene i denne studien, henholdsvis avbrekk, avbrudd og redusert behandlingsintensitet. Pasientene rapporterer ”de bare måtte ut” fra noe, om det var avdelingen eller de vanskelige følelsene. Rus blir ofte brukt som en måte å regulere egne følelser. Mentaliseringsarbeid, kontinuitet i form av tett oppfølging, og aktivisering synes å være viktige faktorer for å holde pasienter i rusbehandling.

Forord

Det er mange personer som på ulike måter har bidratt til at denne oppgaven er et blitt et ferdig produkt. Først og fremst vil jeg takke de femten informantene fra Avdeling Ung ved Oslo Universitetssykehus. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til. Jeg er takknemlig for tilliten, og for innsikten dere har gitt meg om frafall. Dere har lært meg mye om å være pasient i rusbehandling, men mest av alt om å være menneske. Denne oppgaven er til dere.

Takk til mine veiledere, Fanny Duckert og Espen Walderhaug, som på hver deres måte har bidratt til å få denne oppgaven i havn. Det har vært en lang prosess, men jeg opplever at dere hele tiden har hatt troen på prosjektet. Med kunnskap, tålmodighet, humor og en god dose motivasjon har dere holdt meg flytende i et til tider kaotisk farvann.

Takk, Ståle Alstadius, for all hjelp med intervjuing og transkribering.

Takk til Avdeling Ung, og avdelingsleder Espen Ajo Arnevik, som introduserte meg for YATEP og rusfeltet, takk til alle ansatte ved AUA som har vært hjelpelige i rekrutteringsfasen av prosjektet, og takk til MAR Oslo poliklinikk for lån av lokaler til intervjuene.

Kari Kristine Holm, Dag Krog og Liv Aalen. Takk for kunnskapen og innsikten, den har inspirert og satt spor. Jeg føler meg heldig som har fått gå en del av veien sammen med dere.

Takk til middagsgjengen i klassen for alle gode møtepunkt gjennom studietiden.

Rouenguttene, min utvidede familie. Takk for vennskapet og tryggheten.

Charlotte, Martin, Karl Kristian, Andreas, mamma og pappa. Dere er grunnmuren. Takk.

Oslo, høsten 2012

Kristoffer Nordheim

Tabeller og figurer

Tabell 1. Informantene i utvalget.....	20
Tabell 2. Utdrag fra datamaterialet med tilhørende kode.....	23
Figur 1. Hovedtema og undertema i den tematiske analysen.....	28

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	V
Forord	VII
Tabeller og figurer	IX
Innledning	1
<i>Eget utgangspunkt</i>	1
<i>Behovet for kunnskap</i>	1
<i>Formålet med studien</i>	2
Litteraturgjennomgang	2
Hvordan defineres frafall?	2
<i>Frafall er å ikke fullføre</i>	3
<i>Frafall som definert cutoff</i>	3
<i>Definere ut fra skjønn</i>	4
<i>Et vanskelig definisjonsspørsmål</i>	4
Hva er årsaker til frafall?	5
<i>Psykopatologi og kognitiv fungering</i>	5
<i>Den terapeutiske allianse</i>	6
Hva er avhengighet?	7
Hvordan behandle avhengighet?	8
<i>Tilbakefall</i>	8
<i>Tidsaspektet</i>	11
Oppsummering og forskningsspørsmål	13
Metode	14
Beskrivelse av avdelingene	14
<i>Korttidsenheten</i>	14
<i>Langtidsenheten</i>	14
Metodevalg	15
Planlegging	16
<i>Forberedelser</i>	16
<i>Rekruttering</i>	17
Etiske refleksjoner	18
<i>Samtykke</i>	18
<i>Emosjonell belastning</i>	18

<i>Anonymitet og konfidensialitet</i>	19
Utvalg.....	19
Intervjuing.....	20
<i>Utarbeidelse av intervjuguide</i>	20
<i>Gjennomføring av intervjuprotokoll</i>	21
Transkribering.....	22
Analysering.....	22
<i>Bli kjent med materialet</i>	23
<i>Generere innledende koder</i>	23
<i>Søke etter temaer</i>	24
<i>Evaluerer temaer</i>	24
<i>Definere og navngi temaer</i>	25
<i>Produsere et skriftlig arbeid</i>	25
Resultater	25
Russug	29
Ønsket om å ruse seg.....	29
<i>Periodevis russug</i>	30
<i>Konstant russug</i>	30
Rus som reguleringsverktøy.....	31
Oppsummering.....	32
Negativ affekt	32
De vanskelige følelsene.....	32
Å ikke kunne stå i følelsene.....	34
Oppsummering.....	34
Oppfølging	35
Bli sett og hørt av personalet.....	35
<i>Kontinuitet i oppfølging</i>	36
Rammer og struktur i behandling.....	37
<i>Aktivisering</i>	37
<i>Rustilgang</i>	37
<i>Omstrukturering</i>	37
Oppsummering.....	38
Hva kunne vært gjort annerledes?	38
Utforske rusens funksjon.....	38

Tåle ubehag, og lære om følelser.....	39
Mer tydelige rammer og fokus på aktivisering.....	39
Rettferdig behandling og tettere kontakt med ansatte.....	41
Hvordan gikk det med dem?.....	41
Diskusjon.....	43
Hvordan forstå begrepet frafall?.....	43
Hvordan forstå årsaker til frafall?.....	44
<i>Rus og affektregulering</i>	45
<i>Kontinuitet og aktivitet</i>	47
Kliniske implikasjoner.....	51
Metodiske refleksjoner.....	52
<i>Pålitelighet</i>	52
<i>Gyldighet</i>	53
<i>Refleksivitet</i>	54
Forslag til videre forskning.....	56
Konklusjon.....	57
Litteraturliste.....	58
Vedlegg.....	66
Vedlegg 1 Godkjenning fra REK.....	66
Vedlegg 2 Forespørsel/samtykke til deltagelse i forskningsregisteret YATEP.....	67
Vedlegg 3 Informasjonsskriv til pasienter i behandling.....	69
Vedlegg 4 Forespørsel og samtykke om lydopptak i oppfølgingsstudien.....	70
Vedlegg 5 Kontaktinformasjonsskjema til informanter.....	71
Vedlegg 6 Intervjuguide.....	72

Innledning

Frafall fra behandling er en utfordring for helsevesenet. Innenfor psykisk helsevern, er frafall fra behandling et kjent fenomen (Masson, Perlman, Ross, & Gates, 2007; Simon, Imel, Ludman, & Steinfeld, 2012). To metaanalyser som har sett på frafall i psykoterapi, opererer med en frafallsprosent på mellom 19 og 47 (Swift & Greenberg, 2012; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Dette innebærer at minst én av fem klienter ikke fullfører behandling. Konsekvensen av frafall påvirker flere parter. I første omgang klienten selv, som med dette kanskje ikke har fått den hjelpen hun eller han trenger. For klinikerene kan frafall være demotiverende, og føre til spørsmål og usikkerhet rundt manglende fremskritt. For helseforetakene, og i et samfunns-perspektiv, kan frafall fra behandling innebære større økonomiske utgifter, da disse klientene vil kunne trenge mer oppfølging ved et senere tidspunkt.

Eget utgangspunkt. Som psykologistudent var frafall et av de temaene som utfordret meg mest som terapeut på mine praksissteder. På den ene siden kunne jeg tenke at frafallet handlet om klientens egne utfordringer knyttet til motivasjon for terapi. På den annen side stilte jeg meg spørsmål ved om selve terapisituasjonen var avgjørende for at vedkommende ikke kom tilbake til neste time. Var det jeg som ikke gjorde nok for at klienten ville komme tilbake? Noe av det som gjorde mest inntrykk, var å ikke få vite hvorfor han eller hun uteble. Det ble tydelig for meg at dette er et komplekst fenomen, som kan forstås og belyses på mange måter. I løpet av min praksisperiode kom jeg i kontakt med Avdeling Ung Avhengighetsbehandling (AUA) ved Oslo Universitetssykehus. De har et pågående forskningsprogram, YATEP (Youth Addiction Treatment Evaluation Project) hvor de kartlegger terapi og utfall. De var interessert i å få mer kunnskap rundt frafall da dette omfatter opptil halvparten av klientene de har i behandling. Annen forskning på rusbehandling har vist tilsvarende forekomst. En reviewartikkel fra 1992 fant en frafallsrate på rundt 50 % (Stark, 1992). Norsk forskning har vist til at det kun er mellom 20 og 40 % av pasienter innen rusbehandling som fullfører behandlingsløpet (Edle Ravndal, Vaglum, & Lauritzen, 2005). Med utgangspunkt i mine egne undringer og utfordringer i hvordan tenke rundt frafall fra behandling, inngikk jeg et samarbeid med AUA.

Behovet for kunnskap. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge har opplevd en sterk vekst i løpet av de siste årene (SSB, 2012). Dette er i tråd med opptrappingsplanen for rusfeltet som har blitt styrket med over 1 milliard kroner fra 2006 (Meld. St. 30 (2011-2012)). Samtidig med denne opptrappingen, har en norsk offentlig utredning fra 2003 som tar for seg forskning på rusmiddelfeltet, pekt på at frafall i behandling er et av de områdene hvor det er behov for mer kunnskap (NOU 2003:4).

Forskning har vist at det å forbli i behandling over tid, og å fullføre behandlingen, gir bedre resultater (Beynon, McMinn, & Marr, 2008; Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005; Edle Ravndal, et al., 2005; Zhang, Friedmann, & Gerstein, 2003). Ved å se nærmere på faktorer som resulterer i frafall, og kartlegge mulige årsaks mekanismer til hvorfor noen faller fra, kan effekten av behandling forsterkes (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004).

Formålet med studien. Ved å se nærmere på årsaker til frafall vil vi kunne få mer relevant kunnskap. Gjennom bruk av kvalitative semistrukturerte intervjuer, har denne studien tatt utgangspunkt i pasienters opplevelser og forståelse av frafall fra behandling. 15 tidligere og nåværende pasienter i rusbehandling har blitt intervjuet om frafall. De transkriberte intervjuene som utgjør datamaterialet, har blitt analysert ved tematisk analyse. Resultatene av denne analysen vil bli presentert, og avslutningsvis kommer en diskusjon rundt funnene knyttet opp mot eksisterende kunnskap i forskningsfeltet.

Litteraturgjennomgang

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å utforske hvordan frafall har blitt sett på i forskningsfeltet. Først ved å se hvordan forskere velger å definere fenomenet, for deretter å gjennomgå studier på årsaker til frafall. En introduksjon av avhengighetsbegrepet er nødvendig gitt oppgavens tematikk, og videre innfallsvinkler til behandling av rusavhengige.

Hvordan defineres frafall?

Ulike definisjoner av frafall er viktig å analysere for å vurdere forskningen på feltet. I den internasjonale litteraturen har som oftest det engelske begrepet ”dropout” blitt brukt. I denne oppgaven vil jeg først og fremst holde meg til det norske ordet frafall som merkelapp på fenomenet. Stark (1992), i en review av forskning på frafall, pekte på utfordringen i å skulle si noe om prevalens for frafall, da forskere har definert begrepet ulikt. De ulike behandlingsprogrammene har hatt ulike forventninger til deltagelse fra pasientenes side (Stark, 1992). Han la også til grunn at frafall ikke nødvendigvis var noe negativt, men viste til forskning om at tid brukt i behandling hadde betydning for utfall (ibid.). Dette er i tråd med forskning på utfall i psykoterapi (Lambert, et al., 2004). H. Brorson (personlig kommunikasjon, 19.04.12) har gjort en litteraturgjennomgang på forskningsfeltet de siste 20 årene, og har funnet at studiene opererte med et spenn på frafallsprosent på mellom 8 og 90 %. Dette kan, som Stark (1992) vektla ovenfor, reflektere de ulike operasjonaliseringene som forskerne har gjort på frafall. Jeg vil i det følgende gå gjennom hvilke kriterier som har blitt lagt til grunn i teorien når det snakkes om frafall.

Frafall er å ikke fullføre. Miller og kolleger (1993) utførte en studie med 150 pasienter som var i behandling for kokainavhengighet i et 28-dagers døgnpostprogram. Av de 150 pasientene, var det 12 (8 %) som forlot programmet før det var fullført (N. S. Miller, Summers, & Gold, 1993). Forskerne la vekt på at døgnbehandling kunne bidra til å gi mer støtte til pasientene for å tåle abstinenssymptomer (ibid.). Behandlingen bestod i et strukturert, gruppeorientert program som tok i bruk kognitive og atferdsterapeutiske teknikker, og frafall ble definert som å forlate programmet før det var fullført (ibid.).

En tilsvarende definisjon på frafall ble brukt i en studie av Laudet og kolleger (2009). De fulgte 278 personer i et dagbehandlingsprogram, og intervjuet de fleste i etterkant, uavhengig av hvorvidt de hadde falt fra behandling eller ikke (Laudet, Stanick, & Sands, 2009). Frafall ble her definert som å ikke fullføre behandling, bortsett fra i de tilfeller ble overført til en annen avdeling (ibid.). 54 % oppfylte kriteriet for frafall (ibid.).

En tredje studie hadde et frafall på 21 %, der frafall ble definert som å forlate behandling før den kontraktsfestede lengden på oppholdet, som var på 30, 60 eller 90 dager (Daughters, Richards, Gorka, & Sinha, 2009). Her var 56 % av utvalget lovmessig pålagt å være i behandling av retten, i påvente av domsavsigelse (ibid.).

I Lopez-Goni og kollegers studie (2008), hadde de et utvalg på 430 pasienter som deltok i et behandlingsprogram basert på terapeutisk samfunn (Proyecto Hombre de Navarra). Her var det 60 % frafall (Lopez-Goni, Fernandez-Montalvo, Illescas, Landa, & Lorea, 2008). Et vanlig behandlingsløp i denne studien var på cirka 30 måneder (ibid.). Det ble skilt mellom de som fullførte programmet, og de som falt fra i løpet av programmet (ibid.). Her var det ingen eksplisitt definisjon av frafall i selve studien.

Frafall som definert cutoff. En annen måte å definere frafall på, er å sette opp et minimumskrav for antall timer pasienten må møte opp, eller definere en gitt mengde fravær som cutoff. En studie hadde et utvalg på 39 pasienter som fikk 16-timers individuell manualbasert psykoterapibehandling rettet mot kokainavhengighet og en samtidig PTSD-problematikk (Brady, Dansky, Back, Foa, & Carroll, 2001). Cutoff på 10 timer ble definisjonen på frafall, og resulterte i 61 % (ibid.).

I en annen relevant studie så Dakof og kolleger (2001) på karakteristika hos ungdom som kunne virke inn på behandling. Utvalget var 224 ungdommer mellom 12 og 17 år, som ble randomisert til å motta enten multisystemisk familieterapi (MST) eller kognitiv atferdsterapi (Dakof, Tejada, & Liddle, 2001). Terapien ble gitt én gang i uken, i opptil 25 uker. Frafall ble definert som å delta mindre enn 4 timer. 47 % av utvalget havnet i denne kategorien. Forskerne valgte 4 timer som cutoff basert på at de trengte minimum én måned

for å vurdere om ungdommen var engasjert i behandling, også fordi den største frafallsraten i dette utvalget var mellom 0 og 3 terapitimer (ibid.).

104 rusavhengige ungdommer mellom 12 og 18 år deltok i en studie hvor behandlingen var et dagtilbud som varte opptil 180 dager (6 måneder) (Pagnin, de Queiroz, & Saggese, 2005). Frafall ble her sett på som å ikke delta i all planlagt terapeutisk aktivitet i løpet av én dags behandling, i tre påfølgende dager. Resultatet ble 90 % frafall (ibid.).

En siste relevant studie i denne sammenheng definerte frafall som å delta på mindre enn 20 timer av totalt 36 mulige, eller å delta i behandlingen mindre enn 5 av totalt 6 måneder (Barber, et al., 1999). 252 pasienter ble randomisert innen tre ulike betingelser for individualterapi. Frafallsprosenten var på 53 % (ibid.).

Definere ut fra skjønn. I en del litteratur om frafall har det ikke blitt gitt noen eksplisitt definisjon av begrepet. I Alterman og kollegers studie (1996) deltok 95 pasienter i et 4ukers dagbehandlingsprogram, med 27 timer hver uke. Fullført behandling krevde rimelig konsistent oppmøte og deltagelse i behandling, bevis på ren urin de siste to uker, og deltagelse i selvhjelpsgrupper. 41 % frafall ble rapportert (Alterman, McKay, Mulvaney, & McLellan, 1996).

Et vanskelig definisjonsspørsmål. De ovennevnte studiene har vist ulike måter å definere frafall på. Noen studier krevde fullført behandling for å unngå å bli en del av frafallsstatistikken, mens andre hadde et visst antall timer, eller lengde i behandling, som måtte innfris for ikke å havne i kategorien frafall. Dette medfører store sprik i frafallsratene oppgitt i litteraturen. Et interessant spørsmål i denne sammenheng er hvordan studiene forholder seg til tilbakefall (eller sprekke) i behandling. I de jeg har gjennomgått ovenfor, var det ingen av forskerne som problematiserte dette. Kom for eksempel noen av disse pasientene tilbake i behandling, selv om de var borte en kort periode? Ingen av studiene ovenfor sa heller noe om konsekvensene av frafall fra behandling. Som tidligere nevnt har forskning har vist at å forbli i behandling over tid, og å fullføre behandling, predikerer bedre og mer positive utfall (Beynon, McMinn, & Marr, 2008). Det vi imidlertid ikke vet så mye om, er hvor mye som er nok, og hva som skjer med dem som faller fra i løpet av behandlingen.

Studiene så på ulike behandlingsløp, med enten individualterapi, dagbehandling eller døgnbehandling. I tillegg var lengden på behandlingstiden varierende, med et spenn fra 16 timer ukentlig individualterapi (Brady, et al., 2001), til å være i et terapeutisk samfunn over en periode på 30 måneder (Lopez-Goni, et al., 2008). En sammenligning på tvers av studier, blir derfor umulig, gitt de ulike betingelsene for behandling. Hva kan så forskningen si om

prediksjon i forhold til faktorer som gjør at noen blir en del av frafallsstatistikken, mens andre vil fullføre behandling? Dette vil jeg se nærmere på i det videre.

Hva er årsaker til frafall?

I en litteraturgjennomgang fra 1992, så Stark (1992) på ulike klientfaktorer som kunne påvirke frafall, som alder, kjønn, rusbruk og sosioøkonomisk status. Ingen av disse viste konsistente funn på tvers av studier (Stark, 1992). Motivasjon og forventninger så derimot ut til å spille en viktig rolle. Pasienter som så på sin rusavhengighet som alvorlig, forble i behandling over lengre tid. Det samme gjorde pasienter som hadde høyere forventninger om bedring. Pasienter med selvtillit på at de ville kunne klare det behandlingen krevde av dem, forble også lengre i behandling. Av behandlingsfaktorer trakk Stark (1992) fram kortere ventetid, det å drive ettervern, og å lytte til behovet pasienten hadde, som viktig for å unngå frafall. Han la i sin konklusjon vekt på at det burde legges til grunn et interaksjonistisk perspektiv på behandling av rusavhengighet, hvor særlig klinikerne i større grad måtte ta inn over seg klientens egen forståelse av sitt rusproblem, og deres opplevelse av behandling. Klinikeren burde være den som går i dialog med klienten om begges syn på behandling og hvordan den arter seg, kvaliteten på den terapeutiske relasjonen, og nytten av å fortsette behandling (ibid.).

Psykopatologi og kognitiv fungering. I løpet av de siste 20 årene har H. Brorson (personlig kommunikasjon, 19.04.12) funnet at forskningen primært har vært opptatt av pasientkarakteristika, som alder, kjønn, utdanning, psykopatologi og kognitiv fungering. Et fåtall av studier har sett på faktorer knyttet til behandlingsprogrammet, som for eksempel behandlingens lengde, behandlingsstedets ideologi, eller pasient/ansatt-ratio ved avdelingen (ibid.). I sin litteraturgjennomgang, fant H. Brorson (personlig kommunikasjon, 19.04.12) at psykopatologi og kognitiv fungering var variabler som predikerte frafall. Pasienter med en komorbid psykisk lidelse har i studier vist seg å være mer utsatt for frafall fra behandling (Doumas, Blasey, & Thacker, 2005; Levin, et al., 2004; Simons, 2008). Teichner og kolleger (2002) har i en studie sett på utfall for pasienter hvor én gruppe hadde en kognitiv forstyrrelse, mens den andre hadde normal kognitiv funksjon. Jo større kognitiv svikt, jo høyere sannsynlighet for frafall (Teichner, Horner, Roitzsch, Herron, & Thevos, 2002). En annen studie fant tilsvarende funn (Aharonovich, et al., 2006). Av de 56 pasientene med kokainavhengighet som gikk i dagbehandling, var det 70 % frafall før 12 uker hadde gått. Alle pasientene ble gitt kognitive evnetester ved behandlingsstart. De av pasientene som sluttet, hadde signifikant lavere skåre på kognitiv fungering enn de som fullførte

behandlingen (ibid.). Forskerne påpekte at kognitiv fungering derfor burde tas med i betraktning ved oppstart av behandling (ibid.).

Den terapeutiske allianse. Det har blitt forsket mye på demografiske variabler, men lite på samspillselementer i behandling. Spesielt innen rusfeltet er det gjort få studier på den terapeutiske relasjonen (Kothari, Hardy, & Rowse, 2010). Dette står i kontrast til hva forskning har vist om at den terapeutiske relasjonen er en av variablene som sterkest predikerer behandlingsutfall (Lambert, et al., 2004; Najavits, Crits-Christoph, & Dierberger, 2000). Av de få studiene som så på allianse i litteraturgjennomgangen til H. Brorson (personlig kommunikasjon, 19.04.12), viste alle at allianse predikerte frafall. En litteraturgjennomgang av Meier og kolleger (2005) viste at tidlig terapeutisk allianse var en prediktor for forpliktelse og det å holde ut i behandling. Pasienters opplevelse av kvaliteten på den terapeutiske relasjonen var en av de viktigste faktorene for å forbli i behandling (Meier, et al., 2005). De pasientene som har sett på arbeidsrelasjonen med terapeuten som sterk, har i studier vist seg å ha lengre behandlingsløp, og her var viktig at terapeuten viste forståelse og involverte seg i terapien (Cournoyer, Brochu, Landry, & Bergeron, 2007; De Weert-Van Oene, Schippers, De Jong, & Schrijvers, 2001; Wampold, 2001).

Ved å se på den terapeutiske relasjonen, har forskningen blant annet tatt utgangspunkt i pasientens opplevelse av å være i behandling. Palmer og kolleger (2009) gjorde en pilotstudie på årsaker til frafall ut fra perspektivet til klienter og klinikere ved hjelp av fokusgrupper og surveyundersøkelse. I denne studien fremkom flere individuelle grunner til frafall enn programrelaterte karakteristika (Palmer, Murphy, Piselli, & Ball, 2009). Mye rusbruk, transportproblem, finansielle utfordringer og ambivalens i hvorvidt man skulle holde seg abstinent var noen av de oppgitte grunnene til frafall (ibid.). Laudet og kolleger (2009) har rapportert at klienters perspektiv sjelden blir utforsket innenfor rusfeltet, noe også andre forskere har etterlyst (Carlson, 2006; Lee, et al., 2007). De gjorde en kvalitativ studie hvor de spurte klienter om frafall fra behandling, og om hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes for at de skulle ha fortsatt behandlingen (Laudet, et al., 2009). De viktigste faktorene var misnøye med noen aspekter ved programmet, det at programmet kolliderte med andre aktiviteter, pågående rusbruk, praktiske ting, ikke ha et ønske om hjelp, personlige grunner, økonomi, eller opplevelsen av at behandling ikke var til hjelp. På spørsmål om hva som kunne blitt gjort annerledes, var det behovet for sosiale tjenester, ansatte som var mer støttende og mer fleksibilitet i behandlingen. Her spilte individuelle faktorer inn, men det ble også pekt på faktorer knyttet til selve programmet (ibid.). Denne studien viste noe av kompleksiteten i frafall, og at det ikke var nok å se etter demografiske variabler for å

predikere hvem som kom til å bli en del av frafallsstatistikken. For å kunne forstå årsaker til frafall i rusbehandling, er det behov for en redegjørelse av avhengighetsbegrepet og hvordan ulike forskere vektlegger ulike aspekter ved det.

Hva er avhengighet?

Ifølge den internasjonale sykdomsklassifiseringen ICD-10, er de diagnostiske kriteriene for avhengighet:

En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har bruker et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken av den, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand (ICD-10, 2012).

Definisjonen er utledet fra den medisinske tradisjonen, hvor en vurdering blir basert på problemer det skaper for individet det gjelder (Lossius, 2011). I en klinisk hverdag vil det i større grad være nyttig å se rusproblemer som et relasjonelt problem, og problemet blir vurdert i forhold til de skadene rusen skaper for andre (ibid.).

På nevrobiologisk nivå gir langvarig misbruk av rusmidler utslag i funksjonelle og strukturelle endringer av hjernen (Rise, 2010). Nevrotransmitteren dopamin ser ut til å spille en hovedrolle i limbiske strukturer og medial forebrain bundle (MFB), kalt vårt belønningssystem (ibid.). Disse strukturene er involvert i emosjonell atferd og opplevelse (ibid.). De fleste rusmidler stimulerer dopaminbanen i det mesolimbiske dopaminsystemet (Jellestad, 2011). Qureshi og kolleger (2000) har i tråd med det biologiske perspektivet, sett på avhengighet som en kronisk tilbakefallende hjernelidelse med langtidsendringer på molekylær- og cellenivå.

Et annet perspektiv er å se på avhengighet utfra en psykologisk innfallsvinkel. Nakken (2007) har sett på avhengighet som et forsøk på å kontrollere de ukontrollerbare syklusene som er en del av livet. Han hevder nesten alle mennesker har en iboende trang til å føle lykke og sjelefred. (Nakken, McElrath, & Røe, 2007). Dette vil skje fra tid til annen, hvorpå opplevelsen blir mindre viktig, for deretter å komme tilbake ved en senere anledning. Tapet av denne opplevelsen innebærer et savn eller en form for sorg. Livet kan bestå av slike sykluser. Enten kan vi akseptere dette, eller stadig jage etter ny lykkfølelse (ibid.). På samme måte har Bien (2009) påpekt at alle mennesker i utgangspunktet kan sies å være avhengige. Vi

gjør det vi kan for å oppnå nytelse, og prøver å unngå smerte (Bien, 2009). Slik forsøker vi å overprøve virkelighetens natur, det at livet både er godt og vondt (ibid.). Mennesker med en avhengighet bruker et bestemt objekt (det kan for eksempel være et medikament eller mat) for å oppnå en ønsket endring av sinnsstemning (Nakken, et al., 2007). Med dette objektet tror avhengige at disse syklusene kan styres (ibid.). Ifølge Nakken (2007) kan derfor avhengighet sees på som et patologisk kjærlighetsforhold eller et tillitsforhold til et objekt eller en opplevelse. Avhengighetsforholdet forsterkes ved at endringen i sinnsstemning er konsekvent og forutsigbar (ibid.). Peele (2000) har sett på avhengighet som bestående av kulturelle, situasjonelle, kognitive og verdimeslige faktorer. Han har påpekt at de som har sett på avhengighet som en biologisk respons, har inntatt et reduksjonistisk syn, og ikke tatt innover seg verdifunksjonen som ligger i avhengighet (Peele, 2000). Som eksempel har han trukket fram at mange kvinner blir kvitt sin heroinavhengighet gjennom graviditeten, og at ortodokse jøder kutter ut sine røykevaner under sabbaten (ibid.). Han mener derfor verdier er den viktigste av de bortglemte faktorene i avhengighet (ibid.). Et annet eksempel på at individer med en avhengighet påvirkes av omgivelsene, og at de er i stand til å velge, er studiene til Robins (1993) av Vietnamveteraner. Av de 20 % av amerikanske soldater som hadde utviklet opiatavhengighet ved hjemreise, var det bare 5 % av disse som var avhengige ett år senere (ibid.).

Avhengighet kan derfor beskrives som et sammensatt fenomen, bestående av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, hvor disse interagerer. Med utgangspunkt i de ulike perspektivene på hvordan man forstår avhengighet, vil dette videre påvirke hvordan man planlegger behandling av mennesker med en rusmiddelavhengighet. Hva sier litteraturen om rusbehandling og ulike teoretiske rammeverk som ligger til grunn for behandlingsmodellene?

Hvordan behandle avhengighet?

Sellman (2010) har i en artikkel samlet sammen det han anser som den viktigste kunnskapen vi har om avhengighet i dag. To av disse faktorene er særlig relevante i denne studien, og omhandler henholdsvis tilbakefall og tidsperspektivet i behandling (Sellman, 2010). Disse faktorene vil sees i sammenheng med annen forskning og teori på feltet.

Tilbakefall. ”Avhengighet er en lidelse med kronisk tilbakefall for de fleste som kommer for å få hjelp” (Sellman, 2010). Abstinens (avholdenhet) er det ønskede målet på sikt i en behandling for rusavhengighet (ibid.). Likevel har det for mer enn 90 % av ruspasienter vært tilbakefallsepisoder når man har sett på oppfølgingsstudier (Spear, Ciesla, & Skala, 1999). Dette impliserer at behandling for rusavhengighet krever tid og tålmodighet.

Urealistiske forventninger fra terapeutens side kan hindre mennesker som ønsker hjelp i å ta kontakt. Samtidig vil det kunne gjøre at tidligere pasienter ikke tar kontakt igjen om de skulle få et tilbakefall (ibid.). Bruk av rusmidler underveis i behandling, har i mange programmer vært grunn til å skrive pasienten ut av behandling (White, Scott, Dennis, & Boyle, 2005). Som forfatterne har bemerket, er det paradoksalt å skulle avvise en pasient som viser de symptomene som må til for å fylle kriteriene til en diagnose som igjen gir rett til, og krav på helsehjelp (ibid.). Å gjenvinne kontroll over rusbruken tar tid, og kan medføre flere runder med tilbakefall på veien. Det tar tid å bli frisk, og pasienten kan best bli hjulpet ved at personalet har tålmodighet og gir støtte (ibid.).

Litteraturen gjør et skille mellom sprekk og et tilbakefall, hvor førstnevnte impliserer at man kan ta grep, og fortsatt ha kontroll over situasjonen (Brownell, Marlatt, Lichtenstein, & Wilson, 1986). Det er et engangsforetreende, men kan føre videre til et tilbakefall. Spørsmålet er når en eller flere sprekker vil gå over til å bli et tilbakefall (ibid.). Tilbakefall har blitt definert som at personen har havnet tilbake i det samme problematiske atferdsmønsteret som før behandling startet (Rahill, Lopez, Vanderbiest, & Rice, 2009). Skillet mellom sprekk og tilbakefall er viktig, da en sprekk kan sees på som en tabbe og kan brukes i ettertid for å korrigere fremtidig atferd (ibid.). Miller (1996) har lagt vekt på at begrepet tilbakefall ofte er negativt ladet, til tross for at det er en helt naturlig del av prosessen fram til en atferdsendring oppnås. I tillegg kan det å bli for opphengt i tilbakefall sette fokus på selve rusatferden, og ikke den bakenforliggende årsaken til hvorfor personen velger å ruse seg (W. R. Miller, 1996). En av mange behandlingsformer innenfor rusfeltet i dag er tilbakefallsforebygging (relapse prevention) (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Dette er en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming, hvor målet er å identifisere og unngå høyrisikosituasjoner for tilbakefall (ibid.). Herunder kommer tiltro til egen mestringsevne, motivasjon, egne forventninger om utfall, og emosjonell tilstand (ibid.).

To andre behandlingstilnæringer må i lys av denne studien redegjøres for . Mentaliseringsbasert terapi og tilknytningsteori er med og danner grunnlaget for behandlingsmodellene benyttet ved de to avdelingene utvalget mitt ble hentet fra. Grunnet oppgavens omfang og fokus vil ikke dette være en utfyllende teoretisk gjennomgang, men en introduksjon til begrepene for å belyse hovedtrekkene ved de to tilnærmingene.

Mentalisering innebærer ”..å forstå seg selv og andre, ens opplevelser og handlinger, i lys av mentale fenomener, dvs. antakelser, følelser, holdninger, ønsker, håp, kunnskap, intensjoner, planer, drømmer, falsk tro, løgn, etc.” (Karterud & Bateman, 2010, s.11).

(Begrepene affekt, følelser, og emosjoner blir i litteraturen ofte brukt om hverandre (McCullough et al., 2003), og dette vil også være tilfelle i denne oppgaven.)

Opphavet til mentaliseringsbegrepet stammer fra fransk psykoanalyse og har senere blitt videreutviklet av Fonagy med kolleger (2002). Tidlige tilknytningsforhold spiller en sentral rolle (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Barnets mentaliseringsevne utvikles i samspill med omsorgspersoner, og måten disse tolker og forstår barnet vil påvirke denne evnen (Arefjord & Karterud, 2011). Det er viktig at barnets følelser blir speilet, så barnet kan oppleve at følelser er håndterbare (ibid.). Omsorgspersoner som viser en usikkerhet eller fiendtlighet i tilknytningsfasen kan skape en forstyrret mentaliseringsevne hos barnet (ibid.). I behandlingssammenheng kan terapeuten forstås som eller representere en mulig tilknytningsperson for pasienten (Karterud & Bateman, 2010). Pasienten inviteres til å utforske følelsesladde hendelser (ibid.). Disse blir gjennomgått i detalj, og det utforskes alternative fortolkningsmåter til hendelsen (ibid.). Formålet med mentaliseringsbasert terapi er at pasienten får en bedret mentaliseringsevne, og med dette, bedret interpersonlig fungering (ibid.).

Tilknytningstenkning hviler på objektrelasjonsteori. De ulike objektrelasjonsteoretikerne har til felles at de ser på relasjonelle behov som medfødte, og at særlig tidlige relasjoner med omsorgspersoner legger føringer for utvikling av menneskers normale personlighet og psykopatologi (Føyn & Shaygani, 2010). Tilknytningsteori hevder det er umulig for individer å regulere sine affektive tilstander alene (ibid.).

Bowlbys (2005) studier av barn, hvor han så på emosjonsregulering og relasjonen mellom barn og omsorgsgiver, lå til grunn for denne forståelsen. Wallin (2007) påpeker at selv om Bowlby var opptatt av tidlig utvikling, har vi som voksne i like stor grad et behov for tilknytning til andre mennesker. Mens klassisk psykodynamisk teori var mer opptatt av fantasi og indre psykiske erfaringer, tok Bowlby (2005) til orde for at den ytre virkeligheten spilte den viktigste rollen i barns utvikling. Kvaliteten på den tidlige tilknytningen blir avgjørende for senere evne til å etablere gode relasjoner (Bowlby, 2005). De som har vanskeligheter med å etablere en emosjonsregulerende tilknytning vil være mer tilbøyelige til å bytte ut denne mangelen på nærhet med ulike rusmidler (Føyn & Shaygani, 2010). Dette blir en mestringsmåte for å dekke over tomheten og det indre ubehaget som truer med å overta (Flores, 2003). Før rusavhengige kan bli tilknyttet behandlingen må de først løsrive seg fra sitt avhengighetsobjekt (ibid.). Behandlingsmålet blir å gjenoppbygge kapasiteten for tilknytning, og videre lære pasienten å tåle den uforutsigbarheten som kommer i det relasjonelle møtet (Føyn & Shaygani, 2010). Dette kommer i tillegg til å tåle skuffelse og

konflikt (ibid.). Behandlingssettingen gir pasienten mulighet til å utvikle ny og trygg tilknytning i den samskapende prosessen med terapeuten (Wallin, 2007).

Teorier om atferdsendring, som den transteoretiske modellen, ser på endring av atferd som en prosess som pågår over tid, og som involverer en gradvis progresjon gjennom fem stadier før den ønskede atferden oppnås (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011). De fem stadiene består av fem ulike faser; føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold (ibid.). Grad av framskritt eller utvikling i behandling er ofte sett i sammenheng med hvilken fase pasienten befinner seg i før behandling (ibid.). Det vil være relevant å utforske dette sammen med pasienten i startfasen av en behandling for å kunne legge best mulig til rette for behandlingsforløpet (ibid.). Norcross og kolleger (2011) legger vekt på at de fleste pasienter vil gå fram og tilbake innenfor disse stadiene før de oppnår vedlikeholdsfasen. Derfor er det viktig å inkludere tilbakefallsforebygging inn i behandlingen (ibid.).

I forhold til avhengighetsbegrepet, er det en debatt rundt hva som bør inngå i denne definisjonen. Må en person vise langvarig totalavhold for ikke å bli sett på som avhengig? van der Brink og kolleger (2003) har rapportert at det i forhold til opioidavhengighet har vært få studier som har vist til at avhengighet kan kureres helt (en person er abstinent over lang tid). Som et resultat av dette har man i flere land initiert idéer om å gi omsorg (care) fremfor å kurere (cure) i behandlingssammenheng (van den Brink, Goppel, & van Ree, 2003). Forskerne fant at intervensjoner som var rettet mot å kurere, ved avrusning og tilbakefallsforebygging, ikke var tilfredsstillende (ibid.). Denne tilnærmingen viste seg kun effektiv med motiverte pasienter som levde i stabile livssituasjoner og som hadde sosial støtte (ibid.). Med omsorg, er målet en reduksjon og stabilisering av rusbruken, økt fysisk og sosial fungering, samt forebygge rusrelaterte skader (ibid.). Metadonbehandling og sprøyterom er eksempler på tiltak ved denne tilnærmingen til behandling. Dette er i tråd med ”harm reduction”-perspektivet, (skademinimering) som tar til orde for en fleksibel behandlingstilnærming (Marlatt & Witkiewitz, 2002). Harm reduction ble primært utviklet i forhold til alkoholmisbruk (ibid.). Målene for behandling, og type behandling som blir gitt, er tilpasset den individuelle pasient. Behandling, uavhengig av behandlingsmålet som er satt, er bedre enn ingen behandling. En harm reduction-tilnærming fremmer abstinens, men erkjenner at totalavhold ikke alltid er målet for individer som gjør beslutninger om sitt rusbruk. Hovedmålet med harm reduction blir å redusere de skadelige konsekvensene som oppleves av individet, uavhengig av om de velger å ruse seg (ibid.).

Tidsaspektet. ”Endring tar tid” (Sellman, 2010). Det vil ta tid før man ser resultatene av behandling, da dette krever en varig livsstilsendring (ibid.). Sellman (2010) har tatt til orde

for at tilfriskning (recovery) krever fire faser; behandling, rehabilitering, ettervern og selvledelse (self-management). Her blir behandling av avhengighet satt inn i en større ramme, hvor det ikke kun er behandlingen her og nå som vil være gjeldende for et positivt utfall.

Dennis og kolleger (2005) har undersøkt tidsperspektivet i rusfeltet, og det de kaller behandlingskarrierer (treatment careers). De fant at medianverdien fra første rusepisode til minst ett år med abstinens var 27 år, og medianverdien fra første behandlingsepisode til minst ett år med abstinens var på 9 år (Dennis, Scott, Funk, & Foss, 2005). I tillegg hadde de fleste tre eller fire runder med behandling bak seg. White (2007) har sett nærmere på hva vi definerer som bedring eller tilfriskning i rusfeltet. Etter en gjennomgang av forskningsfeltet har han foreslått følgende definisjon på fenomenet:

Recovery is the experience (a process and a sustained status) through which individuals, families, and communities impacted by severe alcohol and other drug (AOD) problems utilize internal and external resources to voluntarily resolve these problems, heal the wounds inflicted by AOD-related problems, actively manage their continued vulnerability to such problems, and develop a healthy, productive, and meaningful life. (White, 2007, s. 236.)

Viktig i Whites tilnærming er fokuset på at tilfriskning ikke bare er noe som skjer i individet, men at dette også påvirker familien og samfunnet. I tillegg har han fokusert på ”å lege skadene som er påført av rusproblemene”, noe som poengterer at rusproblemer henger sammen med andre typer problemer. Han har vist til at man ellers i helsevesenet antar at tilfriskning etter en kronisk lidelse inntreffer etter fem år (ibid.). På samme måte har mange i rusfeltet valgt en tidsramme på tre til fem år før tilfriskning skjer (ibid.). Dette innebærer at man må utvikle og evaluere tilnærminger som fokuserer mer på en mer helhetlig omsorg, inkludert ettervern.

McKay (2009) har gjort en gjennomgang av studier på ettervern de siste 20 årene. I sin artikkel har han valgt å bruke termen ”continuing care”, for å få fram at *aktiv* behandling fortsetter i denne fasen (McKay, 2009). Dette til forskjell fra ”aftercare” som tidligere har blitt brukt for å definere denne delen av behandling. Oversatt til norsk kan vi kalle det kontinuitet i behandling. Han har definert kontinuitet som ”den delen av behandling som kommer etter en innledende episode med mer intensiv oppfølging” (McKay, 2009, s.132, min oversettelse). Intervensjoner hadde en bedre behandlingseffekt når de hadde en lenger planlagt varighet og det ble utført en mer aktiv behandlingssinnsats. McKay (2009) har tatt til orde for at ikke alle

pasienter ønsker å gå inn i tradisjonelle behandlingsprogram. Andre pasienter kan ønske dette, men finner det uforenelig med familieforpliktelser eller andre forhold (ibid.). Et eksempel vil være å ikke ha transport for å komme seg til behandling. McKay (2009) har derfor påpekt at pasientpreferanser må bli tatt seriøst, og ikke bare bli sett på som motstand mot å komme til behandling. Ved bruk av alternative metoder for å levere helsetjenester, og gjennom ulike typer behandlingsmiljø kan større engasjement og mindre frafall oppnås i kontinuitetsfasen av behandling. McKay (2009) har også tatt til orde for at vi må forstå valgene og preferansene pasienter har i forhold til kontinuitet. Dette impliserer at de må spørres om hvilke behov de har. Grunnen til at dette ikke har blitt gjort tidligere, skyldes flere faktorer. For det første har man i liten grad hatt tillit til de tilbakemeldingsskjemaene pasientene har fylt ut, og behandlingsforskere har ikke anerkjent kvalitative data i like stor grad som kvantitative. I tillegg har det vært vanskelig å få tak i pasienter som har sluttet i behandling for å få mer kunnskap om deres forståelse av frafall (ibid.).

Oppsummering og forskningsspørsmål

Mer kunnskap for å forhindre frafall fra rusbehandling er etterspurt (NOU, 2003), og det er stadfestet at brukererfaringer skal brukes mer systematisk i kvalitetsarbeidet (Helse- direktoratet, 2009). Som belyst i litteraturgjennomgangen har det vært lite forskning på pasientenes eget perspektiv knyttet til frafall fra behandling. I tråd med hva McKay (2009), Laudet (2009) og flere andre forskere har etterlyst, har det derfor vært naturlig for meg å henvende meg til pasientene i min undersøkelse. Gjennom AUA sitt fokus på forskning og ved å inngå som en del av YATEP, har det vært mulig å følge opp nettopp denne delen av forskningsfeltet.

Funnene ovenfor angir at en ensidig søken etter prediktorer i individet alene vil være en feilslått strategi, da det ikke er konsistente funn rundt de ulike variablene. Frafall fra behandling er et komplekst fenomen som må belyses fra ulike hold. Slik feltet står i dag kan det synes som om forskere velger ulike fokus, hvor frafall kan knyttes til egenskaper i individet, i samspillet eller i systemet. Denne studien blir en videreføring av den kvalitative studien til Laudet og kolleger fra 2009. Det overordnede målet har vært å få mer kunnskap om frafallsprosessen innenfor rusbehandlingsinstitusjoner, med fokus på unge klienter. For å utforske dette målet har jeg utledet følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan forstår pasienter eget frafall fra rusbehandling?
- Hva opplever pasienter kunne vært gjort annerledes i rusbehandling for at de skulle fortsatt?

Metode

Denne oppfølgingsstudien inngår som en del av YATEP (Youth Addiction Treatment Evaluation Project) ved Avdeling Ung Avhengighetsbehandling (AUA), Oslo Universitetssykehus. Studien er godkjent av Regionale Komitéer for Medisinsk Forskningsetikk (REK) (se vedlegg 1) og Datatilsynet, og utført i henhold til deres retningslinjer. Jeg vil starte med en kort beskrivelse av de to avdelingene før jeg går videre inn på metodevalg og ulike steg i planleggingen av studien.

Beskrivelse av avdelingene

Avdeling Ung Avhengighetsbehandling (AUA) ved Oslo Universitetssykehus besto våren 2012 av et tilbud med ulike nivåer av behandling; langtids-døgnbehandling, korttids-døgnbehandling, dagbehandling, poliklinisk behandling og hesteassistert terapi. De to avdelingene utvalget ble hentet fra, var henholdsvis korttid og langtid. Felles for begge avdelingene var at de ansatte jobbet i tverrfaglig sammensatte team, med psykolog, sykepleier og sosionom. Primærkontakten var sosionom eller sykepleier, og psykologen var pasientansvarlig. En fysioterapeut var tilknyttet begge avdelingene. Målgruppen var unge voksne mellom 18 og 26 år.

Korttidisenheten. Korttidisenheten hadde 16 sengeplasser og tilbød et intensivt behandlingsprogram for personer med rus- og avhengighetsproblematikk på ca. 3 måneder. Det ble spesielt rettet et fokus på relasjoner ved hjelp av mentaliseringsbaserte tilnærminger (som beskrevet tidligere). Korttidisenheten hadde et omfattende gruppeterapitilbud og pasientene hadde i tillegg individuell oppfølging med primærkontakt og psykolog. Det ble også drevet familie- og nettverksarbeid. Dagene var fylt med mye struktur og fast program. Ved frafall, og gitt at det var mulig, ble pasienten ved frafall anbefalt å sette opp en ny timeavtale. Hvis ikke fikk de i etterkant oppringing fra avdelingen hvor de ble tilbudt en poliklinisk samtale. Målet var å få pasienten tilbake igjen i behandling.

Langtidisenheten. Langtidisenheten hadde 20 sengeplasser og tilbød et langtids-døgnprogram for pasienter med alvorlig rus- og avhengighetsproblematikk. Behandlingstiden var på ca. 9 måneder. Opplegget var individuelt tilpasset og tok i bruk individuelle, gruppe- og fellesskapsorienterte metoder for å jobbe med forholdet til seg selv og andre. Nyere teori

og forskning på relasjoner, selvregulering og tilknytningstenkning lå til grunn for behandlingsmodellen (som beskrevet tidligere). På langtidsavdelingen ble det jobbet tett med NAV, og lagt vekt på hverdagsfungering (ADL-Activities of Daily Life). Dette inkluderte forskjellige former for husarbeid, og pasientene driftet sitt eget kjøkken. Ved frafall prøvde personalet såfremt det var mulig å finne ut hva pasienten trengte, og de var behjelpelige med å løse pasienten videre i systemet. Ønsket var primært å få pasienten tilbake i behandling. De prøvde å kontakte pasienten pr. telefon, eller gjennom pårørende om pasienten hadde samtykket til dette. Sengetilpasningen var tilgjengelig i 14 dager hvis det ikke var ventelister ved avdelingen.

Metodevalg

Frafall sett fra pasientens perspektiv er lite forsket på innen rusbehandling. Da jeg var interessert i deres opplevelse og forståelse av det å falle fra behandling, var det hensiktsmessig å bruke intervju som metode. Kvalitative metoder er egnet til å utforske tema det er gjort lite forskning på, og kan være med på å generere ny kunnskap og hypoteser for videre forskning (Hennink, Hutter, & Bailey, 2011). En kvalitativ tilnærming vil kunne utdype og komplementere allerede eksisterende kvantitative studier (Patton, 2002).

Det kvalitative forskningsintervjuet har som formål å fremskaffe et empirisk materiale, som består av informantens egen beskrivelse av seg selv og den livsverden hun eller han forholder seg til (Fog, 2004). Det finnes ulike former for intervju man kan benytte, men til dette formålet ville et semistrukturert intervju være mest hensiktsmessig. Her setter forskeren agendaen for hvilke tema som skal dekkes, men det er informantens svar som bestemmer hvilken informasjon som blir gitt rundt disse temaene, og hvor viktig hvert enkelt av dem vil være. Ved å bruke et semistrukturert intervju hadde jeg mulighet til å justere på temaenes rekkefølge, og kunne lettere følge opp det informanten kom med i selve intervju-situasjonen (Green & Thorogood, 2004). Bruken av kvalitativt intervju er egnet når man forsker på sensitive tema som kan kreve konfidensialitet og behovet for mer lukkede omgivelser i datainnsamlingen (Hennink, et al., 2011). En samtale om frafall fra behandling, ville kunne være belastende for informanten. Samtalen ville også omhandle andre medpasienter eller personalet ved avdelingen, siden dette ble spurt om i intervjuet. Dette var en begrunnelse for å bruke individuelle intervjuer framfor eksempelvis et fokusgruppeintervju.

Tidlig i utarbeidelsesfasen for studien, drøftet jeg sammen med veiledere muligheten for å se frafall fra flere perspektiver. Tanken var å inkludere personalet ved avdelingene. Dette ville bidratt til en triangulering av fenomenet, hvor jeg brukte mer enn én metode for å

styrke resultatenes gyldighet (Green & Thorogood, 2004). Grunnen til at dette ble forkastet, var dels at det overskred rammene for hva som kunne inngå i en hovedoppgave, og det ga også store etiske utfordringer i å skulle løse personalet fra taushetsplikten. I tillegg var fokuset for denne oppgaven pasientens egen forståelse og opplevelse knyttet opp til frafall.

Planlegging

I arbeidet med utformingen av studien, tok jeg utgangspunkt i de syv stadiene Kvale (1997) har skissert opp for å strukturere intervjuundersøkelsen. Det første stadiet er tematisering, som beskriver formålet med undersøkelsen, og gjør klart hvordan vi oppfatter emnet som skal undersøkes (ibid.). I denne oppgaven har dette blitt gjort i litteraturgjennomgangen og i begrepsavklaringer i innledningen. Fase to er planleggingsfasen, hvor alle de syv stadiene skal tas hensyn til før intervjuarbeidet starter (ibid.). Dette ble gjort blant annet gjennom valg av metode. Videre vil jeg ta for meg andre tema som inngår i denne fasen, som er forberedelser, rekruttering, etiske refleksjoner og en beskrivelse av utvalget.

Forberedelser. Etter å ha fått tildelt midler øremerket oppfølgingsstudier knyttet til YATEP, fikk jeg støtte av en ansatt fra en av avdelingene, både til intervjuingen og transkriberingen av disse i etterkant. Han hadde jobbet innen rusfeltet i mange år, og hans egne erfaringer etter å ha jobbet så tett på disse pasientene over tid var en ressurs. I forberedelsesfasen møttes vi begge sammen med veiledere og noen av lederne ved avdelingen for diskusjon rundt hva som ville være interessant å få mer kunnskap om rundt frafall. Jeg hadde også møte med ansatte ved de to avdelingene for å høre om strukturen og livet på de respektive avdelingene. Jeg deltok på ett teammøte for å få et innblikk i de ansattes arbeidshverdag, og jeg hospiterte en kveld på hver av avdelingene for å få et innblikk i hvordan livet på avdelingen artet seg i praksis. Her var jeg i samtale med noen av pasientene, som ga innspill på sine refleksjoner rundt frafall.

Jeg hadde flere møtepunkt med veiledere for utarbeidelse av intervjuguide og intervjuprotokoll, hvor flere ulike utkast ble drøftet. Vi diskuterte fordeler og ulemper med at min medhjelper, som var ansatt ved den ene avdelingen, ville kunne være kjent for noen av pasientene. Det ble også problematisert at vi kom inn som intervjuere med ulik bakgrunn, og hvordan dette videre vil kunne påvirke resultatene og de svarene vi fikk i møtet med informantene. Dette vil bli diskutert nærmere i avsnittet om metodiske refleksjoner på slutten av oppgaven.

Rekruttering. Deltagerne til studien ble i første omgang rekruttert i henhold til følgende inklusjonskriterier:

1. underskrevet samtykkeerklæring på YATEP (se vedlegg 2)
2. fått behandling ved én av de to døgnhetene ved AUA.
3. frafall fra behandling for 2 uker - 6 måneder siden.

Følgelig var studiepopulasjonen basert på et strategisk utvalg. Alle pasienter som hadde underskrevet samtykkeerklæring på YATEP, hadde med dette sagt seg villige til å kunne bli kontaktet opp mot to år etter behandlingsslutt eller behandlingsavbrudd. Vi definerte en tidsramme på opptil 6 måneder siden frafall, med tanke på at det ville være viktig at pasientene husket tiden de var i behandling og mer konkret tiden rundt frafall fra behandling. Vi tilstrebet å vente to uker før vi kontaktet de som hadde falt fra, for at de skulle få litt avstand til frafallsepisoden, og for å se at de ikke kom tilbake i behandling i mellomtiden. To uker var som beskrevet tiden avdelingene praktiserte å ha sengen reservert til pasienten, hvis ikke andre sto i kø for å komme inn. Erfaringsmessig kom en del av pasientene tilbake innenfor disse tidsrammene.

Det viste seg vanskelig å få et stort nok utvalg ut ifra disse kriteriene. En av grunnene til dette, var at mange av pasientene var tilbake igjen i behandling. For å utvide studiepopulasjonen, ble også nåværende pasienter med tidligere frafall fra avdelingen inkludert i studien, så lenge de oppfylte de andre kravene for inklusjon. Nåværende pasienter var i tillegg lettere tilgjengelig for oss enn øvrige som hadde falt fra behandling. Tidligere pasienter ble kontaktet ved å ringe dem på telefon, mens nåværende pasienter ble informert via informasjonsskriv og primærkontakt.

I tilfellene av tidligere pasientene hvor vi ikke fikk telefonkontakt, ble det sendt en tekstmelding. Dette var en nøytral melding hvor det ble informert om at de tidligere hadde deltatt i forskning og at de i den forbindelse nå ble spurt om et intervju. Dette var også en forklaring på hvorfor de hadde blitt oppringt av et ukjent nummer. Det ble ikke tilkjennegjort at de hadde vært innlagt ved AUA med henblikk på å ivareta deres anonymitet. Pasientene ble bedt om å ringe opp igjen dersom de var interessert. De tidligere pasientene vi fikk tak i pr. telefon, ble informert om hensikten og tema for studien. De fikk informasjon om at deltakelse var frivillig og ble informert om taushetsplikten. De ble videre fortalt at de ville få en godtgjørelse i form av gavekort på 500 kroner ved deltagelse.

Nåværende pasienter ble rekruttert ved at vi tok kontakt med primærkontaktene til de aktuelle pasientene jamfør inklusjonskriteriene. Vi fortalte dem om studien, og spurte om de kunne tenke seg å høre med sin pasient om dette kunne være av interesse. Primærkontakten

ble gitt et informasjonsskriv som ble gitt videre til pasienten (se vedlegg 3). Hensikten med å ta kontakt via primærkontakt var todelt. For det første hadde vi ikke et ønske om å komme inn som ukjente forskere på avdelingene for å drive rekruttering, og for det andre ville vi involvere personalet i forhold til studien. Det at primærkontakten visste om studiens formål og tematikk mente vi var nyttig og viktig i forhold til oppfølgingen av pasientene i etterkant av intervjuet.

Studiepopulasjonen ble fordelt vilkårlig mellom meg og min medhjelper, og vi kontaktet like mange personer hver. Av praktiske hensyn tok han seg av kontakten med ansatte ved avdelingen han jobbet, og jeg tok meg av kontakten med den andre avdelingen.

Etiske refleksjoner

Undersøkelsens ulike stadier krever at man ivaretar mange etiske hensyn. En bevissthet rundt dette er en forutsetning for å ivareta informantene på en god måte. I denne studien innebar dette informert samtykke, emosjonell belastning, anonymitet og konfidensialitet.

Samtykke. Forutsetningen for å ta kontakt med pasientene var at de hadde vært en del av YATEP-prosjektet i behandling, og av den grunn hadde samtykket i å bli kontaktet opptil to år etter behandling eller behandlingsavbrudd. I rekrutteringsprosessen fikk alle informasjon om studiens formål, anonymitet og konfidensialitet, samt informasjon om hva som ville skje med lydopptakene og intervjuene i etterkant. Samtykke for båndopptak ble innhentet i begynnelsen av intervjusituasjonen, hvor det også ble lagt vekt på taushetsplikt og muligheten for å avbryte intervjuet underveis uten å måtte oppgi en grunn for dette (se vedlegg 4).

Emosjonell belastning. Vi hadde på forhånd vurdert muligheten for at det å snakke om frafall kunne bringe fram negative følelser hos informantene. Dette ble forsøkt ivare tatt ved å legge til rette for en god og trygg intervjusituasjon, og vi hadde på forhånd blitt enige om hele tiden å ivareta informantene ved en klinisk bevissthet gjennom intervjuet. Mot slutten av intervjuet ble alle informantene spurt om hvordan det hadde vært for dem å snakke om frafall. For de som opplevde dette som vanskelig, ble dette tatt opp igjen i etterkant av selve intervjusituasjonen. Alle informanter fikk med seg et kontaklinformasjonsskjema (se vedlegg 5) ved intervjuets slutt. Her ble de oppfordret til å kontakte oss om de kom på noe mer eller hadde spørsmål rundt intervjuet. De ble oppfordret til å kontakte avdelingen de hadde vært på, eller fastlegen sin, vedrørende spørsmål om behandling eller ved behov for samtaler. Det var på forhånd inngått avtale med avdelingene om at alle var velkomne til å ringe ved behov. En av informantene som hadde falt fra behandling ønsket å diskutere videre muligheter for

behandling, og hadde også spørsmål vedrørende legemiddelassistert rehabilitering (LAR). I dette tilfellet møtte vi rett etter intervjuet en ruskonsulent som hadde tid til å prate med oss, og etterpå ringte informanten til avdelingen for videre spørsmål rundt behandling.

Å skulle snakke om et tema som potensielt kan være belastende for informanten, og således kan sees på som en risiko, må veies opp mot nytteverdien det kan ha i et samfunnsperspektiv (Hennink, et al., 2011). I denne konteksten vurderte jeg at et fokus på frafall fra pasientens perspektiv hadde en verdi som forhåpentligvis kunne bidra til å gjøre behandlingen bedre i framtiden og slik sett ha samfunnsnyttig verdi. Jeg hadde også et håp om at det for noen ville kunne føles godt å få snakke om frafall i behandling, ved at de opplevde deres historie hadde en verdi og var nyttig for andre.

Anonymitet og konfidensialitet. De av pasientene som hadde falt fra behandling, fikk valget om å bli intervjuet ved ulike steder. Dette for å ivareta deres anonymitet, og for å gi dem en nøytral setting for intervjuet. Opplysninger som kunne identifiseres tilbake til person ble skrevet ned manuelt før lydopptaket ble satt på. Ved transkribering av intervjuene, ble alle identifiserbare opplysninger anonymisert i den skrevne teksten. Alle lydopptak og alt datamateriale ble hele tiden behandlet konfidensielt og oppbevart i en safe. Det var kun forskergruppen som hadde tilgang til denne safen, samt innsyn i materialet. I denne oppgaven har alle informantene fått fiktive navn. I tillegg kommer her rutiner rundt rekrutteringsprosessen som beskrevet tidligere.

Utvalg

Vårt utvalg bestod av 15 informanter, i alderen 19 til 29 år (se tabell 1), med en gjennomsnittsalder på 23,5 år. Av disse var 4 kvinner og 11 menn. 7 av dem hadde vært ved korttidsavdelingen og 8 stykker hadde vært ved langtidsavdelingen ved AUA. 9 av informantene hadde frafalt behandling, mens 6 av informantene var nåværende pasienter som tidligere hadde frafall fra AUA. 5 av pasientene hadde aldri vært i behandling tidligere, mens 10 hadde én eller flere behandlinger bak seg.

Tid i behandling for gruppen med frafall varierte fra 2 uker til 20 uker, med et gjennomsnitt på ca. 7 uker. Intervjuene med disse ble gjort mellom 3 uker og 29 uker etter frafall.

For gruppen med nåværende pasienter, hadde disse vært mellom 2 uker og 40 uker i behandling før frafall, med et gjennomsnitt på 14 uker. Tiden fra frafall til de kom tilbake i behandling, varierte fra 1 uke til 7 uker, med et gjennomsnitt på ca. 4 uker. Intervjuene med disse seks informantene ble gjort mellom 2 uker og 20 uker etter forrige frafall fra

behandling. Av hensyn til rammene for prosjektet ble det nødvendig å justere på inklusjonskriteriene for informantene. Dette ble gjort for å øke antallet informanter i studien. Vi inkluderte 6 pasienter som hadde kommet tilbake i behandling. Målet om å vente to uker fra frafallsdato før vi kontaktet pasientene ble fulgt for begge gruppene, mens to av informantene hadde ved intervjudato falt fra behandling for ca. 7 måneder siden (28 og 29 uker). Én av informantene kom tilbake til behandling etter en uke, og ble inkludert i utvalget vårt. På bakgrunn av rekrutteringsprosessen valgte vi å definere frafall som

pasienter som på eget initiativ forlot behandlingen og ikke kom tilbake innen én uke.

Livssituasjonen for de ni informantene som hadde falt fra behandling varierte stort. Tre av dem ruste seg like mye i dag som før de var i behandling, men én av disse opplevde likevel at ting hadde blitt bedre. De seks andre ruste seg mindre nå enn de gjorde før behandling. To av disse seks var i gang med utdanning, mens to andre var i kontakt med NAV for å få hjelp til utdanning eller jobb. En av dem hadde påbegynt LAR (Legemiddellassistert rehabilitering). En av informantene hadde begynt å jobbe, og ble fulgt opp i form av ettervern. Den siste informanten opplevde å ha det mye bedre psykisk i dag enn han hadde det før behandling.

Navn	Alder
Erik	28
Sigve	23
Hedda	27
Jeanne	21
Håkon	29
Afzal	19
Øystein	28
Aslak	23
Stine	20
Brage	24
Mehmet	21
Trym	21
Live	19
Magnus	26
Jakob	23

Tabell 1. Informantene i utvalget

Intervjuing

Intervjuing er undersøkelsens tredje stadium, og kommer som et resultat av de to foregående stadiene, tematisering og planlegging. Forskningsspørsmålene i innledningen lå til grunn for utarbeidelsen av intervjuguiden.

Utarbeidelse av intervjuguide. Vi brukte et semistrukturert intervju som bestod av åpne spørsmål med fokus på behandling og behandlingsavbrudd (se vedlegg 6). Som det fremgår av intervjuguiden, ble dropout brukt for å beskrive fenomenet. Det var først på et senere stadium i oppgaveprosessen jeg bestemte meg for å bruke begrepet frafall i oppgaven. Samtidig syntes bruken av dropout å være gjengs for hvordan ansatte og pasienter ved AUA snakket om fenomenet.

Spørsmålene ble tildels utarbeidet på bakgrunn av fokus for tidligere forskning, og videre ut ifra en klinisk nysgjerrighet. Som bakteppe hadde jeg lest mye litteratur rundt frafall og satt meg inn i tematikken. Jeg hadde flere møter med avdelingsledere og veiledere for å drøfte hvordan formatet på intervjuet burde se ut. Spørsmålene vi ble sittende igjen med tilslutt var knyttet opp mot fire hovedtema: dagens situasjon, hvorfor de søkte behandling, frafall fra behandling, og hva som kunne vært gjort annerledes for at de skulle fortsatt i behandling. For de av informantene som var tilbake i behandling, ble de i tillegg spurt om hva som gjorde at de ønsket seg tilbake i behandling, og hva som nå skulle til for å fullføre. Noen av spørsmålene hadde underpunkter og stikkord for videre oppfølging. Vi valgte å gjøre intervjuguiden kortfattelig, og ble enige om å følge opp spørsmål der det var naturlig. Vi valgte å ha en åpen intervjustruktur slik at andre tema kunne slippe til. Rekkefølgen temaene ble snakket om, anså vi som vilkårlig, så lenge alle ble dekket i løpet av intervjuet. Intervjuet ble utformet med henblikk på å ivareta informantene på best mulig måte. Fog (2004) har dessuten poengtert at en detaljert og strukturert intervjuguide kan komme i veien i forholdet mellom intervjuer og informant. Det er viktigere å ha et fokus på kontakten mellom de to personene som sitter ovenfor hverandre (Fog, 2004).

Vi gjennomgikk først intervjuguiden i form av rollespill med hverandre. Dette medførte en første justering av måten noen av spørsmålene ble stilt på, og vi ble oppmerksomme på hvordan vi kunne følge opp tema som kom fra informanten. Vi foretok et pilotintervju hver, og sammenfattet og delte erfaringer etter disse. Dette ble gjort med informanter som inngikk i studiepopulasjonen vår. Da disse pilotintervjuene ikke medførte store endringer i etterkant, ble det vurdert at også disse to kunne inngå i vårt endelige utvalg.

Gjennomføring av intervjuprotokoll. For de av informantene som var i frafallsgruppen, hadde vi ulike valgmuligheter med hensyn til intervjusted. De informantene som var tilbake i behandling, ble intervjuet ved sine respektive avdelinger. Intervju-protokollen ble innledet med å fortelle bakgrunn for studien, hvordan intervjuet var lagt opp, bruk av båndopptaker og innhenting av samtykke til dette. Videre ble det informert om taushetsplikt og informantens mulighet til enhver tid å kunne trekke seg fra intervjuet uten å måtte oppgi noen begrunnelse. De tidligere pasientene ble informert om godtgjørelsen på gavekort på 500 kroner, og de kvitterte ut dette ved intervjuets slutt. Alle pasientene ble spurt om de hadde noen spørsmål eller ting de lurte på før vi satte i gang selve intervjuet. Intervjuene hadde en varighet fra 17 til 68 minutter, med et gjennomsnitt på 28 minutter. Ved intervjuets slutt fikk alle med seg et kontaklinformasjonskjema.

Min medhjelper intervjuet 7 informanter, og jeg intervjuet 8 informanter. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert fortløpende. Etter hvert intervju tok vi feltnotater hvor fokus var på det kliniske inntrykket og eventuelt andre ting vi ble oppmerksomme på i intervjusituasjonen. Ved mistanke om at informanten var i ruspåvirket tilstand, gjorde vi en klinisk vurdering i forkant av intervjuet for å avgjøre om en gjennomføring var forsvarlig.

Transkribering

Den fjerde fasen i undersøkelsen omhandler transkribering. Her lages en skriftlig nedtegnelse av det muntlige intervjuet slik at det blir mer strukturert og bedre egnet for et analysearbeid (Kvale, 1997). Vi transkriberte våre egne intervjuer fortløpende. Dette hadde sin fordel i at vi kunne oppdage temaer som kunne bli utforsket videre i påfølgende intervjuer, og det ga oss en kvalitetskontroll av datamaterialet (Hennink, et al., 2011). Jeg lyttet og gjennomgikk alle intervjuene tilslutt, for å bli kjent med informantene jeg selv ikke hadde intervjuet, og for å gå gjennom de transkriberte dataene. Dette var for å sikre transkriberingens nøyaktighet, i tillegg til et ønske om å styrke påliteligheten til materialet (Kvale, 1997). Vi transkriberte så tett opp mot informantens språk og uttrykk som mulig. Siden datamaterialet skulle brukes i en tematisk analyse hvor det var fokus på innhold og mening, ble det mindre viktig for oss hvordan strukturen i dialogen var. Fokuset var på hva som ble sagt, framfor hvordan det ble sagt (Hennink, et al., 2011). Vi valgte å skrive på bokmål uavhengig av dialekt, og har skrevet om på noen særegne uttrykk der vi så dette nødvendig for å sikre anonymiteten til informantene. I tillegg ble all personidentifiserbar informasjon anonymisert i den skrevne teksten.

I tråd med retningslinjer for rapportering av intervjuer hos Borum og Enderud i 1980 (siteret i Kvale, 1997), har jeg gitt sitatene som er brukt i resultatdelen en skriftlig form, og det ble brukt følgende tegnsetting:

... kort pause

[...] innsnevret tekst

[ord] anonymisering

Analysering

Analysering utgjør den femte fasen i intervjuundersøkelsen. Datamaterialet har blitt analysert ved bruk av tematisk analyse. Dette valget er gjort da metoden er fleksibel, og kan brukes som et verktøy på et rikt og detaljert datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse er en teoriuavhengig metode som har som formål å identifisere, analysere og

rapportere mønstre eller tema i et kvalitativt datamateriale (ibid.). På denne måten ville vi kunne danne oss et inngående bilde på hvordan våre informanter opplevde frafall. Selve analysen baserer seg på seks analysesteg, og de vil bli beskrevet videre nedenfor.

Bli kjent med materialet. Transkribering av intervjuene var første steg i å bli kjent med data. Ifølge Braun & Clarke (2006) krever tematisk analyse ingen spesiell tilnærming til transkribering, men den skal være nøyaktig og inneholde en verbatim gjengivelse av verbale ytringer. Som tidligere beskrevet ble alle intervjuene gjennomgått på nytt, for å bli bedre kjent med materialet, og det ble foretatt retting og eventuelt omskriving av unøyaktig tekst. I gjennomlesningen av intervjuene begynte jeg å lete etter mening og mønstre i datamaterialet. I tillegg ble feltnotatene gjennomgått i denne fasen. Som et utgangspunkt prøvde jeg å danne meg et bilde på hvordan informantene forsto frafall fra behandling. Jeg utformet korte oppsummeringsnotat rundt det jeg oppfattet å være essensen i hvordan informantene forklarte årsaken til eget frafall. Dette var med på å gi en introduksjon til utarbeidelsen av koder, som var neste fase i analysen.

Generere innledende koder. Etter to gjennomlesninger, startet arbeidet med å generere innledende koder. En kode blir av Braun & Clarke (2006) referert til som det mest grunnleggende element ved rådata som kan analyseres på en meningsfull måte i henhold til fenomenet man studerer. Alle meningsbærende setninger i intervjuene ble gjennomgått, og gitt deskriptive koder (se tabell 2 for eksempel). Så mye av data som mulig ble kodet, for å unngå tap av informasjon i den videre analysen.

Data	Kode
<p><i>Jeg har fremdeles ikke noe sted å bo, jeg har fremdeles ikke noe utdanning. Jeg har fremdeles....altså disse tingene da, som er veldig mye lettere å få til med de rammene jeg er i mens jeg er her sånn. Jeg må faktisk ha fokus på dette da. Så det er det å kunne klare å finne seg en bolig nå, som jeg driver med på nå da. Og det med skole da. Også bare komme seg over i det på en sånn litt glatt overgang. Det er veldig viktig da, for at det skal være litt stabilitet rundt meg, tror jeg.</i></p>	<p>Behovet for oppfølging og stabilitet</p>

Tabell 2. Utdrag fra datamaterialet med tilhørende kode

En detaljgjennomgang av litteraturen rundt frafall ble først påbegynt etter at de første fasene i analysen var fullført. I forhold til hva den tidligere forskningen har fokusert på, var ønsket å bruke en induktiv datadrevet koding av materialet, slik at jeg på forhånd ikke hadde

et teoretisk rammeverk (Patton, 2002). Slik ville de tematiske kategoriene oppstå ved mønster funnet i intervjuene uten at det var lagt til grunn hva disse kategoriene skulle være (ibid.). Selv om dette var utgangspunktet i møtet med datamaterialet, ble det raskt klart at den teoretiske forståelsen jeg hadde om frafall spilte inn i måten jeg så etter koder i materialet. Dette svarer til en deduktiv tilnærming, hvor kodene er et resultat av forskerens ståsted (ibid.). Kodene kan dermed bli basert på for eksempel tema som er tatt opp i intervjuguiden eller konsepter eller teori i forskningslitteraturen. Denne tilnærmingen gjør at ”data ikke taler for seg”, slik formålet er med den induktive framgangsmåten. Hennink og kolleger (2011) anbefaler en kombinasjon av begge framgangsmåter, noe jeg tilstrebet gjennom analyseprosessen. Etter en første analyse av materialet ble jeg oppfordret til å ta en ny runde hvor jeg ikke skulle se på materialet med et ”klinikerperspektiv”. Her lå det til grunn at de temaene jeg fant i den første runden lå tettere opp mot en forforståelse befestet i litteratur og teori på feltet. I en andre gjennomgang av hele analyseprosessen prøvde jeg å frigjøre meg fra dette, og så på materialet med et datadrevet utgangspunkt. Deretter så jeg på den forrige gjennomgangen og foretok en sammenligning av koder funnet i hvert enkelt intervju og sammenfattet de to perspektivene.

Søke etter temaer. Alle intervjuene var nå redusert til koder og satt i kolonner som vist i tabell 2 ovenfor. Nå ble det tatt en gjennomgang og sortering av alle koder, hvor det ble sett etter mulige hovedtema og undertema, og kodene ble sortert deretter (Braun & Clarke, 2006). En ny gjennomgang av ulike koder reduserte antall ulike undertema, da enkelte koder kunne legges sammen ved at de tappet samme tematiske merkelapp. For eksempel ble kodene ”rus som selvmedisinering”, ”rus som regulator både psykisk og fysisk” og ”rus for å slippe følelser” satt sammen under koden ”rus som reguleringsvektøy”. Resultatet av denne fasen var at jeg satt igjen med seks tentative hovedtema med ulike undertema.

Evaluerer temaer. Denne fasen innebar en mer inngående gjennomgang av de foreløpige temaene. De ulike temaene vi hadde funnet må bedømmes ut ifra to kriterier: intern homogenitet og ekstern homogenitet (Braun & Clarke, 2006). Det første kriteriet innebærer at data innenfor et tema samsvarer i meningsinnhold (Patton, 2002). Det andre handler om at ulikheter mellom tema kommer fram på en tydelig og klar måte (ibid.). Her gjorde jeg en gjennomgang av temaer og koder på tvers av datasettet. Tre av de tentative hovedtemaene fra forrige fase viste seg å kunne passe innunder de tre gjenværende, og ble dermed plassert her. En gjennomlesning ble gjort av intervjuene og oppsummeringsnotatene for å se hvorvidt temaene reflekterte helheten i materialet. Eventuelle koder som ikke bidro til dette, ble luket ut.

Definere og navngi temaer. I denne fasen var formålet å finne navn til temaene som viste essensen av hvert enkelt tema, i tillegg til å gi et tydelig bilde på meningsinnholdet i temaene (Braun & Clarke, 2006). De tre gjenværende temaene ble gitt navnene ”Russug”, ”Negativ affekt” og ”Oppfølging”. Kategorien Russug fikk undertemaene ”ønsket om å ruse seg” og ”rus som reguleringsverktøy”. Kategorien Negativ affekt fikk undertemaene ”de vanskelige følelsene” og ”å ikke kunne stå i følelsene”. Den siste kategorien, Oppfølging, fikk undertemaene ”bli sett og hørt av personalet” og ”rammer og struktur i behandling”.

Produsere et skriftlig arbeid. Den siste og avsluttende fasen er selve utskrivningen av analysen, hvor temaene blir illustrert i et analytisk narrativ, og resultatene senere blir drøftet (Braun & Clarke, 2006). Den sjette fasen i intervjuundersøkelsen handler om verifisering, og ser på intervjufunnenes generaliserbarhet, pålitelighet og gyldighet (Kvale, 1997). Dette vil jeg se på i diskusjonsdelen. Rapportering, som er den siste av de sju fasene til Kvale (1997), er det som utgjør de to påfølgende kapitlene; resultater og diskusjon.

Resultater

Resultatdelen innledes med to kasus. Formålet er å gi et bilde av informantene i utvalget vårt. Ola representerer en prototype på en pasient som har frafalt behandling. Kari representerer en prototype på en pasient som er kommet tilbake etter tidligere frafall fra avdelingen. Kasusbeskrivelsene er sammensatt ved å bruke data fra alle informantene.

Ola var i midten av 20årene. Han hadde store deler av ungdomstiden vært i kontakt med helsevesenet. Han hadde slitt med psykiske plager i mange år, og byttet behandler mange ganger. Han kom fra en familie hvor begge foreldrene var rusmisbrukere. Ola ønsket å komme i behandling etter å ha mistet jobben. Grunnen var at rusbruken tok overhånd i livet hans. Første gang Ola prøvde rus, var han 14 år, og røykte da hasj med noen kamerater. Siden hadde han prøvd det meste, og kalte seg i dag for blandingsmisbruker. Han hadde ruset seg mest på piller, men tidvis også på opiater. Han hadde vært innom ulike behandlingsinstanser de siste årene.

Ola opplevde at livet på avdelingen var utfordrende. Han hadde havnet i noen konflikter med de andre pasientene, fordi det til tider hadde vært rus inne på huset. Oppfølgingen fra personalets side kunne ha vært bedre. Én time i uken med psykolog og to timer med primærkontakten syntes han var for lite, og i tillegg hadde han ikke den beste relasjonen til primærkontakten sin.

Foranledningen til at Ola falt fra behandling, var at han ikke taklet å få dårlige beskjeder som handlet om en tidligere kjæreste. Denne episoden skjedde 7 uker ut i behandlingen. Det var vanskelig å være mann og vise følelser, og da var det lettere å stikke seg unna og være alene. Det var ikke et ønske om å ruse seg som gjorde at han dro, men mer å komme seg unna de andre på avdelingen og de ansatte. Ola kunne ønsket seg at personalet i enda større grad hadde lagt opp til å lære han mer om følelser, og hvordan han kunne mestre de vanskelige tankene som dukket opp. Han så selv at han i store deler av livet hadde brukt rusen som en måte å unngå de kjipe følelsene som hadde vært der.

I dag var Ola i jobb, men ikke helt rusfri. Han røykte hasj daglig, ellers hadde han kuttet ut de tyngre stoffene. Røykingen gjorde at han holdt seg oppe, og tålte de utfordringene som hverdagslivet brakte med seg. I tillegg hjalp det på å unngå all smerten han hadde med seg fra barndommen. Han trodde ikke han kom til å søke seg tilbake til avdeling Ung, fordi han hadde lært såpass mye om seg selv at han kunne klare seg uten behandling slik livet var i dag

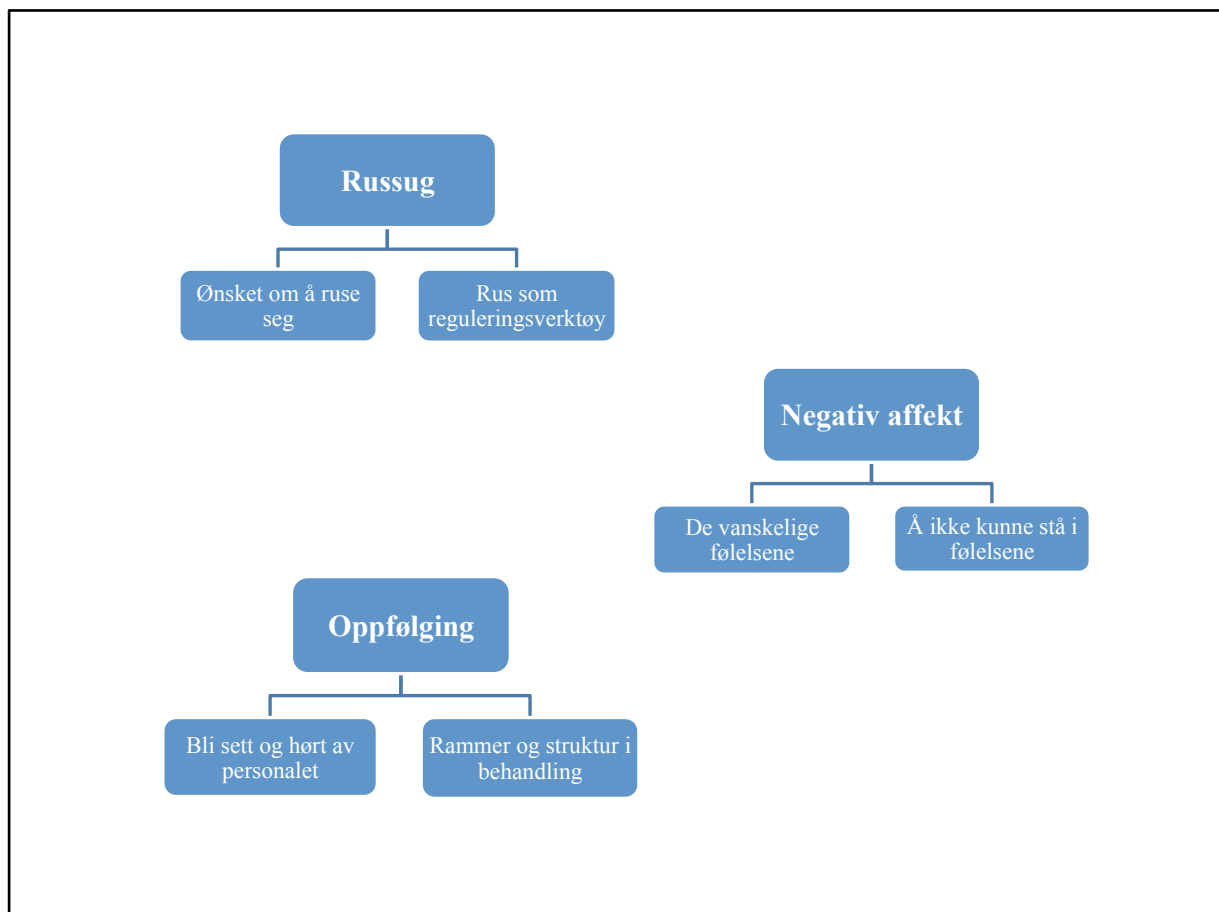
Kari var i begynnelsen av 20årene. Hun var tilbake i behandling etter å ha vært borte fra avdelingen i cirka fire uker. Kari startet å ruse seg da hun var 13 år, med hasj og marihuana. Da hun var 16 år prøvde hun kokain for første gang, og siden har hun også brukt heroin. Hun hadde tidligere vært i behandling et annet sted. Kari hadde to selvmordsforsøk før hun startet i denne behandlingen. Hun hadde da skjont at hun måtte ha hjelp, og søkte seg inn til avrusning før hun kom til avdelingen. Familien var også en motivator for at hun skulle komme i behandling.

Kari hadde i løpet av behandlingen hatt et påtrengende russug. Hun hadde en god relasjon til sine medpasienter, men innimellom kunne det bli krancling. Det var utfordrende å leve så tett på andre til enhver tid. Hun opplevde at det hadde blitt vanskeligere å være i behandling nå enn da hun ankom, fordi det var store omstruktureringer i avdelingen. Tidligere var det mer fokus på fellesskapet, noe som gjorde at hun hadde følt større tilhørighet og alle hadde mer ansvar for hverandre. Nå måtte hun stå mer på egne ben. I forhold til personalet, følte Kari det var mindre trygge rammer da det stadig skjedde omveltninger i forhold til regler og oppfølging. Hun hadde en god relasjon til psykologen sin.

Det var kontakten med det gamle miljøet som gjorde at Kari ikke kom tilbake etter en permisjon, 14 uker ut i behandlingen. Kari hadde kontakt med avdelingen ved at psykologen ringte henne et par ganger den tiden hun var borte. Hun dro på fest med noen venner, og da jointen kom rundt bordet, følte Kari at hun måtte ha noe sterkere for å tilfredsstille russuget hun fikk. Hun ruste seg mer nå enn hun hadde gjort tidligere, og etter noen dager tok hun en overdose med heroin. Hun innså at livet kom til å bli kort om hun ikke kom seg inn i behandling igjen.

For å fullføre nå, hadde Kari et håp om at hun kunne starte på Subutex for å slippe noe av tankekjøret rundt rus. Hun hadde hørt fra andre at det kunne hjelpe henne til å konsentrere seg om andre ting. Hun hadde også et håp om at behandling kunne bli en måte å få en god overgang til livet etterpå, og at hun kunne følges opp i form av ettervern. Målet var å få seg en jobb, men først hadde hun lyst til å fullføre videregående skole.

Tre hovedtema utpekte seg i datamaterialet gjennom den tematiske analysen. Disse temaene dannet mønster i det helhetlige bildet informantene gav rundt sin egen forståelse av frafallsprosessen. Temaene har fått navnene russug, negativ affekt og oppfølging. I figur 1 nedenunder, vises en skjematisk framstilling av disse temaene, med tilhørende undertema. Etter å ha gjennomgått disse, vil jeg ta for meg hva informantene pekte på kunne blitt gjort annerledes i behandlingen for at de skulle fortsatt. Resultatdelen avsluttes med å gi et innblikk i hvordan livet ble for noen av informantene etter å ha falt fra behandlingen. Dette vil være med på å gi en forståelse av konsekvensene av frafall for informantene i denne studien.



Figur 1. Hovedtema og undertema i den tematiske analysen

Russug

Rus var et tema alle informantene var innom i løpet av intervjuet. For fem av dem var det ulike situasjoner involvert til rus eller russug som var avgjørende for frafall. Tre av disse var tilbake igjen i behandling. Noen beskrev et behov om rus som meldte seg i behandling, mens andre måtte ta stilling til rus i møtet med det gamle miljøet. Russuget ble omtalt hos noen som å komme i perioder, mens andre opplevde et mer konstant russug. De fleste av informantene hadde refleksjoner rundt hvordan rusen ble brukt som en form for reguleringsverktøy.

Ønsket om å ruse seg

...det var liksom ikke meninga å droppe ut, det var egentlig, jeg ville, hva skal jeg si da, at jeg ville ruse meg da, men jeg ville ikke gjøre det på huset, eller dra med rus inn på huset eller være ruset her, så da dro jeg heller ut. Ja, men det var vel egentlig mesteparten av grunnen [...] Jeg var liksom innstilt på å komme tilbake og sånn, jeg visste ikke når...det tok meg [antall] netter. (Afzal)

Framfor å ruse seg på huset, valgte Afzal å dra fra behandling, men hele tiden med en tanke om å skulle komme tilbake. Aslak på den andre siden, avsluttet behandlingen fordi han ønsket å komme hjem til familien, men også til pipa si. Amfetamin og GHB var nå et tilbakelagt kapittel, men han var usikker på hvorvidt han ville droppe hasjen. Til daglig røykte han fortsatt hasj to ganger, én på morgenen, og én på kvelden, og det kan virke som dette var en form for selvregulering, noe vi skal se nærmere på i neste undertema.

Å være på permisjon fra behandling åpnet for muligheten til å ruse seg. En venn av Memhet kom på besøk, og det gjorde at han fikk lyst til å gå ut med vennen for å møte andre. De dro på en fest hvor det var mye rus tilgjengelig, noe som medførte at han ruste seg på syre og psykedelika. Han kom ikke tilbake i behandling igjen etter denne permisjonen. På spørsmål om det var et russug involvert, svarte han at det bare var et ønske om å spise LSD fordi det var en hyggelig ting å gjøre sammen med andre mennesker. Jakob måtte også ta stilling til rus da han møtte de gamle kameratene på permisjon:

Altså jeg vanka ikke med gamle kamerater, men jeg vanka i et gammelt, veldig likt miljø, da, så det ble litt drikking og sånne ting igjen da, også kom jointen rundt, også, det var liksom ikke noe tilfredsstillelse for min del og røyke de greiene der, så det ble fort at jeg måtte ty til andre ting for å få den samme tilfredsstillelsen som veldig mange av de andre, og da gikk det...da gikk det galt. Så det var på grunn av at jeg oppsøkte gamle...jeg hadde ikke så mye...jeg hadde jo rusfritt nettverk, men jeg hadde liksom ikke så god relasjon til alle de, så det var liksom, det som var kjent var liksom det enkleste. (Jakob)

Periodevis russug. For noen av informantene var ønsket om rus et behov som kom og gikk i perioder. Magnus forklarte han etter en måned eller to med rus kunne føle seg mislykket og skuffet. Da fikk han dårlig samvittighet, og en økende motivasjon for å slutte. Samtidig var det også motsatt, etter en tid som nykter kom russuget tilbake. For Magnus var dette periodevis behovet for rus grunnen til at han hadde forlatt behandlingen de siste gangene. På mer inngående spørsmål om hva det var som konkret gjorde at han begynte å få russug sist, ble det å snakke om rus med medpasienter forløperen til hans frafall:

...også begynte vi å snakke mye om rus. Veldig positivt snakket vi om rus, liksom ja hvor godt det er å ruse seg og sånn. Og så ble det så mye at det til slutt så han som bodde på rommet mitt, han valgte å liksom....han bestemte seg for å dra ut på natta og kjøpe heroin og komme tilbake med det. (Magnus)

Sammen ruste de seg i noen dager på avdelingen før de ble tatt, og de valgte begge å avslutte behandlingen med noen dagers mellomrom.

Konstant russug. Hedda våknet hver morgen og grep etter den ”ferdigmekka smellen” som lå på nattbordet. Denne vanen hadde hun fortsatt. Hun beskrev at russuget tok mye energi og konsentrasjon. Å kvitte seg med disse tankene krevde mye arbeid, og når rustankene dukket opp, kunne hun kjenne det som en fysisk aktivering i kroppen. Noen av informantene hadde startet Subutexbehandling etter frafall, eller som ledd i behandling etter å ha kommet tilbake. Disse hadde positiv erfaring med dette, og opplevde at de i større grad kunne konsentrere seg om andre ting enn å stå fast i russug og tanker om rus. For Magnus var dette en av grunnene til at han hadde det så bra i dag i forhold til hvordan livet var før behandling: ”russuget er borte da, en stor del av det og gjør sånn at jeg klarer å tenke mye klarere, uten å tenke på rus hele tiden”.

Live ble spurt hva hun trodde kunne være årsaken til sitt konstante russug:

For at jeg er en narkoman. Jeg er vant til å ruse meg hver dag i fire år. Er ikke vant til å gå rundt nykter og merke åssen vær det er eller om det er varmt eller kaldt ute. Er vant til å sitte inne og være på trynet. Ruse vekk alt. (Live)

Hun opplevde det var slitsomt å være i behandling, da hun måtte forholde seg til virkeligheten ved å være nykter, og ikke kunne ruse seg.

Rus som reguleringsverktøy

Mange av informantene beskrev rusen som en måte å regulere seg selv på. Jeanne beskrev det som å være en form for ”selvmedisinering”. Øystein sa at å røyke hasj hadde vært en måte å regulere seg selv på gjennom ungdomstiden. Opplevelser i barndommen kunne vekke gamle følelser og sette ham ut av spill. Det skjedde ikke ved å røyke, da fungerte han bedre, og var den beste eleven i klassen. Han opplevde å kunne fjerne smerten på denne måten. På grunn av dette forsto Øystein i dag at han fortsatt hadde et rusproblem.

Flere av informantene hadde opplevd å bli psykotiske som en konsekvens av å ruse seg. Sigve hadde slitt med psykose i nesten ett år, både som nykter og når han var ruset. Han opplevde at bruk av rusmidler for å dempe psykosen kunne hjelpe, men at det også kunne være omvendt, slik at psykosen ble utløst av å ruse seg. En psykotisk tilstand over tid gjorde at Jeanne forsto hun måtte få hjelp. Live ble psykotisk av å ruse seg på permisjon, og kom derfor ikke tilbake i behandlingen til avtalt tid.

Jakob som vi tidligere hørte hadde begynt å ruse seg idet han møtte det gamle miljøet på permisjon, forklarte hvordan rus ble brukt som regulering:

...du bare merker at du er en narkoman på en kjip og mørk måte, rett og slett, og det er ikke særlig tiltrekkende, og for å takle det for min del, så måtte jeg gå på heavy stoffer for liksom å ikke trenge å tenke så mye på akkurat det der. (Jakob)

Også Magnus erfarte at rusbruken ble intensivert etter å ha vært i behandling. Forrige gang han dro fra behandling brukte han sterkere typer rusmiddel enn han hadde benyttet tidligere. Han opplevde det som å gå til neste nivå. Dette ble grunnen til at han ikke klarte å fortsette i jobben sin. Øystein hadde opplevd noe av det samme:

...idet du går i behandling og blir bevisst på noe, så blir du bevisst på alt det du gjør galt. Så du går ut, og så ruser du bort smerter og hvis det skjer sånn da, mens bevisstheten over hva du gjør igjen, det er du så klar over at det blir enda verre og vondere, sånn at hvis du sitter på et toalett og røyker heroin eller setter deg ett skudd eller noe sånn, så går alt det vonde bort, men så kommer du på, for du har lært å bli klar over hva du gjør, at det du har gjort er så galt, så da, for å bli bevisstløs, eller få bort den bevisstheten, så må du ha mer stoff, så jeg har skjont at det er mye farligere å være en rusmisbruker etter behandling. (Øystein)

Som en del av intervjuet, ble informantene stilt spørsmål om hvordan de opplevde medisineren ved avdelingen. Det var delte meninger om dette. Noen var skeptiske til å få medisiner i det hele tatt, da dette ville opprettholde rusbruken og være med på å ”dyrke” avhengigheten. Håkon mente at det å få piller ved avdelingen ville opprettholde den

fantasiverdenen han levde i, og at han kom til behandling med et ønske om å bli nykter. Han ville få så lite medisiner som mulig, slik at han kunne fungere normalt. Det burde ikke være sånn at han ”ikke gadd å gå ut bare fordi han ikke hadde fått seg en smell” i form av medisinutdeling. Aslak hadde det annerledes, og prøvde å få så mye medisiner som mulig ved avdelingen, sånn at han lettere ble ”knocka ut og kunne få sove”.

Oppsummering

Rus ble snakket om på ulike måter, enten som et indre behov som meldte seg, eller som et behov som ble utløst i møte med det gamle miljøet. Noen hadde et periodevis russug, mens for andre var dette mer konstant. Rus ble for mange brukt som en reguleringsmekanisme i forhold til tidligere erfaringer og psykisk smerte. Noen mente medisinering ville ha hjulpet dem i behandling for å dempe russug og gi større rom til å tenke på andre ting, mens andre snakket om dette som å flytte avhengigheten sin.

Negativ affekt

Gjennom intervjuene kom det fram at mange av informantene hadde utfordringer knyttet til egen affektregulering. For fire av dem var frafall fra behandling en konsekvens av ulike situasjoner som var koblet til følelser eller en affektiv tilstand. Å forlate den vanskelige situasjonen ble for noen en løsning på problemet, enten ved fysisk å dra sin vei, eller ved å ruse seg og dermed få det vonde på avstand. Informantene snakket om ulike former for triggere som kunne gjøre at de vonde følelsene dukket opp. Det var ingen kjønnsforskjeller i hvem som tok opp dette temaet.

De vanskelige følelsene

I mange av intervjuene ble det snakket om utfordringen med de negative følelsene som dukket opp i løpet av behandlingen. For noen av informantene var det konkrete hendelser i nåtid, for andre var det triggere fra fortiden som gjorde det vanskelig. Trym beskrev hvordan det var å forholde seg til vanskelige ting som skjedde da han var i behandling:

Jeg er jo mann ikke sant? Skal jo ikke vise følelser, skal jo ikke være alene, skal ikke grine og sånt – ikke sant? Og når jeg har muligheten til å stikke unna og gjemme meg og ikke vise det for noen så gjør jeg jo det. [...] Så fikk jeg noen dårlige beskjeder fra [sted] som jeg kunne vært foruten. Også lot jeg det gå sånn innpå meg at jeg bare tenkte; fuck it, jeg tar meg en tur ut. Det var ikke sånn at nå skal jeg ut å ruse meg fordi at, et eller annet..... Det var bare – nå drar jeg ut. Jeg vet ikke hvorfor. Det var

en impulshandling [...] Jeg klarte ikke å deale med de følelsene etter det bruddet da.
(Trym)

Live opplevde også et brudd med kjæresten i løpet av en permisjon, og på grunn av dette havnet hun tilbake i en gjeng med folk som var i en vanskelig livssituasjon. Det var mennesker som trengte hjelp til å selge dop, og veien ble kort fra å hjelpe disse med salg, til å bruke det selv. Dette gjorde at hun gikk inn i en psykose, og returen til avdelingen ble utsatt hele tiden. Hun tenkte at hun skyldte på bruddet med kjæresten for sprekken den gangen.

For Håkon medførte behandling at det var mye han ikke fikk lov til, ”mange småting ballet seg oppå hverandre”. Spesielt reagerte han på at de ansatte ga ham mange nei på rad i forhold til en permisjon for å gå på kino. Han følte seg behandlet ”som en drittunge”, og det gjorde at ting ”sprakk” tilslutt. Da han kjente det toppet seg, var valget enten ”å kline ned noen, eller pakke tingene sine og dra”. En tidligere behandling hadde blitt avsluttet på samme måte.

Flere av informantene beskrev en vanskelig fortid, og som vi har sett tidligere, hadde mange brukt rus for å regulere seg i forhold til denne. Tidligere vonde erfaringer var med på å gjøre Hedda deprimert:

Jeg begynte å bli skikkelig deprimert. Fikk skikkelig store depresjoner. Jeg følte at jeg ble veldig sint. Kom veldig mye sinne opp, og så kjente jeg bare det at jeg klarte ikke omgås mennesker. Så ble jeg satt på skjermet avdeling. [...] Akkurat det at jeg ble så sint da, ble nesten redd for at det skulle gå ut over andre. Det gjorde det ved ett tilfelle. [...] Men det var en årsak til det. Det var vel en litt dårlig hendelse mange år tilbake, som....så jula, jeg forbinder jula med noe dårlig. Så jula er veldig tung for meg. Det er egentlig det som utløste det hele. (Hedda)

Som Håkon også satte ord på, ble Hedda redd for at eget sinne kunne gå ut over andre, og det ble foranledningen til at hun ble satt på skjermet avdeling. Minnene om vonde ting fra tidligere, trigget depresjon og sinne. Hedda fortalte at når hun ruste seg, så forsvant hun langt under jorda, hun ville ikke ha noe med familien å gjøre, eller ha ansvar for noe. Hun ville unngå alt som hadde med det følelsesmessige å gjøre. Afzal, som jeg tidligere beskrev forlot behandling fordi han ønsket å ruse seg, fortalte lenger ut i intervjuet at foranledningen til å dra fra behandling var at ingen av medpasientene gjorde som de hadde fått beskjed om. Dette gjorde han ”så irritert og stresset” at han på impuls dro sin vei.

Å ikke kunne stå i følelsene

Sigve kom i løpet av en permisjon opp i en situasjon hvor han fikk mye angst grunnet en episode med familie og kjæreste. For å mestre dette ruste han seg på hasj og alkohol. Hvis det hadde vært tilgang på andre rusmidler der, ville han tatt disse også:

Så ser jo sårbarheten da. For faktisk det å ikke fullføre ting. Det er noe som ligger veldig nært meg, hvis det er noe som plager meg. Jeg har aldri takla følelser. Så det er veldig sånn spesifikk situasjon da på at jeg ikke takler ting. (Sigve)

Aslak hadde tidligere vært mye tøffere, men det handlet om all rusen han puttet i seg. Nå var det ikke så mye som skulle til før han møtte veggen. For eksempel kunne det å få en dårlig beskjed gjøre at han ikke gikk på jobb. Stine hadde nesten alltid vært dopet, og hadde derfor veldig mye angst for å møte nye folk den dag i dag.

Ved å kutte ut rusen hadde Øystein blitt mer oppmerksom på alle de andre problemene han hadde. Å ruse seg, som tidligere hadde vært en mestringsstrategi, gjorde at han som nykter opplevde andre typer vansker. Rusen ble som ”å legge et lokk på følelsene”, eller en beskyttelse mot å være i følelsene:

...hadde en kjærlighetssorg som varte helt til nesten den dag i dag, for [navn] var jeg sammen med i 4 år, og det ble slutt idet jeg ikke klarte å slutte å ruse meg, så det at det gikk opp for meg og sorgprosessen, det skjedde jo ikke, så enda så kommer ikke den helt fram, på grunn av de sprekkene mine, så det er smerter som jeg ikke...så, så, nei, jeg kommer ikke til å gi meg. (Øystein)

Fra å se på rus som en måte å slippe de vonde følelsene, beskrev Live at hun følte seg tom og følelsesmessig avstumpet som et resultat av all rusen. Hun opplevde det var rart ikke å ha noen følelser knyttet til alt som hadde skjedd henne den tiden hun hadde ruset seg.

Oppsummering

Utfordringer rundt negativ affekt ble for mange en utløsende årsak til frafall. Informantene snakket om sinne og depresjon som kom opp i utfordrende situasjoner, eller at det var noe som trigget gamle minner. Rus ble av noen brukt for å regulere disse vanskelige følelsene.

Oppfølging

Alle informantene hadde synspunkter som handlet om oppfølging rundt behandling. For seks av dem var situasjoner knyttet til oppfølging en medvirkende årsak til frafall. Flere var opptatt av kontakten med personalet, og mangelen på oppfølging. For andre var det mer fokus på at de selv måtte ta tak i ting for å få det bedre. Personalet kunne ikke bidra om de selv ikke gjorde en innsats. Mange snakket om mangelen på aktivitetstilbud, og en del av disse trodde de ville fortsatt i behandling om det hadde vært mer å gjøre ved avdelingene. Tilgangen på rus ved avdelingene ble nevnt i flere av intervjuene. I intervjuperioden var AUA i en omleggingsfase, og mange beskrev at dette hadde negativ innvirkning på behandlingen.

Bli sett og hørt av personalet

Da de ble spurt om hvordan de hadde hatt det rett før de frafalt behandling, beskrev mange hvordan de opplevde møter med de ansatte ved avdelingene. Afzal sa det ikke var noen der han kunne prate med da han ble så frustrert og stresset rett før han dro fra behandling. Jeanne hadde en lignende opplevelse:

Jeg var sint, frustrert og forbanna og utrolig oppgitt for da var i tillegg [psykolog] syk, så jeg har liksom gått hele helgen, hatt det egentlig ganske kjipt, og trengte å lufte hodet mitt, og det var liksom ingen man kunne lufte hodet til, vært ute på perm hele dagen, så kommer jeg tilbake, så får jeg da en telefon av den personen som da fikk meg til å legge meg inn, som lurte på om jeg ville komme på besøk, så sa jeg ja. Altså jeg sa til [navn] jeg delte rom med at du får bare si til nattevakten at jeg har dratt, jeg skrur av telefonen min, jeg kommer tilbake i morgen. Og det gjorde jeg, og det fikk jeg ikke lov til. (Jeanne)

Hun opplevde at personalet ikke ga henne noen ny mulighet, eller tid til å tenke seg om, og valgte derfor å forlate behandlingen.

Brage fikk lite informasjon om selve rammebetingelsene for behandling. Han visste ikke hva som sto i sin egen behandlingsplan, og primærkontakten hans var mye borte. Ingen hadde fortalt ham at primærkontakten var del av et team, og at han kunne ha henvendt seg til en av de andre i teamet i tilfeller der primærkontakten var borte. Brage hadde ved en anledning delt noe personlig og sårt med en av de ansatte, hvorpå vedkommende gikk uten å svare på et spørsmålet han stilte mot slutten av samtalen. Brage reagerte på dette med å kaste noe i bakken, før han gikk på rommet og ruste seg. Etter denne episoden, og noen andre hendelser hvor han hadde vært i konflikt med medpasienter, ble han rådet av primærkontakt til å ta en pause fra behandling:

Han sa til meg at jeg skulle ta et avbrudd i behandlingen, komme tilbake om en måned, imens skulle jeg ta samtaler med psykolog. Jeg ble ikke ringt opp én gang jeg, av psykolog [...] jeg føler meg snytt for en sjanse, jeg føler at de ikke gjorde, eller de prøvde ikke så hardt med meg, som de gjorde med de andre. (Brage)

Brage dro fra behandlingen nesten samtidig med en av de andre pasientene ved avdelingen. Ingen ringte ham opp første helgen han var hjemme, mens primærkontakten til den andre pasienten hadde møtt vedkommende til middag den helgen. Dette ble for Brage et tydelig eksempel på at pasientene fikk ulik behandling.

For Hedda ble tiden på skjermet avdeling en tid med lite oppfølging. Hun traff tilfeldigvis en fra en annen avdeling som solgte henne heroin, og siden hun var alene, kunne hun enkelt fortsette å ruse seg. Etter en stund fikk hun abstinenser, som gjorde at hun ble sendt til RAM (Rusakuttmottak). Hun forlot RAM fordi hun hadde fått smaken på rus. Det ble vanskelig for personalet å få kontakt med henne ettersom hun isolerte seg. Å være alene hadde vært hennes trygghet gjennom mange år. Hun hadde stengt verden ute for å finne trygghet. Samtidig opplevde Hedda at konsekvensen av å være på skjermet avdeling var at hun ”ble litt glemt bort, siden jeg var ute av syne, ute av sinn”.

Kontinuitet i oppfølging. Det var også mange historier om ansatte som fulgte tett opp sine pasienter. Flere av informantene ble ringt opp av psykolog i etterkant av sitt frafall fra behandling. Tre av dem hadde beholdt kontakt med avdelingen ved å ha timer hos psykolog, eller møtepunkt med primærkontakt, selv om de ikke kom tilbake i behandling:

Jeg fikk jo beholde psykologen der oppe, jeg sa til dem at det er veldig viktig for meg jeg har en psykolog jeg har et godt forhold til, så jeg har fått ordnet det at jeg har timer med [navn] fortsatt. (Jeanne)

Flere beskrev at de ansatte ved avdelingene var flinke, og at mye av grunnen til at de hadde frafalt behandling, handlet om at de selv ikke var flinke nok til enten å ytre sine egne behov, eller at de selv ikke ønsket å være der. Jakob sa at det var han selv som måtte lære seg å spørre om hjelp, det var ikke noe ved behandlingen som ikke var bra nok. Egen motivasjon var noe flere snakket om. Live poengterte, at uten å ville det selv, kunne ikke personalet klare å holde henne i behandling. Mehmet måtte se meningen i ting for at han skulle gjøre noe i behandling. Han hadde problemer med å tilpasse seg. Det gjaldt ikke bare i behandling, men også ellers i samfunnet. For Stine var det at hun kjente terapeutene ved avdelingen grunnen til at hun kom tilbake i behandling andre gang.

Rammer og struktur i behandling

Aktivisering. Et tema som opptok informantene, var grad av aktivisering ved avdelingen. Erik fikk ikke gjort det han ønsket seg mens han var i behandling:

Det var så mye ting som jeg ville gjøre på utsiden som jeg ikke kunne gjøre på utsiden, og da mener jeg positive ting, som at jeg ville drive på med [hobby] ved siden av, og gjøre fritidsaktiviteter, og gjøre noen sånne ting isteden for å bare vaske fra man står opp til man legger seg, det blir for mye for meg, så det er én av grunnene, at jeg rett og slett ble lei, så stakk jeg... (Erik)

Flere av informantene etterlyste fysisk aktivitet eller å drive med en hobby som et viktig element i behandlingen. Jobben i stallen ble nevnt som en veldig positiv aktivitet, da dette var en måte å få fysisk trening på. For Håkon var dette den ene dagen han gledet seg til i løpet av uken. Å være i aktivitet gjorde at han tenkte mindre, og dermed fikk mindre russug. Jakob opplevde at han ble lat av å ikke gjøre noe på dagtid, og da havnet han i et dårlig mønster. Kjedsomheten tok overhånd, og det trigget russug og tanker om rus. Sigve, som hadde vært i behandling en god stund, la vekt på det å gjøre mye av de samme tingene. Det at det ble trygt å være på avdelingen, var medvirkende til at han begynte å kjede seg. Dette førte til utforskning i form av å drikke litt på permisjon, og det ble én av grunnene til at han dro fra avdelingen. Jeanne pekte på at man i psykiatrien er flinke til å aktivisere folk, mens det i rusomsorgen er lite av dette. Hun la vekt på ”at folk må finne på ting som gir dem glede, som de kan gjøre uten å ruse seg.”

Rustilgang. Bruk av rus på avdelingen gjorde at Stine forlot behandling:

For å være helt ærlig så ruste jeg meg mer der inne enn det jeg gjorde ute, det var veldig, veldig, veldig mye rus på huset, det var mye krangling, for det var nye folk der, nye pasienter [...] det var ingen trygge rammer der lenger [...] Så det var derfor jeg droppa ut. (Stine)

Aslak trivdes godt i miljøet sammen med de andre pasientene, men når det var rus inne på huset, kom ”den narkomane i menneskene fram” og da ble det fort mye krangling. Hvis det var en person på huset som hadde ett gram hasj, så ville alle ha en smakebit.

Omstrukturering. Det at avdelingene var inne i en endringsfase var tema hos flere av informantene. Sigve beskrev konsekvensene dette hadde for behandlingen:

...mye omveltninger da, i systemet. Ting har blitt veldig annerledes nå enn det det var. Altså siden jeg kom inn så har det jo på en måte vært en stor prosess hvor alt er blitt nytt. En endringsprosess [...] Relasjonene til pasienter er blitt veldig annerledes etter

at det nye systemet kom. Det var jo fellesskapets metode tidligere. At alle sammen ble evaluert på lik linje. Nå er det jo individuell behandling, samtidig som man ikke har så mye innsyn i andres behandling og heller ikke er pålagt å ta del i andres behandling. Og det gjør at kulturen blir veldig annerledes da i forhold til grupper, i forhold til deling, i forhold til dialogen vi har, beboerne oss i mellom, som ikke inngår med lederne eller de som jobber der da [...] Det er blitt veldig annerledes, på godt og vondt. Du må stå mer på egne bein, men sånn som... jeg hadde behov for at det var sånn som det var, når jeg kom inn. For jeg følte at jeg fikk veldig mye mer støtte da av fellesskapet enn det jeg gjør nå. At det var mye enklere å kunne ta tak i problemer. Det var mye mer seriøsitet da, rundt det, enn det det er nå. (Sigve)

Andre informanter sa omstruktureringen skapte mye konflikter blant pasientene, og konsekvensen av at avdelingene gjorde innsparinger ble ifølge Jeanne et mer innskrenket tilbud. Det ble dårligere mat og mindre egentid for hver enkelt pasient.

Oppsummering

Flere informanter opplevde at de ansatte ikke var der da de trengte dem, eller at det var mangel på informasjon eller oppfølging. Andre snakket om at de hadde et eget ansvar for en vellykket behandling, istedenfor å skyve dette over på de ansatte. Flere ble oppringt eller gikk i videre samtale med psykolog etter frafall fra behandling. Større grad av aktivisering ble etterlyst av mange, både i form av fritidsaktiviteter og skole eller arbeid. Rus på huset skapte konflikter blant pasientene. Omstruktureringen ved avdelingen ble sett på som negativt for behandlingen, og bidro til å gjøre hverdagen utrygg og uforutsigbar ved at rammene endret seg.

Hva kunne vært gjort annerledes?

Informantene hadde ulike refleksjoner rundt spørsmålet om hva som kunne vært gjort annerledes i behandling. Svarene var knyttet opp til hva de så på som viktigst i behandlingen. Det ble snakket om behovet for å utforske rusens funksjon, og lære seg å tåle ubehag. Informantene ville ha tryggere rammer, og et større aktivitetstilbud. De ønsket seg av de ansatte en rettferdig behandling, og en tettere oppfølging.

Utforske rusens funksjon

Magnus var opptatt av rusuget, og hadde ønsket seg at de ansatte kunne utforsket dette nærmere:

...tatt på alvor når det gjaldt rusuget mitt og sånn, og depresjonen min [...] mer oppmerksomhet når det gjelder rus og sånne ting. Og at de hadde passet på meg, så hadde det kanskje ikke skjedd. (Magnus)

Aslak, som prøvde å få så mye medisiner som mulig på avdelingen, skulle ønske personalet kunne konfrontert ham mer med hvilken funksjon rusen hadde i livet hans.

Tåle ubehag, og lære om følelser

På spørsmål om hva som kunne vært gjort annerledes i behandling, satte Øystein ord på hvordan han tenkte rundt følelser:

Hvis du skal slutte å ruse deg, så må du ha noe annet du skal, kanskje ikke det frister på starten, men plutselig så får du en bra opplevelse og så ser du at det er sånn jeg kommer meg ut av rusen, det er å gjøre ting, tilslutt så begynner du å gjøre ting du har lyst på og kjenne etter, følelsene kommer tilbake, hva er det egentlig jeg vil, hva vil jeg ha til middag, men det tar mange år før de følelsene kommer... (Øystein)

For ham ble det viktig å tåle ubehaget som kom med de vanskelige følelsene. Han måtte tåle å bli minnet om dårlige erfaringer. Han tegnet et bilde av minner og følelser som en lavalampe, hvor alt var flytende hele tiden. Som rusmisbruker prøvde han å holde seg fast når det var godt, men han måtte akseptere at det flyter, fra den ene til den andre siden. Når det var godt, måtte han klare å nyte den stunden, framfor å vente på at det skulle gå over. Mehmet skulle gjerne lært litt mer om rastløsheten og konsentrasjonsvanskene han fikk da han sluttet å ruse seg. Han ville likt å finne ut mer om uro, og lært teknikker på hvordan han kunne ha roet seg selv ned da han opplevde denne rastløsheten.

Jeg mener at det må være et system som gjør at det ikke går an å lure seg unna. Det må være omsorg og kjærlighet, og så må det være lagt opp til at du skal bli lært opp i hvor mange gleder det fins i livet, eller hvor mange fine ting det finnes rundt deg som du ikke ser fordi at enten så har du det bra eller så har du det dårlig. I mellom best og verst så er det jo et helt enormt spekter med forskjellige følelser som du får av forskjellige ting. Og det er jo det vi mister når man ruser seg, ikke sant? Så – å lære seg å kjenne på følelser rett og slett. Og like det da. (Trym)

Trym poengterte at han måtte bli mer bevisst store og små hendelser i hverdagen, sette pris på dem, og være takknemlig. Ved å ruse seg, fikk han et kick han ikke kunne erstatte med noe annet. Men, uten rus hadde han mange gode følelser som han kunne bygge opp innvendig. Han understreket at dette var noe som måtte læres.

Mer tydelige rammer og fokus på aktivisering

I tillegg til at omstruktureringen hadde negativ innvirkning på behandling, ble det snakket om å ha en strengere struktur og tydeligere rammer i miljøet:

Hadde de hatt mer klare rammer og liksom lært seg og snakke med hverandre og visst når det var rus på huset eller ikke, så hadde jeg kanskje ikke skrevet meg ut.
(Stine)

For Stine var omstruktureringen på huset med på å gjøre situasjonen utrygg i forhold til forrige gang hun var i behandling. Afzal var også en av de som etterlyste mer struktur og forutsigbarhet i rammene for behandling.

Det ble lagt vekt på at oppfølgingen etter behandling hadde vært mangelfull. Jakob sa han måtte ha noe å gjøre i det han kom ut av behandling. Det var viktig at dette var noe som var sunt å holde på med. Han hadde inngått en avtale med poliklinikk og dagenhet om videre oppfølging, og funnet et bosted gjennom rusmiddelstaten. Dette hadde han tro på ville gi ham de trygge rammene han trengte for å klare seg ute. Med disse forhåndsreglene ville han ikke tillate at det ble for mye dødtid. Øystein la også vekt på ettervern og behovet for en tettere oppfølging. Han opplevde å ”bli helt fri” etter at han avsluttet behandlingen. Dette innebar at han var helt alene, og ensomhet var noe han aldri hadde taklet. For å unngå dette, spurte han avdelingen siste gang før han kom i behandling, om han kunne få komme dit som en ”fallskjermstreie”. For hans del ble det viktig å ha behandling i ryggen for å takle de utfordringene han hadde i livet på det tidspunktet.

Live beskrev behandlingen som krevende, med alle de rammene og menneskene hun måtte forholde seg til. Behovet hennes var å få seg et lite avbrekk innimellom, komme seg utenfor avdelingen. Dette var for å få plassen litt på avstand, gi seg selv litt pusterom. Jeanne opplevde derimot at hun fikk for mye frihet, og at det igjen ble ødeleggende for behandlingen. Magnus påpekte han måtte kunne stole på de som er rundt, og føle han var i trygge omgivelser og i et trygt miljø for at han skulle fullføre behandling denne gangen.

Erik ønsket seg en form for arbeidstrening og skole for å bedre behandlingstilbudet:

...starte med arbeidstrening, for de fleste som er der de har ikke hatt noe særlig arbeid, eller arbeidstreningserfaring fra før, og starte med det, med en eller annen form for jobb, for eksempel, tre ganger i uka, et eller annet og så kanskje tjent seg noen kroner mens de er der også, og ikke minst det jeg sa når det gjaldt skoleplass, at folk kan gå på skole mens de er der, under vilkår selvfølgelig. (Erik)

Sigve la på den andre side vekt på at nettopp ved å være innenfor de rammene som behandlingen ga, kunne han få muligheten til å ordne opp i det han trengte for å klare seg videre i livet:

Jeg har fremdeles ikke noe sted å bo, jeg har fremdeles ikke noe utdanning. Jeg har fremdeles....altså disse tingene da, som er veldig mye lettere å få til med de rammene jeg er i mens jeg er her sånn. Jeg må faktisk ha fokus på dette da. Så det er det å kunne klare å finne seg en bolig nå, som jeg driver med på nå da. Og det med skole da. Også bare komme seg over i det på en sånn litt glatt overgang. Det er veldig viktig da, for at det skal være litt stabilitet rundt meg, tror jeg. (Sigve)

Rettferdig behandling og tettere kontakt med ansatte

For at han skulle ha fortsatt behandling, fokuserte Brage på rettferdighet, det vil si at alle skulle få lik behandling. Erik mente at de ansatte var for lite tilstede i miljøet, og at de sjeldent så hva som foregikk. Han syntes to timer med primærkontakten pr. uke var for lite. For hans del ville det være uaktuelt å ta kontakt med avdelingen igjen i dag, fordi han ikke følte han fikk det han trengte i behandlingen ved AUA.

For Hedda var tettere oppfølging første prioritet i hva hun kunne tenkt seg mer av i behandling. Det at hun fikk så mye tid for seg selv, så hun i ettertid ikke var bra. Hun skulle også ønske personalet kunne hatt flere oppfølgingssamtaler enn de hadde. Å snakke med noen én time i uken var for lite, og hun ønsket seg også flere samtaler med primærkontakten. Trym kunne ønske seg at de ansatte gikk inn i en slags ”foreldrerolle” for å lære han hva følelser er. Han pekte på at ved å ha ruset bort store deler av livet sitt, hadde han ikke lært dette da han var mindre. En autoritær person som han også var glad i ville ha vært en perfekt person til denne oppgaven. For Live var mer tillit og forståelse fra de ansatte noe hun ønsket seg. Den passive tilværelsen fikk henne dessuten til å oppleve mer russug. Det var vanskelig ”å ha hodet på huset” når det var så mye som måtte ordnes opp i utenfor behandling, og hun skulle ønske at hun kunne gjøre begge deler. Dette ble vanskelig slik behandlingen var lagt opp, og særlig siden hun fikk en karantene etter forrige frafallsepisode.

Hvordan gikk det med dem?

Informantene delte i løpet av intervjuet ulike refleksjoner rundt behandling og hvordan det hadde gått med dem i ettertid. Dette er informasjon som ikke var del av den endelige analysen av datamaterialet, men jeg har valgt å ta med noen av disse fortellingene. Formålet er å gi et innblikk av hvordan livene deres ble etter behandling. Dette kan være med på å gi et bilde av hvilke konsekvenser frafall fikk for den enkelte, noe jeg vil komme tilbake til i diskusjonsdelen som følger.

Stine begynte på skolen igjen etter å ha dratt fra behandling. Hun fikk seg en jobb, og følte at hun kunne konsentrere seg mer om ting hun var glad i. Hun tok livet mer seriøst, og hun hadde en større viljestyrke. En utfordring ved å ha sluttet å ruse seg så mye, var at hun

følte større ansvar for sin egen situasjon, i form av dårlig samvittighet. Selv om det kunne være irriterende iblant, så var det godt å kjenne på denne følelsen .

Håkon opplevde hverdagen etter frafall fra behandling som kaotisk. Han ruste seg fortsatt like mye, og visste ikke hva han skulle gjøre i forhold til sin egen situasjon. Han hadde kuttet ut Subutex som en konsekvens av behandlingstiden ved AUA, så det å være i behandling hadde gitt han noe positivt. Han kjente det var skuffende å ikke ha klart å være der lenger. Nå trodde han ikke at han ville bli søkt inn i flere behandlinger.

Flere av informantene som kom tilbake, hadde opplevd å sprekke på heroin sist de forlot behandlingen. Dette var med på å gi dem en erkjennelse av at livet ikke kom til å vare lenge om de fortsatte på denne måten. For Live ville alternativet til en ny runde i behandling enten ha vært å leve som narkoman på gaten eller å dø av overdose. Hun skjønnte, etter å ha kommet seg ut av psykosen, at det hun hadde gjort den tiden hun var psykotisk ville gjøre at hun ikke ville klart seg særlig lenge på utsiden. Dermed ble det lettere å velge seg behandling igjen. Det ga stabilitet i livet.

Hedda, som også var tilbake igjen, hadde lært seg å dele med andre hvordan hun hadde det, og det ble en mestringsstrategi som gjorde at hun ikke lenger gikk så langt at hun ”eksploberte”. På denne måten kunne hun slippe ut følelser i sunne porsjoner framfor at det hopet seg opp. Hun forklarte det som ”å slippe ut litt damp”. Hun hadde, ved å være i behandling, fått et annerledes syn på fremtiden:

*Jeg ser et lys i enden av tunnelen, jeg gjør det. Det er ikke helt svart som det har vært i mange, mange, mange år. Så ja, å være der, å være i behandling, og tydeligvis endre litt på innstillinga mi, og gjerne blitt litt mere positiv og, ja til meg sjøl og andre mennesker også. Var veldig negativ og pessimist, og hadde gitt opp egentlig før. Så det har jo hjulpet å være i behandling da, det har gjort meg ganske mye da, har åpna øya mine og se ting litt annerledes, tolke ting litt annerledes, se fram til noe annerledes, og skjønne at det er håp for alle som lever. At det aldri er for sent.
(Hedda)*

Diskusjon

Gjennom denne oppfølgingsstudien ønsket jeg å få mer kunnskap om frafallsprosessen innenfor rusbehandlingsinstitusjoner. Pasientenes egen forståelse av frafall, og deres opplevelse av hva som kunne vært gjort annerledes i behandling, har utgjort forsknings-spørsmålene i studien. Analysen resulterte i tre hovedtema; russug, negativ affekt og oppfølging. Hvordan kan vi forstå disse funnene i lys av eksisterende forskning og teori? Jeg vil først ta for meg begrepet frafall, og forståelsen av fenomenet slik det framkommer av resultatene ovenfor. Videre følger en drøfting av informantenes forståelse av frafallsprosessen, før jeg tilslutt vil se på mulige kliniske implikasjoner av disse funnene.

Hvordan forstå begrepet frafall?

Gjennom resultatdelen ble det tydelig at frafall hadde ulik mening for ulike pasienter. Begrepet kunne sies å ha tre ulike betydninger; avbrekk, avbrudd og redusert behandlings-intensitet.

I denne studien ble inklusjonskriteriene justert fordi det underveis i rekrutteringen av informanter viste seg at mange av de potensielle kandidatene i utvalget var tilbake i behandling. Det viste seg allerede i denne fasen av studien at frafall ikke var ensbetydende med at pasienten var borte for godt. I vårt utvalg hadde de seks informantene som var tilbake igjen, vært borte fra AUA mellom én og syv uker. For flertallet av disse var det å komme tilbake til avdelingen igjen noe de selv hadde et ønske om. Som en informant eksemplifiserte under intervjuet, var dette hele tiden planen, han var bare ikke bestemt på når det ville skje. Det syntes som om det var behov for en form for avbrekk, noe jeg skal komme nærmere inn på senere.

Noen av informantene i frafallsgruppen, var glade for valget de hadde tatt og ønsket seg ikke tilbake igjen. De uttrykte ulike grunner for at behandlingen ved AUA ikke passet for dem. Eksempelvis var rustilgangen og bruk av rus på avdelingen grunnen til at én av dem sluttet. For andre var få muligheter til å drive med aktiviteter, eller tilbud om jobb og/eller skolegang årsaken til frafall. For noen av informantene ble frafall knyttet til en følelse av nederlag, siden de ikke hadde klart å holde seg rusfrie. Frafall viste seg for noen å være forbundet med noe positivt, mens det for andre var assosiert med noe som var negativt.

Tre av informantene i utvalget ble fulgt opp av psykolog eller annen ansatt i etterkant av sine frafall. To av disse kom ikke tilbake, den siste kom tilbake i behandling etter et avbrekk på noen måneder. Å plassere disse informantene inn i en frafallskategori blir ikke meningsfullt, da disse fortsatt var under oppfølging. Jamfør McKays (2009) studier om

kontinuitet i behandling, kan vi si at den intensive behandlingen var over etter frafallet. Men, behandlingen var likevel aktiv i den forstand at informantene hadde jevnlig oppfølging hos psykologen ved avdelingen.

Frafall er i denne studien en sekkebetegnelse for pasienter som på et eller annet tidspunkt avbryter behandling. Som det ble stilt spørsmålsteget ved innledningsvis i denne oppgaven, kan det være interessant å se på hva som skjer etter selve frafallsepisoden. Her har vi sett at frafall i forbindelse med behandling ikke er ensbetydende med å bli borte for godt. Tvert om, over halvparten av utvalget var tilbake i behandling eller hadde oppfølging i form av redusert behandlingsintensitet. De siste årene har det blitt mer fokus på sprekke og tilbakefall, og blitt tatt til orde for at dette kan sees på som en del av et behandlingsløp framfor brudd i behandling (Rahill, et al., 2009; White, et al., 2005). Det vi tidligere har sett på som frafall og avbrudd fra behandling, kan i denne studien forstås som et avbrekk fra behandling for mange av informantene. Dette er i tråd med den transteoretiske modellen som hevder at en pasient vil bevege seg fram og tilbake innen disse fem endringsstadiene før oppnådd atferdsendring (Norcross, et al., 2011).

De tre ovennevnte aspektene ved frafall er derfor viktige for å nyansere hvordan pasienter forholder seg til det å avslutte behandling, enten midlertidig som et avbrekk, gjennom en annen form for behandling, eller ved avbrudd. Disse nyansene komplementerer tilgjengelig forskning på dette feltet. Som problematisert i innledningen, har frafall blitt operasjonalisert på mange måter, og få studier har sett på konsekvensen av å frafall. Hvordan opplevde så informantene selve frafallsprosessen og hva var årsaken til at de valgte å dra fra behandlingen?

Hvordan forstå årsaker til frafall?

Tittelen på denne oppgaven, ”Jeg måtte bare ut...”, refererer til hvordan mange av informantene snakket om frafall. Sitatet rommer ulike betydninger. For en god del av informantene var selve frafallsepisoden noe som skjedde i løpet av et kort tidsrom, nærmest på impuls. Hendelser både i og utenfor avdelingen kunne komme brått på, og dette ble opplevd så sterkt at de bare ”måtte ut” av avdelingen. Det kunne være vanskelige følelser som presset seg fram, hvorpå informantene eksempelvis ble reddet for at de kunne skade noen fysisk hvis de ikke kom seg bort. Enkelte fikk behov for å ruse seg, de ”måtte ut” av de vanskelige følelsene. Deres egen forståelse av dette impliserte imidlertid ikke nødvendigvis at de skulle avbryte behandlingen permanent. For andre var behovet for å ”måtte ut” forbundet med at de ikke opplevde å få det de trengte i behandling. Det være seg mangel på

aktivitetstilbud eller en manglende oppfølging fra de ansatte. I det følgende vil jeg derfor først ta for meg hvordan rus og affekter for mange syntes å være sammenbundet, før jeg ser på faktorer ved oppfølgingen og hvordan informantenes forståelse av årsaker til frafall kan sees på i lys av relevant forskning og teori.

Rus og affektregulering. Noen informanter beskrev ønsket om å ruse seg som et behov som plutselig kunne dukke opp, mens det for andre først var i møtet med det gamle miljøet at rusuget kom. Russuget oppsto hos noen kun i perioder, mens det for andre var mer konstant. Shoemaker og Sherry (1991) har funnet at venner som er del av et rusmiljø var den største psykososiale triggeren for tilbakefall hos unge rusmisbrukere etter behandling. I tillegg var det å ikke mestre negative følelser, interpersonlig konflikt og mangel på sosial støtte noe som førte til tilbakefall (Shoemaker & Sherry, 1991).

Informantene i min studie fortalte at det ofte ble mer rus etter å ha vært i behandling, og de måtte ty til hardere stoffer for å døyve bevisstheten om at det de gjorde var galt. Rusen ble brukt som en reguleringsmekanisme. Flere studier har rapportert at det er størst risiko for rusbruk de første månedene etter å ha avsluttet behandling (Brownell, et al., 1986; Nordfjaern, Rundmo, & Hole, 2010). Ravndal og Amundsen (2010) har sett på mortalitet etter avsluttet behandling, og funnet at risikoen for dødsfall er størst de 4 første ukene etter å ha forlatt behandling. I deres studie var alle som døde innenfor disse fire ukene i frafallsgruppen, men det var ingen signifikante forskjeller i mortalitet mellom de som frafalt og de som fullførte behandling (Edle Ravndal & Amundsen, 2010). Likevel var det en tendens til at de som hadde lengre behandlingsforløp, hadde lavere risiko for dødsfall (ibid.). Flere av informantene i min studie beskrev episoder hvor de hadde tatt overdose på heroin, og vært nær ved å dø. Behandlingen hadde påvirket informantene på en måte som gjorde det vanskeligere å ruse seg i etterkant. I sin bok, "Felleskapet som metode", refererer Furuholmen og Andresen (2007) til samtaler med tidligere klienter ved Veksthuset i Oslo som hadde hatt en sprekke. Klientene hadde kjent seg så ensomme og deprimerte at de ikke holdt ut å ha det slik, og forsøkte å stikke av fra følelser og ubehag ved å ruse seg (Furuholmen & Andresen, 2007). Det viste seg at klientene var for bevisste sine egne følelser til at rusopplevelsen ble den samme som før de kom i behandling (ibid.). Én ting var at opplevelsen endret seg, men flere av informantene i min studie måtte ty til hardere stoffer for å døyve bevisstheten eller ubehaget som kom når de ruse seg etter behandling. Dette er i samsvar med funnene til Ravndal og Amundsen, og gjør det forståelig hvorfor den første tiden etter behandling er den mest utsatte i forhold til overdose og dødsfall. I tillegg kommer en biologisk forklaring, hvor det å ha vært nykter over tid vil gjøre personen mer utsatt for en overdose grunnet nedsatt toleranse for rusmiddelet

(Jellestad, 2011). Informantene hadde et ønske om å bli utfordret mer av personalet på hvilken funksjon rusen hadde for dem, og at de kunne få mer forståelse for sitt eget russug.

Følelser var et tema som ble snakket om i alle intervjuene. Rus og følelser var for mange koblet sammen. En måte å slippe å forholde seg til følelser på, var å ruse dem bort. Det var forskjeller i hvordan informantene opplevde vanskelige situasjoner. Noen forklarte at ”Jeg måtte bare ut...” av situasjonen, det vil si å få den på avstand, mens for andre ble rusen en løsning på å slippe å være i det vonde. Flere snakket om at de ved å ha ruset seg i så mange år, ikke hadde kjent på følelsene sine, men at dette kom opp med full styrke når de sluttet å ruse seg. Dette skapte et stort ubehag. Greenberg (2008) har tatt til orde for at emosjoner må fokuseres på, aksepteres, og jobbes direkte med i terapirommet. Dette ser ut til å være viktig for terapeutisk endring (Greenberg, 2008). Emosjoner er en kilde til informasjon, og affektregulering blir sett på som en nøkkelfunksjon i menneskelig motivasjon (ibid.). Mangler i affektregulering ser ut til å spille inn i både utvikling, opprettholdelse og behandling av ulike former for psykopatologi (Berking & Wupperman, 2012). Funn peker også på at manglende evne til adaptivt å kunne mestre utfordrende emosjoner er knyttet opp til ruslidelser (ibid.). Hvordan vi forstår og tolker følelser er videre avhengig av vår evne til mentalisering (Fonagy, et al., 2002). De gangene vi ikke forstår egne følelser, kan det være fristende å handle framfor å arbeide med følelsene (Arefjord & Karterud, 2011). Framfor å ta innover seg og akseptere de følelsene som kommer, gjøres det en handling for å komme seg bort. Det er dette rusavhengige ofte gjør, ved å ruse seg bort fra de vonde følelsene (ibid.). Manglende emosjonsregulering kan vi se i sammenheng med en utrygg tilknytning eller en form for tilknytningsforstyrrelse (ibid.). Det reduserer mentaliseringsevnen, og følgelig pasientens mulighet til å beskrive sine egne følelser (ibid.). Som én av informantene satte ord på, var nettopp det ”å kunne bli lært opp i hva følelser er” noe han skulle ønsket seg i behandling. I tråd med teoriene som skissert over ville dette kanskje ha styrket informantens evne til å forholde seg til de negative følelsene som følge av å være rusfri. Hedda, som var tilbake igjen i behandling, forklarte hvordan hun hadde lært seg å dele mer av det vanskelige hun hadde inni seg, framfor å ty til rusen. I tråd med mentaliseringsperspektivet, har Føyn og Shayagani (2010) beskrevet ulike tema det lyttes etter i den ubevisste kommunikasjonen fra pasienten. Affektunnvikelse er et av disse, og forfatterne skriver at dette ofte har røtter i pasientenes utviklingshistorie (Føyn & Shayagani, 2010). Ruspasienter har ofte hatt omsorgspersoner som verken har tålt sine egne eller pasientens følelser (ibid.). For noen kan denne affektintoleransen ha vært veien inn i rusbruk eller være medvirkende til et pågående rusbruk

(ibid.). Mange av informantene beskrev nettopp denne unnvikelsen fra å være i det vonde, med at rusen hadde hjulpet dem å holde det vanskelige på avstand.

Negativ affekt har vist seg å ha sammenheng med abstinens (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004; Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, & Sinha, 2007). Abstinenssymptomer kommer ganske raskt i utviklingen av avhengighetslidelser, og øker proporsjonalt med at avhengigheten blir sterkere (Baker, et al., 2004). Felles for alle avhengighetsskapende rusmidler er at de skaper negativ affekt, selv om abstinenssymptomene varierer (ibid.). Unngåelse og flukt fra den negative affekten blir dermed et viktig motiv for avhengighetsskapende rusbruk (ibid.). Dette hentyder at det ligger en biologisk komponent i hvordan negativ affekt oppstår, og sier noe om sårbarheten for frafall i begynnelsen av et behandlingsløp. Om i tillegg evnen til mentalisering er forstyrret, vil abstinenssymptomene kunne være med på å opprettholde rusbruken.

Som Afzal beskrev i sin forståelse av frafall, var det først en impuls som gjorde at han ville ut å ruse seg. Senere i intervjuet, da han ble spurt om hva det var som konkret skjedde rett før han valgte å dra, kom det fram at han hadde blitt ”så irritert og stresset”. Det hadde skjedd noe som brakte opp negativ affekt. Da dette skjedde, var det ingen ansatte han kunne prate med, og det var dermed ingen som hadde mulighet til å stanse ham fra å dra. Denne illustrasjonen viser at det som først var en impuls om å komme seg ut og ruse seg, handlet om en konkret episode som trigget russet, og at det ikke fantes ressurser til å takle dette på en annen måte enn å ruse seg i denne situasjonen. Rus så for mange av informantene ut til å være et middel for å regulere bort de vanskelige følelsene.

Kontinuitet og aktivitet. Ulike sider ved oppfølging i behandling ble av flere informanter snakket om som årsaken til at de dro fra avdelingen. Noen opplevde at de ikke hadde noen å prate med, eller at de ansatte ikke var tilstede da de trengte dem. Andre beskrev derimot ansatte som fulgte dem opp selv etter at de hadde avbrutt behandling.

Positivt utfall av behandling har vist seg å være assosiert med kontinuitet i oppfølging i form av en positiv relasjon til terapeuten og jevnlig avtaler (Alverson, Alverson, & Drake, 2000). I en kvalitativ studie hvor tidligere pasienter ble spurt om hva det var i terapi som skapte endring, var noe av det viktigste for pasientene at de hadde en opplevelse av kontinuitet i relasjon til terapeuten når de selv hadde vansker med indre følelser av diskontinuitet (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009). Kontinuitet over tid var viktig for å gi en følelse av trygghet og håp (ibid.). Informantene våre etterlyste tettere oppfølging fra de ansatte. De opplevde at det var for få møter med psykolog og primærkontakt. Slik kan mine funn ansees som å være i samsvar med hva forskningen har vist. For de to informantene i

frafallsgruppen som fortsatt ble fulgt opp av psykolog, var det viktig at de hadde noen de stolte på som de kunne komme til. Dette kan sees i tråd med tilknytningsteori. Rusatferden skaper et vakuum mellom pasienten og andre personer (Føyn & Shaygani, 2010). For terapeuten vil målet være å skape en plass i dette vakuemet, som et virkelig og levende objekt (ibid.) Terapeuten blir å betrakte som en tilknytningsperson for pasienten (Karterud & Bateman, 2010). Det er viktig at denne endringen blir på pasientens premisser, hvor toleransen for angst for det virkelige objektet må skje gradvis (Føyn & Shaygani, 2010). Det virkelige objektet (terapeuten) vil kunne imøtekomme de behov og ønsker pasienten måtte ha, men hun eller han vil også frustrere og kreve. Relasjonen må bygges forsiktig (ibid.). Hvis terapeuten er for rask eller pågående, kan pasienten reagere med å avlyse timer, sprekke, eller falle fra behandlingen (ibid.). Avlysning av timer og bytte av behandlere kan raskt bli oppfattet som en avvisning for pasienten. Brage opplevde stadig at primærkontakten var syk, og at de andre ansatte ikke lyttet til han når han prøvde å fortelle noe viktig. Det at pasienten raskt føler seg avvist kan gjenspeile tidlige livserfaringer hvor de ikke har utviklet en trygg tilknytning, og dermed vil trenge tid på å bygge tillit til en annen. Med mange opplevelser av avvisning eller mangel på speiling av emosjoner, vil pasienten i situasjoner som er vanskelige fort søke mot rusen som har en forutsigbar virkning (Nakken, 2007), og som fjerner ubehaget som kommer med den negative affekten. Som vi har sett tidligere, var det for mange av informantene vanskelig å tåle negativ affekt, noe som kunne føre til at de valgte å forlate situasjonen, eller å ruse seg for å mestre det vanskelige. Dette bygger opp om perspektivet til McKay (2009), som taler for kontinuitet. Målet med behandlingen blir å bringe pasienten tilbake til en virkelig relasjon, med andre ord, fra en rusrelasjon til tilknytning (Føyn & Shaygani, 2010).

Ravndal og Vaglum (1994) fant i en kvalitative studie fra Veksthuset i Oslo at de av klientene som i mindre grad opplevde tilknytning til, og identifiserte seg med programmet, medbeboere og ansatte, var mer utsatt med tanke på frafall. De klientene som hadde manglende sosiale evner og dårligere relasjoner ble ikke fulgt tett nok opp av personalet (E. Ravndal & Vaglum, 1994). I forhold til hvordan miljøterapi og behandling er lagt opp, er formålet at pasientene skal klare seg bedre utenfor avdelingen enn de gjorde før de kom til behandling (Føyn & Shaygani, 2010). Det er viktig at pasientene ikke blir ”institusjonalisert” i for stor grad, det vil si at de lærer seg å fungere i behandlingen, men at denne lærdommen ikke kan benyttes i det virkelige liv (ibid.). Slik må det indre livet på avdelingen til en viss grad speile livet utenfor, som pasienten blir en del av etter utskrivning eller frafall (ibid.). En konsekvens av denne tankegangen kan tenkes å være at det ikke i så stor grad legges opp til

aktiviteter fra personalets side, og at pasienten får mer ansvar for selv å tilrettelegge dagene. Dette synes å være et godt argument, men så for noen av våre informanter ut til å kunne spille negativt inn på hvordan det gikk med dem i behandling. De etterlyste en enda tettere oppfølging, og mer aktivitet ved avdelingen. Som vi har sett tidligere, ble en passiv tilværelse sett i sammenheng med russug, eller vanskelige tanker. Ved å gjøre noe, slapp informantene å være i det vanskelige. Det kan dermed være viktig med en gradvis nedtrapping i hvor mye ansatte legger til rette og bidrar til aktivisering. Det blir naturlig å spørre hvorvidt behandlingen som tilbys passer for de som skal være der. Kan det hende pasientene trenger enda tettere oppfølging? Jeg vil komme tilbake til dette under kliniske implikasjoner senere. Stark (1992) påpekte allerede for 20 år siden at behandler var den som måtte utforske hvordan pasienten opplevde behandlingen. Slik det framstår i denne studien var det mange som ikke fikk formidlet sine opplevelser av å være i behandling, eller at de ikke ble fulgt opp i den grad de hadde behov for det.

Flere etterlyste å kunne drive med en hobby eller å kunne få brukt seg selv fysisk. Om de ble sittende passive, eller ikke hadde noen aktivitetstilbud eller oppsatte gjøremål, var det for noen kort vei til at russuget meldte seg. I forhold til avhengighetslidelser har forskning vist preliminnære funn på at fysisk aktivitet kan forbedre abstinens og komorbide symptomer på angst og depresjon (Wolff, et al., 2011). Mange av informantene i denne studien rapporterte om psykiske plager som angst og depresjon i tillegg til rusproblematikk. Mamen og kolleger (2011) gjorde en oppfølgingsstudie av 33 pasienter med dobbelproblematikk knyttet til rus og psykiatri. Her trente pasientene 150 til 500 timer over 8 til 15 måneder, og resultatene viste at opplevelsen av å mestre trening og å føle seg i bedre form hadde positive effekter på flere ulike aspekter av pasientenes mentale helse (Mamen, Pallesen, & Martinsen, 2011). Forfatterne har derfor tatt til orde for å ha trening som en fast del av behandlingsprogrammet for denne typen pasienter, da disse vanligvis er en stillesittende gruppe (ibid.). For pasientene kan man i starten av behandling tenke på aktivitet som en sunn reguleringsmekanisme for å slippe å være passivisert og med det få trigget russug eller negativ affekt. Ved en bedret mentaliseringsevne og tryggere relasjon til de ansatte utover i terapiforløpet, vil pasienten i større grad kunne tåle ubehaget som kommer med en mer passiv og ”kjedelig” hverdag.

Omstruktureringsprosessen som begge avdelingene var i gang med ble oppfattet som negativ av informantene. I forhold til Binder og kollegers (2009) funn om kontinuitet over tid, kan vi tenke oss at en periode med omveltninger ved avdelingen fort kan skape en form for diskontinuitet. Informantene var opptatt av det stadige skiftet av regler og nye rutiner som

følge av omleggingen. Dette gjorde det utrygt og uforutsigbart, samtidig som relasjonen til ansatte og medpasienter ble endret. Én av informantene opplevde overgangen fra fellesskapets metode som vanskelig. Han var mer knyttet til selve behandlingen og medpasienter slik det var før, og hadde fått flere utfordringer ved at han i mye større grad måtte stå på egne ben.

Felles for flere av informantene var at de etter frafall fra behandling ble kontaktet av personalet pr. telefon. Dette gjaldt også for mange av de som ikke kom tilbake i behandling. Personalet syntes med dette å legge opp til kontinuitet i kontakten i etterkant av frafall. Likevel var det ikke slik for alle. Én av informantene etterlyste oppringningen som han hadde blitt lovet, og mente at likebehandling av pasientene var det viktigste som kunne vært gjort annerledes for at han skulle forblitt i behandling. En studie fra Midt-Norge har funnet at det pasienter opplevde som mest negativt ved behandlingen, var at de ansatte viste inkonsekvente reaksjoner etter et tilbakefall (Nordfjaern, et al., 2010). Sellman (2010) har lagt vekt på at arbeid med rusavhengighet er tidkrevende og fordrer tålmodighet fra de ansatte. Som vi har sett ovenfor, er det kanskje akkurat denne telefonsamtalen eller at personalet har prøvd å ta kontakt som vil utgjøre en forskjell for pasienten. Denne formen for uttesting av grenser, med avbrekk fra behandling med eller uten rus, kan sees på som å være små steg på veien mot en atferdsendring. Den skjøre tilknytningen må bygges opp over tid, og med en kontinuitet, trygghet, og forutsigbarhet fra de ansattes side i den grad dette er mulig innenfor de rammene de jobber. Kunnskapssenteret fant i en kvalitativ studie fra 2011 at det viktigste for pasienter innen døgnbasert rusbehandling var en god mottakelse og trygge rammer, det å bli tatt på alvor og respektert, tilgjengelige ansatte og meningsfulle program, samt god og tett oppfølging etter utskrivning (Dahle & Iversen, 2011). Mange av de samme momentene har blitt vektlagt av våre informanter i denne studien. Som Føyn og Shaygani (2010) skriver, må avdelingen og de ansatte fungere som en sikker base (Bowlby, 2005), hvor pasientene har mulighet for beskyttelse, trøst og omsorg. Det skal være en trygg plass hvor det kan arbeides med endring av informasjonsbearbeiding og problemløsning (Føyn & Shaygani, 2010). Rammer, respekt, tilgjengelighet og kontinuitet er elementer som synes å legge grunnlaget for nettopp denne ”basen”.

Som Stark (1992) har påpekt, trenger ikke konsekvensen av frafall nødvendigvis å være negativ. De fleste av informantene i min studie opplevde å ha fått med seg noe på veien den tiden de var i behandling. Dette var uavhengig av om de kom tilbake eller ikke på et senere tidspunkt. Som utdragene om hvordan det hadde gått i tiden etter behandling viste, var det noe positivt som kom ut av det å ha vært ved AUA. Informantene fortalte om å ha fått en større toleranse for vanskelige følelser, ha kuttet de tyngste rusmidlene, erkjent at behandling

var et bedre alternativ, og ha lært seg å dele vanskelige følelser med andre. På samme måte har Saarnio og Knuutila (2003) løftet fram at frafall ikke er det samme som et nederlag om det blir tatt som en læringserfaring.

Kliniske implikasjoner

Hva har vi lært om frafall gjennom disse intervjuene med tidligere og nåværende pasienter? Hvilke implikasjoner kan dette ha i den klinisk hverdagen? Våre informanter etterlyste et enda større fokus på rusug og rusens funksjon. De fokuserte på at de måtte lære å tåle emosjonelt ubehag. De ville ha en tettere oppfølging fra de ansatte, tryggere rammer, og de ønsket mer aktivisering ved avdelingene. Tilslutt ønsket de mer oppfølging i etterkant av behandlingsløpet i form av ettervern.

Ansatte er bundet opp av økonomi, retningslinjer, praktiske og administrative gjøremål. Dette legger rimeligvis føringer for behandlingstilbudet. Tettere oppfølging og tryggere rammer var noe av det informantene var mest opptatt av. Det var flere som etterlyste mer kontakt med primærkontakt og psykolog. I et tilknytningsperspektiv vil en slik intensivering av kontakt være positiv (og også nødvendig) for at pasienten skal bli trygg på avdelingen. Ville det vært mulig å endre på de daglige rutinene slik at noen av de ansatte var mer tilgjengelig i miljøet? Ansatte som opptrer relativt likt og forutsigbart i forhold til struktur og rammer vil være viktig for kontinuiteten i behandling, selv ved sprekk eller tilbakefall til rusbruk. En lik praksis ved frafall sikrer at alle føler seg like mye sett, og likt behandlet. Pasienten må føle og erfare at hun eller han tar del i behandlingen, og da blir det viktig at de ansatte tar initiativ til slike samtaler og møtepunkt. Dette syntes å bli praktisert noe ulikt ut fra hvordan informantene opplevde de ansatte. En viktig faktor som kom fram i datamaterialet, var aktiviseringstilbudet ved avdelingen. Mange snakket om ønsket om å drive mer med fysisk aktivitet og muligheten for å kunne drive med hobby eller andre fritidsaktiviteter. Sett i lys av forskningen på fysisk aktivitet er dette et moment som forhåpentligvis kan bidra til at det i større grad blir lagt opp til en aktivisering ved avdelingene. Mer oppfølging i tiden rundt avslutning og over i ettervern ble etterlyst. Selv etter lang tid i behandling opplevde flere av informantene at de måtte lage et opplegg for tiden etterpå. Som vi har sett i forskningslitteraturen gjennom denne oppgaven, blir det forståelig at det er mange utfordringer som kommer med hverdagen utenfor avdelingen. Dette er faktorer som bør vurderes i et behandlingsløp for unge ruspasienter.

Metodiske refleksjoner

Vitenskapelighet i forskning handler om hvorvidt kravene til reliabilitet og validitet er oppfylt (Green & Thorogood, 2004). Dette gjelder både for kvalitativ og kvantitativ forskning. Kravene er en kvalitetskontroll for forskeren av det produktet som blir resultatet av forskningsprosessen (Fog, 2004). Reliabilitet refererer til hvor pålitelige resultatene våre er, mens validitet refererer til hvorvidt studien vår har undersøkt det den er ment å skulle undersøke (Kvale, 1997). I denne sammenhengen vil jeg bruke de norske ordene pålitelighet og gyldighet. Dette er i tråd med Fogs (2004) bruk av begrepene, som peker på at det er en ulempe å bruke den engelske termen når man skal overføre begrepet fra et felt til et annet. I kvalitativ metode vil disse begrepene få en annen mening, noe vi skal se nedenfor (Fog, 2004). I fagmiljøet diskuteres det hvorvidt reliabilitet og validitet er begreper som egner seg innenfor et kvalitativt rammeverk. Tobin og Begley (2004) mener at det å forlate disse begrepene innenfor kvalitativ forskning vil kunne føre til at aksepten for metoden svekkes. Samtidig må kvalitative forskere være eksplisitte på hvilke valg de gjør for å sikre robustheten av sine funn (Tobin & Begley, 2004).

Pålitelighet. Pålitelighet innen kvalitativ forskning er i første omgang noe som skjer mellom informant og intervjuer. Som Kvale påpeker, er intervju (fra franske entrevue) en samtale eller et avtalt møte mellom to mennesker som utveksler synspunkter om et felles tema (Kvale, 1997). Det empiriske materialet blir produsert gjennom intervjuet, hvor samtalen er forskningsinstrumentet. Samtalen blir til underveis i møtet mellom de to, og hvordan den utvikler seg avhenger i stor grad av hvordan intervjuer kommer i kontakt med den andre (Fog, 2004).

Pålitelighet viser til forskningsfunnenes konsistens (Kvale, 1997). Målet er at undersøkelsen skal kunne reproduseres, at det samme kan måles ved et senere tidspunkt (ibid.). Fog (2004) påpeker at dette er umulig når intervjuet er metoden. Samtalen vil ikke kunne reproduseres, og intervjuer er ikke konsistent med seg selv. Samtalen som er gjort kan ikke gjentas i lik form på noe annet tidspunkt. I en kvalitativ operasjonalisering av begrepet pålitelighet, må derfor "måle" byttes ut med "undersøke". Formålet er å avdekke den struktur og dynamiske sammenheng som finnes i materialet. Det må vurderes om intervjuet har evnet å gi et sant og godt bilde av personen. I denne studien vil det si hvorvidt informantene har fått formidlet sin forståelse om frafall fra behandling. Bevissthet rundt vår innvirkning som intervjuere er viktig, noe jeg vil komme tilbake til senere i avsnittet om refleksivitet. I forhold til kravet om konsistens, kan samtalen være et adekvat instrument hvis en rekke intervjuer gjennomføres likt (Fog, 2004). Det er mulig, samtidig som intervjuet er et

intersubjektivt møte som krever en tilpasning til den andre. Dette medfører at intervjuer vil tilstrebe å forholde seg likt ovenfor intervjuobjekter, men samtidig være bevisst variasjonene i forholdet til personen han eller hun sitter ovenfor. Skulle intervjuer opptrådd likt i hvert intervju ville man måttet velge en mekanisk og rigid innfallsvinkel til intervjusituasjonen. Da oppnås ikke målet om å komme så tett på den andres univers som overhodet mulig. Ved å bruke seg selv som instrument, blir intervjuer en forskningsbetingelse, og da er det viktig at forskeren framstår tydelig og gjennomiktig som intervjuer (Fog, 2004).

Pålitelighetskravet hviler på det konkrete materialet; lydopptak, transkripsjoner og notater fra både selve intervjusituasjonen og gjennomgangen av lydopptak. I denne oppgaven har dette blitt etterstrebet ved å ha en åpenhet om, og inngående beskrivelse om stegene i intervjuundersøkelsen i metodekapittelet. Ved bruk av én intervjuer sikrer man konsistens på tvers av intervjuene og informantene mottar en relativ lik stimuli (Hill, Thompson, & Williams, 1997). Ved å velge flere intervjuere, reduseres de potensielle effektene av intervjustil og intervjubias (ibid.). Vi var to intervjuere i denne studien, og brukte en felles intervjuguide som sikret at alle informantene fikk lik informasjon og ble stilt de samme overordnede spørsmålene. Begge var med i utarbeidelsen av denne guiden, og hadde således en lik forforståelse av hva vi ønsket med intervjuet. Dette ble vår måte å prøve å oppnå konsistens på tvers av intervjuene. I forhold til transkriberingen ble vi enige om hvordan denne skulle gjennomføres, og jeg gjennomgikk alle intervjuene for å etterprøve transkriberingens nøyaktighet.

Gyldighet. Gyldighet retter blikket utover, og handler om produktets forhold til virkeligheten. Kan disse bearbeidede og analyserte intervjuene si noe om feltet de omhandler? Gyldighetskravet handler om sammenheng og konsistens i den utførte analysen (Fog, 2004). Her vil jeg se på hvorvidt analysen reflekterer datamaterialet. I denne studien ble dette søkt ivaretatt på ulike måter. I analyseprosessen ble de tentative kategoriene i materialet sjekket opp mot transkripsjonene til alle informantene. Jeg hadde flere møter med veileder i denne prosessen. Veileder er godt kjent med kvalitativ metode, og vi drøftet sammen de ulike kategoriene som ble funnet gjennom datamaterialet. Dette var et forsøk på å unngå en ensidig fortolkning av materialet, og er å anse som et godt grep for å unngå subjektiv skjevhet (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999) Som beskrevet i metoddelen ble en ny analysering av materialet foretatt etter diskusjon med veileder. Jeg har gjennom diskusjonsdelen i oppgaven knyttet funnene fra studien opp mot litteraturen på feltet. Funnene har i stor grad vist seg å samsvare med funn fra kvantitative studier på forskningsfeltet. Dette kan bidra til å styrke gyldigheten til studien (Elliott, et al., 1999).

I forhold til selve datainnsamlingsprosessen er det flere potensielle begrensninger ved gyldigheten av funnene. Som student og ny i rusfeltet hadde jeg ikke møtt ruspasienter tidligere, og jeg hadde heller ikke mye intervjuerfaring. På forhånd hadde vi drøftet hvorvidt temaet frafall ville være vanskelig for informantene å prate om. Grunnet behovet for å ivareta informantene gjennom intervjuet, ble jeg forsiktig med å være for pågående i forhold til spørsmål om selve frafallsperioden. Dette ble lettere utover i arbeidet med intervjuing, da de fleste meddelte at det å snakke om frafall var en positiv opplevelse. En annen potensiell begrensning var at min medhjelper som intervjuet sju av informantene, jobbet ved den ene avdelingen utvalget var hentet fra. Han intervjuet både nåværende og tidligere pasienter ved avdelingen han jobbet på. Det kan være at pasientene var mer lukket i møte med ham enn med meg som utenforstående. For å ivareta dette forholdet, ble det fokusert på taushetsplikten, og rutiner om anonymitet og konfidensialitet. På den annen side er det ikke sikkert det er negativt at intervjuer og informant har kjennskap til hverandre. Det kunne tenkes dette førte til en større trygghet i intervjusituasjonen, enn om jeg som fremmed i rommet var den som stilte spørsmål.

Refleksivitet. Forskerens bakgrunn og posisjon vil påvirke hva han velger å studere og hvilken metode han velger for sin forskning (Malterud, 2001). Refleksivitet viser til det å anerkjenne at forskeren er en del av prosessen med data som produseres og meningen som tillegges den (Green & Thorogood, 2004). Herunder ligger en bevisstgjøring på tanker, følelser, holdninger og kunnskap som har styrt valgene som er tatt, og at dette blir lagt til grunn i forståelsen av datamaterialet (Ortlipp, 2008).

Utgangspunktet for denne studien har vært å få mer forståelse om frafall i rusbehandling. Jeg gikk, som nevnt i introduksjonen, inn i denne tematikken med en egeninteresse i å forstå mer om frafall. Hill og kolleger (1997) har erfart at forskere som har ønsker å drive kvalitativ forskning er klinisk orienterte, og foretrekker intuisjon og følelser framfor tall. Dette var nok også med på å legge føringer for mitt valg av metode. (Refleksjoner rundt bruk av induktiv tilnærming i analyseprosessen er redegjort for i metodekapittelet.)

Jeg hadde et ønske om å møte ruspasientene, og å tilegne meg kunnskap om deres opplevelse gjennom dette møtet. Som psykologistudent er jeg preget av en type forståelse av menneskelig samhandling og menneskelig fungering som kan være ulik andres. Dette er en bakgrunn jeg er preget av, og som har vært med på å forme hvordan jeg har forstått fenomenet frafall. Det påvirket hvordan jeg oppførte meg i møtet med informantene mine, og hvordan jeg i forskerrollen gjennomførte intervjuet. Denne bakgrunnen har følgelig ligget til

grunn for hvordan jeg tolket datamaterialet og analyserte dette. Som del av fordypningen det siste året ved profesjonsstudiet har jeg vært del av den psykodynamiske klinikken ved instituttet. For meg er fokus på relasjon blitt en sentral del av det å utøve psykologyrket, og jeg føler tilhørighet til en psykodynamisk tilnærmingen til behandling. Dette er en klinisk forståelse av behandling som vektlegger individets utviklingshistorie, relasjoner, forsvar og motstand (Føyn & Shaygani, 2010).

Skillet mellom terapeutrollen og forskerrollen har vært en utfordring. Jeg har hele veien prøvd å ha bevissthet rundt dette. Jeg erfarte at klinikerer i meg ved flere anledninger ønsket å ta mer plass i møtet med informantene. Som nevnt ovenfor, var jeg klar over at informantene kunne finne det vanskelig å snakke om frafall. Det gjorde at jeg var mer forsiktig enn om temaet hadde vært av en annen karakter. Dette mener jeg er etisk korrekt når det intervjues om et tema som potensielt kan skape ubehag eller bli vanskelig for informanten.

Vi hadde på forhånd blitt enige om å gi informantene stor plass og la de styre fokus i intervjuet. Rammen var likevel at hovedspørsmålene og deres undertema skulle være dekt i løpet av intervjuet. For meg ble det utfordrende å stoppe opp og gå tilbake til intervjuguiden i de tilfellene informantene fortsatte i monologform over lengre tid uten å stanse opp. I ettertid ser jeg at det er mulig disse intervjuene kunne gitt mer informasjon om selve frafallstematikken enn det de gjorde. På den annen side har jeg tenkt på disse intervjuene som en mulighet for informantene til å få si noe om hvordan det var for dem å være i behandling. I dette lå et ønske om å gi dem den plassen de trengte. Her ville kanskje en forsker med mer erfaring kunnet pense lettere og raskere inn på ”riktig” spor igjen, uten å støte informanten. Cylwik (2001) påpeker at emosjoner som oppstår i det møtet med den andre kan brukes som et verktøy til å avsløre noen av forskerens egne tanker og antagelser (Cylwik, 2001). For meg ble det tydelig at jeg i møtet med informantene i intervjusituasjonen hadde et ønske om å gi dem opplevelsen av en trygg og god relasjon som kunne være utgangspunktet for samtale om et potensielt vanskelig tema. Jeg kunne kjenne meg sliten etter intervjuene som var preget av mange alvorlige og vanskelige livshistorier. Samtidig var jeg takknemlig og ydmyk for at de lot meg slippe så tett inn på livene deres.

Det er kun pasientperspektivet som kommer fram i denne oppgaven. I tillegg er utvalget basert på pasienter med frafallserfaring. Dette kan gi en ubalansert framstilling av avdelingene. Det er likevel ikke til å unngå når det er pasientenes erfaringer som er det overordnede formålet med oppgaven.

Forslag til videre forskning

Denne studien har tatt utgangspunkt i pasienters forståelse og opplevelser knyttet til frafall fra rusbehandling. Sett i lys av forskningen som er gjort på feltet om den terapeutiske allianse, ville det vært av interesse å gå nærmere inn på dette. Ved å intervju ansatte om deres forståelse rundt frafall, vil man kunne sammenligne opplevelser på tvers av grupper. Forskning har vist at pasientens opplevelse av relasjonen til terapeuten er en av de viktigste faktorene for å forbli i behandling. Det vil være av verdi å søke mer kunnskap om hva det er som gjør at pasienten opplever denne relasjonen som god.

Også selve behandlingsmodellen kunne blitt studert nærmere. Det er blitt gjort mye forskning på alliansen i terapirummet mellom terapeut og pasient, men vi vet mindre om hvilken rolle og betydning miljøterapien har for allianse og tilknytning.

Det er etter min oppfatning et behov for en nærmere begrepsavklaring av frafall som fenomen. Denne studien har vist at begrepet frafall har ulike meningsinnhold og at det i litteraturen eksisterer mangfoldige definisjoner på hva som er frafall. Det er ønskelig med en felles forståelse av frafallsbegrepet.

Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å søke mer kunnskap om frafallsprosessen hos unge pasienter i rusbehandling. Frafall er et begrep som defineres ulikt i forskningslitteraturen, og kan derfor forklare det enorme spriket i frafallsrater vi har sett i denne oppgaven. Denne studien har sett på frafall som et begrep med tre ulike betydninger, i form av avbrekk, avbrudd og redusert behandlingsintensitet. Frafall er dermed ikke det samme som avsluttet behandling.

”Jeg måtte bare ut...” refererer til hvordan informantene forsto eget frafall fra behandling. Rus som en måte å regulere egne følelser, og mangel på oppfølging i form av kontinuitet og aktivitet, ble sett på som årsaker til frafall. For 9 av de 15 informantene i denne studien var ikke frafall det samme som avbrudd i behandling. 6 av disse var tilbake i behandling etter å ha vært borte fra den mellom én og sju uker. De hadde et avbrekk i behandling. Å se avbrekk som en del av et behandlingsløp er noe litteraturen har tatt til orde for de seneste årene. Det kan være meningsfylt å forstå avbrekket som et forsøk på å mestre eller regulere noe som er vanskelig for pasienten. 3 andre hadde gått over til en redusert behandlingsintensitet. Studier som omtaler kontinuitet i behandling omfavner dette perspektivet, og legger vekt på hvor viktig det er for pasienten med stabilitet og trygghet over tid.

Informantene etterlyste et større fokus på russug og rusens funksjon, kunnskap om følelser, tettere oppfølging, tryggere rammer, ettervern og aktivisering. Dette kan sees i sammenheng med de potensielle tiltakene som ble skissert i kliniske implikasjoner tidligere.

En teoretisk implikasjon av denne studien er behovet for en nærmere begrepsavklaring om hva frafall er. En klinisk implikasjon av studien vil være et fokus på følelser, ansatte som er tettere på pasientene og mer tilgjengelige i miljøet, samt et større aktivitetstilbud.

Litteraturliste

- Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A., & Nunes, E. V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, *81*(3), 313-322. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.08.003
- Alterman, A. I., McKay, J. R., Mulvaney, F. D., & McLellan, A. T. (1996). Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. *Drug and Alcohol Dependence*, *40*(3), 227-233. doi: 10.1016/0376-8716(95)01212-5
- Alverson, H., Alverson, M., & Drake, R. E. (2000). An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, *36*(6), 557-569. doi:10.1023/A:1001930101541
- Arefjord, N., & Karterud, S. (2011). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. I K.Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s.193-220). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, *111*(1), 33-51. doi: 10.1037/0033-295x.111.1.33
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M. E., Weiss, R., Frank, A., et al. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, *9*(1), 54-73. doi: 10.1080/10503309912331332591
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, *25*(2), 128-134. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503669
- Beynon, C. M., McMinn, A. M., & Marr, A. J. E. (2008). Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: A case control study in the North West of England. *Bmc Public Health*, *8*. doi: 10.1186/1471-2458-8-149
- Bien, T. (2009). Paradise Lost: Mindfulness and Addictive Behavior. I F. Didonna (Red.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (s. 289-297). Springer: New York.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, *9*(4), 250-256. doi: 10.1080/14733140902898088

- Bowlby, J. (2005). *A secure base*. London: Routledge.
- Brady, K. T., Dansky, B. S., Back, S. E., Foa, E. B., & Carroll, K. M. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*(1), 47-54. doi: 10.1016/s0740-5472(01)00182-9
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brownell, K. D., Marlatt, G., Lichtenstein, E., & Wilson, G. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist, 41*(7), 765-782. doi: 10.1037//0003-066X.41.7.765
- Carlson, R. G. (2006). Ethnography and Applied Substance Misuse Research: Anthropological and Cross-Cultural Factors. I *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (s. 201-219). New York, NY: Guilford Press; US.
- Cournoyer, L. G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction, 102*(12), 1960-1970. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02027.x
- Cylwik, H. (2001). Notes from the field: Emotions of place in the production and interpretation of text. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice, 4*(3), 243-250. doi: 10.1080/13645570110057924
- Dahle, K. A., & Iversen, H. H. (2011). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Lokalisert 14.04.12, på <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/12040.cms>
- Dakof, G. A., Tejada, M., & Liddle, H. A. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(3), 274-281. doi: 10.1097/00004583-200103000-00006
- Daughters, S. B., Richards, J. M., Gorka, S. M., & Sinha, R. (2009). HPA axis response to psychological stress and treatment retention in residential substance abuse treatment: A prospective study. *Drug and Alcohol Dependence, 105*(3), 202-208. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.06.026

- De Weert-Van Oene, G. H., Schippers, G. M., De Jong, C. A. J., & Schrijvers, G. J. P. (2001). Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*(4), 253-261. doi: 10.1016/s0740-5472(01)00160-x
- Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R., & Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(2, Supplement), S51-S62. doi: 10.1016/j.jsat.2004.10.013
- Doumas, D. M., Blasey, C. M., & Thacker, C. L. (2005). Attrition from Alcohol and Drug Outpatient Treatment: Psychological Distress and Interpersonal Problems as Indicators. *Alcoholism Treatment Quarterly, 23*(4), 55-67. doi: 10.1300/J020v23n04_04
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology, 38*(3), 215-229. doi: 10.1348/014466599162782
- Flores, P. J. (2003). *Addiction as an attachment disorder*. Lanham, Md: Jason Aronson.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som udgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press; US.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence, 89*(2-3), 298-301. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026
- Furuholmen, D., & Andresen, A. S. (2007). *Fellesskapet som metode*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Føyn, P., & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London: SAGE Publications.
- Greenberg, L. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 49*(1), 49-59. doi: 10.1037/0708-5591.49.1.49
- Hennink, M. M., Hutter, I., & Bailey, A. (2011). *Qualitative research methods*. Los Angeles, Calif.: Sage.

- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Counseling Psychologist*, 25(4), 517-572. doi: 10.1177/0011000097254001
- ICD-10. (2012). *ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer : systematisk del, alfabetisk indeks (forenklet)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jellestad, F. K. (2011). Hjernen og rusavhengighet. I K.Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 66-78). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala: versjon individualterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kothari, G., Hardy, G., & Rowse, G. (2010). The therapeutic relationship between therapists and substance-using clients: A qualitative exploration. *Journal of Substance Use*, 15(4), 257-271. doi: 10.3109/14659890903040060
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lambert, M. J., Bergin, F. J., & Garfield, S. L. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Laudet, A. B., Stanick, V., & Sands, B. (2009). What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 182-190. doi: 10.1016/j.jsat.2009.01.001
- Lee, C. S., Longabaugh, R., Baird, J., Abrantes, A. M., Borrelli, B., Stein, L. A. R., et al. (2007). Do patient intervention ratings predict alcohol-related consequences? *Addictive Behaviors*, 32(12), 3136-3141. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.07.011
- Levin, F. R., Evans, S. M., Vosburg, S. K., Horton, T., Brooks, D., & Ng, J. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Addictive Behaviors*, 29(9), 1875-1882. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.03.041
- Lopez-Goni, J. J., Fernandez-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Determining socio-demographic predictors of treatment dropout: results in a therapeutic community. *International Journal of Social Welfare*, 17(4), 374-378. doi: 10.1111/j.1468-2397.2008.00584.x

- Lossius, K. (2011). Om å ruse seg. I K.Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 21-37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. doi: 10.1016/s0140-6736(01)05627-6
- Marlatt, G., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27(6), 867-886. doi: 10.1016/S0306-4603(02)00294-0
- Masson, P. C., Perlman, C. M., Ross, S. A., & Gates, A. L. (2007). Premature termination of treatment in an inpatient eating disorder programme. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 275-282. doi: 10.1002/erv.762
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press; US.
- McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 131-145. doi: 10.1016/j.jsat.2008.10.004
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x
- Meld. St. 30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Miller, N. S., Summers, G. L., & Gold, M. S. (1993). Cocaine dependence: Alcohol and other drug dependence and withdrawal characteristics. *Journal of Addictive Diseases*, 12(1), 25-35. doi: 10.1300/J069v12n01_03
- Miller, W. R. (1996). What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction*, 91(12), S15-S27. URL: <http://tinyurl.com/9yzvooa>
- Najavits, L. M., Crits-Christoph, P., & Dierberger, A. (2000). Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment. *Substance Use & Misuse*, 35(12-14), 2161-2190. doi: 10.3109/10826080009148253
- Nakken, C., McElrath, D., & Røe, A. M. (2007). *Avhengighet: årsaker, utviklingsstadier, konsekvenser*. [Oslo]: Noras ark.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154. doi: 10.1002/jclp.20758

- Nordfjaern, T., Rundmo, T., & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), 46-64. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01477.x
- NOU 2003:4. *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Sosialdepartementet, Oslo 2003.
- Ortlipp, M. (2008). Keeping and using reflective journals in the qualitative research process. *The Qualitative report*, 13(4), 695-705. Lokalisert 06.08.12, på <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-4/ortlipp.pdf>
- Pagnin, D., de Queiroz, V., & Saggese, E. G. (2005). Predictors of attrition from day treatment of adolescents with substance-related disorders. *Addictive Behaviors*, 30(5), 1065-1069. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.09.013
- Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A., & Ball, S. A. (2009). Substance User Treatment Dropout from Client and Clinician Perspectives: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 44(7), 1021-1038. doi: 10.1080/10826080802495237
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Peele, S. (2000). What addiction is and is not: The impact of mistaken notions of addiction. *Addiction Research*, 8(6), 599-607. URL: <http://tinyurl.com/9zcyj4y>
- Qureshi, N. A., Al-Ghamdy, Y. S., & Al-Habeeb, T. A. (2000). Drug addiction: a general review of new concepts and future challenges. *Eastern Mediterranean health journal*, 6(4), 723-733. URL: <http://tinyurl.com/8w4jgfn>
- Rahill, G. J., Lopez, E. P., Vanderbiest, A., & Rice, C. (2009). What is relapse? A contemporary exploration of treatment of alcoholism. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9(3), 245-262. doi: 10.1080/15332560902841816
- Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 65-69. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1994). Why do drug abusers leave the therapeutic community? Problems with attachment and identification in a hierarchical treatment community. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48, 4-55. doi: 10.3109/08039489409096707
- Ravndal, E., Vaglum, P., & Lauritzen, G. (2005). Completion of Long-Term Inpatient Treatment of Drug Abusers: A Prospective Study from 13 Different Units. *European Addiction Research*, 11(4), 180-185. doi: 10.1159/000086399

- Rise, J. (2010). Hva er avhengighet? *Hva er misbruk og avhengighet?: betegnelser, begreper og omfang* (s. 34-43). Oslo: SIRUS.
- Saarnio, P., & Knuutila, V. (2003). A study of risk factors in dropping out from inpatient treatment of substance abuse. *Journal of Substance Use*, 8(1), 33-38. doi:10.1080/14659890-31000067227
- Sellman, D. (2010). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, 105(1), 6-13. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02673.x
- Shoemaker, R. H., & Sherry, P. (1991). Posttreatment factors influencing outcome of adolescent chemical dependency treatment. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 2(1), 89-106. doi: 10.1300/J272v02n01_06
- Simon, G. E., Imel, Z. E., Ludman, E. J., & Steinfeld, B. J. (2012). Is Dropout After a First Psychotherapy Visit Always a Bad Outcome? *Psychiatric Services*, 63(7), 705-707. doi: 10.1176/appi.ps.201100309
- Simons, L. (2008). Characteristics of Drug-Abusing Women With Children in Residential Treatment: A Preliminary Evaluation of Program Retention and Treatment Completion. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7(2), 165-187. doi: 10.1080/15332640802055616
- Spear, S. F., Ciesla, J. R., & Skala, S. Y. (1999). Relapse patterns among adolescents treated for chemical dependency. *Substance Use & Misuse*, 34(13), 1795-1815. doi: 10.3109/10826089909039427
- SSB. (2012). Helsetjenester. Lokalisert 10.08.12, på http://www.ssb.no/vis/emner/03/02/helse_statres/main.html
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93-116. doi: 10.1016/0272-7358(92)90092-m
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. doi: 10.1037/a0028226
- Teichner, G., Horner, M. D., Roitzsch, J. C., Herron, J., & Thevos, A. (2002). Substance abuse treatment outcomes for cognitively impaired and intact outpatients. *Addictive Behaviors*, 27(5), 751-763. doi: 10.1016/S0306-4603(01)00207-6
- Tobin, G. A., & Begley, C. M. (2004). Methodological rigour within a qualitative framework. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 388-396. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03207.x

- van den Brink, W., Goppel, M., & van Ree, J. M. (2003). Management of opioid dependence. *Current Opinion in Psychiatry, 16*(3), 297-304. doi: 10.1097/01.yco.0000069085.26384.84
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press; US.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 229-241. doi: 10.1016/j.jsat.2007.04.015
- White, W., Scott, C., Dennis, M., & Boyle, M. (2005). It's time to stop kicking people out of addiction treatment. *Counselor, 6*(2), 12-25. Lokalisert 07.08.12, på <http://www.addictioninfo.org/articles/2153/1/Its-Time-to-Stop-Kicking-People-Out-of-Addiction-Treatment/Page1.html>
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist, 59*(4), 224-235. doi: 10.1037/0003-066x.59.4.224
- Wolff, E., Gaudlitz, K., von Lindenberger, B. L., Plag, J., Heinz, A., & Strohle, A. (2011). Exercise and physical activity in mental disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 261*, 186-191. doi: 10.1007/s00406-011-0254-y
- Zhang, Z. W., Friedmann, P. D., & Gerstein, D. R. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction, 98*(5), 673-684. doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00354.x

Vedlegg

Vedlegg 1 Godkjenning fra REK



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Emil Lahlum	Telefon: 22845523	Vår dato: 14.12.2011	Vår referanse: 2011/1958/REK sør-øst D
			Deres dato: 28.11.2011	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

PhD. Espen Ajo Arnevik
Sognsvannsveien 21
0320 Oslo

2011/1958 D Årsaker til dropout i rusbehandling

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt mottatt 27.09.2011, samt svar på komitéens merknader mottatt 28.11.2011 .

Forskningsansvarlig: Oslo universitetssykehus ved øverste administrative ledelse

Prosjektleder: PhD. Espen Ajo Arnevik

Vedtak:

Komiteen har vurdert søknaden med svar på merknader og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Godkjenningen omfatter:

* Tillatelse til å opprette forskningsprosjekt, jf. helseforskningsloven § 10.

Vilkår vedrørende informasjonssikkerhet:

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren», http://www.helsedirektoratet.no/normen/veiledere/veileder_forskning_662464

Tillatelsen gjelder til 31.12.2012. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2013. Opplysningene skal lagres aidentifisert i en nøkkel- og en opplysningsfil. De skal deretter anonymiseres eller slettes.

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK Sør-Øst D senest 30.06.2013.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-Øst D. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen,

Stein A. Evensen
professor dr.med.
leder

Besøksadresse:
Gullhaug torg 4 A,
Nydalén, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post:
post@helseforskning.etikkom.no

Web:

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff



**FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSREGISTERET
"The Youth Addiction Treatment Evaluation Project"**

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om du godtar at opplysninger du gir gjennom spørreskjema og intervjuer blir registrert og brukt til forskning. Formålet med forskningen er å måle effekt og nytte av behandlingen som gis ved avdelingen. Vi ønsker å kunne trekke lærdom av den behandling du og andre pasienter har fått, for på den måten å kunne forbedre behandlingstilbudet i fremtiden. I tillegg ønsker vi å undersøke bakgrunnen for utvikling av avhengighet, om det kan være en sammenheng med andre lidelser og hvordan utviklingen er etter behandling hos oss. Ansvarlig for registeret er Avdeling Avhengighetsbehandling Unge ved Oslo Universitetssykehus HF.

Hva innebærer det å delta?

Hvis du sier ja til å delta, innebærer det at du blir stilt noen flere spørsmål enn det som er vanlig i behandlingen, for eksempel om du har vært straffedømt tidligere. Hvis du vil vite hva de ekstra spørsmålene er, kan du spørre personalet på avdelingen. I tillegg ber vi om lov til å kontakte deg en tid etter utskrivning for å undersøke hvordan det har gått med deg etter at behandlingen er ferdig som planlagt, eller etter behandlingsavbrudd. Deltagelse innebærer også at vi vil bruke relevante opplysninger fra din journal ved sykehuset, og evt. dødsårsaksregisteret. Informasjonen om deg vil bli brukt i flere delstudier ved sykehuset. Delstudiene vil ha som mål å forbedre forståelsen og behandlingen av avhengighet.

Mulige fordeler og ulemper

Erfaringer fra studien vil kunne hjelpe andre med samme type problemer som deg selv. Utfylling av spørreskjema og intervjuer tar noe lenger tid enn vanlige undersøkelser. Dette kan oppleves som en ulempe. Du vil imidlertid få tilbakemeldinger fra undersøkelsene, noe som kan oppleves meningsfullt i forhold til din behandling.

Sikkerhet: Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger du gir fra deg vil bli registrert uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger og lagret i et forskningsregister. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til forskningsregisteret som har adgang til navnelisten og kan finne tilbake til deg. Hvis du sier ja til å delta har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, til å få korrigeret eventuelle feil i disse opplysningene og til å kreve at opplysningene slettes. I noen delstudier kan det være nødvendig at kopier av dine opplysninger behandles av forskere ved andre sykehus. Dette vil kun gjelde aidentifiserte opplysninger. Dersom du ønsker å vite mer om hvilke delstudier opplysningene dine blir brukt i og hvor de oppbevares, kan du når som helst henvende deg til avdelingen. Alle opplysninger vil slettes senest i 2030.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta. Dersom du ikke ønsker å delta i forskningsregisteret, vil du uansett motta behandling som vanlig. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å avgi opplysninger til registeret. Det får heller ingen konsekvenser for behandlingen du får ved sykehuset om du trekker deg. Dersom du sier ja, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til registeret, kan du kontakte avdelingsleder Espen Arnevik på telefon 22029302.

Samtykke til deltakelse i forskningsregisteret "The Youth Addiction Treatment Evaluation Project"

Jeg er villig til å delta i forskningsregisteret

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om forskningsregisteret

(Signert, rolle i prosjektet, dato)



Informasjonsskriv om oppfølgingsstudien rundt dropout

Som en del av YATEP (Youth Addiction Treatment Evaluation Project), vil det gjennomføres en oppfølgingsstudie rundt dropout. Formålet er å søke mer kunnskap om hvorfor ruspasienter dropper ut av behandling. Det er gjort lite forskning ut ifra pasienters perspektiv, og det vil derfor her være et fokus på pasientens opplevelse av det å droppe ut av behandling.

Jeg, Kristoffer Nordheim, er sisteårsstudent ved profesjonsstudiet i psykologi ved UiO, og data samlet inn i denne studien vil ligge til grunn for min hovedoppgave. Det er også planlagt å publisere en artikkel på materialet som samles inn til denne studien. Jeg vil sammen med Ståle Alstadius (sykepleier på xxxxxx) utføre selve intervjuprosessen og transkribering av data.

Vi vil intervjuer rundt 15 nåværende og tidligere pasienter fra avdeling langtid og korttid. Aktuelle nåværende pasienter vil være de som har droppet ut av behandling tidligere, men har kommet tilbake i behandling. Utvalget av pasienter vil være de som har samtykket til å delta i YATEP. Det vil gjennomføres et semistrukturert, kvalitativt intervju med hovedfokus på hva som gjorde at pasienten droppet ut av behandling, og hva som kunne vært gjort annerledes. Det vil også bli fylt ut noen spørreskjema knyttet til nåværende symptomtrykk (HSCL-25 og EQ-5D) og gjøres en kort ruskartlegging. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og vare i underkant av en time.

Alle opplysninger og lydopptak vil behandles etter etiske normer innen forskning. Alt vil bli nedlåst og lagret i en safe, kun forskergruppen har tilgang til materialet. All informasjon vil bli anonymisert og opplysninger som gis vil ikke kunne spores tilbake til pasienten.

Om du er med i YATEP og tidligere har droppet ut av behandling, er jeg interessert i å snakke med deg om dropout. Hvis du kunne tenke deg å bli intervjuet av meg om dette temaet, er det fint om du kan ringe meg eller sende en SMS, så kan vi sammen finne en tid som passer.

Det å intervjuer deg om dropout gir oss kunnskap som kan være med på å gjøre rusbehandling bedre i framtiden. Du vil bli invitert til en presentasjon av resultatene fra studien når denne blir ferdig høsten 2012.

Med vennlig hilsen

Kristoffer Nordheim
Tlf. xx xx xx xx

Vedlegg 4 Forespørsel og samtykke om lydopptak i oppfølgingsstudien



Forespørsel om samtykke til lydopptak i oppfølgingsstudien om dropout

Bakgrunn

Oppfølgingsstudien som du nå deltar i ønsker å forstå mer av hva som gjør at noen dropper ut av behandling. Vi gjør dette gjennom å intervju tidligere pasienter. For å kunne gjøre dette på en god måte ønsker vi å ta opp lydopptak av dette intervjuet.

Mulige fordeler og ulemper

Det å intervju tidligere pasienter om dropout gir oss kunnskap som kan være med på å gjøre rusbehandling bedre i fremtiden. Du vil bli invitert til en presentasjon av resultatene fra studien når denne blir ferdig høsten 2012. I starten vil noen kunne føle det litt ubehagelig eller distraherende at vi tar opp intervjuet på lyd, men for de fleste er det en rask tilvenning til dette.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger på samme måte som andre opplysninger gitt av deg i YATEP. En kode knytter deg til lydopptaket gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Lydopptak og data vil ligge nedlåst i en safe. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Dersom du trekker deg fra intervjuet, kan du kreve å få slettet de innsamlede opplysninger herfra. Opplysningene blir senest slettet 2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å bli tatt opp på lydfil. Dersom du ikke ønsker å bli tatt opp på lydfil, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for deltagelse i intervjuet. Du vil få en godtgjørelse i form av et SpendOn gavekort til en verdi av kr. 500 for deltagelse i studien.

Dersom du godtar lydopptak, undertegner du samtykkeerklæringen nedenfor.

Samtykke for lydopptak av intervju

Jeg er villig til å bli tatt opp på lydfil

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 5 Kontaktinformasjonsskjema til informanter



Kontaktinformasjon

Om du har spørsmål rundt intervjuet eller mer informasjon som du kommer på i etterkant av intervjuet, ta gjerne kontakt med

- Ståle Alstadius på tlf. xx xx xx xx
- Kristoffer Nordheim på tlf. xx xx xx xx

Om du får behov for å prate med noen eller har spørsmål og tanker rundt behandling, kan du kontakte

- Avdeling Ung Avhengighetsbehandling, Gaustad
 - Langtid: xx xx xx xx
 - Korttid: xx xx xx xx
 - Dagenhet: xx xx xx xx
- Fastlegen din

Med hilsen

Ståle & Kristoffer

Vedlegg 6 Intervjuguide



Intervjuguide

1. **Hvordan har du det nå sammenlignet med hvordan du hadde det før du begynte i behandling?**
2. **Hvorfor ønsket du å komme i behandling?**
(Probe: intensjon, indre/ytre motivasjon)
3. **Hvorfor droppet du ut av behandling?**
 - a) Hvordan opplevde du kontakten med personalet og andre pasienter?
 - hatt kontakt med noen av disse etter at du avsluttet behandling?
 - b) Hvordan hadde du det rett før du avsluttet behandlingen på AUA?
(Probe: konkrete hendelser, nettverk, familie)
 - Var det russug involvert? Hva tenker du kan være grunnen til at du hadde det da?
4. **Hva skulle vært annerledes i behandlingen for at du skulle fortsatt?**
5. **Kan du fortelle om medisineringen du mottok på avdelingen?**
6. **Kan du si noe om hvordan det føles å snakke om dropout med meg i dag?**

- Kartlegging Rusdata
- Utfylling av HSCL-25 og EQ-5D

Avslutningsspm: Har du spm. til meg eller ting du lurer på i forhold til det vi har snakket om?