

# Oppringning før innleggelse fikk ikke flere ruspasienter til å gjennomføre avgiftning

Selv om de ansatte ringte pasientene før innleggelse, møtte ikke flere til rusbehandling. Likevel var det nyttig for å utveksle informasjon og bygge relasjoner .

## Forfattere

### Anne Lene Årseth

Sykepleier og prosjektleder

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand

### Berit Johannessen

Førsteamanuensis

Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

### John-Kåre Vederhus

Forsker

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand

## Nøkkelord

tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Rusmiddelavhengighet

Avgiftning

Prehospital telefonkontakt

Frafall fra behandling

Sykepleien Forskning 2018 13(73348)(e-73348)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.73348>

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Manglende oppmøte til og frafall fra rusbehandling er en stor utfordring.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke om prehospitalet telefonkontakt kunne øke oppmøtet til og gjennomføringen av et avgiftningsopphold. Vi ønsket dessuten å få innsikt i hvilke erfaringer de som gjennomførte telefonsamtalene, hadde med telefonkontakten.


**Metode:** Vi foretok en kvantitativ datainnsamling for å sammenlikne en periode uten telefonkontakt med en periode med telefonkontakt. En kvalitativ datainnsamling ga innsikt i erfaringene til dem som ringte. Studien foregikk ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus.

**Resultat:** Telefonkontakten førte til at oppmøtet økte med beskjedne og ikke-signifikante 6 prosent. Det var heller ingen økning i gjennomføring av behandlingen. De som ringte, syntes tiltaket var positivt fordi det førte til avklaringer, utveksling av informasjon og en begynnende relasjonsbygging.

**Konklusjon:** Til tross for at tiltaket ikke førte til signifikante forskjeller i oppmøte og gjennomføring av avgiftningsbehandling, ble det likevel opplevd som et bidrag for å øke informasjonsflyten og tilrettelegge tjenesten.

Frafall fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er en stor utfordring. Andelen som ikke fullfører påbegynt rusbehandling, kan variere fra 10 til 60 prosent, avhengig av hvilket nivå og populasjon man undersøker (1). Frafall fra behandling har vært assosiert med blant annet større fare for tilbakefall, flere reinnleggelser og dårligere psykisk og fysisk helse sammenliknet med dem som har fullført behandling (2).

I tillegg til frafall etter behandlingsoppstart er det også et problem at pasienter ikke møter til behandling. Lovende tiltak for å redusere frafallet og øke oppmøtet er å avklare forventninger tidlig i behandlingsfasen, styrke pasientrelasjonen eller alliansen og styrke «faktisk oppmøtemestring», eksempelvis gjennom å gi praktisk informasjon om behandlingen (1).



**«I tillegg til frafall etter behandlingsoppstart er det også et problem at pasienter ikke møter til behandling.»**

**Forskning på temaet**

Internasjonalt finnes det mange studier som omhandler oppmøtet til polikliniske tjenester innenfor psykisk helse-området. I en kunnskapsoppsummering fra 2014 ble det skilt mellom «enkel påminnelse», slik som SMS, og «påminnelse pluss», som blant annet inneholdt personlig telefonoppringning (3).

Oppsummert viste disse studiene lovende resultater, og det ble anbefalt å bruke enkel påminnelse som et fast tiltak. Påminnelse pluss var i noen tilfeller mer effektivt enn enkel påminnelse og ble ansett som spesielt aktuelt før førstegangsoppmøtet. Deretter ble det anbefalt å gå over til enkel påminnelse.

Det finnes atskillig færre studier av oppmøte til institusjonsbehandling. Et PubMed-søk på engelskspråklige forskningsartikler innenfor rusfeltet med søkestrengen «(substance related disorders[MeSH Major Topic]) AND (((detoxification[Title/Abstract]) AND telephone[Title/Abstract])) OR (pre-hospital[Title/Abstract])» ga 35 treff. Et emneordsøk på «substance related disorders» og «reminder systems» ga 13 nye treff.

Kun ett var relevant: en pilotstudie med 80 inkluderte pasienter som omhandlet innleggelse på døgnpost. Funnene viste at det ikke var et signifikant bedre oppmøte i gruppen som fikk telefon på forhånd, og det var heller ikke mindre frafall fra behandlingen (4). Det er behov for flere større eksperimentelle studier av påminnellesstiltak før institusjonsinnleggelse.

## **Hensikten med studien**

Hensikten med denne studien var todelt. For det første ønsket vi å undersøke om prehospitalet telefonkontakt kunne øke oppmøtet til og gjennomføringen av et avgiftningsopphold. I tillegg ønsket vi å få innsikt i hvilke erfaringer de som gjennomførte telefonsamtalene, hadde med telefonkontakten.

## **Metode**

Vi foretok en kvantitativ datainnsamling for å undersøke effekten av prehospital telefonkontakt og en kvalitativ datainnsamling for å få innsikt i erfaringene til dem som ringte. Studien ble gjennomført på avgiftningsenhetene ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet sykehus (SSHF), lokalisert i Kristiansand og Arendal.

Inntaksområdet for enhetene er i hovedsak fylkene Aust- og Vest-Agder. Det er 24 sengeplasser likt fordelt mellom enhetene. Gjennomsnittlig er det om lag 10 planlagte innleggelser per uke på hver av enhetene. Begge enhetene tilbyr medisinsk avgiftning samt avklaring av motivering for videre behandling.

## **Kvantitativ del av studien**

Denne delen av studien sammenliknet en periode uten telefonkontakt og en periode med telefonkontakt, altså et kvasiekseptimentelt av-på-design (5). I første fase ble ingen ringt til i forkant av planlagt innleggelse. Denne perioden varte i tolv uker. Vi registrerte demografiske data, som alder og kjønn, om pasienten hadde møtt eller ikke møtt, eventuelt årsak til at pasienten ikke møtte – med eller uten å ha gitt beskjed – og om oppholdet ble fullført.

I den andre fasen ble prehospital telefonkontakt gjennomført. Varigheten av denne fasen var tilsvarende som den første fasen. Alle pasientene som var planlagt innlagt i døgnbehandling på avgiftningsenheten ved ARA, ble forsøkt kontaktet per telefon i uken før den planlagte innleggelsen. Det var en fast person på hver enhet som gjennomførte samtale på samme dag hver uke.

Totalt var tre ansatte involvert i å ringe til pasientene. Samtalene skulle minne om innleggelsen, avklare hvorvidt pasientene hadde mottatt innkallingen, og hvorvidt de var innstilt på å komme til innleggelse. I tillegg tenkte vi at telefonsamtalen kunne fungere som starten på en relasjonsbygging.

Den største utfordringen med tiltaket var ifølge informantene å få tak i pasientene. Noen av pasientene hadde byttet telefonnummer uten at dette var oppdatert i journalen. Andre tok ikke telefonen. Informantene antok at de nådde om lag halvparten av de pasientene som var aktuelle. Dette stemte godt med det som ble registrert i den kvantitative delen av studien.

I forkant av samtale forberedte de ansatte seg ved å lese gjennom henvisningene og vurderingsnotatene. Hvis de ikke oppnådde kontakt med pasienten ved første gangs ringing, forsøkte de igjen. Når de heller ikke oppnådde kontakt etter dette, forsøkte de å få informasjon om hvordan de kunne nå pasientene ved å kontakte samarbeidspartnere og/eller pårørende som de via journalen så at pasienten hadde kontakt med.

Telefonsamtalene ble journalført. De ansatte registrerte hva som var resultatet av oppringningen: om de oppnådde kontakt, om pasienten takket nei, om han eller hun ønsket utsettelse innenfor en uke eller uttalte at vedkommende ville møte. I studien ble «ikke møtt» definert som at informantene ikke møtte opp til avtalt tid innen kl. 14 innleggelsesdagen, uten å ha gitt beskjed.

Vi definerte frafall fra behandlingen som avbrutt behandling, altså at pasienten forlot avdelingen, eller at pasienten valgte å avslutte før avtalt tid i strid med enhetens anbefaling. I den kvantitative analysen sammenliknet vi data om oppmøte i første fase med perioden da ringingen ble gjennomført. Vi brukte tabellanalyse med kjikvadrattest. Til analysen brukte vi statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 21.

## **Kvalitativ del av studien**

For å beskrive de ansattes erfaringer med tiltaket forespurte vi dem som gjennomførte telefonsamtalene, om å delta på et intervju. Alle tre samtykket. Førsteforfatteren gjennomførte intervjuene. Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide utarbeidet til formålet (6).

Temaene var innholdet i telefonsamtalene, reaksjoner fra pasientene på oppringningen, ressursbruk, tanker om nytten ved å gjennomføre slike telefonsamtaler, den ansattes opplevelse av samtalene, utfordringer ved ringingen og forslag til eventuelle forbedringer. Hvert intervju varte i cirka en time.

Førsteforfatteren tok notater under intervjuene, som hun så renskrev i etterkant. Vi la frem det renskrevne notatet for den ansatte, slik at vedkommende kunne lese gjennom og eventuelt korrigere. Vi anonymiserte informantene, slik at ingen kan gjenkjenne hvem som har sagt hva.

Intervjuene ble analysert etter systemisk tekstkondensering; de ble gjennomlest, kodet og sortert, og gjennomgått på nytt (7). Tekstene med samme innhold ble skrevet sammen og fortettet. Så gikk vi gjennom teksten på nytt for å se om temaene og tekstbitene under hvert tema ga en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de var hentet ut fra.

## **Etiske vurderinger**

Vi la frem studien til vurdering hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (referansenummer 2014/1611). De oppfattet studien som en kvalitetsundersøkelse, og dermed var den ikke fremleggingspliktig. Derfor innhentet vi ikke individuelt samtykke fra pasientene. De ansatte som ble intervjuet, skrev under på samtykkeerklæring. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansenummer 40167).

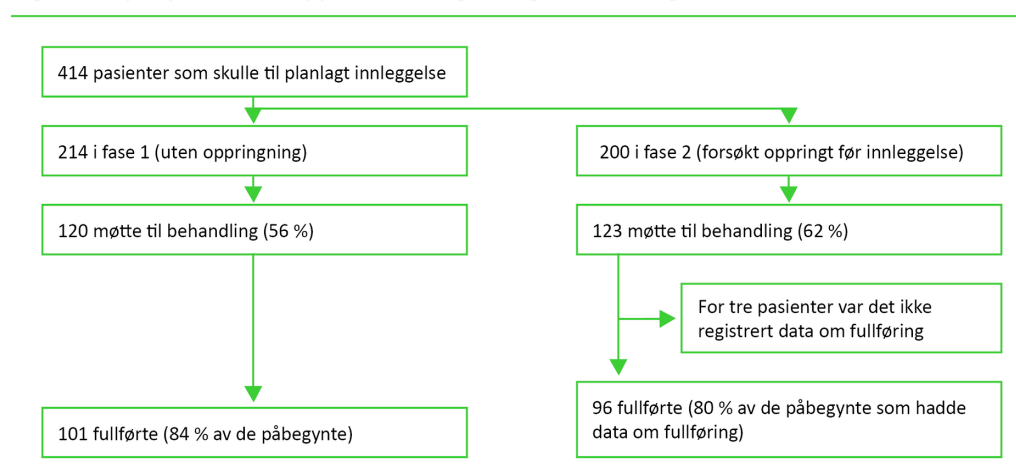
## **Resultat**

### **Kvantitative funn**

Til sammen inkluderte vi 414 pasienter i studien. Av dem var 125 (30 prosent) kvinner, og gjennomsnittsalderen var 38 år (standardavvik (SD) = 13). Vi inkluderte 214 i første fasen uten ringing, og 200 i andre fasen med ringing (figur 1). I ringefasen fikk de ansatte kontakt med 48 prosent av pasientene (tabell 1).

Det var 13 (7 prosent) som takket nei til innleggelse: ti fordi de ikke ønsket eller ville ha tilbudet, og tre fordi de hadde fått og tatt imot andre tilbud eller ikke trengte avgiftning. Fem pasienter (3 prosent) fikk en utsettelse. Totalt fikk de ansatte i 10 prosent av innleggelsene informasjon som la grunnlag for logistiske endringer i inntaket (tabell 1).

**Figur 1.** Flytskjema over oppmøte til avgiftningsbehandling



**Tabell 1.** Resultat av prehospital telefonkontakt (n = 200)

	Antall (%)
Oppnådd kontakt per telefon:	95 (48 %)
– pasienten sa han eller hun ville møte	58 (29 %)
– pasienten takket nei til innleggelse	13 (7 %)
– pasienten ba om utsettelse	5 (3 %)
– annet (pasienten uttrykte ambivalens, eller det var ikke registrert data)	19 (10 %)
Kontakt med samarbeidspartner	15 (8 %)
Ikke oppnådd kontakt	90 (45 %)

Da vi sammenliknet fasene, møtte 120 (56 prosent) av pasientene opp på enheten i fasen uten ringing. 123 (62 prosent) møtte i fasen med ringing (figur 1). Samlet var det 41 prosent som ikke møtte til behandling. Den høyere andelen på 6 prosent i fasen med telefonkontakt på forhånd var ikke signifikant ( $\chi^2 = 1,3$ ,  $p = 0,26$ ).

Av de 243 pasientene som møtte til behandling, manglet vi opplysninger om fullføring av behandling for tre personer, som vi utelukket fra videre analyse. Det var 43 (18 prosent) som avbrøt behandlingen. Fullføringsandelen i de to fasene var på 84 prosent og 80 prosent (figur 1) i henholdsvis fase 1 og fase 2 ( $\chi^2 = 0,71$ ,  $p = 0,40$ ).

## Kvalitative funn

Informantene fortalte at samtalene varte gjennomsnittlig i fem minutter med opptil tolv minutter på det lengste. De var usikre på om telefonsamtalene var med på å øke oppmøtet og gjennomføringen av avgiftningen.

Videre hadde informantene en opplevelse av at de fleste som de nådde via telefon, hadde tatt en avgjørelse på forhånd, og at telefonsamtalen ikke endret dette valget. Likevel hadde informantene en oppfatning av at pasientene opplevde samtalene som nyttige.

## Relasjonsbygging

De ansatte syntes telefonsamtalene var nyttige for å starte relasjonsbygging allerede i forkant av innleggelsen. Informantene begrunnet dette med at de utelukkende hadde opplevd telefonsamtalene som positive. Mange av pasientene ga også uttrykk for at de satte pris på samtalene.

«De ansatte syntes telefonsamtalene var nyttige for å starte relasjonsbygging allerede i forkant av innleggelsen.»



Når pasientene som informantene hadde hatt telefonkontakt med, kom til innleggelse, kunne pasientene huske telefonsamtalene:

«Når pasientene jeg har ringt til, har kommet til innleggelse, har jeg av og til hilst og kommentert at vi har snakket sammen på telefonen før innleggelsen. Pasientene har da ofte reagert med gjenkjennelse, og jeg har opplevd at det allerede var skapt en kontakt.»

## **Avklaringer**

Informantene mente at samtalene var med på å avklare flere forhold. Samtalene oppklarte om pasientene hadde mottatt tilbudet om avgiftning, og om de hadde planlagt å komme. De fleste pasientene kom når de hadde sagt at de ville komme. Noen av pasientene som informantene var i kontakt med, var ikke klar over at de hadde fått plass til avgiftning, blant annet fordi de hadde skiftet adresse og ikke fått brevet.

Andre pasienter ba om utsettelse på innleggelsen. Den ble som regel innvilget. Informantene opplevde at de flere ganger fikk opplysninger om at den de prøvde å nå, enten var innlagt på andre avdelinger eller hadde startet avgiftning via annen oppfølging eller på egen hånd. Under samtalene ble det også avklart flere praktiske forhold og forventninger knyttet til innleggelsen.

Noen ganger hadde pasientene negative forestillinger om avgiftningen, og informantene kunne da informere om bedre forhold enn pasientene fryktet, for eksempel at enhetene hadde enkeltrom og ikke flersengsrom.

Andre praktiske spørsmål som kunne avklares, var hvor lenge innleggelsen ville vare, og om det var mulighet til å komme senere enn oppgitt klokkeslett. Informantene ga dessuten informasjon om enhetens rutiner og lokasjon, transport til innleggelsen og enhetens holdninger til bruk av rusmidler og medisiner under innleggelsen.

Under samtalen uttrykte noen pasienter ambivalens overfor innleggelsen. Informantene forsøkte da å vise en støttende holdning:

«Hvis den jeg ringer, uttrykker ambivalens overfor innleggelsen, er jeg tydelig på at tilbudet står ved lag, og at vedkommende er velkommen hvis valget faller på innleggelse. Jeg gir også informasjon om at avdelingen ønsker å få beskjed om pasientens valg dagen før innleggelsen. De fleste ringer da og gir beskjed innen fristen.»

Informantene opplevde at avklaringene var med på å forberede pasientene på innleggelsen, og at de bidro til å styrke pasientenes opplevelse av mestring:

«Spesielt noen av de yngre som skal inn til avgiftning for narkotikamisbruk, kan føle seg redde og usikre, og kan derfor trenge bekreftelse og trygghet på at de er ventet. Den informasjonen som gis, kan være med på å gjøre det lettere for dem å danne seg et bilde av oppholdet, og av hva som kan møte deg.»

## **Motta informasjon om pasientene**

Informantene trakk frem at de ved å forberede seg til samtalene og ringe til pasientene fikk en del informasjon om dem som de ellers ikke ville ha fått. Det var nyttig både for dem selv og for resten av enheten:

«Jeg får ofte spørsmål fra de andre, og da spesielt fra legene på avdelingen, om jeg har hatt kontakt med pasientene som skal innlegges, og om det var noe spesielt som kom frem under samtalen som kan ha betydning for oppholdet.»

Samtalene ble journalført, slik at de som tok imot pasientene på enheten, fikk avklaringer og opplysninger om hvorvidt pasientene var tilgjengelige.

Informasjonen følte nyttig for enheten i oversikten over innleggelser og ledig plass. Der pasienter takket nei til innleggelse, kunne enhetene tilby plassen til andre som var henvist, eller fylle opp plassen ved å ta imot akutte henvendelser. Det førte til en større forutsigbarhet med hensyn til inntak og en bedring av enhetenes logistikk.

## Utfordringer

Dersom de ikke fikk kontakt med pasienten eller henvisende samarbeidspartner, var informantene usikre på om det var riktig å ta kontakt med pårørende. De var redde for å komme i et dilemma hvis det viste seg at de pårørende ikke var informert om innleggelsen. I tillegg lurte informantene på om de noen ganger kunne forstyrre et allerede godt forvernsarbeid:

«Systemet er stort, og pasientene treffer mange stemmer og mange som mener noe.»

Dette gjaldt spesielt i de tilfellene der de i forkant av samtalene hadde lest at den de ringte til, var ambivalent overfor en innleggelse. Det ble løst ved at de forsøkte å trå varsomt og ikke fremprovosere en avgjørelse vedkommende ikke var klar for.

## Diskusjon

Telefonkontakt med pasientene før oppstart av behandling førte ikke til et signifikant høyere oppmøte til avgiftningen. Det førte heller ikke til at en høyere andel fullførte behandlingen. De ansatte som gjennomførte telefonoppringningen, oppfattet generelt tiltaket som positivt: Gjennom samtalen kunne de starte en relasjonsbygging, gi og motta informasjon og bidra til diverse avklaringer.

Informantene trakk frem flere utfordringer, som hvorvidt taushetsplikten ble brutt hvis de ringte pårørende til pasienter de ikke oppnådde kontakt med, og hvorvidt de gjennom samtalen med pasienten kunne ødelegge et allerede godt forvernsarbeid.

## Mange møtte ikke

Det var 41 prosent av pasientene som ikke møtte til behandling. Tilsvarende tall fra to avgiftningsenheter ved Universitetssykehuset Nord-Norge viser en ikke-møtt-prosent på henholdsvis 33 og 30 prosent (8). Den høye andelen av pasienter som ikke møtte, viser at temaet i studien vår er svært aktuelt.

## «Det var 41 prosent av pasientene som ikke møtte til behandling.»

I studien hadde vi et større antall respondenter og større styrke i datamaterialet enn i en tidligere pilotstudie, men funnene var tilsvarende; det var ingen klar evidens for at telefonoppringning var et effektivt oppmøtetiltak (4). Informantene hadde en formening om at pasientene i hovedsak hadde bestemt seg på forhånd, og at telefonsamtalen ikke endret deres standpunkt.

Til tross for at tiltaket ikke førte til at flere møtte opp, har tidligere studier vist at pasienter savnet noe av det informantene mente tiltaket tilførte. For eksempel anslår en nasjonal undersøkelse at halvparten av pasientene på døgnopphold i TSB ikke hadde fått tilfredsstillende informasjon om behandlingen de skulle motta (9).

En undersøkelse gjennomført på egen klinikk viste også at det var utfordringer med at pasientene ikke mottok god nok informasjon (10). Det at pasienter mottar fortløpende informasjon, blir vurdert som avgjørende for om hvorvidt de skal få innflytelse på behandlingen og kunne ta optimale valg (11).

Informantene opplevde dessuten at de fikk utfyllende informasjon om pasientene gjennom tiltaket, som var nyttig for å kunne tilrettelegge oppholdet best mulig. God kjennskap til pasientene er en forutsetning for å kunne gi relevant behandling tilpasset hver enkelt pasients behov (12). Tiltaket kan derfor være et bidrag for å sikre nødvendig informasjon til både pasienter og ansatte.

## **Anbefales å ta kontakt med pasienten**

Tidligere studier anbefaler at det ved en førstegangsinleggelse på en døgnavdeling blir gitt en «påminnelse pluss», det vil si at man tar kontakt med pasienten (3). I vår studie oppga informantene at selv de pasientene som hadde vært innlagt tidligere, hadde ting de lurte på. Tiltaket gjorde også forberedelsene til inntakene mer systematiske og gjennomtenkte.

Den største utfordringen var å få tak i pasientene; kun halvparten ble nådd. For å nå flere pasienter kunne man forsøkt å ringe på ettermiddagen eller kveldstid, ikke bare på dagtid, slik som i dette prosjektet. Et forslag som kunne forbedret det relasjonsbyggende aspektet ved tiltaket, er at den personen som skal ta imot pasienten ved innleggelsen, også utfører ringingen.



## **«Den største utfordringen var å få tak i pasientene; kun halvparten ble nådd.»**

Ressursbruken ved tiltaket syntes å være overkommelig; grovt anslått gikk det med en 15-prosentstilling for hver enhet. I etterkant lurte de ansatte på om de skulle fortsette med et tiltak som ga positive sekundære konsekvenser, men ikke ga den ønskede økningen i oppmøte eller gjennomføring. En påminnelse per SMS kunne vært et alternativ.

Slike påminnelser blir gjennomført som standard ved polikliniske konsultasjoner, men da først fra og med andre time etter en avklaring om hvorvidt pasienten ønsker slik tilkalling. Telefonnummeret må også være verifisert. Derfor vurderte vi at SMS-tilkalling ikke var aktuelt for et døgnopphold.

En av enhetene i studien vår fortsatte med systematisk ringing. Hver enkelt enhet bør foreta en kost-nyttevurdering for å vurdere om det er verdt å bruke ressurser på et slikt tiltak. Her bør også fordelene som kom frem i de kvalitative funnene, telle med i vurderingen.

## **Styrker og svakheter ved studien**

Styrken i den kvantitative delen av studien var at vi systematisk sammenliknet to perioder med og uten tiltak og hadde et relativt stort utvalg av pasienter. For å gjøre intervensjonen håndterlig for de ansatte så vi oss nødt til å bruke et kvasiekperimentelt design i stedet for randomisering.

Det var få informanter i den kvalitative delen av studien. Vi valgte ut kun dem som hadde foretatt selve ringingen fordi de var de nærmeste til å uttale seg om praksisen. Med tanke på videre utvikling av tiltaket hadde det vært nyttig å utforske pasientenes egne opplevelser og erfaringer med telefonkontakten: hva de anser som nyttig med tiltaket, og hva som kan forbedres.

## **Konklusjon**

Prehospital telefonkontakt førte ikke til en signifikant økning i oppmøte til eller gjennomføring av avgiftningsbehandling, og disse funnene kan dermed ikke rettferdiggjøre ressursbruken.

De ansatte syntes likevel tiltaket var nyttig og positivt fordi det førte til avklaringer, utveksling av informasjon og en begynnende relasjonsbygging. Derfor kan vi se tiltaket som en måte å imøtekomme helsemyndighetenes krav på om at pasientene i større grad skal få informasjon om tjenesten og få tjenesten tilrettelagt.

## Referanser

1. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(8):1010–24.
2. Stark MJ. Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clin Psychol Rev.* 1992;12(1):93–116.
3. McLean S, Gee M, Booth A, Salway S, Nancarrow S, Cobb M, et al. Targeting the Use of Reminders and Notifications for Uptake by Populations (TURNUP): a systematic review and evidence synthesis. *Health Services and Delivery Research.* 2014;2(34).
4. Gariti P, Alterman AI, Holub-Beyer E, Volpicelli JR, Prentice N, O'Brien CP. Effects of an appointment reminder call on patient show rates. *J Subst Abuse Treat.* 1995;12(3):207–12.
5. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference.* Boston: Houghton Mifflin; 2002.
6. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
7. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring.* 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.

8. Brox H, Eilertsen MK, Hårvik V, Jakobsen T. Kartlegging av pasienter som avbryter eller ikke møter til rusbehandling ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF. Delrapport 1 fra prosjekt «Hindre drop-out fra rusbehandling» ved Psykisk helse- og rusklinikken. Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge; 2016.
9. Haugum M, Holmboe O, Iversen HH, Bjertnæs ØA. Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015. Oslo: Kunnskapssenteret; 2016.
10. Gallefoss L, Årseth AL. Drop-out prosjektet. Delrapport 2: Pasientforløp og drop-out i overgang fra Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) Sørlandet Sykehus HF til videre behandling i private døgninstitusjoner. Kristiansand: ARAs forskningsserie; 2016.
11. Helsedirektoratet. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator> (nedlastet 09.05.2018).
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Prop. 15 S (2015–2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.