

Drop-out prosjektet

Avd. for rus- og avhengighetsbehandling,
Sørlandet sykehus HF

Delrapport 5



ARAs forskningsserie 2017, nr. 32

Kontaktinformasjon:
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
Sørlandet Sykehus HF
Postboks 416
4604 KRISTIANSAND

Tlf. 381 32 600
www.avhengighetsbehandling.no

ISBN nr: 978-82-91-19132-4

Drop-out prosjektet

Delrapport 5

«Så jeg endte opp med å ikke dra dit, da..»

Frafall i overganger mellom ARA og private institusjoner.
Pasienters erfaringer og årsaker til ikke å møte opp til
innleggelse i privat institusjon.

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling,
Sørlandet Sykehus HF

Anne Lene Årseth, Erik Torjussen, Berit Johannessen
14.06 2017

Styringsgruppe:

Arne T. Bie/Lars Haugen avdelingsleder for Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet sykehus HF

Erik Torjussen, brukerorganisasjonsrepresentant fra A-larm

Bjørn Hjerkin, enhetsleder ved Forskning og utviklingsenheten (FoU), ARA, Sørlandet sykehus HF

Frode Nordhelle, enhetsleder ved poliklinikken Arendal, ARA, Sørlandet sykehus HF

John-Kåre Vederhus, forsker ved FoU, ARA, Sørlandet sykehus HF

Prosjektgruppe:

Anne Lene Årseth, prosjektleder, sykepleier og master i psykisk helsearbeid

Erik Torjussen, prosjektmedarbeider og brukerrepresentant

Berit Johannessen, veileder og sykepleier, dr.art., Universitetet i Agder

Utforming av rapport: figuru.no // Foto: shutterstock.com // Trykk: Kai Hansen trykkeri.

Forord

For å øke andelen som fullfører behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), bevilget Helse- og omsorgsdepartementet prosjektmidler for 2014- 17 til hvert av de Regionale helseforetakene (RHF). Overordnet mandat var å utvikle metoder og systemer som kan bidra til å redusere drop-out innen TSB. Forsknings- og utviklingsenheten (FoU) ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF) søkte og fikk midler fra Helse Sør-Øst (HSØ). I løpet av våren 2014 ble det etablert en styringsgruppe og engasjert personell til prosjektgruppen.

Drop-out prosjektet i ARA ble delt inn i fem delprosjekt, hvor utarbeidelse av denne rapporten var en av dem.

Det rettes en stor takk til de 5 informantene som på en klok og reflektert måte har bidratt med sine erfaringer og opplevelser. I tillegg takkes medlemmene i styringsgruppa og ansatte ved FoU ARA, som har gitt viktige bidrag og innspill.



Innhold

Forord	5
Sammendrag	8
1.0 Bakgrunn	9
1.1 ARA, de private institusjonene og pasientforløp	10
1.2 Formål	11
1.3 Problemstilling	11
2.0 Metode	12
2.1 Valg av metode	12
2.2 Valg og rekruttering av informanter	12
2.3 Gjennomføring av intervjuene	12
2.4 Analyse av intervjuene	13
2.5 Etikk	13
3.0 Funn	14
3.1 «De mente det var der jeg burde dra»	14
3.2 «Det var rett og slett at motivasjonen gikk rett i dass mens jeg ventet»	18
3.3 «For jeg hadde ikke lyst til å inn på den tiden, da...»	19
3.4 Tilbakeblikk over en prosess- og hva som er og har vært viktig	20
4.0 Diskusjon	23
4.1 Styrker og svakheter	26
5.0 Oppsummering og anbefalinger	27
Litteraturliste	28
Vedlegg 1	30
Vedlegg 2	31
Vedlegg 3	32

Sammendrag

En stor andel av dem som starter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) faller fra før behandlingen er fullført. Det finnes få studier som har undersøkt pasientenes egne erfaringer og opplevelser knyttet til frafall og hva de ser på som god behandling. Drop-out prosjektet ved Sørlandet Sykehus HF, ARA hadde som formål å videreutvikle og implementere tiltak som kan redusere frafall. Denne rapporten er basert på et av prosjektets fem delprosjekter.

Fem pasienter under 30 år som ikke møtte opp til behandling i fire av de mest brukte private institusjonene i 2013 ble intervjuet om årsakene til at de ikke møtte opp og hvordan de opplevde prosessen fram mot innleggelse. Funnene viser at informantene ikke fikk innvilget den behandlingen de ønsket, noe som førte til at de satt med en opplevelse av ikke å bli hørt og tatt på alvor. Mange opplevde at de måtte kjempe for å få innvilget den behandlingen de ønsket. Flere oppga lang ventetid og lite oppfølging i ventetiden som en årsak til at de ikke møtte. Noen av informantene ble søkt inn i behandling i privat institusjon selv om de ikke ønsket det. Hva som er og har vært viktig i behandlingen var å se på det å bli rusfri som en prosess, og informantene ønsket seg tett oppfølging i overgangene. Alle trakk fram den ene personen som hadde fulgt dem og hjulpet dem gjennom prosessen. Å bli hørt, tatt på alvor og få tillitt er i følge informantene det aller viktigste i behandlingen, i tillegg til individuell behandling.

Funnene indikerer at det er behov for å øke kunnskapen om brukermedvirkning og ha økt fokus på individuell behandling og god relasjon mellom hjelper og pasient. Oppfølgingen i ventetiden i overganger mellom ulike behandlingssteder bør styrkes.

1.0 Bakgrunn

En stor andel av dem som starter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) dropper ut av behandlingen før den er fullført. Tall viser at mellom 10- 60 % av dem som begynner i behandling ikke fullfører, avhengig av hvilken populasjon og nivå en undersøker (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen og Duckert, 2013). Sammenlignet med dem som fullfører behandlingen, har de som faller fra større sannsynlighet for blant annet flere reinnleggelser, dårligere fysisk og psykisk helse og tilbakefall (Stark, 1992). For å få et større behandlingsutbytte er derfor fullføring av behandlingen viktig (Ravndal, Vaglum, Lauritzen, 2005; Ravndal og Amundsen, 2010).

En nylig gjennomgang av 122 studier på drop-out gjennom de siste 20 årene viste at over 90 % av denne forskningen omhandlet forhold ved pasienten slik som utdanning, motivasjon, type avhengighet og kjønn. Med unntak av økt sårbarhet for frafall ved yngre alder, viste gjennomgangen ingen forhold ved pasientene som entydig kunne forklare frafall. Studien etterlyser mer forskning på behandlingsprosesser, som for eksempel tilfredshet med behandlingen og allianse (Brorson et al., 2013).

Politiske føringer viser at for å kunne utvikle gode og effektive tjenester, er innhenting av brukernes egne erfaringer viktig og bør få større plass i kunnskapsgrunnlaget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007-2008, Helse- og omsorgsdepartementet, 2011-2012). Tjenestene som tilbys skal være tilpasset den enkelte brukers individuelle behov og ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Brukermedvirkning ansees som helt sentralt for å forhindre frafall blant de yngste. Viktigheten av god allianse finnes også igjen i politiske føringer (Helsedirektoratet, 2016).

Til tross for fokus på viktigheten av å innhente pasientenes erfaringer for å utvikle og bedre behandlingstilbudet innenfor rusbehandling, finnes det generelt få studier som har undersøkt pasientenes egne erfaringer og opplevelser knyttet til frafall fra rusbehandling (Ball et al., 2006; Carlson, 2006; Laudet et al., 2009; Lee et al., 2007) og hva pasientene mener er avgjørende for at behandlingen skal være god. Vi har ikke funnet studier som har beskrevet pasienters erfaringer og opplevelser knyttet til prosessen fram mot innleggelse og deres årsaker til ikke å møte opp til behandling i private institusjoner innen TSB. Det finnes noen studier som har beskrevet pasienters erfaringer og opplevelser med behandlingstilbudene de har mottatt. En undersøkelse fra Kunnskapscenteret (Dahle og Iversen, 2011) hvor 13 pasienter innenfor rusbehandling ble intervjuet om hvilke sider ved døgnbehandlingstilbudet de opplevde som avgjørende, viste at det var ulike meninger og behov om tilbudet. Likevel gikk fire områder igjen, hvorav ett av dem var å bli tatt på alvor og respektert. At ansatte torde å gi pasientene tillitt ble vurdert som positivt. Det ble etterlyst at behandlerne så hele mennesket bak rusmisbrukeren. Bellack, Bennett, Gearon, Brown og Yang (2006) viste i sin studie at blant mennesker med psykiske lidelser ble et godt forhold og gode samtaler med de ansatte assosiert med en høyere tilfredshet med behandlingen. Norfjærn, Rundmo og Hole (2010) intervjuet 13 pasienter om positive og negative oppfatninger av behandlingen de mottok for rusavhengighet. Resultatene viste også her at den terapeutiske alliansen og det å bli tatt på alvor var viktig. Dette gjenkjennes også fra Brorson et al. (2013) sin gjennomgang av studier på drop-out de siste 20 årene. Kun seks av disse studiene undersøkte forhold knyttet til terapeuten, og alle viste at en god allianse mellom terapeuten og pasienten forutsa mindre frafall fra behandlingen. I følge Hacman et al. (2007) ble lavere tilfredshet med behandlingen assosiert med mangelfull involvering. Også i denne studien ble det å bli tatt på alvor fremhevet som viktig av pasientene.

1.1 ARA, de private institusjonene og pasientforløp

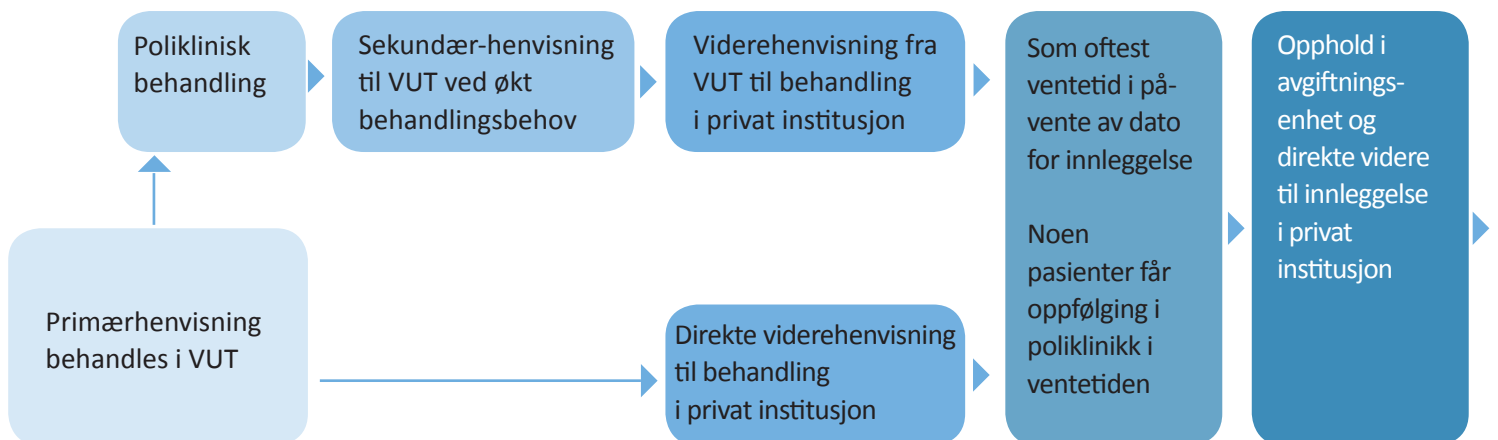
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet Sykehus HF har ansvar for behandling av pasienter med rus- og avhengighetsproblemer i Aust- og Vest- Agder. ARA tilbyr også oppfølging til pårørende og barn. ARA har flere behandlingstilbud: poliklinisk behandling, avgiftning, LAR- behandling, behandling for samtidig rus- og psykiatri, 12-trinns basert gruppebehandling og langtidsbehandling ved ARA Byglandsfjord. ARA benytter seg også av private døgninstitusjoner som Helse Sør-Øst har avtale med. I 2013 var dette 19 private ideelle institusjoner. De private institusjonene tilbyr ulike metoder og behandling.

Pasienter som ønsker behandling innenfor ARA SSHF, må henvises. Alle henvisningene går via ARA sitt eget vurderingsteam (VUT). VUT behandler søknadene og rettighetsvurderer hvorvidt pasienten har krav på behandling i spesialisthelsetjenesten, og i tilfelle på hvilket behandlingsnivå. Pasientene har fritt sykehusvalg ut fra innvilget behandlingsnivå. Henvisningene kan være både primære, det vil si fra andre utenom spesialisthelsetjenesten slik som fastleger og kommunal oppfølging, eller sekundære, som vil si at pasienten allerede mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, men har behov for et annet behandlingstilbud. For eksempel kan pasienter som mottar poliklinisk behandling søkes videre til behandling i privat institusjon eller til innleggelse i avgiftningsenheten. De private institusjonene har egen vurdering av henvisningene som går videre fra VUT. Det er sjeldent at en privat institusjon gir avslag. Dato for innleggelse i privat institusjon blir satt ved tilbud om behandlingsplass

Ventetiden fra pasienten har fått innvilget plass og frem til dato for innleggelse varierer fra institusjon til institusjon. Gjennomsnittlig ventetid i 2015 for behandling ved private institusjoner som har avtale med HSØ var 72 dager. Noen ganger kan innleggelsesdatoen bli fremskyndet.

Et pasientforløp fram mot innleggelse i privat institusjon kan være forskjellig. Det er vanlig at pasienter som skal videre til privat institusjon innlegges til avgiftning da institusjonene krever at pasientene skal være rusfrie ved innleggelse. Noen går da direkte fra avgiftningen og over til institusjonene, mens andre har ventetid imellom innleggelsene. Under skisseres de mest vanlige pasientforløpene (figur 1)

Fig.1



1.2. Formål

Formålet med drop-out prosjektet ved ARA var å videreutvikle og implementere tiltak som kan redusere frafall innen TSB. Et av delprosjektene hadde fokus på frafall i overgangene mellom ARA og de fire mest brukte private døgninstitusjonene for de yngste pasientene under 30 år i 2013. Rapporten avdekket at 48 % av disse pasientene falt fra i overgangene. Den største andelen trakk søknaden aktivt, mens et fåtall ikke møtte opp uten å gi beskjed (Gallefoss og Årseth, 2016). At en så høy andel falt fra i overgangene gjorde at prosjektet ønsket å innhente mer kunnskap fra pasientene om hvorfor de ikke møtte opp.

Hovedformål med studien var å få frem momenter som ARA SSHF kan bruke for å redusere frafall blant pasienter som sendes videre til behandling ved private institusjoner innen TSB. Hensikten var å få innsikt i og kunnskap om hvilke grunner pasienter hadde for ikke å møte opp til behandling i privat institusjon i 2013, og hvordan prosessen fram mot innleggelse i privat institusjon ble opplevd.

Styringsgruppa ga følgende mandat:

På bakgrunn av rapporten «Pasientforløp og drop-out i overgang fra Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) Sørlandet Sykehus HF til videre behandling i private døgninstitusjoner» som avdekket en frafallsprosent på 48 % i overgangene fra ARA til de fire mest brukte private institusjonene for de yngste under 30 år i 2013, ønsker styringsgruppa mer kunnskap om hvorfor disse pasientene ikke møtte opp til innleggelse i privat institusjon, og hva som opplevdes positivt og negativt fram mot innleggelse. Prosjektgruppa får derfor i oppdrag å intervju fem av disse pasientene for å framskaffe denne kunnskapen.

1.3 Problemstilling

Følgende todelte problemstilling ble utarbeidet:

Hvordan opplevde pasientene under 30 år som i 2013 fikk tilbud om, men ikke møtte opp til innleggelse i privat institusjon, prosessen fram mot innleggelsen?

Hvorfor valgte de ikke å møte opp?

2.0 Metode

2.1 Valg av metode

Studiens design ble utformet av prosjektleder og brukerrepresentant. Studien var opp-tatt av å få kunnskap om hvorfor pasienter ikke møtte til behandling i privat institusjon, og hva slags opplevelse og erfaringer pasientene hadde i prosessen fram mot innleggelsen. Det ble derfor naturlig å bruke kvalitativ metode. Fordi man ønsket hver enkelt sin historie i dybden, ble intervju valgt. Kvalitative intervju er en metode som egner seg for å samle inn data om menneskers opplevelse for å forstå sider ved personers dagligliv, og fra vedkommende perspektiv (Kvale og Brinkmann, 2010). Det ble benyttet semistrukturerte livsverdenintervju som verken er preget av helt åpne eller helt lukkede spørsmål.

2.2 Valg og rekruttering av informanter

Det var ønskelig å rekruttere fem av de yngste pasientene (under 30 år) som i 2013 ikke møtte opp til eller som trakk søknaden om behandling i en av ARA sine fire mest brukte private institusjoner det året. Informantene som skulle bli inkludert måtte ha samtykkekompetanse og ikke være i en kritisk livssituasjon eller for ruset til å gjennomføre intervjuet. For å finne fram til disse informantene søkte prosjektleder via sykehusets journal. Det var 20 pasienter på lista som ble henvist til privat institusjon i 2013, og seks av dem var aktuelle å spørre da de virket å være i en stabil livssituasjon. De andre ble i første omgang utelukket da de enten var innlagt til avgiftning eller akutt i medisinsk avdeling, i fengsel eller til behandling i privat institusjon eller døgnbehandling i ARA. En av pasientene på lista hadde fått avslag hos den private institusjonen, mens en hadde dratt fra avgiftningsenheten før oppholdet var fullført.

Alle 6 ble kontaktet av prosjektleder pr. telefon. En hadde et telefonnummer som ikke var i bruk, og ble dermed utelukket av studien. Av de fem andre, svarte alle utelukkende positivt til å stille opp til intervju. To av informantene møtte likevel ikke opp. De ble forsøkt kontaktet pr. SMS og telefon, uten at det ble oppnådd kontakt. Det ble derfor besluttet å ta kontakt med to av dem som man etter ny gjennomgang av listen så kunne være aktuelle. En av dem ble kontaktet pr. telefon, mens den andre ble kontaktet via behandler. Begge disse informantene var innlagt til døgnbehandling i ARA. Begge ønsket å delta i studien, og begge møtte opp til intervju.

2.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet november- desember 2016. De foregikk, på grunn av geografisk spredning av informantene, på ulike steder. En fant sted på kafe etter informantens ønske, tre ble gjennomført i ARA sine lokaler enten i Kristiansand, Arendal eller Byglandsfjord, og det siste intervjuet foregikk i A-larm sine lokaler i Kristiansand. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd. Intervjuene ble gjennomført av prosjektleder og representant fra brukerorganisasjonen. Prosjektleder ledet intervjuene, mens brukerrepresentanten fylte inn etter behov. På forhånd hadde disse sammen utarbeidet en intervjuguide med spørsmål man ønsket svar på (vedlegg 1). Tema var hvordan prosessen fram mot innleggelse i privat institusjon ble opplevd, hva som var positivt og negativt, årsaker til ikke å møte opp til innleggelse og hvilke elementer som er viktig i behandlingen. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men fungerte mer som en oversikt og forsikring om at man var innom alle temaene/spørsmålene man ønsket svar på. Underveis ble

informantenes svar oppsummert for å kunne forsikre seg om at det informantene sa ble forstått riktig. Intervjuene varte fra en time til en og en halv time. Det ble lagt vekt på at informantene følte seg trygge i intervjusituasjonen. Informantene ga tilbakemelding på at det følte trygt at det også var en brukerrepresentant med under intervjuene. Ingen ga uttrykk for at de opplevde intervjuene negativt.

2.4. Analyse av intervjuene

Alle intervjuene ble transkribert ordrett av prosjektleder. De ble så sendt til både brukerrepresentant og veileder for gjennomlesing. Analysen ble til gjennom systemisk tekst-kondensering etter Malterud (2003) sine fire trinn. Først ble intervjuene lest gjennom i et fugleperspektiv for å danne seg et inntrykk av aktuelle tema. Så ble intervjuene lest gjennom på nytt, og kodet og sortert ved at tekstbiter som passet sammen inn under hvert tema ble satt sammen. Tekst som ikke passet inn under temaene, ble lagt bort. Tekstbitene ble så skrevet om til et mindre muntlig språk, og de med samme innhold ble skrevet sammen. Sitater som kunne utfylle innholdet ble beholdt. Etter dette ble hvert tema igjen gjennomgått og hver tekstbit satt sammen igjen under hvert tema. Til slutt ble alle intervjuene gjennomgått på nytt for å se om beskrivelsen stemte med det informantene hadde sagt. Både veileder og brukerrepresentant har lest gjennom funnene og kommet med kommentarer. Analysen munnet ut i tre hovedtema som forklarer hvorfor informantene ikke møtte opp til innleggelse, og et tema som kalles «tilbakeblikk», der informantene sier noe om hva som er og var viktig for dem. Se figur 2. Alle informantene var engasjert og kunne noe om temaet, noe som er en forutsetning i kvalitativ forskning. Noen av informantene ga uttrykk for at det var viktig for dem å delta i studien slik at de fikk formidlet sin historie da de hadde opplevd prosessen fram til innleggelse i privat institusjon som negativ, og at de på en slik måte kunne være med på å bidra til at denne prosessen ble bedre for andre.

2.5 Etikk

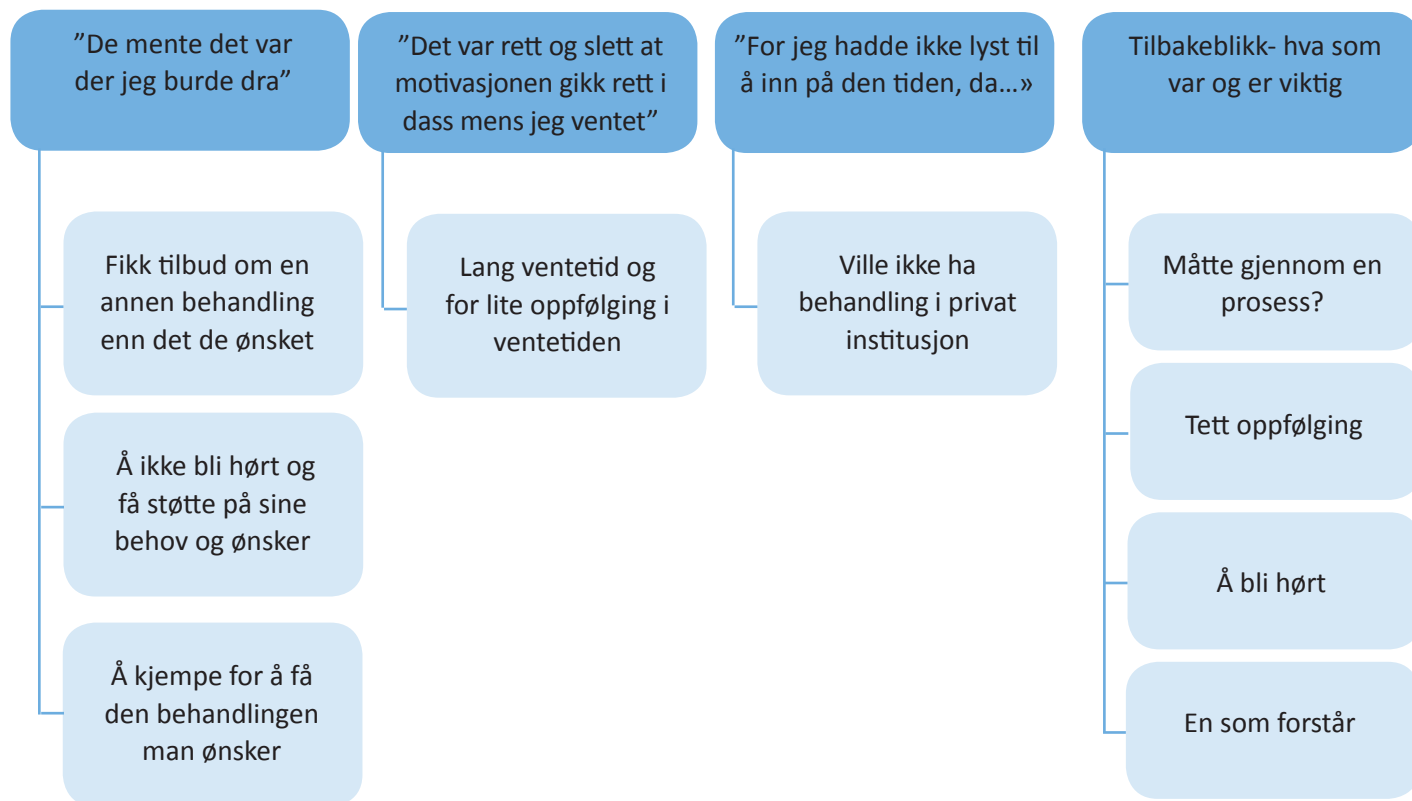
Alle informantene fikk informasjon om studien og skrev under på samtykkeerklæring (vedlegg 2). Noen av informantene hadde fått utdelt informasjonsskriv (vedlegg 3) og intervjuguiden på forhånd etter eget ønske. Alle fikk informasjon om studien både gjennom telefonsamtalen og før intervjuet startet. Dette for å forsikre seg om at de var innforstått med hva de takket ja til. Alle fikk beskjed om at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi noen grunn og uten at det fikk noen konsekvenser for behandlingen de eventuelt mottok, så sant intervjuene ikke var inngått i analysen. Ingen av informantene valgte å trekke seg. Alle informantene hadde noen de kunne snakke med etter intervjuene hvis behov.

Studien ble fremlagt for Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som konkluderte med at prosjektet framstod som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud. Det ble derfor ikke ansett som medisinsk eller helsefaglig forskning, og falt utenfor helseforsikringens virkeområde.

3.0 Funn

Funnene viste at det var flere årsaker og opplevelser som gjorde at informantene valgte ikke å møte opp til innleggelse i den private institusjonen. Informantene trakk fram flere momenter som de mente var og er viktig i behandlingsprosessen (figur 2).

Fig. 2 Funn



3.1 «De mente det var der jeg burde dra»

3.1.1 Fikk tilbud om en annen behandling enn det de ønsket

Alle informantene hadde hatt tanker om hva de ønsket seg av behandling før de ble søkt inn til privat institusjon. Noen hadde sagt i fra om behovene sine til den som søkte dem inn, mens andre ikke hadde snakket om det. En av informantene hadde ikke blitt spurt om hva han hadde ønsket eller hatt behov for.

Mange av ønskene de hadde hatt var helt konkrete, og noen ønsket seg til en bestemt institusjon. For eksempel ønsket en av informantene seg til et sted som lå nærme hjemstedet, hadde tilbud om fysisk aktivitet og uten for mye gruppebehandling, mens en annen ønsket seg et sted som fulgte ham tett opp og hadde en «brutal» behandling. En informant ønsket seg egentlig inn i LAR-behandling. To av informantene var gravide og begge ønsket innleggelse sammen med sin mann. En av dem var under stabil LAR-behandling, og ønsket seg et sted hvor hun og mannen kunne være en kort periode for å lære seg å bli trygge i den nye rollen som foreldre. En annen var sliten og trengte et sted der han kunne få nok hvile:

Mitt ønske var rett og slett inn på en institusjon, men tilrettelagt i forhold til... i forhold til

hvor sliten en er når en har vært på rus såpass lenge, og ikke bli tvunget til å være med på aktiviteter, tvang i det hele tatt når du ligger og er abstinent og gjerne føler på tanke- kjør som ikke er noe særlig behagelig, å bli tvunget til ting da, det er veldig vanskelig.

Men alle informantene opplevde å få tilbud om en annen behandling eller institusjon enn den de ønsket seg. En av informantene ble søkt til en institusjon som han hadde vært på før og hadde dårlig erfaring med, og som han derfor ikke ønsket å dra tilbake til. En av informantene som var gravid og ønsket å legges inn sammen med sin mann, fikk heller ikke ønsket sitt oppfylt. Informanten som ønsket seg LAR-behandling fikk avslag. Både han og en annen av informantene ønsket seg da til en konkret navngitt institusjon, men begge fikk tilbud om et annet sted:

Ja, jeg hadde vært til samtaler her en god del for jeg følte at jeg greide det ikke på egen- hånd, jeg gikk jo mye fram og tilbake, jeg gikk på smell etter smell, da tenkte jeg at jeg får ta behandling og se om jeg får noe hjelp der, også var det egentlig det jeg siktet etter først, det var jo å komme meg inn på Basis, men så var det Samtun som jeg fikk tilbud om.

Informanten som var gravid og i LAR-behandling, fikk tilbud om å bli lagt inn i en langtids- institusjon for rusavhengige. Hun opplevde ikke at denne institusjonen dekket hennes behov: *Ja.. også føler jeg at de tingene de har funnet ikke nødvendigvis var riktig for oss, i den situasjonen, da, så.. og da har de liksom ikke hatt noe annet tilbud.*

Informantene hadde fått forskjellige begrunnelser for hvorfor de ikke fikk innvilget det de ønsket. To av informantene hadde fått tilbud om den institusjonen som hadde kortest ventetid:

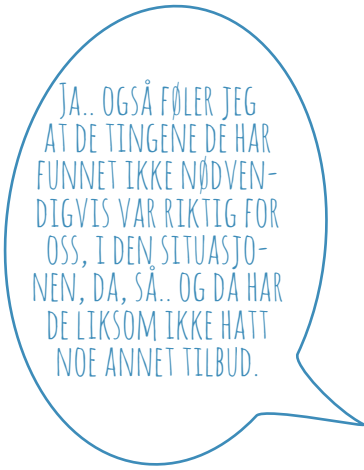
«Jeg ville egentlig opp på Loland, det var vel det, men så søkte NAV meg inn på Samtun, da for å... det var en av de med mest kjappet tid.. for å.. de mente det var der jeg burde dra, så.. det endte for meg at jeg ikke.. at jeg takket nei til den, da..»

Andre hadde fått som begrunnelse at de ikke var klare for den behandlingen de ønsket, at de var for unge eller ikke oppfylte kriteriene eller at det ikke fantes andre steder som kunne være aktuelle for dem.

3.1.2 Å ikke bli hørt og få støtte på sine behov og ønsker

Når informantene ikke fikk innvilget den behandlingen de ønsket seg, førte det til at de ikke følte seg hørt eller trodd på sine behov og ønsker. Alle informantene- bortsett fra en- fortalte at det å ikke bli hørt eller trodd på var gjennomgående erfaringer de hadde gjennom hele behandlingsforløpet. De fortalte blant annet om ikke å bli hørt når det gjaldt konkrete ønsker som å trappe ned eller opp på medisinbruk eller antall jobbdager, eller ikke å bli trodd på at de følte seg for dårlige til å delta i aktiviteter. En av informantene fortalte om en ansatt på en institusjon som skulle ha han med på trening:

Og han kom jo og skulle ha meg med på gymmen, og det som skjedde da det var at jeg var dårlig, jeg lå og hadde griseabstinenser og skjønnte ikke helt hvorfor jeg var så dårlig, men han sa det til meg at du får komme deg ned til legen og få fritak fra legen, hvis ikke så må du være med, og jeg krabbet ned til legen, jeg, og fikk fritak jeg, ja, da skal jeg ned og sjekke, sier han, så kommer han opp igjen og sier at jeg ikke har vært hos legen! Åh, da følte jeg meg skikkelig provosert, altså!



JA.. OGSÅ FØLER JEG AT DE TINGENE DE HAR FUNNET IKKE NØDVENDIGVIS VAR RIKTIG FOR OSS, I DEN SITUASJONEN, DA, SÅ.. OG DA HAR DE LIKSOM IKKE HATT NOE ANNET TILBUD.

Mange hadde opplevd manglende tillit til at de kunne klare å gjennomføre det de ønsket seg. Informanten som var gravid og i LAR-behandling, og som ikke hadde ruset seg på andre stoffer på flere år, ønsket å takke nei til institusjonsplassen som ble tilbudt henne fordi hun mente at den ikke var riktig for henne. Hun opplevde at hun ikke ble hørt og fikk tillit til at hun kunne klare seg likevel: *Men altså, de har ikke lyst til å ta sjansen på at jeg klarer det selv, på en måte. Litt sånn «dra heller inn så...». Men det var virkelig ikke noe poeng i at jeg skulle dra inn.*

En annen av informantene fikk avslag på søknaden om LAR-behandling flere ganger før han fikk den innvilget. I etterkant har han hørt fra ansvarsgruppa at de ikke hadde trodd på at han kom til å klare denne type behandling: *De regnet jo med at så fort jeg kom inn i LAR, så... men de har jo sagt det i ettertid også, at.. det... ting har jo gått mye bedre enn de trodde, og kanskje det var det riktige, og... ja.*

Informanten som var gravid og i aktiv rus da hun ble søkt inn, var derimot tydelig på at hjelpeapparatet hadde gitt henne for mye tillit. Hun hadde takket nei til behandlingsplassen og lovet at hun ikke skulle ruse seg mer, selv om hun visste at hun kom til å gjøre det. Hun beskrev det slik at hun var i benektelse av sitt rusproblem og manipulerte hjelpeapparatet til å tro at hun hadde kontroll. For henne hadde det vært viktig å bli sett og tatt i denne løgngen slik at hun ikke hadde satt sitt ufødte barn i fare. Hun begrunnet det slik:

Rusavhengige vet akkurat hva de skal si og hva de ikke skal si. Det burde vært noe slags tiltak for det, at det er en rutine for sånne ting. For det er ingen som vil skade sitt ufødte barn, det er jo ingen som vil det, men kraften er så stor at den gjør det likevel (...) Det er det der med å la tvilen komme til gode, det er ikke bra.

Flere av informantene beskrev hvor sinte og fortvilet de ble da de ikke ble hørt og tatt på alvor. For en av informantene førte dette til at han tenkte at det ikke var noen vits i å be om hjelp. Han hadde bedt om tett oppfølging i ventetiden, men opplevde at avtaler ble brutt og at ingen tok kontakt:

Så det... det jeg husker følelsen ble da, når jeg på en måte ble avvist sånn, det var liksom, nå ber jeg om hjelp, jeg har liksom lagt meg flat og strekker ut og vil ha hjelp, også får jeg ikke hjelp, og da ble jeg.. jeg husker da ble jeg griseforbannet. Tenkte, da er det ikke vits. Kan like godt holde på som jeg gjør. Jeg får ikke hjelp selv om jeg ber om det.

En annen av informantene kom med et hjertesukk:

Jeg har hørt flere.. det er rett og slett det at de ikke blir hørt når de sier noe og faktisk de som er ærlige på hva de hører på og sier, og selvfølgelig, det er noen som prøver seg, men de fleste som legger seg inn, de legger seg inn fordi de har lyst til å prøve, men når ikke de blir hørt, så er det ikke noe særlig lett.

Å ikke bli hørt på deres behov og ønsker førte til at mange av informantene satt igjen med en følelse av at behandlingen de fikk var lite individuelt tilrettelagt og at de ble tilbudt hjelp «etter boka». En av informantene som var gravid da hun takket nei til institusjonsplassen, sa det slik:

Jeg føler at de gjorde det som står i boka deres som er riktig at det skal du gjøre, på en måte, for altså... de gjorde sikkert det de mente var riktig ut fra hvordan de var vant til å

gjøre ting, men jeg mener at det ikke nødvendigvis var riktig, og hvert fall ikke i vårt tilfelle.

Hun understreket videre viktigheten av å behandle folk individuelt:

Altså, nå er det ikke sikkert at det her er likt i alle tilfeller, sånn sett, for nå hadde jeg kommet et stykke allerede før vi kom dit, på en måte, så rusbanen min har ikke akkurat vært så stor der da, så det begrenser hvem du skal gi for mye tillit til også, men du må jo prøve å behandle folk individuelt.

En annen sa det slik: *For det er jo ikke alt som passer til alle, og alle som klarer alt da, på en måte.*

3.1.3 Å kjempe for å få den behandlingen man ønsker

Mange av informantene hadde opplevd at de måtte kjempe for å bli søkt inn til den behandlingen de ønsket seg og som de trodde var riktig for dem. Flere hadde følt seg presset til å ta imot den behandlingen som hjelpeapparatet foreslo. En av informantene som var gravid, takket nei til plassen hun ble tilbudt. Hun opplevde at hjelpeapparatet likevel prøvde å presse henne til å takke ja:

Du har jo et ganske press da, hvis du sitter med en hel ansvarsgruppe som «men tror du det her går bra»- som på en måte.. men nå var det ikke akkurat dette de sa, da, men du får følelsen av det, på en måte, så.. og det er igjen det der at du må prøve å gi noen tillit og støtte de på en måte, i istedenfor å liksom «men tenk om det og det skjer». Altså.. ja.. man blir ganske stresset av sånt.

En annen av informantene fortalte om hvordan han opplevde at NAV hadde hatt overtaket på han:

Det... altså, på en måte NAV, de hadde jo på en måte overtaket på meg, de kunne jo ta pengene hvis jeg ikke fulgte planen og det, og jeg har aldri vært noe flink til å skaffe meg penger, eller på en måte eller... jeg var liksom.. jeg var avhengig av de pengene, og jeg klarte ikke å holde en jobb eller, for å få den inntekten. Så jeg måtte liksom gjøre det jeg må for å få de pengene. Jeg har mistet de flere ganger, men jeg fikk liksom laget en plan så jeg fikk de opp igjen, da, så...

I tillegg til å takke nei til plassen de ble tilbudt, fortsatte flere av informantene å gå sin egen vei for å nå målet sitt og bli rusfri, selv om de opplevde at hjelpeapparatet ikke var enig eller forstod handlingene deres. En av informantene som ønsket LAR- behandling, fikk avslag på søknaden to ganger. Han fikk innvilget behandlingen etter at han dokumenterte hele hendelsesforløpet i en klage til fylkesmannen. Han prøvde lenge å overbevise behandlingsapparatet om at han var klar for en slik behandling:

Jeg var jo ofte og tok urinprøver selv om jeg ruset meg, bare sånn for å vise at jeg kunne gå og gjøre det, liksom, men jeg hadde ingen grunn til å.. å skjule hva jeg gikk på, eller jeg hadde ikke noen grunn til å holde på noe, og jeg gikk jo lenge bare på.. før jeg kom inn i LAR så gikk jeg tre måneder kun på LAR medisiner og leverte urinprøver ei gang i uka, og.. det var bare for å vise at jeg kan liksom..

En annen av informantene valgte å slutte med LAR- medisiner på egen hånd selv om ansvarsgruppa ikke støttet henne i dette. En tredje informant valgte å jobbe gratis hver

dag for å holde seg rusfri da han ikke fikk innvilget den behandlingen han ønsket:

Så fikk jeg jo.. så gikk det jo en stund videre, så fikk jeg jobb etter hvert, og da skulle jeg holde meg rusfri igjen. Det var egentlig en samfunnsstraff, men jeg valgte å jobbe gratis der hver dag, for jeg merket at jeg holdt meg rusfri. Så prøvde jeg å finne min egen løsning, da.

Alle informantene har etter hvert fått innvilget den behandlingen de ønsket seg.

3.2 «Det var rett og slett at motivasjonen gikk rett i dass mens jeg ventet»

Lang ventetid og for lite oppfølging i ventetiden

Flere av informantene oppga lang ventetid og at de fikk for lite oppfølging i ventetiden som en av årsakene til at de ikke møtte opp til den institusjonen de var søkt til: *men jeg husker det var en god del ventetid. Så var det jo ikke noe tilbud... noe jeg kunne gjøre i ventetiden.*

For en av informantene ble ventetiden uten tett oppfølging for lang, og han fant på egenhånd en ledig plass på en annen institusjon. Han forklarte hvorfor han ikke orket å vente: *Det var veldig langt fremme i tid, og.. og jeg var ganske sliten i de periodene og.. og jeg var ganske langt nede, egentlig, så jeg tok vel egentlig bare det..* Han valgte å dra fra denne institusjonen etter noen uker da han ikke følte at han kom noen vei. Dette førte til at han mistet plassen til den opprinnelige institusjonen og måtte bli søkt inn på ny.

For en av de andre informantene førte ventetiden og lite oppfølging til at hun mistet troen på at hun kunne klare behandlingen:

Jeg fikk panikk, rett og slett. Jeg tror jeg i grunn.. jeg tror jeg i grunn ble redd for å gi opp rusen, for å møte på de følelsene jeg visste jeg måtte møte på, og ... og det holdepunkt i livet som lenge hadde vært barna, de var nå ikke tilstede lengre, og det gjorde at jeg friket rett og slett litt ut, og ikke stilte opp, for jeg trodde rett og slett at jeg kanskje ikke kom til å klare det. Så jeg mistet troen.

En av informantene hadde vært innlagt i en kommunal institusjon, og måtte være hjemme en natt alene før han skulle videre til en privat institusjon. Grunnen til at han måtte være hjemme denne natta var at den kommunale institusjonen ikke hadde mulighet til å kjøre han direkte til den private institusjonen dagen etter. Han trodde at han skulle klare å holde seg nykter, men fant en hasjklump i nattbordskuffen og «sprakk»: *Jeg trodde at jeg kom til å greie meg da, men det var fordi jeg ikke trodde at jeg hadde noe liggende hjemme. Så hadde jeg ikke hatt noe liggende igjen hjemme, så hadde det gått greit.* Dette gjorde at han ikke møtte opp til behandling.

En hadde holdt seg nykter i lang tid før han ble søkt inn til institusjonen, og han var usikker på hvor lenge han kom til å klare å holde seg. I tillegg opplevde han at han fikk lite og dårlig oppfølging fra den institusjonen han skulle legges inn på. Til sammen førte dette til at motivasjonen for behandling sviktet:

Familien støttet meg og alt det, og jeg hadde jo gjort hele jobben hjemme først, liksom fått alt på avstand, så når jeg eventuelt hadde vært der borte, så hadde jeg kommet hjem

til ryddig og ut av miljøet og alt sammen. Men det... det var rett og slett at motivasjonen gikk rett i dass så hentet jeg alt opp igjen. Også det at jeg måtte vente så lenge, for det.. nei det var så.. jeg fikk så dårlig informasjon også, men jeg husker ikke alt så veldig godt der, men det var.. var liksom så irritert over at jeg måtte vente så lenge, for jeg visste ikke hvor lenge jeg klarte å holde meg nykter til jeg skulle inn.

Også flere av de andre informantene hadde opplevd at de i ventetiden fikk for lite informasjon om institusjonen og behandlingen. For en av informantene var dette en gjennomgående erfaring:

Egentlig så hadde det vært greit, å vite litt... å vite litt om plassene man kan reise til, da og hvilke type opplegg og litt hvordan ting fungerer, da. For det har jeg aldri visst når jeg har reist en plass, det er liksom enten om det er... jeg visste jo at det var sånn 12- trinns behandling når jeg reiste til Nord- Norge, da, at det var mye gruppeterapi og sånn og... men Loland, det hørte jeg egentlig aldri noe om, hva som skjedde der oppe, eller Samtun visste jeg litt, men det var mest fra venner av meg som har vært der, da, som jeg hørte det av.

To av informantene hadde fått litt informasjon, men opplevde at de ikke var mottagelig for den. En av dem forklarte det slik:

Jeg fikk vel litt sånn basic informasjon, men mye gikk jo inn det ene øret og ut det andre. Og det er og veldig viktig, for jeg vil vel si at kanskje jeg ikke var mottakelig de andre gangene jeg har vært i behandling, da har jeg gjort det bare for jeg har følt at jeg har måttet, for jeg hadde kniven på strupen med tanke på at jeg ble fratatt barna mine hvis jeg ikke gjorde det.

3.3 «For jeg hadde ikke lyst til å inn på den tiden, da...»

Ville ikke ha behandling i privat institusjon

To av informantene ønsket ikke behandling i privat institusjon i det hele tatt på det tidspunktet som de ble søkt inn og fikk plass. Den ene av informantene var gravid, men benektet sitt rusproblem og ønsket ikke å dra til institusjonen. Hun forklarte det slik:

For jeg visste jo egentlig at det jeg holdt på med var galt. Men den rusen har så forbannet mye makt, at den gjør jo ting som strider stikk i mot moral og verdier og alt, jeg skal bare ruse meg en siste gang, også skal jeg ordne det.

Den andre informanten hadde fått beskjed fra NAV at om han ville beholde dagpengene, så måtte han takke ja til behandling på en institusjon han ikke ønsket å dra til. Han gikk med på å søke selv om han ikke ville ha behandling og ikke kom til å dra:

Så sa jeg nei når jeg ble kalt inn for jeg hadde ikke lyst til å inn på den tiden, da, for det var mye som var fram og tilbake, men det var bare sånn.. for det var for å beholde pengene. Jeg hadde ikke planer om å reise opp dit i det hele tatt.

For begge informantene handlet det om at de ikke var kommet dit at de var klare for behandling. En av dem visste ikke hva han ville:

Jeg vet ikke om noe mer som kunne ha vært gjort, for det var jo meg det stod på, og jeg visste jo ikke hva jeg ville. De har jo prøvd, de har jo gjort det de ville, eller- ikke det de ville, men gjort det de kan, da.. så.. jeg tror ikke de kunne ha gjort så mye annerledes for at det skulle ha gått noe annet, egentlig.

For den andre informanten handlet det om at hun ikke var motivert for behandling på det tidspunktet:

Men det er for det at jeg nå ser at jeg ikke var motivert å bli kvitt rusen. Så jeg tror ikke noe hadde nådd inn til meg, for det at rett og slett da så var jeg så barnslig, at jo mer folk plukket på meg, og jo mer folk skulle informere meg om ting, jo mer kunne jeg skyve det vekk igjen. Og det er jo det som er så skummelt, for hvordan skal en kunne hjelpe folk hvis de ikke vil?



OG DET ER JO DET SOM ER SÅ SKUMMELT, FOR HVORDAN SKAL EN KUNNE HJELPE FOLK HVIS DE IKKE VIL?

3.4 Tilbakeblikk over en prosess- og hva som er og har vært viktig

I etterkant så informantene flere elementer som både var og er viktige for dem i veien fram mot å bli rusfri:

3.4.1 Måtte gjennom en prosess?

På spørsmål om det var noe som kunne ha gjort at de likevel reiste til behandling på institusjonen i 2013, var informantene usikre. I etterkant har fire av informantene tenkt på at alt som skjedde kanskje var en del av en prosess de måtte gjennom før de ble klare for en varig endring. En sa det slik:

Jeg var ikke helt der på Samtun, at det var.. men jeg var klar, jeg var klar til å gi det en sjans, men jeg tenker at hadde jeg vært.. hadde jeg vært like motivert... eller samme setningen som da jeg skulle på Basis, så tror jeg kanskje jeg hadde reist inn, men da hadde.. eller, nei. Jeg tror ikke jeg hadde reist inn, for da hadde jeg ikke fått den erfaringen før.

Alle informantene fortalte hva som gjorde at endringen kom og de var klare for behandling. For en av informantene handlet det om å finne ut av hva han egentlig ville:

Det gikk jo ganske lang tid før jeg fant ut av hva jeg ville selv, eller.. om jeg egentlig.. ja, det var ikke før.. før de siste to årene at jeg har hatt ordentlig lyst til å være nykter eller holde meg nykter.. nå er jeg ikke helt der den dag i dag, da, men.. jeg har jo kun den Subutexen, jeg har ikke noe annet, lengre, noe sprekk eller noe sånn, så.. og, jeg har planer om å gå av det etter hvert og.. men det får jeg ta når jeg er klar for det også, på en måte.

En annen av informantene måtte nå sin personlige bunn før hun ble klar for endring:

Så jeg måtte faktisk gå så langt at jeg mistet barna mine og skjønte at jeg klarer det ikke selv. Det var min bunn, faktisk, at jeg måtte ofre barna. For det er mine innerste verdier og moral.. altså, alt avhenger av at jeg har lyst til å være en god mamma, og når jeg skjønte at det går ikke lengre, skjønte at det har jeg ikke vært, for jeg har aldri vært til stede mentalt for barna, jeg har valgt mannen foran barna, jeg har valgt rusen foran barna mine.. ja, det var når jeg kom dit at jeg hadde nådd min bunn.

Mens for en kom endringen da han skulle bli far og ikke ønsket at barnet skulle leve opp i samme forhold som han selv hadde: *Men jeg var.. kommet for lite gjennom prosessen,*

og nå som jeg har fått en liten en som jeg tenker på, jeg kan ikke tenke meg noe større viljestyrke jeg kan få enn å ha fått lillemann.

To av informantene er nå rusfrie og klarer seg bra med skole og jobb, en er i stabil LAR-behandling og holder på å fullføre utdanning, og to er i den type langtidsbehandling som de ønsket seg og ser positivt på å skulle klare å holde seg rusfri.

3.4.2 Å bli hørt

Informantene trakk fram det å bli hørt og tatt på alvor som det aller viktigste i behandlingen:

Det eneste jeg kan gå tilbake på er hva de kan gjøre annerledes eller noen råd. Eller bare.. for jeg vet at en rusavhengig, når de først blir hørt, når de endelig blir hørt, det gir de så utrolig mye.. det er så lite som skal til, det er bare at de blir hørt og sett. Vi blir jo som sånne små barn når vi ruser oss. Vi søker oppmerksomhet over alt, vi søker bekreftelse overalt, vi .. i tidlig tilfriskning, da er det bare å bli sett og hørt og å bli tatt på alvor.

I tillegg ble ønsket om individuell behandling og å få tillit til at man kan klare å gjennomføre det man ønsker fremhevet som viktig:

Og man må gi folk sjansen for å vise at de kan noe, på en måte, og i alle mulige ganger det har skjedd, så har jeg klart det på en måte.

En av informantene oppsummerte det slik:

Hvis det er noe som er veldig viktig, både for meg og mest sannsynlig veldig mange andre som prøver å bli nykter, det er spesielt det med å bli hørt. Og få tilrettelagt i forhold til hva de ønsker og hva de har behov for.


3.4.3 Tett oppfølging

Flere av informantene fremhevet viktigheten av tett oppfølging og informasjon i overgangene. For en av informantene ble det å bli fulgt tett opp en av årsakene til at hun denne gangen hadde møtt opp til behandling:

Så om ikke jeg spurte nok, eller om jeg ikke tok i mot den informasjonen jeg fikk det vet jeg ikke, det er jeg litt usikker på, men det har vært helt essensielt for meg denne gangen, å kunne spørre og grave og få svar på det jeg lurte på nettopp fordi jeg er utrolig dårlig på overganger, nye ting, det høres jo merkelig ut det at rus og den elendigheten og det der, men jeg var vant med det og det var trygt på en rar måte, men det å bare skulle, å gjøre noe helt nytt noe, å gå inn med hud og klør, det var kjempeskummelt, så den informasjonen der i forkant den har vært alfa og omega for meg, og spesielt da at ruskonsulenten min har vært så tilgjengelig for meg hele veien. Han ringte meg hver dag fram til jeg skulle inn, for han visste, hvis jeg fikk for mye spillrom alene, så kunne jeg havne fort tilbake i gamle tankemønstre, og få panikk igjen og ikke ville.

En annen av informantene ønsket seg tett oppfølging fra den private institusjonen han skulle til. For ham hadde det vært en måte å føle at han allerede var i gang med behandlingen:

Tenker jo det at å kunne gi de et tilbud på.. ja, at det er et tilbud til når det er ventetid. Liksom.. for det er veldig fort å si at du har fått plass, men må vente så og så lenge, og



...NÅR DE FØRST
BLIR HØRT, NÅR DE
ENDELIG BLIR HØRT, DET
GIR DE SÅ UTROLIG MYE..
DET ER SÅ LITE SOM SKAL
TIL, DET ER BARE AT DE
BLIR HØRT OG SETT.

det er det siste vi.. eller jeg også ville, å måtte vente, og da tenker jeg, da kan du si.. det er ikke noe vits i å si at da har du fått plass, for da har du stilt hodet på at du har fått plass, men da må du vente så og så lenge og da kan du allerede planlegge hvor lenge du har lyst til å ruse deg For du drar den helt ut. Tenker det å fange de opp med en gang de er.. når de er motivert, liksom, gi de noen tilbud.

3.4.4 En som forstår

Til tross for at mange fortalte at de ikke var blitt hørt og at de hadde kjempet for å oppnå den behandlingen de ønsket seg, fortalte alle informantene om den ene personen som hadde hørt dem og hjulpet dem med å få den behandlingen de egentlig ønsket. Informantene beskrev denne som en de hadde god match med, som gjorde det lille ekstra, en som hjalp dem med det praktiske når de trengte det, som lyttet og forstod, gav dem tillit, fulgte dem tett, aldri gav dem opp og en som de jobbet fram mot et felles mål med. En av informantene forklarte vedkommende sine egenskaper slik: *Og det var måten han var.. pratet med meg på, måten han har slitt som ikke var rusrelatert, og det kan jeg kjenne meg igjen i, han har liksom gitt av seg selv, og da gir jeg av meg selv.*

En annen beskrev det slik:

Han er bare til stede. Han møter opp, uansett om jeg har vært veldig ruset, ute av meg, ikke har sett klart løsninger, vært psykotisk... Han har ikke gitt meg opp, og det har vært veldig viktig for meg, å ha en som faktisk skjønner meg.

Mange av informantene gav denne ene personen mye av æren for at de nå var i bedring:

Så da.. det som var min hovedinngang da til å ta kontakt for å legge meg inn, det var min ruskonsulent. Han har mye av æren for det. Han er også tidligere rusavhengig, og har mye kunnskap, personlig og faglig, så når jeg var... når det stormet som verst og jeg hadde gitt opp alt håpet og sånt, så var han der og støttet meg. Så hadde det ikke vært for han, så tror jeg ikke at jeg hadde søkt meg inn.

4.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få innsikt i årsaker til at pasienter ikke møtte opp til behandling i privat institusjon i 2013, og hvordan de opplevde prosessen fram mot innleggelse. Informantene trakk fram flere årsaker til at de ikke hadde møtt opp til behandling i privat institusjon. Ingen av dem hadde i 2013 fått innvilget det tilbudet de egentlig ønsket. Noen av informantene beskrev lang ventetid og lite oppfølging i ventetiden som en av årsakene til at de ikke møtte opp til innleggelse i privat institusjon, mens andre hadde blitt søkt inn selv om de ikke ønsket behandling. Alle, unntatt en, hadde gjennomgående erfaring med ikke å bli sett og hørt og få tillitt, og de hadde opplevd å måtte kjempe for den behandlingen de ønsket seg.

Informantene beskrev det å bli rusfri som en prosess. Av positive behandlingstiltak fortalte alle om relasjonen til den ene personen som de en god relasjon med og som hadde hjulpet dem gjennom prosessen. Å bli fulgt tett i overgangene ble trukket fram som viktig. Informantene mente at det å bli hørt og sett og tatt på alvor er det aller viktigste i behandlingen.

Funnene antyder at hele prosessen fram mot innleggelse i privat institusjon har vært preget av at informantenes behov og ønsker i stor grad ikke har blitt hørt, respektert eller tatt på alvor. Funnene samsvarer med funn fra rapporten denne studien bygger på hvor en av hovedutfordringene knyttet til drop-out i overganger var forståelse for og implementering av brukermedvirkning, herunder for lite medbestemmelse og ansvarliggjøring. Politiske føringer er tydelige og viser at brukermedvirkning på individnivå er en lovfestet rettighet og inngår i kravet om forsvarlige tjenester (Regjeringen 1999, 2001, 2011). Brukermedvirkning på individnivå vil si at pasienten medvirker gjennom å velge mellom forsvarlige og tilgjengelige behandlings- og undersøkelsesmetoder. Det understrekes at det er viktig at pasienten faktisk blir involvert, og at pasientenes egne prioriteringer og valg er av stor betydning. (Helsedirektoratet, 2016). Det kan se ut som om funnene i vår studie står i kontrast til hva retningslinjene og lovverket sier, og at informantene ikke har mottatt tjenester ut fra en reell brukermedvirkning. En nasjonal kartlegging av brukermedvirkning innen TSB understøtter dette og viser at det er flere utfordringer før potensialet i reell brukermedvirkning er utnyttet fullt ut (Torjussen, Harwiss og Havenes, 2014). Brukermedvirkning vil ikke si at det er pasienten som alene bestemmer behandlingen. Brukermedvirkning er et samarbeid mellom ansatt og pasient, hvor de ansatte bidrar med sin fagkunnskap, mens pasienten bidrar med sin brukerkunnskap. Pasientens meninger skal tillegges stor vekt, og det vil være pasientens mål og behov som er styrende. (Helsedirektoratet, 2015). Unntaket for rett til medvirkning i sin helhet gjelder for pasienter som er underlagt tvungent tilbakehold for rusmiddelavhengighet eller tvunget psykisk helsevern (Direktoratet for e-helse, 2014). I vår studie gjaldt dette for den ene av pasientene som var gravid og ikke ønsket behandling. I etterkant etterlyste hun selv at helsepersonellet hadde sett og forstått tidligere at hun ikke kom til å klare å holde seg rusfri slik hun hevdet, og at hun hadde blitt underlagt dette unntaket tidligere i svangerskapet. Likevel har reglene om tvang som mål at pasientene så langt som mulig sikres innflytelse over behandlingssituasjonen (Direktoratet for e-helse, 2014).

Kravet om brukermedvirkning representerer en endring i tanken om at det er pasienten som skal tilpasse seg tjenestene og ikke omvendt (Dahl, 2011). I tillegg fordrer det at helsepersonells rolle som ekspert endres, noe som er en av utfordringene ved implementering av brukermedvirkning. Blant helsepersonell har det kommet motforestillinger mot

at pasienter innenfor rusbehandling skal medvirke i egen behandling. Argumentene har vært at rusmisbrukernes «kaotiske» hverdagsliv og selve avhengigheten begrenser deres kapasitet til å medvirke (Fischer og Neale, 2008). I dag er det enighet om at brukermedvirkning gjør tjenestene bedre. (Dahl, 2011). Studier viser at brukermedvirkning innenfor TSB har gitt positive resultater slik som at pasientene blir lengre i behandling, redusering av heroinbruk, mindre kriminalitet og at pasientenes myndiggjøring øker (Fischer og Neal, 2008; Nabitiz et al., 2005; Ning, 2005).

At informantene ikke fikk innvilget det behandlingstilbudet de ønsket, førte til at de opplevde at hjelpen de ble tilbudt ikke passet. Flere satt igjen med en følelse av at de fikk hjelp «etter boka» og etter hva hjelperne mente var riktig for dem, og ikke etter hvilke behov de hadde. Dette står i kontrast til nasjonale retningslinjer som er tydelige på at tjenestene skal tilpasses individuelt, det vil si etter hver enkelt sitt behov, evner, ønsker og levesett (Helse- og omsorgsdepartementet 2008, 2012, 2016). Individuell behandling kan også sees i sammenheng med kravet om brukermedvirkning. En nylig utgitt bok hvor 14 informanter forteller sin historie om å komme seg fra rusavhengighet, understøtter at det viktigste hjelpeapparatet kan gjøre for å hjelpe mennesker mot rusfrihet, er å ta utgangspunkt i den enkeltes preferanse, verdier og kontekst og i de forhold hver enkelt ønsker å endre (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl og Biong, 2016). Jensen (2006) som har forsket på hva som har vært viktig for å komme seg etter alvorlige psykiske lidelse, sier at det avgjørende er å anerkjenne at mennesker trenger forskjellige former for hjelp fordi deres problemer er forskjellige. Den avgjørende utfordringen blir å skape plass til at det er individuelle sannheter.

Informantene fremhevet det å bli sett, hørt og få tillitt som det aller viktigste i behandlingen. De få studiene som er gjort på hva pasienter selv mener er avgjørende for et godt behandlingstilbud, viser at høy tilfredshet assosieres med at de ansatte tar pasientene på alvor (Bellack et al., 2006; Hackman et al., 2007). Kunnskapssenterets undersøkelse (Dahle og Iversen, 2011) understreket at det å bli tatt på alvor og respektert ble ansett som spesielt viktig fordi mange hadde opplevd å bli behandlet nedlatende og respektløst. Dette gjenkjennes fra funnene i vår studie hvor informantene fortalte om flere opplevelser av å bli behandlet nedlatende og uten respekt, og en beskrivelse av hvordan de kjempet for å få den behandlingen de ønsket. Også andre som har vært i rusbehandling har fortalt om hvordan de har følt seg krenket av hjelpeapparatet, og hvordan de har opplevd systemet som motarbeidende, rigid, systemivaretagende og systemfokusert istedenfor samarbeidende, fleksibelt, brukerivaretagende og brukerorientert. Dette har ført til at de har opptrådd konfronterende og kjempet mot systemet istedenfor å samarbeide (Dahl, 2011). Å bli forstått, sett, møtt og respektert er et allment behov (Biong, Ytrehus, 2012). Når et av regjeringens mål er at mennesker som har rusproblemer skal bli møtt med respekt og likeverd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) forteller det at rusavhengige har opplevd det motsatte, og fremdeles gjør det. Forholdet mellom pasient og hjelper er ofte asymmetrisk, og det foregår ofte et usynlig maktspill. Der hjelper ikke har en høy grad av bevissthet rundt maktforskjellene og dens betydning, vil et godt samarbeid være vanskelig å få til. For å forhindre en følelse av avmakt og lite kontroll over eget liv i møtet med hjelpeapparatet, må pasienten gis makt (Dahl, 2011).

Flere av informantene opplevde at de ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for i ventetiden, og at de mer eller mindre ble overlatt til seg selv. Dette førte til at motivasjonen for endring sviktet. Motivasjon er sentralt i alt endringsarbeid. At motivasjonen

svinger i løpet av et endringsarbeid er naturlig, og ambivalens og endringsmotstand er en del av prosessen fram mot rusfrihet (Biong og Ytrehus, 2012). For informantene var tett oppfølging i overgangene som hjelp for å klare å holde på motivasjonen for endring og for å kunne mestre overgangene viktig. Mangel på tett oppfølging i overgangene som en årsak til at pasienter ikke møter opp til behandling i privat institusjon var også et funn fra rapporten denne studien springer ut fra (Gallefoss og Årseth, 2016). Dette gjenkjennes også fra Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) der overganger beskrives som fragmenterte og uten sammenheng og som et punkt i behandlingen hvor mange pasienter opplever problemer. Overganger er sårbare i forhold til frafall, og bør spesielt voktes (Beyer, Enoksen, Lie, Nesvåg, 2011). Politiske føringer er tydelige på at pasientforløp skal være sammenhengende og sikre og at tjenestene skal være tilgjengelige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Av andre positive behandlingsfaktorer fortalte alle informantene om den ene gode hjelperen som hadde fulgt dem i prosessen. Denne ble blant annet beskrevet som en de hadde god match med, som lyttet og forstod, ga dem tillitt, som hjalp dem med det de trengte, fulgte dem tett opp når de trengte det, som gjorde det lille ekstra og som de hadde felles mål med. Beskrivelsen av denne ene kan synes å sammenfalle med hva som kjennetegnes men en god relasjon og hjelp. Rapporten denne studien springer ut fra etterlyste et større fokus og aksept på betydningen av en god relasjon og kjemi mellom behandler og pasient (Gallefoss og Årseth, 2016). Flere studier viser at kvaliteten på relasjonen mellom behandler og pasient er en av de største indikatorene for utfall av behandlingen (Brorson et al. 2013; Meier et al. 2006; Miller and Moyers, 2014). En god allianse kjennetegnes ved at behandler og pasient samarbeider og er enige om mål og tema for behandlingen og hvordan selve samarbeidet skal foregå. Betydningen av en god allianse mellom pasient og behandler er også nedtegnet i nasjonal faglig retningslinje (Helsedirektoratet, 2016). Her understrekes det at en god behandlingsallianse og relasjon påvirker behandlingsutbyttet positivt, og er ofte en forutsetning for at kartlegging, utredning, behandling og oppfølging blir god. En dårlig allianse gir risiko for frafall fra behandlingen. I en studie hvor hensikten var å forstå hvordan relasjonen mellom den som hjelper og den hjelpesøkende kan oppleves som god hjelp, handlet historiene om å bli sett, hørt og bekreftet ut fra ens egen selvforståelse. Motsatt ble det fortalt historier der selvforståelsen ble krenket ved at en ikke fikk anerkjennelse eller forståelse (Halvorsen, 2009). Andre studier viser at høy tilfredshet med behandlingen ble assosiert med gode samtaler og et godt forhold til de ansatte, og at de ansatte tok pasientene på alvor (Bellack et al., 2006; Hackman et al., 2007). Dette gjenkjennes også fra våre funn.

Informantene i vår studie fikk etter hvert innvilget den behandlingen de ønsket, og flere med hjelp fra den ene de hadde god relasjon med. To av informantene var på intervju-tidspunktet rusfrie og i jobb eller under utdanning, en var i stabil LAR- behandling og hadde startet på utdanning, og to av informantene var i det behandlingstiltaket de hadde ønsket seg. Informantene var usikre på om det var noe som kunne ha gjort at de møtte opp til behandling i privat institusjon i 2013. Alle beskrev det å bli klar for en varig endring som en prosess, og at de etter hvert hadde kommet til et punkt i livet hvor de var klare for å bli rusfri. For noen handlet dette punktet om å nå en bunn, for andre å få klarhet i hva man ville, mens andre oppga at å få erfaring nok til å kunne klare det var avgjørende. For en av informantene kom endringen da han skulle bli far og ikke ønsket at barnet hans skulle vokse opp med en far som ruset seg. Å bli rusfri er et endringsarbeid som foregår over flere år og som stadig må vedlikeholdes (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl,

Biong, 2016). Å droppe ut av behandling fordi man ikke er klar gjenkjennes fra tidligere studier (Palmer, Murphy, Piselli, Ball, 2013). Likevel trenger ikke det å droppe ut være slutten på en prosess fram mot rusfrihet, slik som hos informantene i vår undersøkelse. Det å droppe ut er ikke nødvendigvis en slutt på behandlingen eller at de ikke ville vende tilbake, men kan også være en pause fra behandlingen eller å ha mindre intensiv behandling i en periode (Nordheim, Walderhuag, Alstadius, Kern-Godal, Arnevik og Duckert, 2016). Konsekvensene med frafall er ikke alltid negative (Stark 1992), og kan sees på som en måte å få erfaring og læring på istedenfor som et nederlag (Saariono og Knuuttila, 2003). God behandling kan være å følge og støtte pasientene i denne prosessen, tilpasset deres tempo, behov og mål, og med fokus på deres ressurser og drømmer (Landheim, Lode Wiig, Brendbekken, Brodahl, Biong, 2016).

4.1 Styrker og svakheter

Studien som ble gjennomført har ulike svakheter og styrker. En svakhet er at det var fortrinnsvis få informanter med i studien, og alle ble rekruttert fordi de hadde valgt ikke å møte opp til behandling i privat institusjon i 2013.

Det kan oppfattes som en styrke at alle informantene hadde gått gjennom flere forskjellige typer rusbehandling i tillegg til den de hadde mottatt på ARA. Noen av informantene var kommet lengre i sin prosess enn andre. Til sammen ga dette likevel en bredde i informantenes opplevelser og erfaringer selv om alle var rekruttert ut fra samme årsak.

Alle informantene var engasjerte og hadde tanker og meninger om temaet, og flere ga uttrykk for at det var viktig for dem at deres erfaring og opplevelser ble løftet fram, noe som oppfattes som en styrke ved studien. Disse opplevelsene er ikke nødvendigvis en sannhet om de faktiske forhold, men uttrykker en sannhet for hver enkelt informant som tilsammen favner variasjoner i opplevelsene.

Både utformingen av studien, intervjuguiden, intervjuene og diskusjonen ble utviklet og gjennomført av prosjektleder og brukerrepresentant. Det oppfattes som en styrke når forskjellige perspektiver i form av «fagblikket» og «brukerblikket» er representert gjennom hele prosessen. Under intervjuene ble det viktig for begge å være bevisste på å legge vekk egne tanker og meninger om temaet slik at deres for forståelse ikke skulle påvirke svarene fra informantene. Spørsmålene i intervjuguiden var utformet så åpne som mulig, og under intervjuene var man bevisste på ikke å stille ledende spørsmål. Det ble jevnlig sjekket at intervjuerne hadde forstått det informanten sa riktig. At intervjuer 2 har egenerfaring med rusavhengighet var noe informantene ga tilbakemelding på at skapte trygghet under intervjusituasjonen. Dette kan også ha gjort at informantene ga andre svar enn hvis intervjuer 1 som er fagperson hadde gjennomført intervjuene alene. Intervjuer 1 transkriberte intervjuene og fullførte analysen alene, men det styrker validiteten at både brukerrepresentant og veileder har lest gjennom intervjuene og analysen og kommet med tilbakemeldinger.

Studien har en kvalitativ utforming, og konklusjoner og overførbarhet må tolkes med forsiktighet. Oppsummert kan ikke studien generaliseres, men forstås som et viktig bidrag til å få mer kunnskap om hvorfor pasienter ikke møter opp til behandling og hvordan de opplever hjelpen. Studien samsvarer med tidligere forskning og nasjonale veiledere og retningslinjer, noe som styrker studiens funn.

5.0 Oppsummering og anbefalinger

Drop-out fra rusbehandling er en utfordring. Kunnskap om brukernes egne erfaringer og opplevelser er viktig for å utvikle og øke kvaliteten på behandlingen som gis i TSB, og er en indikator på om hjelpen som gis er nyttig. Det finnes lite forskning på hvordan brukerne selv opplever og erfarer behandlingen de mottar og hvorfor de faller fra. Denne studien er et bidrag for å øke kunnskapen om dette.

Funnene viser flere årsaker til at informantene ikke møtte opp til behandling i privat institusjon i 2013. Deres ønsker og behov ble i liten grad hørt og tatt på alvor. Noen ble søkt inn i behandling uten å ønske det. Flere opplevde lang ventetid og manglende oppfølging i ventetiden. Informantene så på det å bli rusfri som en prosess. Av positive behandlingsfaktorer ble det å få tillit, bli hørt, tatt på alvor og få individuell behandling beskrevet som det viktigste. Studien viser at det er et økt behov for implementering av brukermedvirkning og at det bør være et større fokus på individuell behandling, god relasjon mellom hjelper og pasient og tett oppfølging i overgangene.

Studien viser at det trengs mer forskning som belyser brukernes erfaringer og opplevelser i rusbehandling og hvorfor de dropper ut. Videre forskning kan for eksempel være å intervjuer både pasienter og deres hjelpere om hvordan de opplever behandlingen. Dette kan være med på å belyse og utdype temaet fra forskjellige perspektiver.

For ARA anbefales det videre at man:

- Øker kunnskapen om hva brukermedvirkning er og innebærer gjennom undervisning og veiledning
- Forsetter å ha fokus på å utvikle gode relasjoner mellom behandler og pasient og øker kunnskapen om hvordan en god relasjon og god kjennskap til pasientene kan påvirke reell brukermedvirkning og individuell behandling
- Fortsatt har fokus på å etablere rutiner for tett oppfølging i overgangene
- Benytter seg av brukerorganisasjoner som et supplement til behandlingen, både for å styrke overgangene, men også som et bidrag for å styrke brukermedvirkning.

Se i tillegg anbefalinger gitt i drop-out prosjektets delrapport 2 «Pasientforløp og drop-out i overgang fra Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet Sykehus HF til videre behandling i private døgninstitusjoner» (2016).

Litteraturliste

- Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive behaviors* 31: 320-330).
- Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, Yang Y (2006). A randomized clinical Trial of a New Behavioral treatment for Drug Abuse in people with Severe and Persistent Mental Illness. *Archives of General Psychiatry* 63: 426-432.
- Beyer S, Enoksen E, Lie T, Nesvåg S (2011). Oppdatering av Rusreform-evalueringen (2006-2010). *Korfor Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest*. Stavanger.
- Biong S, Ytrehus S (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.
- Brorson H, 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.
- Dahl T (2011). *Brukeren som veileder. Ambulant brukerstyrt tilnærming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dahle KA, Iversen HH (2011). Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling? Notat fra Kunnskapscenteret 2011. Oslo: *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*.
- Direktoratet for e- helse (2014). Hentet fra: <https://helsenorge.no/rettigheter/brukermedvirkning>, 26.05.17
- Fischer J, Neale J (2008). Involving drug users in treatment decisions: an exploration of potential problems. *Drugs Educ. Prev. Policy*: 15(2), 161-175.
- Gallefoss L, Årseth AL (2016). *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*. Sørlandet Sykehus. Kristiansand.
- Hackman A, Brown C, Yang Y, Goldberg R, Kreyenbuhl J, Lucksted A, Wohlheiter K, Dixon L (2007). Consumer Satisfaction with Inpatient Psychiatric Treatment Among Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal* 43; 551-564.
- Halvorsen GS (2009). Anerkjennelsens betydning fr en hjelpende relasjon: Om selvforståelse og andreforståelse. *Klinisk Sygepleje*: 04, 68-78.
- Helse- og omsorgsdepartementet, St. prp. Nr.1 (2007-2008).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Meld. st.47 (2008-2009).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Meld. st. 30.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*.
- Helsedirektoratet (2015). *Veileder rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2016), *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmid-delproblemer-og-avhengighet>
- Jensen, P. (2006). *En helt anden hjælp*. København: Akademisk forlag.
- Kvale S og Brinkmann S (2010). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Landheim A, Wiig FL, Brendbekken M, Brodahl M og Biong S (2016). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske problemer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Laudet AB, 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: 182-190.
- Lee CS, Longabaugh R, Baird J, et al. (2007). Do patient intervention ratings predict alcohol-related consequences? *Addictive Behaviors* 32, 3136-3141.
- Malterud K (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meier PS, Donmall MC, McElduff P et al. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence* 83: 57-64.
- Miller MR og Moyers TB (2014). The forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction* 110: 401-413.
- Nabitz U, van der Brink W, Walburg J (2005). A quality framework for addiction treatment programs. *Addict. Behav.* 30, 1254-1260.
- Ning AM (2005). Games of truth: rethinking conformity and resistance in narratives of heroin recovery. *Med. Anthropol.* 24(4), 349-382.
- Nordfjærn T, Rundmo T, Hole R (2009). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(1), 46-64.
- Nordheim K, Walderhaug E, Alstadius S og Kern-Godal A (2016). Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qualitative Social Work* 0(00) 1-17.
- Palmer RS, Murphy MK, Piselli A, og Bali SA (2013). Substance abuse treatment drop-out from client and clinician perspectives. *Subst. Use Misuse*: 44(7), 1021-1038.
- Ravndal E, Vaglum P, Lauritzen G: Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: a prospective study from 13 different units. *Eur Addict Res.* 2005;11(4):180-5.
- Ravndal E, Amundsen EJ: Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug Alcohol Depend.* 2010;108(1-2):65-9.
- Regjeringen(1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.
- Regjeringen (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten med mer.
- Regjeringen(2001). Lov om helseforetak med mer.
- Regjeringen(2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Saarnio P og Knuuttils V (2003). A study of risk factors in dropping out from inpatient treatment of substance abuse. *Journal of Substance Use* 8: 33-38
- Stark MJ. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93-116.
- Torjussen E, Harwiss HL, Havenes IA (2014). Brukermedvirkning i TSB- en myte? – en nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Oslo Universitetssykehus. *Nasjonal kompetansetjeneste TSB Skriftserie nr.1*.

Intervjuguide

Fortell om veien fra du startet behandling og fram mot innleggelse i privat institusjon

Hva opplevde du som positivt i prosessen fram mot innleggelse i privat institusjon?

Hva opplevde du som negativt i prosessen fram mot innleggelse i privat institusjon?

Hva mener du var grunnen(e) til at du ikke møtte opp til behandling i privat institusjon?

Oppfølgingsspørsmål til spørsmål over:

Hva mener du selv var hovedårsaken til at du ikke møtte opp?

- Forhold knyttet til oppfølging, tilrettelegging o.s.v?
- Forhold knyttet til din egen situasjon?

Hva var/kunne ha vært motivasjonsfaktorene dine for å fortsette i behandling?

Hvilke elementer gjorde/ville ha gjort at du fortsatte i behandling?

Hvilke elementer var/kunne ha vært viktige i prosessen fram mot innleggelse i privat institusjon?

Var det noen forhold du mener burde ha vært lagt bedre til rette?

Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET

Jeg er villig til å delta i prosjektet

.....

Sted og dato

.....

Deltakers signatur

.....

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

.....

Sted og dato

.....

Signatur

.....

Rolle i prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

HVORDAN BEDRE OVERGANGENE MELLOM ULIKE BEHANDLINGSNIVÅ INNENFOR RUSBEHANDLING (TSB)?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Vi ønsker å finne ut hvordan vi kan bedre oppfølgingen for dem som skal videre fra ARA til behandling i privat døgninstitusjon. Målgruppen er de som i 2013 trakk søknaden eller ikke møtte opp til innleggelse i privat institusjon. Formålet med forskningsprosjektet er å få mer kunnskap om hvorfor noen trekker søknaden eller ikke møter opp til behandling i privat institusjon, og om forskjellige tiltak kan øke oppmøtet. Forskningsavdelingen ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet Sykehus, er ansvarlig for undersøkelsen.

Hva innebærer PROSJEKTET?

Undersøkelsen foregår som et intervju. Intervjuet vil bli gjennomført av prosjektmedarbeider og vil vare i ca. en time. Hvor og når intervjuet skal finne sted, blir vi enige om. Det er din mening vi ønsker å få vite noe om. Tema vil være din erfaring med overgangene og hva som var bra og hva som kunne ha blitt gjort annerledes i hjelpen du fikk. Du bestemmer selv hvor mye du ønsker å fortelle. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd.

Mulige fordeler og ulemper

Fordelen med å delta i forskningsprosjektet er at din stemme blir hørt. Ved at du deltar, kan vi få mer kunnskap om hva som er til hjelp i overgangene, og hva som ikke er det. Ulemper kan være at du ved å fortelle kan gjenoppleve vonde følelser og opplevelser. Deltagelse i forskningsprosjektet vil ikke få noen betydning for din behandling.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke ved å kontakte ansatte i forskningsprosjektet. Dette vil ikke få betydning for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder John- Kåre Vederhus på tlf.: 91610859 eller via mail: john-kare.vederhus@sshf.no, eller prosjektmedarbeider Anne Lene Årseth på tlf.: 48000506 eller mail: anne.lene.arseth@sshf.no

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

Godkjenning

Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte at prosjektet faller utenfor helseforsikringslovens virkeområde (saksnr. 2016/900). Prosjektet trenger derfor ikke forhåndsgodkjenning av REK for å gjennomføres.

Avdeling for rus-
og avhengighetsbehandling
Sørlandet Sykehus HF
Postboks 416
4604 KRISTIANSAND

Tlf. 381 32 600
www.avhengighetsbehandling.no

ISBN 978-82-91-19132-4

