

Eirin Kjøl Wiig og Kine Johanne Bjørkmann
Baanrud

“Jeg vet ikke. Det er egentlig... Det er veldig vanskelig de greiene der ass.”

Ambivalens i rusbehandling. En kvalitativ studie
av unge rusmiddelavhengige som ikke møter til
time.

Hovedoppgave i psykologi
Veileder: Audun Havnen
Medveileder: Eva Oddrun Langvik
Desember 2021

Eirin Kjøl Wiig og Kine Johanne Bjørkmann Baanrud

**“Jeg vet ikke. Det er egentlig...
Det er veldig vanskelig de greiene der
ass.”**

Ambivalens i rusbehandling. En kvalitativ studie av unge rusmiddelavhengige som ikke møter til time.

Hovedoppgave i psykologi
Veileder: Audun Havnen
Medveileder: Eva Oddrun Langvik
Desember 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Forord

I august 2020 mottok vi en e-post som hadde som formål å undersøke interessen for å skrive hovedoppgave om oppmøteproblematikk i terapi. Vi meldte tilbake at vi var svært interessert, og dette ble vår første korrespondanse med vår hovedveileder, Audun Havnen. Uten hans interesse og engasjement for temaet ville denne hovedoppgaven aldri blitt til. Tusen takk. Vi ønsker også å takke vår biveileder Eva Langvik. Hennes metodiske ekspertise var god som gull der vi satt og forsøkte å forstå hvordan man går frem for å skrive en kvalitativ analyse. Vi anser oss selv som utrolig heldige som har hatt veiledere som har kommet med presise, raske og kunnskapsrike tilbakemeldinger som har økt kvaliteten på oppgaven og utfordret oss til å bli bedre.

Vi vil også takke PUT (Psykiatrisk Ungdomsteam, Nidaros DPS) for hjelp med rekruttering av informanter og utvikling av prosjektet, og for at dere delte deres uvurderlige innsikt i feltet med oss. Ikke minst er vi ekstremt takknemlige overfor informantene som har delt av seg selv og sine opplevelser, som gjennom dette dannet grunnlaget for hele prosjektet. Det har vært veldig lærerikt å snakke med dere.

Til sammen var vi seks studenter som samarbeidet i oppstarten av prosjektet og ved datainnsamling, før vi gikk sammen to og to for å jobbe med hver vår problemstilling. De andre studentenes driv, faglige interesse og gode selskap har vært en enorm hjelp og støtte i den skremmende oppgaven det er å skulle starte et såpass omfattende prosjekt, noe vi aldri har gjort før. Takk, Ingrid, Fanny, Tuva og Helene. Til slutt ønsker i å uttrykke vår takknemlighet til alle de rundt oss som har hatt tålmodighet med oss i denne prosessen, og spesielt til våre samboere Johan og Benjamin som har sørget for at vi i hvert fall har opprettholdt en viss grad av emosjonell stabilitet underveis. Og takk til våre snille familiemedlemmer som har korrekturlest for oss både én, to og tre ganger. Dette har vært en utrolig spennende og lærerik prosess, og vi kunne ikke gjort det uten dere.

*Eirin Kjøl Wiig & Kine Johanne Bjørkmann Baanrud
Trondheim, desember 2021*

Sammendrag

Rusmiddelavhengighet er et omfattende problem som har store konsekvenser både på individ- og samfunnsnivå. Pasienter som fullfører behandlingsløpet har større sjanse for å bli rusfri, men dessverre er det slik at mange i denne pasientgruppen avbryter behandling eller dropper ut. Det er derfor nødvendig med mer kunnskap om hvorfor pasienter ikke møter til behandlingstimer.

Kvalitativ forskningsmetode ble benyttet for å undersøke ambivalens hos unge i rusbehandling, med utgangspunkt i brukerperspektivet. Det ble gjennomført syv semistrukturerte intervjuer med unge mellom 18 og 30 år i integrert behandling av rusmiddelavhengighet og eventuelle samtidige psykiske lidelser.

Resultatene av studien peker på flere faktorer som bidrar til å opprettholde ambivalens hos unge rusmiddelavhengige. Faktorer som motiverer er håpet om en bedre fremtid og behovet for å ha en behandler som ser deg som du er. Opplevde kostnader ved behandling og følelser knyttet til skam og stigmatisering kan gjøre behandling utfordrende, samt svekke motivasjonen og troen på et rusfritt liv. En sterk indre motivasjon for rusfrihet ser ut til å skille de som er motivert for behandling fra de som ikke er det.

Funnene indikerer ulike fokusområder behandlere kan dra nytte av i arbeidet med å holde pasientene i behandling. At behandleren utvikler en god relasjon til pasienten og samtidig er oppmerksom på hva som påvirker negative følelser, motivasjon og forholdet til rusfrihet viser seg særlig nyttig for denne pasientgruppen.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	5
Forekomst av rusmiddelavhengighet	5
Konsekvenser og tiltak	6
Drop-out og ikke-møtt hos rusmiddelavhengige	7
Begrepsavklaring	8
Teoretisk rammeverk	10
Problemstilling og presentasjon av studien	15
Metode	16
Prosjektet	16
Utvalg	16
Tematisk analyse	17
Teoretisk og epistemologisk ståsted	17
Intervju som datainnsamlingsmetode	18
Gjennomføring av intervju	19
Ethiske hensyn	20
Forskningsspørsmål og steg i analyse	20
Resultater	23
Å gi slipp på sin viktigste mestringsstrategi	23
En kontinuerlig kamp for å motstå press og for å velge rett	24
Skammens dominoeffekt	27
Å innse alvoret - Nå er det nok	29
Håp om en bedre fremtid motiverer, men gjør deg sårbar	31
En ærlig samtale med noen som “ser deg”	33
Diskusjon	36
Å bli rusfri innebærer store offer	36
Livet utenom behandlingen	38
Stigmatisering og skam	41
Opplevelsen av indre konflikt er avgjørende for ønsket om endring	42
Et sårbart prosjekt	44
Å bli sett som den man er	45
Implikasjoner	46
Styrker og begrensninger	48

Konklusjon	50
Litteraturliste	51
Appendiks A	58
Appendiks B	61
Appendiks C	62
Appendiks D	66

Introduksjon

Konsekvensene av rusmiddelavhengighet er mange, komplekse og har ofte alvorlige fysiske og psykososiale følger for den som er rammet. Avhengigheten rammer også den avhengiges pårørende, i tillegg til at samfunnet for øvrig påvirkes på flere måter, for eksempel i form av kriminalitet (Nordfjærn et al., 2010). Rusmiddelavhengighet er noe som utvikler seg over tid. For de fleste starter det med en gradvis økende rusmiddelbruk i ung alder, noe som gjør dem ekstra sårbare for å utvikle avhengighet fordi hjernen er i en viktig utviklings- og modningsfase (Kraft, 2016). Dette gjør tidlig intervensjon og behandling svært viktig for å redusere omfanget og følgene av avhengigheten (Paquette et al., 2019).

Det er utviklet mange ulike behandlingsmetoder for å hjelpe rusmiddelavhengige, men det som i størst grad predikerer gode behandlingsresultater på tvers av behandlingsretninger er at pasienten fullfører behandlingsløpet (Brorson et al., 2019). Dessverre er det flere som avbryter rusbehandling enn som fullfører (Ravndal et al., 2005). På bakgrunn av dette ønsker vi å utforske hva som gjør det vanskelig å møte til behandling for unge rusmiddelavhengige. Vi vil undersøke hvordan det oppleves å føle ambivalens overfor både rusfrihet og behandling, for på denne måten kunne si noe om hva som kan hindre dem i å møte opp til time. Med denne kunnskapen håper vi at behandlere som jobber med pasientgruppa kan få innsikt i hvordan de kan gjenkjenne og forebygge oppmøteproblematikk, for å slik kunne sørge for at flere fullfører behandlingen uten avbrudd.

Forekomst av rusmiddelavhengighet

Ifølge FNs World Drug Report (2019) er det 35 millioner mennesker på verdensbasis som lider av rusmiddelavhengighet, mens bare 1 av 7 mottar behandling. Med rusmiddelavhengighet mener FN kun avhengighet av illegale rusmidler slik som opioider, cannabis og psykedelika. WHO skriver i sin rapport "Global Status Report on Alcohol and Health" (2018) at 3 millioner dødsfall verden over kunne knyttes til alkoholbruk i 2016. Dette er 5.3% av alle verdens dødsfall det året. I den samme rapporten fra WHO vises det til at det er store kjønnsforskjeller når det gjelder alkoholavhengighet og skadelig bruk av alkohol. WHO estimerer at 237 millioner menn og 46 millioner kvinner verden over lider av alkoholavhengighet og/eller skadelig bruk i løpet av en 12-måneders periode (2018).

FHIs rapport "Rusbrukslidelser i Norge" (2019) viser til at det er betydelig vanligere å være avhengig av alkohol enn av illegale rusmidler. Beregningene i rapporten viser til at 8 prosent av menn og 3 prosent av kvinner i Norge har en alkoholbrukslidelse i løpet av en

periode på 12 måneder, mens tallene for illegale rusmidler ligger på om lag 0-0,9 prosent (begge kjønn) i løpet av 12 måneder. FHI opererer med begrepene “rusbrukslidelser” og “alkoholbrukslidelser”, som er samlebetegnelser for både avhengighet og skadelig bruk (se begrepsforklaringer og definisjoner lenger ned i introduksjonen).

Hvor avhengighetsskapende ulike rusmidler er varierer mellom ulike rusmidler og ulike individer. Nevrologiske (og andre) individuelle forskjeller, priser, tilgjengelighet og sosial aksept for de ulike rusmidlene spiller en rolle for hvor avhengig man blir (Kraft, 2016). I rangeringer havner ofte heroin og kokain høyt opp på listen over de mest avhengighetsskapende rusmidlene, etterfulgt av nikotin. Lenger ned på listen finner man alkohol, og videre cannabis, mens LSD og psykedelika finnes helt nederst på listen (Nutt et al., 2010). Bruken av illegale rusmidler er langt mindre utbredt enn alkohol, så alkohol regnes dermed som det rusmiddelet som påfører samfunnet størst skade, både målt i samfunnsøkonomiske kostnader og i antall tapte leveår (Wittchen et al., 2011).

Det er imidlertid også viktig å påpeke at rusmiddelavhengige er en svært heterogen gruppe, som alle er rammet på ulike måter og i varierende grad (Heyman, 2009). Store epidemiologiske studier har vist at av alle som noen gang har kvalifisert for betegnelsen avhengig, er åtte av ti uten symptomer på avhengighet når de har nådd 37 års alder (Anthony & Helzer, 1991).

Konsekvenser og tiltak

Rusmiddelavhengighet kan ha mange ulike årsaker og konsekvenser. Mange som utvikler en avhengighet innehar ofte en individuell sårbarhet som trolig stammer fra en kombinasjon av dårlige oppvekstvilkår og/eller et ugunstig sosialt miljø, arvelige faktorer og personlighet (Kraft, 2016). Studier har vist at komorbide psykiske lidelser forekommer i høy grad hos rusmiddelavhengige (Jané-Llopis & Matytsina, 2006). I Norge er normen integrert behandling i tilfeller der pasienten har en samtidig psykisk lidelse, noe som vil si at avhengigheten og den psykiske lidelsen behandles i samme terapiforløp (Kraft, 2016). I behandlingsforskningen har man imidlertid sett at rusmiddelavhengighet er vanskelig å behandle, fordi man ofte finner at minst 50-60% av rusmiddelavhengige (uavhengig av hvilket rusmiddel de er avhengige av) får et tilbakefall til omfattende rusmiddelbruk etter at behandlingen er avsluttet (McLellan et al., 2005). En oppfølgingsstudie av Spear et al. (1999) fant at ungdommer med rusmiddelavhengighet hadde en tilbakefallsrate så høy som 90%. Risikoen for tilbakefall, overdoser og andre uønskede utfall er spesielt stor hvis en pasient ikke møter til eller har avbrudd i behandlingen (Helsedirektoratet, 2017).

Videre vektlegger helsedirektoratet i sin veileder “Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet” (2017) at unge pasienter er spesielt sårbare for behandlingsavbrudd. Ung alder (16-25 år) innebærer at individet fortsatt er i en nevrologisk utvikling, særlig med tanke på frontallappsfunksjoner som impulsivitet, konsekvenstenkning, planlegging og gjennomføring (Brodal, 2013). I tillegg har unge mennesker flere utfordringer knyttet til autonomi, identitet og tilhørighet (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014). På bakgrunn av dette anbefaler Helsedirektoratet (2017) at det benyttes ungdomsspesifikke behandlingstiltak som gir de unge den tiden og fleksibiliteten de har behov for. En av anbefalingene er å øke fokuset på brukerperspektivet hos de yngre pasientene, for å imøtekomme behovene de har for løsrivelse og selvstendighet. Følelsen av å bli overkjørt eller hindret i selvstendigjøringen er ofte til stede hos unge mennesker, noe som kan bidra til en økt ambivalens knyttet til å slutte/fortsette med rusmidler.

Drop-out og ikke-møtt hos rusmiddelavhengige

I psykisk helsevern er det en stor utfordring at pasienter uteblir fra avtalte behandlingstimer. Pasienter som avbryter behandling er et problem på tvers av behandlingsmetoder og psykiske lidelser, men blant identifiserte risikofaktorer er både ung alder og rusmiddelavhengighet (Simon et al., 2012). En omfattende amerikansk studie av klinikker for rusbehandling fant at i snitt uteble pasientene fra 37% av behandlingstimerne (Molfenter, 2013). Stark (1992) fant at om lag 50% av rusmiddelavhengige avbryter behandlingen i løpet av den første måneden, noe som tyder på at pasientene verken blir kvitt lidelsen eller opplever psykoterapi som nyttig (Brorson et al., 2013).

Forskning viser at dette er et stort problem også i Norge. Brorson et al. (2013) fant i sin gjennomgang at antallet rusmiddelavhengige som avbrøt behandlingen varierte fra 0 - 90%. Helse Vest beskriver den store andelen ubrukte timer som et av de største problemene sykehuset står overfor (Helse Vest, 2020). På Sykehuset Innlandet er 70 prosent av timene der pasienten uteblir innen psykisk helsevern (Byenstuen, 2020).

I 2020 økte regjeringen pasientgebyrene for å ikke møte til avtalt time ved sykehusene og poliklinikk. Dette på grunn av de store konsekvensene med tanke på økt ventetid for andre, økte kostnader og dårligere utnyttelse av helsepersonellet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Gebyret ble derimot ikke økt for pasienter innenfor rusbehandling og psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Her er gebyret på 351 kr, i motsetning til for somatisk behandling der gebyret normalt sett (beløpet har variert i løpet av koronapandemien) er på 1125 kr (Helsenorge, 2021). Vi har ikke funnet

forskning som omhandler hvorvidt tiltak som gebyrer er hensiktsmessige for å bidra til økt oppmøte i psykisk helsevern og rusbehandling. Vi kan likevel tenke oss at høye gebyrer kan føre til mer uteblivelse for en gruppe som allerede har problemer med oppmøte og ofte dårlig økonomi, slik at tiltaket i verste fall har motsatt effekt enn hva intensjonen er.

Det er tydelig at den høye andelen timer der pasienter ikke møter opp utgjør store kostnader på system- og samfunnsnivå, og at økt kunnskap om hva som kan senke disse kostnadene er nødvendig. Noen studier har pekt på effektive forebyggende tiltak for å forhindre at pasienter uteblir fra behandling. Bruk av påminnere i form av timekort og SMS før timen øker oppmøteprosenten (Pedersen et al., 2021). I tillegg er det å føle eierskap og medbestemmelse i behandlingsprosessen funnet å øke motivasjon for behandling, noe som trolig reduserer fravær (Schroder et al., 2009).

Vi har sett at det i forskning på oppmøteproblematikk har vært mye oppmerksomhet knyttet til demografiske faktorer ved pasienten, og hvordan disse relateres til manglende oppmøte (Brorson et al., 2013). Brukerperspektivet har i liten grad blitt utforsket innen forskning på rusmiddelhengighet (Ball et al., 2006; Laudet et al., 2009; Lee et al., 2007), og det er dette perspektivet som kan gi et helhetlig bilde av pasienters grunner til å ikke møte opp (Nordheim et al., 2016). Brukerperspektivet forstås derfor som hensiktsmessig for å få en bedre forståelse for hvorfor noen pasienter har en høy andel timer de ikke møter til, og hva helsetjenesten kan gjøre for å redusere dette.

Begrepsavklaring

En utfordring i forskningslitteraturen på rusbehandling er lite konsekvent begrepsbruk når det gjelder uteblivelse og frafall fra behandling (Fagrådet - Rusfeltets Hovedorganisasjon, 2019). Helsedirektoratet har i pakkeforløpet “Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser” (TSB) beskrevet “drop-out” som avbrudd i behandlingen (Helsedirektoratet, 2018). Dette er da et lengre opphør i behandlingen der pasienten ikke møter opp, som ofte fører til at behandlingen avsluttes. De fleste studiene på feltet baserer seg på denne definisjonen, noe vi også vil gjøre i denne studien. En del av studiene spesifiserer drop-out som avbrudd tidlig i behandlingsløpet før elementer som kan føre til bedring er implementert (Beynon et al., 2008).

Begrepet “ikke-møtt” er brukt noe forskjellig i forskningslitteraturen. I en rapport fra Universitetet Nord-Norge (2016) definerer de det som “Når en pasient ikke møter til behandling og henvisning avsluttes som et resultat av dette”. Dette vil si at pasienten ikke møter til første time. I vårt prosjekt definerer vi begrepet «ikke-møtt» som enkelttilfeller der

pasienten ikke møter til avtalt time uavhengig av når i behandlingsløpet det er (Dieren et al., 2013). Vi bruker begrepet “ikke-møtt” på denne måten fordi denne definisjonen av begrepet passer vårt utvalg. Begrepet passer fordi alle informantene har erfaringer med ikke-møtt fra tidligere eller nåværende behandlingsforløp. De er imidlertid fortsatt i behandling på intervju tidspunktet og vil dermed ikke kunne defineres som “drop-outs”.

Tidligere forskning på oppmøte i behandling har ofte benyttet begrepene om hverandre, og ikke differensiert mellom å ikke møte til enkelttimer og fullstendig frafall fra behandlingen. Nordheim et al. (2016) poengterer at fremtidig forskning på feltet bør anvende begrepene knyttet til drop-out på en mer nyansert måte. Nordheim et al. (2016) bruker selv en definisjon av drop-out som ligner mer på det vi definerer som ikke-møtt, noe som understøtter poenget om en mer nyansert begrepsbruk.

I Helsedirektoratets nasjonale veileder “Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet” (2017) foreslås det å etablere en mer entydig begrepsbruk på rusfeltet innen offentlige dokumenter og forvaltning. Dette er for å sikre at begreper og betegnelser blir forstått riktig, samt hindre stigmatiserende språkbruk som “narkoman” og “alkoholiker”, for eksempel. Helsedirektoratet foreslår videre at man i all hovedsak bør erstatte “rus” med “rusmiddel”, fordi det teknisk sett er rusmiddelet man kan misbruke, og ikke rusen i seg selv. Derfor velger vi også å bruke begrepene “rusmiddelmisbruk” og “rusmiddelavhengighet” og ikke “rusmisbruk” og “rusavhengighet”. Det anbefales videre at det man skal bruke gruppebetegnelser som “personer/pasienter med rusmiddelproblemer” så langt det er mulig. Bakgrunnen for dette er at det å omtale en gruppe med utgangspunkt sykdommen deres er problematisk. Man “er” ikke sykdommen, man har sykdommen. Vi anerkjenner dette perspektivet og vil så langt det er mulig forsøke å følge det. Likevel vil vi i høy grad bruke “rusmiddelavhengige” i teksten fordi det vil øke lesbarheten sammenlignet med “personer med rusmiddelavhengighet”. Det nevnes i veilederen at “avhengige” ses på som det minst stigmatiserende begrepet både av brukere og klinikere, så derfor mener vi det er forsvarlig å bruke begrepet “rusmiddelavhengige”.

Det skiller i tillegg mellom rusmiddelavhengighet og skadelig bruk av rusmidler. Dette skillet ser vi i diagnosesystemet ICD-10 (World Health Organization, 1992); “skadelig bruk” innebærer bruk av rusmidler som har gitt fysiske eller psykiske skader over en gitt tidsperiode, mens “rusmiddelavhengighet” innebærer at brukeren har et sterkt ønske om å innta stoffet og har vansker med å kontrollere bruken. Som tidligere nevnt finnes det en samlebetegnelse for disse to begrepene, “rusbrukslidelse”, men i vår oppgave vil

rusmiddelavhengighet være både passende og dekkende. Dette er fordi det er selve avhengigheten av rusmidlene vi velger å utforske i teoridelen av oppgaven, i tillegg til at informantene våre alle oppfyller kravene for rusmiddelavhengighet fordi de er i behandling for denne lidelsen.

I forskningslitteraturen har vi også sett at rusmiddelavhengighet noen steder brukes om avhengighet av illegale rusmidler, mens det andre steder brukes som samlebetegnelse for både alkoholavhengighet og avhengighet av illegale rusmidler. Når vi skriver rusmiddelavhengighet mener vi avhengighet av alle rusmidler, uansett type. Mange rusmiddelavhengige er avhengige av flere rusmidler samtidig (Kraft, 2016), noe vi kjenner igjen hos informantene i dette prosjektet. Derfor skiller vi i denne oppgaven ikke mellom avhengighet av alkohol, avhengighet av illegale rusmidler som cannabis og kokain, eller avhengighet av foreskrevne legemidler som for eksempel benzodiazepiner.

Teoretisk rammeverk

Rusmidler utløser reaksjoner i sentralnervesystemet vårt som gjør at vi føler velvære (Kraft, 2016). Når rus på denne måten induserer velbehag og lindrer ubehag, er det ikke så vanskelig å forstå at folk velger å ruse seg. Mange fortsetter riktignok med rus selv om det har negative konsekvenser for dem (Prescott, 2019). Vi skal se på hvordan dette tilsynelatende paradokset henger sammen med ambivalens knyttet til eget rusmiddelbruk. Ambivalens defineres som "*flere og motstridende meninger eller oppfatninger av noe*" (Malt, 2018). Mange med rusmiddelavhengighet opplever en konflikt der de både er motiverte for å innta rusmidler, men også for å slutte å ruse seg, og veien mot å bli rusfri innebærer derfor ofte tilbakefall (DiClemente & Prochaska, 1982).

To systemer i konflikt. Rusmiddelavhengighet har blitt koblet opp mot balansen mellom to forskjellige, men komplementære motivasjonssystemer - det impulsive og det reflekterende system. Det impulsive systemet (IS) motiverer til atferd som skal løse deprivasjonstilstander og er sensitive for trusler i miljøet. Vi kan tenke på dette systemet som det umiddelbare overlevelsessystemet. IS forholder seg til det lokale og umiddelbare (Kraft, 2016), altså hvordan kan vi få det bedre på kort sikt. Et eksempel på dette kan være en impuls eller sug etter å innta et rusmiddel, og slike ønsker er det vi kaller lavere ordens mål.

Det reflekterende systemet (RS) forhindrer at vi handler på impulser som er på kant med våre mål for fremtiden ved å iverksette selvkontroll. Disse målene kalles høyere ordens mål (Kraft, 2016). Ved å vurdere de langsiktige konsekvensene av en handling jobber RS for maksimal måloppnåelse (Bickel et al., 2012). RS sørger for at vi handler helhetlig og i tråd

med våre verdier, holdninger, identitet og ønsket fremtid. Vi kan si at høyere ordens mål er langsiktige og globale. Det å bli rusfri er et eksempel på et høyere ordens mål som krever at RS må overstyre IS, fordi IS motiverer til et lavere ordens mål om videre rusmiddelinntak.

Begge systemene er nødvendige for oss, og for normalt fungerende individer vil det være en balanse mellom disse. Denne balansen gir handlingsfleksibilitet, noe som vil si at man evner å velge handlinger som er fornuftige. Hvordan man handler i en gitt situasjon er imidlertid avhengig av hvorvidt et korttids- eller langtidsperspektiv lønner seg akkurat da (Bickel et al., 2007). Styrken på det impulsive og det reflekterende systemet i forhold til hverandre blir på denne måten avgjørende for grad av selvkontroll. Bickel et al. (2015) mener at en rekke psykiske problemer kan ses på som et resultat av en ubalanse mellom disse systemene. Forskere har også sett en forbindelse mellom svikt i selvkontroll og rusmiddelavhengighet (Bechara & Damasio, 2002; Bickel et al., 2007; Verdejo-Garcia et al., 2006).

Konfliktbevissthet. For å mobilisere selvkontroll er det avgjørende at den avhengige oppdager at det er en konflikt mellom mål av lavere og høyere orden (Inzlicht & Legault 2014). Man kan for eksempel innse at det er en konflikt mellom det å innta et rusmiddel og et høyere ordens mål, som å få seg en jobb eller stifte familie. I denne oppgaven velger vi å omtale dette som en IS-RS-konflikt (Kraft, 2016). Styrken på denne konflikten avhenger av styrken på det høyere ordens målet, styrken på det lavere ordens målet og grad av uforenlighet mellom dem (Kotabe & Hofmann, 2015). Den rusmiddelavhengige må ha et mål om et liv uten rusmidler for å få til å slutte å ruse seg. Når et høyere ordens mål er sterkt vil dette øke sjansen for vellykket selvkontroll, mens et sterkt lavere ordens mål vil vanskeliggjøre vellykket selvkontroll. Begge deler bidrar riktignok til en økt motivasjon for å løse opp i konflikter mellom IS og RS (Kraft, 2016).

Et tenkt konfliktovervåkningssystem (Botvinick et al., 2001) monitorerer eventuelle konflikter mellom IS og RS i en gitt situasjon. Dersom det oppdager en konflikt sender det en beskjed videre til et reguleringsystem som skal sørge for å overstyre impulsen som er i konflikt med høyere ordens mål. Hvorvidt man klarer dette er avhengig av personens kontrollkapasitet, altså hvilke ressurser som er tilgjengelige i en situasjon for å overstyre lavere ordens mål (Baumeister & Heatherton, 1996). Hvis den forventede verdien av å nå et høyere ordens mål er stor, har forskning indikert at man klarer å mobilisere kognitive ressurser i større grad (Muraven & Slessareva 2003). En oppdaget konflikt mellom IS og RS vil også medføre negativ emosjonell aktivering som oppleves som ubehagelig for personen. Dette motiverer til å løse opp konflikten (Kraft, 2016).

Eksisterer det en konflikt? Det er ingen selvfølge at en person med rusmiddelavhengighet har et rusfritt liv som mål. En person som er konsonant avhengig (Kraft, 2016) befinner seg ikke i en IS-RS-konflikt. Da sammenfaller kortsiktige mål om å ruse seg med tanker om fremtiden. En som er konsonant avhengig kan ha drømmer om et rusfritt liv og hva det potensielt kan innebære, men disse målene fremstår kanskje ikke som realistiske nok til at man har dem som faktiske mål for fremtiden. En som har begynt å ruse seg tidlig eller hatt en vanskelig oppvekst ser ikke nødvendigvis noen alternativer til det livet de lever (Kraft, 2016).

I denne forbindelsen er det relevant å nevne skam fordi skam kan henge sammen med lave tanker om seg selv og fremtiden. Skårderud forteller hvordan skammen kan bli en ond sirkel for den rusmiddelavhengige, der man inntar rusmiddelet fordi man skammer seg, og skammer seg fordi man ruser seg (Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2019). Skam henger sammen med en opplevelse av hva man føler man fortjener av andre, seg selv, og av livet. Skam oppstår ofte i første omgang i møte med andre, og utvikler seg deretter. I et slikt tilfelle kan det tenkes at man har opplevelser fra tidligere som har ført til en internalisering av at man ikke er verdifull, og kanskje ikke fortjener et bedre liv enn det man har.

En som er dissonant avhengig (Skog, 1999) har derimot ønsker og gode grunner til å kvitte seg med avhengigheten, men vil samtidig ruse seg. Da befinner de seg i en motivasjonell konflikt, en IS-RS-konflikt. Begge valgene kan ses på som rasjonelle fordi de representerer noe vi ønsker, men de er uforenlige med hverandre. Dette gjør at den rusmiddelavhengige blir ambivalent til eget rusmiddelbruk. Hvilket mål som får forrang avhenger av om man befinner seg i en kort og lokal eller langsiktig og global beslutningshorisont (Kraft, 2016). I en situasjon der man blir utsatt for rusmiddelet kan man for eksempel tenke «ja, jeg ønsker å slutte å ruse meg, men ikke akkurat nå».

Den dissonante rusmiddelavhengige befinner seg altså i en tilstand der hun ønsker å bli rusfri, men å oppnå dette blir vanskelig fordi hun også ønsker å ruse seg. Forskjellen mellom en som er konsonant og en som er dissonant avhengig kan si noe om hvordan ambivalens til eget rusmiddelbruk er et tegn på endringsvilje. Konflikter mellom IS og RS fører til ubehag, noe som igjen motiverer til handling og endring.

Tidligere gikk vi gjennom hvordan et sterkt høyere ordens mål motiverer til utøvelse av vellykket selvkontroll. En ulempe ved høyere ordens mål sammenlignet med lavere ordens mål er at de er mer abstrakte, og det kan dermed være vanskeligere å se for seg hva de konkret innebærer (Fujita & Sasota, 2011). For mange rusmiddelavhengige oppleves høyere ordens mål som usikre og utydelige. De er ambivalente også med tanke på hva som vil være

den beste løsningen på lang sikt. Som Kraft (2016) har fremhevet gir det å innta et rusmiddel garantert en belønning, men hva vil det egentlig si å ha et bedre og rusfritt liv i fremtiden? Dette kan være vanskelig å forestille seg for en person som har ruset seg i lang tid.

Utvikling av styrkeforskjeller mellom systemene. Den rusmiddelavhengige kan ha bestemt seg for at hun ønsker å bli rusfri fordi hun vurderer at dette vil ha best konsekvenser på lang sikt. Dette er likevel ofte vanskelig å gjennomføre i praksis. Vi skal nå se på hvordan balansen mellom IS og RS endrer seg i forbindelse med omfattende og langvarig rusmiddelbruk.

Det impulsive systemet har hovedsete i limbiske og paralimbiske regioner i hjernen. Inntak av et rusmiddel vil, blant andre effekter, føre til økt konsentrasjon av eller forlenget periode med høy konsentrasjon av dopamin i disse områdene. Dette skjer gjennom hindring av reopptak eller stimulering til økt konsentrasjon av dopamin. Dopamin kan tenkes på som en slags form for psykologisk valuta, der en økning forbindes med en potensielt stor belønning (Kraft, 2016). Denne funksjonen finnes for å sikre at vi oppsøker og gjennomfører atferd som er viktig for vår overlevelse og reproduksjon (Freberg, 2016). Når rusmidler stimulerer nevralt systemer forbundet med belønning gir dette utslag i velvære. Mange rusmidler fører til større økning i dopamin enn det “naturlige” dopaminkilder gjør, som ved sex. Ved rusmiddelavhengighet har læringsmekanismer som er helt sentrale i vår overlevelse blitt feilprogrammert til å til å tro at rusmidler er livsviktige for vår overlevelse (Kraft, 2016).

Gjentatt rusmiddelbruk fører til biologiske endringer som gjør systemer involvert i belønning hypersensitive for rusmidler og rusmiddelrelaterte stimuli (Robinson & Berridge, 1993). Dette gjør at en rusmiddelavhengig person vil oppsøke og være oppmerksom på rusmiddelrelaterte stimuli i større grad enn før. Rusmiddelrelaterte stimuli kalles for triggere. Når den rusmiddelavhengige utsettes for en trigger utløses et lite dopaminutslipp som fungerer som en smakebit på den belønningen som vil følge hvis man utfører belønningsatferden, altså inntar rusmiddelet. Den avhengige vil da oppleve et nesten uimotståelig sug etter å innta rusmiddelet. Når det oppstår et sug hos den rusmiddelavhengige blir høyere ordens mål mindre viktig (Bickel et al., 2015). Fordi rusmiddelet fører til en dopaminøkning fungerer rusmiddelet i seg selv nesten som en trigger for videre inntak. Planen om å kun ta et glass eller to kan derfor fort forandres når man først begynner å drikke (Kraf, 2016). Triggere er ofte vanskelige å unngå fordi det gjerne er mange av dem. Man er heller ikke bevisst alt som kan tenkes å utløse en slik trang hos seg selv, eller når triggere vil være til stede (Kotabe & Hofmann, 2015).

Rusmiddelavhengige kan oppleve at de liker rusopplevelsen i like stor grad som tidligere, men at trangen til å ruse seg mye større enn før. Mekanismene for å like noe og begjære noe er ikke de samme, og det er mekanismene involvert i begjær som endrer seg ved utstrakt rusmiddelbruk. Impulsen og suget etter å innta et rusmiddel blir sterkere uavhengig av om man fortsatt liker effektene rusmiddelet gir (Robinson & Berridge, 1993). Langvarig og omfattende rusmiddelbruk fører altså til biologiske endringer som gjør impulsen om å innta et rusmiddel sterkere og viktigere enn den var i utgangspunktet. Det impulsive systemet får økt kontroll samtidig som omfattende og langvarig bruk kan føre til biologiske endringer, som igjen fører til svekkelser i det reflekterende system (Kraft, 2016).

En konflikt med store konsekvenser. Vi har sett på hva som skjer i hjernen ved omfattende og langvarig rusmiddelbruk. Nå skal vi vende blikket utover igjen. Noen mennesker har en større individuell sårbarhet for å utvikle problemer knyttet til rusmiddelbruk enn andre fra naturens side, men også oppvekst og livssituasjon spiller en rolle. I teorien om IS-RS-konflikten vektlegges spesielt betydningen av stress. Fysisk og emosjonelt stress er knyttet opp mot negativ affekt og sterkere relativ kontroll hos det impulsive systemet, samtidig som stress og negativ affekt også tapper ressurser fra det reflekterende systemet. Samtidig vil personen fokusere mer på “her og nå” enn på fremtiden, og blir dermed mer sensitiv for triggerere. Stress kan påvirke balansen mellom IS og RS både i øyeblikket, men også på lang sikt (Kraft, 2016). Spesielt kronisk stress og stress som oppleves å overstige egen mestringsevne vil være skadelig i denne sammenhengen (Kraft, 2016)

Ubalanse i styrkeforholdet mellom IS og RS kan derfor ses som et resultat av rusmiddelbruk og individuell sårbarhet. Denne mekanismen sier noe om hvordan det å være rusmiddelavhengig, og hvordan det å være i en vanskelig livssituasjon begrenser din mulighet til å løse problemene. Ubalansen vil også fortsette å eksistere selv om man har blitt rusfri (Robinson & Berridge, 1993).

Vi ser at ambivalensen knyttet til rus viser seg på flere plan; i biologiske prosesser som ved konflikt mellom impulser og kognitive mål, i den opplevde verdi av å fortsette å ruse seg versus å la være, og i usikkerheten om hva et rusfritt liv vil bety og om det i det hele tatt er oppnåelig. Selv om man har løst opp i en del av ambivalensen ved å bestemme seg for å bli rusfri, betyr ikke dette at kroppens begjær etter rusmiddelet er borte, eller at faktorer i miljøet og negative følelser ikke kan trigge et ønske om å innta rus. Tilbakefall er vanlig i rusbehandling (McLellan et al., 2005), og selv om dette er ikke synonymt med å gå tilbake til start gjør det bedringsprosessen vanskelig. Det derfor viktig å forstå hvorfor det å bli kvitt

avhengigheten er et så utfordrende prosjekt som fortsetter lenge etter man har blitt rusfri (Robinson & Berridge, 1993).

Problemstilling og presentasjon av studien

Nidaros DPS, Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT) tilbyr poliklinisk behandling for unge i alderen 15 til 30 år med rusmiddelavhengighet eller annen avhengighet. Av alle behandlingstimerne PUT setter opp, uteblir pasientene fra omtrent 30% av dem. PUT har selv tatt kontakt med Institutt for psykologi ved NTNU med ønske om å få undersøkt temaet.

Når pasienter ikke møter opp til behandling får ikke PUT utnyttet hele sin kapasitet, noe som får økonomiske konsekvenser. Behandlerne beskriver at de ofte sitter og venter på pasientene og dermed mister verdifull arbeidstid. De oppgir at de bruker tid av første time etter at pasienten ikke har møtt opp til å snakke om grunnene til at dette skjedde, i tillegg til at de bruker lenger tid på å ta opp tråden fra forrige time.

Behandlingsløpene på PUT har ikke et fast antall behandlingstimer, men tilpasses etter behov. Det at pasienten ikke møter kan derfor medføre lengre behandlingsløp, noe som reduserer muligheten for å ta inn nye pasienter og dermed forlenger ventelista. En pasient vil dermed ikke miste en behandlingstime hvis hun ikke møter opp, men PUT opplever det likevel uheldig for behandlingskvaliteten og -effektiviteten at behandlingen avbrytes på denne måten. I tillegg uttrykker de bekymring over hvordan dette begrenser muligheten for tett nok oppfølging av pasientene, noe som kan hindre endringsarbeidet og bedringen. Å ikke møte til time har også økonomiske konsekvenser for pasientene, da behandling hos PUT er gratis, mens uteblivelse vanligvis belastes med egenandel. Egenandelen har imidlertid blitt fjernet i løpet av koronapandemien for å unngå at pasienter møter med influensasymptomer.

Målet med denne studien blir derfor å undersøke hva som kan gjøre det vanskelig for pasientene å møte opp til timene. Fordi dette er et tidligere lite utforsket tema, i tillegg til at brukerperspektivet er underrepresentert i forskningen på feltet, ønsker vi å undersøke tematikken kvalitativt ved å intervju pasienter som er i behandling hos PUT. Dette innebærer å undersøke hva som kan opprettholde en ambivalens knyttet til rusfrihet og rusbehandling, fordi denne ambivalensen kan komme til uttrykk som manglende oppmøte. Vi vil videre drøfte hvordan informantenes opplevelser med rusavhengighet, ikke-møtt og ambivalens kan forklares med bakgrunn i gjeldende teorier om konflikten mellom det impulsive og det reflekterende system. Problemstillingen i studien blir dermed: *Hvilke faktorer opprettholder ambivalens hos unge pasienter i rusbehandling?*

Metode

Prosjektet

Vår studie er én av tre hovedoppgaver som baserer seg på samme datamateriale, samlet inn av oss og fire andre studenter ved NTNU. Overordnet mål for alle oppgavene er å undersøke ikke-møtt hos pasienter i rusbehandling ved PUT i Trondheim.

Utvalg

Vårt utvalg består av syv personer i aldersgruppen 18-30 år, hvorav to er kvinner og fem er menn, som alle er i rusbehandling ved Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT) ved Nidaros DPS. Informantene har varierende grad av oppmøteproblematikk. Utover dette er utvalget en heterogen gruppe med tanke på sykdomsbilde og alvorlighetsgrad, noe som gjenspeiler pasienter i rusbehandling generelt.

Rekrutteringen av informanter ble utført av PUT. Våre kontaktpersoner ved PUT fikk informasjon fra oss om at vi ønsket å rekruttere personer som har uteblitt fra timer, men som fortsatt er i behandling. I tillegg fikk de informasjonsskriv om prosjektet som de distribuerte til både behandlere og mulige deltakere. Ledelsen ved PUT videreformidlet informasjonen til sine behandlere som i sin tur kunne rekruttere pasienter som passet til prosjektet. Fra PUT fikk vi kontaktinformasjon til 16 personer som kunne tenke seg å delta på intervju. Vi fikk gjennomført intervjuer med syv av disse personene. Begge kjønn var representert, selv om kjønnsfordelingen var noe ujevn. Dette reflekterer riktignok kjønnsfordelingen hos PUT, der det er flere menn enn kvinner i behandling.

Flere aktuelle informanter møtte ikke opp til intervju eller var vanskelige å få tak i da vi skulle planlegge intervjuer. Det er ikke uventet i og med at oppmøteproblematikk var et rekrutteringskrav. Likevel er det derfor en risiko for at vi ikke har fått rekruttert personene med størst oppmøteproblematikk, siden flere av våre informanter rapporterer å ha hatt større problemer med oppmøte tidligere enn de har nå.

Informantenes navn er endret av hensyn til anonymitet, og det samme er stedsnavn, arbeidsplasser, behandlingssteder eller annet som potensielt kan være identifiserende. Se tabell 1 for oversikt over informantenes pseudonymer.

Tabell 1

Oversikt over informanter

Informanter
Aleksander
Hanna
Jonas
Magnus
Ole
Thea
Øyvind

Tematisk analyse

I studien vår ønsker vi å fordype oss i pasientenes personlige opplevelser av ambivalens knyttet til oppmøte, samt lære av den unike innsikten de har i seg selv og sin situasjon. Kvalitativ metode er en hensiktsmessig metode for å utforske problemstillingen fordi den muliggjør rike og personlige beskrivelser av fenomener (Geertz, 1973).

Som analysemetode valgte vi tematisk analyse fordi det tillater en fleksibilitet i tolkning av data. Tematisk analyse er en metode som består av å identifisere sentrale temaer i et datasett (Braun & Clark, 2006). Vi ønsker på denne måten å undersøke om det er noen temaer som går igjen knyttet til unge rusmiddelavhengige og oppmøte ved PUT.

Teoretisk og epistemologisk ståsted

Tematisk analyse kan gjøres på flere ulike måter. De to hovedtilnærmingene regnes som «small q» og «Big Q» (Smith, 2015). En av de store forskjellene her er at man i small q prøver å kvantifisere innholdet i dataene og sikre reliabilitet ved å bruke et utvalg koder som man har bestemt på forhånd. Disse blir ofte laget etter familiarisering av dataene, og deretter brukt for å sortere datasettet.

Vi valgte å bruke Big Q fordi den vektlegger forskerens subjektive bidrag til analysene. Temaene skapes i forskerens møte og arbeid med dataene (Braun og Clarke, 2013). Vårt subjektive utgangspunkt har vært med på å forme tolkningen av datamaterialet, noe vi tenker kan være en styrke med tanke på vår psykologfaglige bakgrunn. Valget om å

ikke ha et sett av koder som vi velger fra, men heller forme kodene underveis, var viktig for oss. På denne måten holdt vi oss nære rådataene, og passet på at nyansene og det unike i hvert utsagn ikke gikk på bekostning av et ønske om å standardisere. Noen koder har derimot blitt brukt flere ganger da vi opplevde innholdet som skulle kodes som veldig likt.

Vi har en forståelse av at vi som “forskere” bidrar til utviklingen av meningsforståelse, fordi vi gjennom interaksjon med dataene er med på å bestemme hvilken historie som blir fortalt. I intervjuene får vi tilgang til deltakernes forståelse av virkeligheten, og denne blir igjen påvirket av vår tolkning i analysen. Vi kan si at vi har et kritisk kontekstualistisk utgangspunkt. Å ta utgangspunkt i en kontekstualistisk tilnærming betyr at vi ikke får tilgang til en objektiv virkelighet gjennom intervjuene, men heller en subjektiv. Det informantene sier gir riktignok en faktisk innsikt i deres opplevelser, følelser og tanker, samt hvordan de forstår virkeligheten. Denne forståelsen og vår tolkning av den vil være påvirket av sosiokulturelle faktorer, men vi mener at språket vi bruker er godt egnet til å formidle informantenes opplevelser. Vi beveger oss derfor ikke helt ut i det konstruktivistiske landskapet (Smith, 2015).

Tematisk analyse kan være induktiv eller deduktiv (Smith, 2015). Våre analyser har i hovedsak vært av deduktiv art. I utviklingen av temaer hadde vi teorier om rus og motivasjon i bakhodet, siden dette er viktig for vår problemstilling. Likevel har vi tilstrebet å være åpne for andre perspektiver under kodingen, siden vi ikke ønsker å gå glipp av potensielt viktig informasjon ved å ha for strenge rammer. Vi har altså tilstrebet fleksibilitet i møtet vårt med datasettet, samtidig som vi har en teoretisk forforståelse om motivasjon og rus som styrer tolkninger og analyser.

Vi benyttet en latent og tolkende form for tematisk analyse, noe som innebærer å forsøke å komme frem til den underliggende meningen og bak det informantene sier. I tillegg kan vi på denne måten prøve å forstå hvorfor de forstår ting og uttrykker seg som de gjør (Smith, 2015). Dette er nødvendig for oss siden vi forsøker å undersøke komplekse psykologiske fenomener.

Intervju som datainnsamlingsmetode

“If you want to know how people understand their world and their lives, why not talk with them?” (Brinkmann & Kvale, 2018, s.2). Ifølge Brinkmann og Kvale (2018) tilbyr intervju som metode en måte å få innsikt i informantenes forståelse av ulike fenomener, derfor er dette en datainnsamlingsmetode som er godt egnet for vårt prosjekt, siden vi er ute etter pasientenes innsikt i og tanker rundt oppmøte.

Kvalitative intervjuer er forbundet med en løsere struktur enn strukturerte intervjuer. Likevel kan strukturen i kvalitative intervjuer også variere (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale og Brinkman (2009) tar opp muligheten for at et intervju kan inneholde både en grad av struktur og av fleksibilitet. Gjennom slike semistrukturerte intervjuer får man økt sjansene for at man klarer å undersøke de temaene man er interessert i, men tillater også forskeren å bruke sitt instinkt og sin ekspertise til å følge interessante spor og tilpasse intervjuet underveis.

Vi valgte å lage et semistrukturert intervju der vi har vært fleksible med tanke på rekkefølgen spørsmål skal stilles i. I semistrukturerte intervju er det greit å stille oppfølgingsspørsmål, noe vi har gjort der det var nødvendig. Vi satt ingen krav til oss selv om at vi skulle stille alle spørsmålene hvis ikke disse føltes relevante. Samtidig har vi hatt en ganske høy grad av struktur, da intervjuguiden ble utarbeidet i forkant av intervjuene. Vi var nøye med ordlyden i spørsmålene som har blitt stilt informantene, og intervjuguiden er utformet i fullstendige spørsmål heller enn stikkord. Dette har vært viktig for oss siden vi har vært seks forskjellige personer som har intervjuet, og vi har ønsket at intervjuene skal ha høy reliabilitet.

Gjennomføring av intervju. Intervjuene ble gjennomført med bruk av en intervjuguide med spørsmål vi tenkte best kunne utforske de tre problemstillingene. Spørsmålene hadde vi gjort klare på forhånd, og de ble utformet med tanke på å være åpne, klare og ikke-ledende. Ifølge Yeo et al. (2014) stimulerer denne typen spørsmål til dype beskrivelser av det man ønsker å undersøke.

Til sammen ble det gjennomført syv intervjuer på ca én time hver. Disse ble gjennomført i perioden mai/juni 2021. Intervjuene ble gjennomført på Zoom, med unntak av ett som ble gjennomført i PUT sine lokaler. Planen var å gjennomføre alle fysisk, men det var ikke tilrådelig med fysisk oppmøte i henhold til gjeldende smittevernregler. Vi var to studenter med på hvert intervju, der én var teknisk ansvarlig og den andre var ansvarlig for selve intervjuet. Ved videointervju er det en risiko for å overse nyanser som kroppsspråk, som hadde vært lettere å oppdage i fysisk intervju. (Yeo et al., 2014). I tillegg er videointervju sårbart for dårlig lyd- og bildekvalitet. En fordel er imidlertid at det tenkes å øke sjansen for oppmøte når informanten slipper reisevei.

Intervjuene ble tatt opp på lydbåndopptaker. Yeo et al. (2014) understreker at dette er viktig for å beholde nyansene i språket, som man kanskje hadde mistet hvis man skulle husket svarene. Lydopptakene ble transkribert fortløpende og ordrett, med unntak av sekvenser som ikke var hørbare på grunn av dårlig lyd-kvalitet.

Etiske hensyn

Prosjektet er godkjent av norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer 961380, Appendiks C). Prosjektet ble søkt godkjent hos Regionale etiske komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK; referansenummer 242534), men prosjektet ble vurdert å ikke falle innenfor helseforskningslovens virkeområde og godkjenning fra REK var derfor ikke nødvendig. Informantene fikk informasjon om prosjektet i forkant av intervjuene (Appendiks D). Samtykke ble gitt muntlig på et separat lydopptak før intervjuene startet, slik at navn og intervju ikke skal være i samme opptak. Informantene fikk informasjon om at materialet anonymiseres, og at samtykke kan trekkes når som helst i prosessen. Lydopptakene og personidentifiserbart materiale ble lagret på NICE-1, som er et skjermet fillagringsområde godkjent for lagring av strengt fortrolig informasjon (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), 2021).

Forskningsspørsmål og steg i analyse

I tematisk analyse vil forskningsspørsmålene utvikle seg i takt med analysen. Analysene og mening blir til i interaksjon mellom forskerne og datamaterialet (Smith, 2015). For å veilede oss gjennom den tematiske analysen fulgte vi de seks fasene for tematisk analyse til Braun og Clarke (2006), gjengitt i Smith (2015). Disse er som følger: familiarisering (1), koding (2), temasøking (3), temagjennomgang (4), definering og navngiving av tema (5) og skriving (6).

1. *Familiarisering*: Denne fasen handler om å gjøre seg kjent med dataene. Dette innebærer at man er nysgjerrig på og prøver å forstå datasettet, noe som legger et viktig grunnlag for de videre analysene. Vi har fulgt anbefalingene om å lese intervjuene flere ganger, høre på lydfilene og ta notater underveis for å skape nærhet til datasettet.
2. *Koding*: Til kodingen benyttet vi kommentarfunksjonen i Microsoft Word. Vi startet med å kode et intervju sammen for å samkjøre oss, også kodet vi resten av intervjuene hver for oss for å spare tid. Vi så over hverandres kodinger underveis og diskuterte intervjuene og kodene sammen for å holde oss samkjørte og for få flere perspektiver. Vi har arbeidet for at kodene våre skal inneholde tolkning, og være mer enn bare gjengivelse av hva som står, og vi kan si at vår koding hovedsakelig er latent, selv om vi også har semantiske koder.

3. *Temasøking*: Vi startet denne fasen ved å gruppere koder som handlet om det samme. Det ble fort tydelig at noen grupperinger virket mer koherente og meningsfulle enn andre. Vi hadde flere runder med sortering, der vi gjorde endringer underveis for å finne sammenhenger som var innsiktsfulle og passet med det vi ønsket å undersøke. I denne prosessen så vi også på hvordan temaene relaterte seg til hverandre, og om de til sammen ga en helhetlig analyse.
4. *Temagjennomgang*: Denne fasen overlappet for oss en del med fase tre. Underveis i fase tre så vi hvordan datautdragene som kodene beskrev passet sammen med tema og de andre datautdragene. Da opplevde vi noen ganger at vi måtte flytte noen koder og gjøre tilpasninger i temaene. Vi sørget for å alltid ha en nærhet til det originale datamaterialet i utviklingen av temaer, og vi så at vi hadde sitater som kunne fungere godt i presentasjonen av temaene. Se tabell 2 for et eksempel på av hvordan sammenhengen mellom rådata, koder og tema ser ut i vår analyse.
5. *Navngiving av tema* og 6. *Skriving*: Fase fem og seks overlappet i vår analyse. For oss hjalp skriveprosessen oss å få en oversikt over temaene, og det ble klarere for oss hva de burde inneholde, og hva som måtte endres på i den endelige presentasjonen av temaene. Vi har altså redigert temaene helt til siste slutt. Vi startet med å skrive ut temaet vi synes var mest interessant for vår problemstilling, og så utviklet de andre temaene seg med det første temaet som utgangspunkt. Det første temaet er ikke et overordnet tema, men vi synes det var et godt sted å starte. Navnene ble utviklet underveis i arbeidet med teksten, der det ble vektlagt at de skulle fange essensen av temaet det representerer. Temaene har gjennomgått flere runder med redigering og veiledning før vi til slutt så oss fornøyde. Vi endte opp med seks temaer som vi mener henger sammen i en helhetlig analyse.

Tabell 2

Eksempel på utdrag fra rådata, kodet tekst og endelig tema

Tekstutdrag	Kode	Tema
Jeg blir på en måte litt sånn, når jeg snakker med ... når jeg er i godt humør og sånn så vil jeg liksom ikke sitte og snakke med hun om sånne ting som har gjort inntrykk på meg og sånn. For da blir jeg bare lei, eller sånn ... Jeg vil bare ha en god vibe liksom. Så det er litt det da ...	Når jeg er i godt humør vil jeg ikke i terapi, for da må jeg snakke om ubehagelige tema, noe som gjør meg i dårlig humør	En kontinuerlig kamp om å motstå press og for å velge rett
Det kunne gi en sånn ... Hva skal jeg si, det kunne balle litt på seg da, hvis jeg kanskje ikke møtte opp to ganger så ble det såpass skamfullt å komme og, at jeg bare ga faen. Det kan være det som skjedde, men nå husker jeg dessverre ikke hvor mange ganger jeg har avsluttet behandling på PUT, men jeg er sikker på at det er i alle fall 2 ganger. Og en av dem tror jeg var i sammenheng med at det ble egentlig bare ... ja, jeg ikke klarte å håndtere den skammen, da akkurat da	Å fortsette å utebli fra timer fungerer som en unngåelsesstrategi, der man unngår skamfølelsene som må håndteres om en dukker opp.	Skammens dominoeffekt

Resultater

Gjennom samtale med informantene kom vi frem til seks temaer basert på deres forståelse av hva som motiverer for og imot oppmøte til behandling. Se tabell 3 for oversikt.

Tabell 3

Oversikt over identifiserte tema

Identifiserte tema
Å gi slipp på sin viktigste mestringsstrategi
En kontinuerlig kamp om å motstå press og for å velge rett
Skammens dominoeffekt
Å innse alvorret - Nå er det nok
Håpet om en bedre fremtid motiverer, men gjør deg sårbar
En ærlig samtale med noen som "ser deg"

Å gi slipp på sin viktigste mestringsstrategi

Det å gå i rusbehandling innebærer en overgang fra det trygge og kjente livet med rus, til noe nytt og usikkert. I dette temaet vil vi undersøke hva informantene ofrer ved å gå i behandling og holde seg rusfri. Å forstå hvordan disse ofrene påvirker dem er et skritt i retning av å forstå hvorfor noen ikke møter til time, eller avslutter behandlingen.

*Vi søker trygghet alltid og det er en trygghet i rusen, det er det ingen tvil om. Det er noe man er kjent med. Så du vet at hvis du tar et glass rødvin eller en pils eller speed, så får du det sannsynligvis litt bedre. Jeg tror alle gjør det. Alle føler seg litt bedre når man ruser seg. Det er jo sånn rusen funker, hvis ikke hadde man ikke brukt det. -
Ole*

Rusen har for mange av informantene fungert som en utvei, og hatt en sentral funksjon som mestringsstrategi. Å gi slipp på rusen vil innebære å finne nye måter å håndtere følelser på, samtidig som man mister andre positive aspekter ved det å ruse seg.

Det jeg ønsker å oppnå er jo, for det er jo først og fremst ganske mye følelser jeg ikke har håndtert, da, og heller bare prøvd å dekke over dem eller forskyve dem.

Distrahert meg, ja, og da er jo alkohol veldig effektivt. Så har jeg jo og brukt, ja i hvert fall i tenårene, en del hasj. Og hvert fall dem i kombinasjon er jo veldig effektive for å distrahere da, bort det meste av negative følelser, og tankekjør og sånne ting. -

Magnus

Rusen kan være veldig effektiv for å unngå det som er vanskelig. Dette gjenspeiles i et ønske om å tilegne seg nye mestringsstrategier i behandlingen, slik at man kan håndtere følelser på en sunnere måte. Det er viktig for informantene å lære alternative måter å mestre livet sitt på som ikke innebærer rus, hvis de skal kunne gi slipp på rus som mestringsstrategi.

Flere av informantene forteller om at de på veien til å innse rusproblemets alvorlighetsgrad, har hatt et ønske om å kunne kontrollere rusbruken ved å moderere mengden eller endre hvilke rusmidler de bruker. I denne perioden ønsker de å gjøre noe med problemet, men vil samtidig beholde muligheten til å ruse seg. Dette vitner om hvor viktig rusen er.

Det å greie å bare drikke alkohol og ikke innta noe annet. Sånn, eller det å klare på en måte å styre mengder da, hvis du skjønner. Så man ikke lar det gå helt ut hver gang. Så ... det er en ting. - Aleksander

Aller helst vil informantene kvitte seg med de problematiske sidene ved rusen, men beholde de positive. Det å beholde muligheten til å ruse seg virker å være viktig. Dette ønsket kan gjøre rusbehandling mer komplisert, siden det virker som at det å tillate seg bruk av rusmidler kan øke sjansen for at man ruser seg på en måte man ikke har lyst til. Riktignok bør det presiseres at alle ikke opplever det sånn - én informant har for eksempel fortsatt å røyke hasj uten at det oppleves problematisk eller fører til ukontrollert bruk av dette eller andre rusmidler.

En kontinuerlig kamp for å motstå press og for å velge rett

Å gå i behandling og holde seg rusfri krever mye arbeid over tid. Informantene beskriver konflikter mellom følelsesliv, overskudd, sosialt liv, jobbhverdag og oppmøte til time. Disse konfliktene tærer på viljen til å jobbe for målene om å holde seg rusfri, og opprettholder en

ambivalent holdning til behandling. Derfor kan langsiktige mål om en bedre fremtid komme på kant med mål om å føle seg bedre på kort sikt.

Personer i rusbehandling hos PUT har problemer med rusmiddelavhengighet og risikerer derfor å bli utsatt for stimuli som vil utløse et rus-sug. Å motstå et slikt sug krever ofte store psykologiske ressurser, og sensitiviteten for stimuli er høy. En av informantene beskriver denne sensitiviteten slik:

For nå kan jeg bare jeg gå og lukter det for eksempel, eller at jeg hører at noen åpner en boks. Jeg hører forskjell på boksene da, er det en pepsiboks eller er det en ølboks. - Magnus

I tillegg til å være sensitiv for stimuli relatert til rusmiddelet vil mange også være en del av miljøer med mye rus, noe som innebærer at man blir utsatt for rusmidler som det krever mye å ikke skulle innta. I tillegg kan man oppleve press og oppfordringer om å fortsette å ruse seg.

Og sånn som jeg da jeg hadde den seksmånedersperioden når jeg ikke skulle drikke eller ruse meg eller noe sånt så prøvde jeg sakte, men sikkert å dra ut og være på sosiale "eventer" og sånne ting, uten å drikke. Og da var det veldig mange som spurte «hvorfør drikker du ikke?» eller hvis det var en linje med kola da så var det «hvorfør vil du ikke ha den?». Enten da kunne jeg si bare nei, «jeg drikker ikke» eller og så var det noen som hele tiden maste og da «nei, sorry ass jeg er rusmisbruker, jeg er alkoholiker». Noen ganger sier jeg det kanskje litt for å få for få en reaksjon sånn «drit i liksom», mens andre ganger er det bare for å poengtere at «nei det er vanskelig med sånn». Men jeg faktisk er her og ikke drikker og er rundt folk og hold kjeft og fortsett å kos deg liksom. - Hanna

Mange av informantene understreker viktigheten av å komme seg ut av rusmiljøer for å holde seg rusfri. En betydelig utfordring vil for mange være at de ikke nødvendigvis har et stort nettverk utenom. Da blir det ofte et ekstra offer å skulle bryte med venner og bekjente i rusmiljøet.

Og kanskje det eneste båndet man klarer å knytte er med folk som er i samme situasjon, og da blir det en ond spiral. De eneste vennene du har er egentlig akkurat den type mennesker du ikke ønsker å ha i livet ditt kanskje. - Øyvind

Samtlige av informantene forteller om hvordan behandlingen påvirker livene deres negativt. Hannas sitat beskriver noe de aller fleste informantene kjenner på; at det å gå i behandling er

en kamp, fordi man vet hvor mye det kommer til å koste. Man vet hvor sliten man kommer til å bli og hvor ubehagelig det kommer til å bli, og man blir nødt til å konfrontere egne følelser og problemer som man vanligvis prøver å unngå å tenke på.

Det er jo, man kjemper jo mot seg selv liksom. Man skal jo, orker man å gå gjennom dette i dag på en måte? For man vet jo at det er drittungt. - Hanna

Selv om man er i et behandlingsforløp betyr ikke det at resten av livet blir satt på pause. Det kan dukke opp problemer, små og store, som spiser av overskuddet. Thea beskriver hvordan kombinasjonen av problemer utenfor behandling, og det å skulle være i et krevende behandlingsforløp, rett og slett kan føles som en umulighet. Det kan bli for mye - man klarer rett og slett ikke å presse seg til å møte opp.

Nei, hvis det er noe familiedrama, eller at liksom det har skjedd noe som tar ekstra på, fordi det tar jo litt på å gå til psykolog, man kjenner at ting er litt ekstra tungt den dagen. At man bare kjenner at i dag klarer jeg det ikke liksom. - Thea

Behandling kan også være utfordrende når det går på bekostning av andre mer fristende ting i livet. Flere av informantene snakker om hvordan motivasjonen er lavere når de har det bra, ikke bare fordi de føler terapien ikke er like nødvendig, men fordi de ønsker å gripe den gode følelsen.

Jeg blir på en måte litt sånn, når jeg snakker med ... når jeg er i godt humør og sånn så vil jeg liksom ikke sitte og snakke med hun om sånn ting som har gjort inntrykk på meg og sånn. For da blir jeg bare lei, eller sånn ... Jeg vil bare ha en god vibe liksom. Så det er litt det da ... kanskje jeg er i godt humør og er med kompiser eller en dame eller noe sånt. Og så blir det på en måte bare ... jeg føler liksom bare ikke for å snakke om sånne tunge ting da. - Aleksander

Informantene snakker også om praktiske utfordringer knyttet til behandling, spesielt med tanke på at behandlingen tar tid fra andre forpliktelser de har. “*Det med arbeidssituasjon er et litt sånt tveegga sverd*” (Øyvind). Selv om behandlingen virker upraktisk og forstyrrer for eksempel arbeidshverdagen, oppleves det at behandlingen direkte påvirker mulighetene til å holde seg i jobb. “*(...) jeg vet at jeg har jobb nå nettopp fordi jeg møter opp til de timene*” (Øyvind).

Vi ser at noen av informantene kan føle seg nedtrykt, eller at de går glipp av viktige ting i hverdagen ved å gå i behandling. Dette kommer i tillegg til å måtte gi slipp på rusen og

håndtere rusmiddelavhengighet. Selv om de har lyst til å gjøre noe med rusproblemet sitt, er det mange tøffe valg som hele tiden må gjennomføres for å fortsette på veien mot rusfrihet, og fortsette i behandling.

Skammens dominoeffekt

I dette temaet vil vi belyse hva som utløser skam hos informantene, og hvilke konsekvenser dette har. Å føle på skam kan føre til unngåelsesatferd, noe som på flere måter skaper utfordringer i terapien. Det er vanlig at skam hindrer pasienten i å ta opp det som er mest vanskelig, og som vi skal se kan skam også bidra til at pasienten unngår å møte til timene.

De aller fleste informantene sier at de kan kjenne på skam i forbindelse med rusepisoder, tilbakefall eller det å ha en rusdiagnose. Om å leve med rusproblemer forteller Hanna:

Det er ikke noe man sier høyt. (...) Så det er jo drit mye skam rundt det. Sånn før jeg var på klinikken så er man jo oppvokst med hvordan en typisk rusmisbruker eller typisk alkoholiker ser ut, det er enten så er det de på gata eller så er det de som sjangler rundt med en ølboks på en måte. - Hanna

Andre forteller om hvordan de kan angre på episoder der de har vært rusa, enten på arbeidsplassen eller i terapi, og hvordan tanken på dette i ettertid plager dem. I tillegg forteller en av informantene om hvordan han ofte kunne ruse seg som en form for selvsabotasje, hvis han ble overmannet av skam og angst ved å tenke på en av disse rusepisodene. En annen holdt lenge omfanget av problemet sitt skjult for ikke bare familien, men også for fastlegen og behandleren, fordi han var redd for hvordan det ville bli tatt imot at han trengte hjelp med et rusproblem.

Det kan ta litt overhånd noen ganger, kan gjøre. Det kan føre til både angst og.. ja, det bare, det kan ha en litt sånn dominoeffekt, bare ... skammen i seg selv. - Magnus

Det finnes også eksempler på hvordan informantene opplever at skamfølelser hindrer dem på veien til å bli rusfri. Øyvind forteller i avsnittet under om hvordan det oppleves å møte til time hos PUT i Klostergata, og svarer på om det er noe PUT kunne gjort for å minske skamfølelser hos pasienter.

Kanskje hatt det på et litt mer avsidesliggende sted. Det er jo i Klostergata 48 eller noe sånt, rett over en Prix-butikk, like over sykehuset og det bor studenter rundt

hjørnet liksom, like rundt hjørnet. Kanskje møter du folk du kjenner. Du står i kø utenfor og venter på å få komme inn. Altså, rett utenfor hovedinngangen står det “Klinikk for avhengige, Rus og Avhengighetsmedisin”, i store, svarte bokstaver over døra. Og den inngangsdøra er bare et par hundre meter unna ... der det bor studenter. Kanskje noen du kjenner. Og du har ikke veldig lyst til å stå der, og kanskje ser du sliten og fæl ut, også kommer det en du gikk på videregående sammen med liksom, gående forbi. Det er litt, kanskje det er litt eksponert. Et litt eksponert sted. Kanskje. Og det, man blir fortalt at det er anonymt, det er anonymt, men når du står utenfor døra der i fem minutter og venter liksom. Da er det plutselig ikke så anonymt likevel. - Øyvind

Øyvind forteller om hvordan det å tilhøre gruppa “rusavhengige” plager ham, og sitatet illustrerer stigmatiseringen de som har rusproblemer opplever. Tanken på at andre skal se ham og putte ham i bås basert på hva han går i behandling for oppleves nedverdiggende, og gjør det å skulle gå i behandling enda mer krevende.

Skamfølelser gjør seg også gjeldende i selve behandlingssituasjonen. Flere forteller om hvordan psykologens måte å snakke om oppmøteproblematikk kan føles dømmende.

Jo, det snakkes jo om. men det er jo selvfølgelig, det tas opp på forskjellige måter for hver psykolog. Noen psykologer jeg har vært til har vært helt sånn at det er “shame” på en måte. Du er dårlig som ikke har møtt opp fordi jeg bruker tiden min på deg og.
- Hanna

Å føle seg dømt av behandleren på den måten Hanna beskriver illustrerer hvordan informantene kjenner på en dårlig samvittighet hvis de ikke møter opp, men at de ofte kan føle seg dømt eller kjeftet på av behandleren hvis oppmøteproblematikk tas opp på feil måte. Flere beskriver hvordan fokus på egenandel og gebyrer i forbindelse med ikke-møtt bidrar til følelsen av å bli dømt eller “shamet” av behandleren.

Magnus forteller om hvordan skammen i seg selv blir en negativ spiral som hindrer ham i å møte til time:

Det kunne gi en sånn ... Hva skal jeg si, det kunne balle litt på seg da, hvis jeg kanskje ikke møtte opp to ganger så ble det såpass skamfullt å komme og, at jeg bare ga faen. Det kan være det som skjedde, men nå husker jeg dessverre ikke hvor mange ganger jeg har avsluttet behandling på PUT, men jeg er sikker på at det er i alle fall 2

ganger. Og en av dem tror jeg var i sammenheng med at det ble egentlig bare ... ja, jeg ikke klarte å håndtere den skammen, da, akkurat da. - Magnus

Skam henger sammen med rusmiddelavhengighet på en kompleks måte. Informantene forteller at de kan skamme seg over å ha ruset seg, eller bruke rusen for å sabotere seg selv. At rusen kan brukes for å døyve negative følelser kan skape en ond sirkel, som i sin tur fører til mer skam og mer rus, og denne sirkelen er det viktig å bryte i terapien. Dessverre er det mye som kan gjøre dette arbeidet vanskelig, blant annet skamfølelser som oppstår i møte med fordømmer og stigma. Unngåelsesatferden som ofte ledsager skammen kan igjen føre til at man ikke møter opp til timene, og dette vil opprettholde en oppmøteproblematikk som videre vanskeliggjør behandlingen.

Å innse alvoret - Nå er det nok

Informantene skiller seg fra hverandre på et viktig punkt, nemlig at noen ser behovet for endring selv, mens andre er i behandling på familiens initiativ. Å være i rusbehandling innebærer at man må forholde seg til et rusproblem, uavhengig av hva man ønsker å gjøre med det. Dette temaet belyser hva som skjer i overgangen mellom det å være i behandling uten å selv innse omfanget av rusproblemet, og det å ha en sterk egen motivasjon for behandling.

Du må dra til time fordi mamma blir sint hvis du ikke gjør det. Så kan det hende at du bare dropper det, fordi det var mye morsommere å røyke hasj en dag. Noe som kan være veldig forståelig hvis du i bunn og grunn ikke har lyst til å slutte å ruse deg, ikke føler at du har et problem. Hvorfor skal du møte opp til behandling? - Ole

Flere av informantene oppgir at de er i behandling på grunn av press fra foreldrene. Dette er å forvente i og med at de som går i behandling hos PUT er såpass unge at foreldre gjerne spiller en stor rolle i livet. Ole beskriver hvordan lav motivasjon for å møte til behandlingstid kommer av at han selv ikke ser rusbruken sin som et problem som er ille nok til å gjøre noe med. Andre forteller om at de tidligere hadde denne holdningen, men at de nå har innsett alvoret i rusproblemet.

Jeg vet med meg selv at hvis jeg ikke dealer med det her nå så kommer jeg aldri til å komme ut i jobb igjen. Jeg kommer ikke til å ta en høyere utdanning. Og i verste fall så kommer man ikke til å leve lenger liksom. - Hanna

En ting informantene har til felles er en tanke om at de selv må ta tak i rusproblemet sitt. De snakker om at familien og behandler kan hjelpe til, men til syvende og sist handler det om egen vilje og besluttsomhet. Det virker som det å innse problemets alvorlighetsgrad henger sammen med en erkjennelse av et ansvar for egen bedring. Hva skal til for at man blir klar for rusbehandling?

Jeg vet ikke. Man må jo som sagt ville det selv da. Det er jo en stor fordel. Det er jo egentlig ikke så mange som vil det heller da. Jeg vet ikke. Det er egentlig ... Det er veldig vanskelig de greiene der ass. Det er det. Så jeg vet ikke. - Jonas

Jonas setter ord på hvordan det er vanskelig definere akkurat hva som må skje seg for at man selv skal ønske en endring. Vi har undersøkt ulike faktorer som kan tenkes å bidra til denne endringen. Ett aspekt ved det å innse at man har et problem er å se konsekvensene rusbruken har for kroppen og den mentale helsen.

De fleste informantene har kjent konsekvensene av rusbruken på kroppen, og forteller at de ønsker å holde seg rusfrie fordi alternativet ville være helsefarlig. De har imidlertid vært igjennom en prosess for å komme fram til denne erkjennelsen. Som vi har vært inne på tidligere er rusen i seg selv ofte en mestringsstrategi - nettopp for å takle konsekvenser av rusbruk. Vi har sett at det å innse at mestringsstrategiene og måtene å håndtere følelser på ikke fungerer, også bidrar til at man ønsker en endring.

Det går ikke ... fordi ... Jeg vet ikke helt hvorfor jeg. Jeg ville jo ha forandring for det hadde jo toasta hjernen min all rusen og sånn da. Det var jo ikke så mye igjen av meg for et år siden liksom. Så det var sikkert derfor også. Jeg var bare sykt sånn der psykisk utmattet. Så det var det som gjorde at jeg ville ha forandring. - Jonas

Som vi var inne på i temaet "Å gi slipp på sin viktigste mestringsstrategi" er det å finne alternative mestringsstrategier en viktig motivator for å gå i behandling. Øyvinds sitat illustrerer at det ikke bare er rus som fungerer dårlig som mestringsstrategi, men at problemer generelt håndteres på en uheldig måte.

For min del så har jeg gjennom hele livet hvis de har oppstått et problem, fått noen tunge tanker, eller hatt noen mentale utfordringer, så har jeg ofte bare kverna det på en måte. Kverna det og forkasta det (...) Nå har jeg en dårlig dag, driter i det, kjører på likevel. Og det funker til en viss grad det, men det holder det på en måte bare i

sjakk. Det går grenser for hvor lenge du klarer å holde et spill i sjakk liksom. -

Øyvind

Som Øyvind forteller her så når det et visst punkt der han ser at han ikke kan fortsette på samme måte. Ifølge informantene er det ofte ikke nok at man innser hvor skadelig rusbruken kan være. De ønsker også hjelp til å endre tankemønstre og mestringsstrategier.

Det var ikke den psykoedukasjonen om rusmidler. Det trenger jeg ikke. Jeg kan de kjemiske formlene på det som jeg ruser meg på. Det går fint. Jeg kan felleskatalogen i hodet. Jeg trenger ikke å vite hvor farlig det er. Jeg vet hva konsekvensene er. -Ole

At det å slutte med rus handler om at man bare må forstå hvor farlig det kan være, er trolig en holdning mange med rusproblemer møter ute i samfunnet. Kanskje blir de møtt med spørsmål som: "Hvorfor kan du ikke bare ta deg sammen?" og "Skjønner du ikke hvor farlig det er for deg?". Det å bli klar for endring og rusbehandling er en kompleks prosess der mange aspekter spiller inn, om det så er behovet for rusfrihet i seg selv eller et ønske om å endre generelle tenkemåter. For en behandler vil det være viktig å kartlegge hvor pasienten er i denne prosessen, slik at man kan bidra til at den fortsetter i riktig retning.

Håpet om en bedre fremtid motiverer, men gjør deg sårbar

Nei den største grunnen er jo at det kan jo faktisk ordne seg. Det er jævlig hardt der og da på en måte, men man ser jo at det har faktisk hjulpet for noen på en måte. så man ønsker jo det at man også skal være en av de som det har funket for. - Hanna

Hanna beskriver her et håp for behandlingen og for fremtiden - et håp om at det skal funke denne gangen. Sitatet ble valgt til å innlede dette temaet fordi det illustrerer et ønske om en bedre fremtid, samtidig som håpet fremstår beskjedent. Det synes å være vanskelig å faktisk tro på at ting skal ordne seg og at man skal få det bra. I intervjuene kom det frem at flere av informantene har kjent på hvor skjørt håpet om bedring og rusfrihet kan være, fordi de samtidig bærer på både håpet og håpløsheten.

Nei, sånn, når man har begynt å gå til å psykologer i mange år, og blitt kastet hit og dit, så jeg er jo vant med å ikke få noe ut av det. - Thea

Det å være i rusbehandling lenge og kanskje oppleve tilbakefall og dårlige resultater kan bidra til en økt følelse av håpløshet. En følelse av å ikke klare det, eller en følelse av at ingen kan hjelpe. Dette kan være demotiverende i et behandlingsforløp, fordi det er vanskelig å se

hvorfor du skal gå i behandling eller prøve slutte å ruse deg hvis du ikke tror det vil utgjøre noen forskjell. Da er det lett å gi opp troen på en annen fremtid.

Når det ikke kjennes ut som at det er håp uansett, så kan man jo fort havne i en sånn depressiv rute. Men så er det jo ... man begynner å plage seg med tanker om at det her blir ikke bra uansett. Jeg har prøvd i så mange år, så hvorfor ikke liksom. Jeg kan like godt være rusa. - Ole

Flere av informantene forteller om hvordan de har planer for fremtiden som ikke er compatible med rus. De beskriver også veien mot å nå disse målene, som innebærer perioder med rusfrihet, men også tilbakefall.

Men, ja for jeg tenker jo at ett år som edru da, det er liksom ... Det er jo egentlig ingenting, når jeg har drukket i flere år. Altså, ja, det blir kanskje 8-9 år. Så da blir jo det lite i sammenhengen da, og da ser jeg jo heller ikke på det ene året som at jeg har oppnådd det, men at det ... ja, at da er jeg på vei. Så ja, det er en milepæl der og, så ja ... - Magnus

Det virker som om det å klare å være rusfri i en lengre periode øker motivasjonen, både fordi det er en indikator på at man klare å fortsette, og fordi man får en smak på hva en tilværelse uten rus innebærer. Med slike erfaringer får man styrket både mestringstro og tydeliggjort målet. Ole beskriver sine ønsker for fremtiden i sitatet nedenfor, og hvordan disse målene motiverte ham til å slutte å ruse seg.

Jeg har ikke lyst til å slutte å ruse meg fordi det er kjedelig å ruse meg, for det er det ikke. Men jeg har lyst til å gjøre andre ting istedenfor. Jeg har lyst til å gå på skole, jeg har lyst til å jobbe og tjene penger. Jeg har lyst til mange ting, kjøpe meg hus. Jeg har lyst til å få barn. Og det kan du ikke gjøre hvis du går rundt på en sånn konstant fylla. Så derfor slutta jeg. Og fordi jeg har lyst til å leve godt. Og jeg føler ikke at jeg gjør det når jeg konstant sitter trykket ned i den her rus-suppa. - Ole

De gangene informantene forteller om perioder der de har klart å holde seg rusfrie, ser vi at de fortsatt er redde for et tilbakefall. Selv om de er på vei mot å nå målene sine sitter de fortsatt inne med en frykt om at dette ikke skal gå. De tør kanskje ikke helt å håpe. Dette sier noe om hvor sårbart prosjektet om å holde seg rusfri er, og hvor lett det er å vike fra målet.

(...) det er sånn extacy-piller og kokain, faktisk det det har gått mest i og ... Men det er veldig dumt, for det er veldig mye av det her i Trondheim og det er veldig mange som driver med det her, det er ganske vanlig, eller ikke vanlig, men det er veldig lett å få tak i da. Så det er ikke så bra. - Aleksander

Et viktig mål - som å ta en utdanning og starte en familie - motiverer til ruslutt. Samtidig innebærer det en desto større skuffelse når man er i en vanskelig periode, der man for eksempel opplever behandling som nytteløst eller man har ruset seg mer enn planlagt. Det å ikke klare det innebærer et tap av en potensiell fremtid. Dette er unge mennesker som har hele livet foran seg, og derfor mer å tape. For mange kan det nok føles lettere å gi opp målene i stedet for å håpe.

Intervjuer: Er det noen situasjoner i livet du føler deg motivert for behandling? - Ja, oftest før, også møter jeg den nye psykologen (ler), også er det ikke akkurat sånn jeg vil ha det, men jeg kan jo ikke sitte og finpusse på dem heller da, så de er vel mest på meg da. - Thea.

Thea forteller i sitt intervju om hvordan hun synes det er vanskelig å skulle stole på behandleren og hengi seg til behandlingen, fordi hun ofte har blitt skuffet før. Vi tenker oss at mange kan trekke seg unna behandlingen - ikke nødvendigvis fordi de ikke gidder eller ikke er motiverte for behandlingen, men fordi det å hengi seg til behandlingen åpner opp for at man kan feile. Det å håpe innebærer at man kan bli skuffet, og for hver gang man opplever dette kan det være enda vanskeligere å skulle prøve på nytt. Man kan sette opp sperrer for å beskytte seg selv, noe som gjør at man dermed distanserer seg fra målene man i utgangspunktet hadde. Denne typen unngåelse kan tenkes å ha sammenheng med oppmøteproblematikk, fordi det å møte opp til behandling innebærer at man stiller seg sårbar for skuffelser og håpløshet.

En ærlig samtale med noen som “ser deg”

I samtale med informantene kommer det frem at de har et behov for å bli sett og respektert for den de er. Dette er et allmennmenneskelig behov som også må tilfredsstilles i behandling. Opplevd genuinitet i relasjon til behandleren der det kjennes at behandleren bryr seg og tar hensyn til deg og dine ønsker, virker å øke lysten til å møte opp til behandling.

Det som gjør at jeg møter til timene er at jeg føler at jeg får oppfølging. Føler at den jeg har bryr seg. Det er den største grunnen. - Ole

At behandleren bryr seg gir et signal om at man står sammen med pasienten i prosjektet om å få det bedre, noe som gjør behandlingen mer verdifull og nyttig. Dette kan fungere som en forsikring om at behandleren er tilstrekkelig investert i prosjektet som er så viktig.

Informantene forteller at dette kan ha mye å si for at man prioriterer å møte opp til timene.

Sånn som hos psykologen min nå, han ser meg veldig, han ser faktisk meg som en person. Han ser hva som jeg syntes er tungt, han ser hva som jeg synes er morsomt i hverdagen for eksempel. - Hanna

Noe som ser ut til å bidra positivt er at terapeuten tar seg tid til å bli kjent og er nysgjerrig på hvem du er. Å føle at behandleren har tatt seg tid til å dette kan øke tilliten til behandler og behandlingen. Opplevelsen av at noen skal tolke og behandle deg uten å vite hvem du er eller hva du trenger, vil imidlertid gjøre samtaleterapi vanskelig. Hva skal til for å kunne stole på en behandler?

Jeg vet ikke, kanskje at hun ikke vil sende meg videre når jeg ikke snakker. At hun lar det komme av seg selv på en måte. - Thea

Mange av informantene har erfaringer med ulike behandlere, der relasjonen noen ganger fungerer bra og andre ganger dårlig. Thea forteller i sitt intervju om viktigheten av at terapeuten tar seg tid til å bli kjent. For henne er dette spesielt viktig fordi hun bruker tid på å åpne seg og stole på andre. Behandleren hun forteller om har tatt hensyn til tidligere erfaringer og prøvd å tilrettelegge for at hun skal få lov til å være seg selv. Det virker som om flere av informantene setter pris på at det ikke er like strenge rammer rundt behandlingsopplegget hos PUT som de har opplevd tidligere. En mindre rigid tilnærming kan tenkes å passe denne pasientgruppen godt siden de vanskene de har ofte sammensatte, og at de derfor kan ha utfordringer med å passe inn i et mer standardisert behandlingsforløp.

Pasientenes opplevde avstand til behandleren kan også påvirke hvorvidt pasienten føler seg komfortabel nok til å være seg selv. I alle relasjoner mellom pasient og behandler vil det i utgangspunktet eksistere en skjevhet, der behandleren lett kan oppfattes som overlegen og/eller pasienten kan føle seg underlegen. Satt på spissen kan man si at behandleren sitter med autoritet og kunnskap, og pasienten står med lua i hånda og ber om hjelp.

Så det føles nesten som at jeg snakker med ... som at jeg sitter og snakker med sjefen liksom. Det har blitt på en måte litt sånn da, og sånn skal det ikke egentlig være. - Aleksander

Flere av informantene ønsker at det skal føles som en ordentlig samtale. Det kan være gjennom at terapeuten gir litt mer av seg selv og ikke blir for klinisk. Én informant foreslår at man kan variere hvor man har timen, for eksempel at man går en tur eller går på kafé, hvis dette føles mer komfortabelt for pasienten.

Nei jeg vet ikke. Nei det er mest det der å prøve å være litt mer personlig. Det tror jeg gjør en stor forskjell for flere. Det å føle at man blir sett. Det går igjen ofte, både hos meg og hos venner, som jeg har snakket om det med som har gått til eller går til behandler, at man skulle ønske man ble sett. - Hanna

Noe annet som går igjen er muligheten til medbestemmelse. Dette handler om at informantene ikke vil føle at noen skal bestemme over seg, de er jo tross alt voksne mennesker. De fremhever også at det blir lettere å møte opp til behandling hvis de er med på å forme behandlingsprosjektet etter sine egne ønsker. I Magnus sitt tilfelle ble det lettere å gå i behandling når han fikk lov til å fokusere på det han selv mener er hovedproblemet.

Så det ... Det har vært litt enklere å ... møte opp på PUT da kanskje, i forhold til annen behandling, for jeg har jo og vært på (annet behandlingssted), og der var det mye ... Det var veldig fokus på hasjrøyking og, da det ble tatt opp som tema. Jeg har jo full forståelse for vinklingen der, med tanke på at ofte så underspiller jo folk både bruk og misbruk, og ja underspiller og farene med bruk. Så jeg skjønner liksom det, men når jeg har vært såpass ærlig som jeg er på PUT, jeg har vært helt 100% ærlig, så har jeg blitt respektert på en måte, på det. Så da har det vært mye enklere for meg å fokusere på det jeg synes er et stort problem nå. Og da ikke følt at det liksom er ... at jeg har måttet møte et sted og bli fortalt hva jeg skal gjøre eller, ja(ler), men at jeg nå blir mer motivert eller blir gitt verktøyet til å håndtere det jeg skal håndtere da. - Magnus

Selv om det er viktig at behandleren tar hensyn til pasientens ønsker, understreker flere av informantene at det likevel må være en balanse mellom det å vise for mye hensyn, og det å være for streng. Hvis det oppleves feil den ene eller den andre veien går det ut over pasientens opplevelse av autonomi og integritet.

Det fordi ... og heller ikke for gentle. For da blir det jo litt sånn som et lite barn liksom, de må samtidig føle seg voksne. Men det må liksom være en sånn der mellomting der. Jeg vet ikke. - Jonas

Konsekvensen av en dårlig behandlingsrelasjon kan være at pasientene blir mindre motivert til å møte opp, og at de ikke føler seg forpliktet til å holde timeavtalen med behandleren. Som pasient ønsker man å bli møtt med en interesse for hele seg, ikke bare for diagnosen, sykdommen og problemene. Det å føle seg sett, hørt og tatt på alvor er et godt utgangspunkt for videre samarbeid. Informantene ønsker en ærlig behandler som oppleves genuin i sin omtanke, og som passer på å ikke bidra til økt skam.

Diskusjon

Formålet med prosjektet var å undersøke hvilke faktorer som kan opprettholde ambivalens hos unge rusmiddelavhengige. Gjennom analysene av det innsamlede materialet identifiserte vi seks temaer: *Å gi slipp på sin viktigste mestringsstrategi, En kontinuerlig kamp for å motstå press og for å velge rett, Skammens dominoeffekt, Å innse alvorret - Nå er det nok, Håpet om en bedre fremtid motiverer, men gjør deg sårbar og En ærlig samtale med noen som "ser deg"*. Nedenfor følger en diskusjon der vi skal ta for oss resultatene fra analysen, og se på hvordan disse kan bidra til å forklare hvorfor så mange unge rusmiddelavhengige ikke møter til time.

Å bli rusfri innebærer store offer

Resultatene fra studien viser at informantene bruker rusen som mestringsstrategi. Noen bruker rusmidler for å mestre hverdagen og de konsekvensene et liv med rus kan få, og noen bruker rusen for å døyve symptomer på komorbid angst og depresjon. Våre funn fra temaet *Å gi slipp på sin viktigste mestringsstrategi* stemmer overens med resultatene til Nordheim et al. (2016), som fant at rus fungerte som selvmedisinering og regulering av negative følelser. Flere av informantene våre forteller for eksempel om hvordan rusmiddelmisbruket begynte som en måte å håndtere hverdagen, og så fikk misbruket negative følgevirkninger som igjen ble håndtert med mer rus. Rusen fungerer med andre ord som en mestringsstrategi for å unngå negative følelser og konsekvenser. Denne mekanismen understreker hvordan langvarig og utstrakt rusmiddelmisbruk gjør det lett å bli avhengig, og vanskelig å slutte. Slik kan man se rusmiddelbruk som et rasjonelt valg (Kraft, 2016).

Kraft (2016) hevder at negative følelser gir det impulsive systemet (IS) økt kontroll, og når dette systemet øker i styrke blir man mer sårbar for å velge rusen fremfor langsiktige løsninger på problemene sine. Måten negative følelser kan dempes av rus henger sammen med at rusmiddelet utløser en følelse av belønning i form av dopaminutslipp. Dette blir dermed en enkel og rask måte å sikre tilfredsstillelse og velbehag. I tillegg er det ofte lettere å døyve ubehaget som følger et problem enn det er å løse selve problemet.

Selv om det vanskeligere å løse problemet enn å døyve de vonde følelsene med rus, var nettopp dette motivasjonen for å søke hjelp hos flere av informantene. De ville gjerne få hjelp til å mestre følelser på andre, sunnere måter. Som vi har sett er rus en effektiv mestringsstrategi på kort sikt, men de fleste informantene erfarer at dette ikke er tilstrekkelig i det lange løp. Vi kan si at rusen kommer i konflikt med målet om å få et godt liv, fordi konsekvensene av rusen på mange måter kan ødelegge for slike høyere ordens mål. Her kan man kalle drømmen om et godt liv for et høyere ordens mål, mens det å døyve smerte på kort sikt gjennom rus er et lavere ordens mål. En informant forteller for eksempel at han brukte alkohol for å døyve stress og tankekjør, men at alkoholavhengighetens følgevirkninger ble såpass alvorlige at han så seg nødt til å finne andre mestringsstrategier.

En utfordring vi har sett flere informanter streve med er at de gjerne vil fortsette med rus i moderate mengder. Dette kan komme av et ønske om å løse konflikten mellom lavere og høyere ordens mål, altså konflikten mellom livet med rus og livet som rusfri, uten å helt måtte gi slipp på rusen. Denne konflikten kan vi si utgjør noe av kjernen i den rusmiddelavhengiges ambivalente holdning til rusfrihet. Informantene beskriver imidlertid hvordan det å stoppe i tide er veldig vanskelig, og flere har erfaringer med tilbakefall til omfattende rusmiddelbruk etter forsøk på kontrollert inntak.

Grunnen til at det å fortsette med et moderat og kontrollert rusinntak er så vanskelig har å gjøre med de biologiske endringene vi ser ved rusmiddelavhengighet. Kraft (2016) viser til at rusen i seg selv vil fungere som en trigger, som videre styrker impulsen om inntak. Suget etter rusmiddelet forsterkes av denne impulsen, og det å kontrollere dette suget vil kreve langt mer enn det vi kan kalle vanlig viljestyrke. Det er tydelig at det krever store kognitive ressurser å skulle velge å ikke ruse seg når man allerede står i en situasjon med triggere og økt rus-sug. Dette stemmer overens med studier som finner at kognitive evner som oppmerksomhet, beslutningstaking og selvkontroll svekkes i takt med at rusmiddelbruken øker (Jentsch & Taylor, 1999). Disse nevropsykologiske endringene bidrar til å ytterligere vanskeliggjøre forholdet til rus. Derfor blir løsningen totalavholdenhet for mange rusmiddelavhengige.

Noen av informantene forsøker imidlertid å fortsette med en kontrollert bruk av rusmidler. Én av dem forteller at han fortsatt bruker hasj selv om han har sluttet med alkohol, noe han beskriver som uproblematisk. Dette kan forklares ved at ulike rusmidler har ulik effekt, og om man ikke har vært vant til å bruke hasj i samme kontekst som alkohol, er det lettere å bruke hasj uten at dette trigger suget om å innta alkohol. Om man for eksempel heller er blitt vant til å bruke kokain som en oppkvikker i sammenheng med alkohol, vil rusmidlene være forbundet i samme kontekst og fungere som triggere for hverandre (Kraft, 2016).

Funnene våre viser ganske tydelig at det å gi slipp på rusen krever store offer. Ved å undersøke hva slags funksjon rusen har for informantene har vi funnet at den fungerer som mestringsstrategi for å døyve vonde følelser, eller mestre komorbide psykiske lidelser. De siste 30 årene har det i økende grad blitt erkjent at rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig (Helsedirektoratet, 2012). I en befolkningsstudie fra seks europeiske land ble det funnet en sterk sammenheng mellom rusmiddelavhengighet og angst og depresjon (Alonso et al., 2004). De psykiatriske ungdomsteamene i Norge, som PUT ved Nidaros DPS er en del av, ble på begynnelsen av 1980-tallet startet nettopp fordi man ble oppmerksom på denne forbindelsen.

Vi har sett at det å bli rusfri er krevende grunnet avhengighetens påvirkning på hjernen. I tillegg mister altså den rusmiddelavhengige noe som har fungert som mestringsstrategier for psykiske lidelser eller andre problemer. Det er lett å glemme hvor menneskelig det er å ville ruse seg, og hvordan rusmiddelavhengighet kan utvikle seg fra et forsøk på å dekke et grunnleggende behov om å føle seg bra. Ved å utforske hva rusen betyr for den rusmiddelavhengige kan vi oppnå en bedre forståelse av hvorfor behandling, og oppmøte i seg selv, ofte innebærer en høy grad av ambivalens. Å undersøke rusens funksjon blir dermed viktig for å forstå hva man ofrer ved å leve uten.

Livet utenom behandlingen

Det er viktig å se de hjerneorganiske endringene ved avhengighet i sammenheng med miljøet man befinner seg i. Funnene fra temaet *En kontinuerlig kamp for å motstå press og for å velge rett* viser hvordan forventninger og press fra andre kan bidra til økt motvilje overfor behandling, og ikke minst økt lyst til å ruse seg. Forskning viser at press fra jevnaldrende er en moderat prediktor for tilbakefall ved rusmiddelavhengighet (Rahman et al., 2016). I tillegg viser funnene i temaet hvordan opplevelser i livet, humør og overskudd direkte påvirker hvorvidt man vil prioritere å møte til timene.

Én av informantene beskriver hvordan det oppleves å være på en fest der hun blir møtt med skepsis og plagsomme spørsmål fordi hun ikke ruser seg lenger. Når vi vet hva rusmiddelavhengige opplever når de blir utsatt for rus-relaterede stimuli (triggere) er det rimelig å anta at et slikt ytre press bidrar negativt. I resultatene fra studien kom det fram et eksempel på hvordan trigger-mekanismen føles; den ene informanten er så sensitiv for alkoholrelatert stimuli at han hører forskjell på om noen åpner en ølboks eller en brusboks.

Det er ikke vanskelig å tenke seg at det må kreve mye å skulle gå på en fest der man forsøker å være avholdende, men hele tiden ser andre som ruser seg, og som lurte på hvorfor ikke du gjør det samme. Dette kan tenkes å føre til tanker om at det er greit å ruse seg likevel, fordi man opplever så stor aksept for det. Dilemmaet den rusmiddelavhengige står overfor i en slik situasjon er et eksempel på en konflikt mellom det reflekterende og det impulsive system.

Som nevnt kreves det kognitive ressurser for å mobilisere den selvkontrollen som trengs for å løse en IS-RS-konflikt på en hensiktsmessig måte. Kognitive ressurser kan beskrives som følelsen av overskudd og evnen til å mestre en slik konflikt (Kraft, 2016). Disse kognitive ressursene vet vi at svekkes ved rusmiddelavhengighet og utstrakt rusmiddelbruk, og det vil derfor kreve mye selvkontroll i en sosial situasjon som beskrevet over. Et mål for avhengighetsbehandling bør derfor være å på ulike måter styrke kognitive ressurser, ved å for eksempel hjelpe pasienten til økt sykdomsinnsikt, sunnere livsstil eller å øve på mestringsstrategier for å stå imot rus-sug og ytre press.

Behandlingen kan lett kompliseres av at det også krever store kognitive ressurser å gå i terapi. Resultatene våre viser at informantene synes behandling kan være utmattende fordi det å møte opp krever mobilisering av selvkontrollressurser hver gang. I tillegg krever selve innholdet i terapien ressurser; man skal åpne opp om vanskelige tema og forholde seg til egne problemer på en måte som tar mye energi. Denne mobiliseringen av selvkontroll kommer av at behandlingen kan tenkes å inngå i et høyere ordens mål om å bli frisk og få et godt liv, som gjør at man må stå imot lavere ordens mål om å droppe behandlingen fordi det er slitsomt.

Funnene våre peker derfor mot at pasientene unngår å møte til behandling fordi det krever for mye av dem. Dette er et viktig funn, særlig fordi mye av forskningen på drop-out er gjort i populasjoner fra døgnbehandling der man ikke kan studere ikke-møtt på samme måte som hos pasienter i poliklinisk behandling. En rusmiddelavhengig pasient som er innlagt vil ikke ha de samme utfordringene knyttet til å møte til behandling, fordi hun ikke aktivt må oppsøke behandlingsstedet hver uke. I tillegg er som nevnt brukerperspektivet

underrepresentert i forskningen på rusmiddelavhengige, så faktorer som omhandler pasientenes egne opplevelser har ikke blitt undersøkt i stor grad.

Resultatene indikerer at dette kan være med på å forklare hvorfor det er så mye ikke-møtt ved PUT. Å skulle orke å gå i behandling kan vi anta at krever kognitive ressurser, og som Brorson et al. (2013) fant i sin studie er redusert kognitiv funksjon noe som kan predikere drop-out hos rusmiddelavhengige. En logisk slutning vil derfor være at en vellykket behandling der man får til å bygge opp pasientens kognitive ressurser, vil kunne skape en positiv forsterkning som fører til bedre oppmøte.

Et interessant funn i denne sammenhengen var at informantene ofte droppet behandling i de periodene de hadde det bra. I forskning har det blitt trukket fram at negative følelser, og ikke positive, bidrar til økt oppmøteproblematikk (se for eksempel Nordheim et al., 2016). Informantene våre forklarte dette med at behandling kunne gjøre dem nedstemt ved at de måtte fokusere på problemer og sykdom, i stedet for å nyte den gode perioden. At behandlingen oppleves konfliktfylt i seg selv kan være noe av forklaringen på dette delvis overraskende funnet. Å få det bedre på lang sikt er et høyere ordens mål, og om timene gjør at man føler seg verre kan det tenkes at det å møte til behandling oppleves som et hinder for å nå dette målet. På denne måten kan behandling i seg selv komme i konflikt med andre høyere ordens mål, og derfor vil det føles fornuftig å droppe behandling i gode perioder.

Poliklinisk behandling innebærer at man kanskje ser pasienten én time i uka eller sjeldnere. Derfor er det viktig at man husker på at det er mye som skjer i tiden mellom timene, som kan påvirke motivasjonen til å møte opp til behandling. En stor utfordring for mange rusmiddelavhengige er å bryte med rusmiljøer, noe flere av informantene våre har erfaringer med. Vi har sett at informantene i høy grad utsettes for press fra de sosiale miljøene de befinner seg i, og for en behandler vil det være nyttig å sette søkelys på hvordan man kan hjelpe pasienten med å mestre slike situasjoner. Man kan forstå utfordringene den rusmiddelavhengige står i ved å bruke RS-IS-modellen, der presset fra omgivelsene svekker det reflekterende system og styrker det impulsive. En mulig løsning på RS-IS-konflikten kan være å tydeliggjøre de høyere ordens målene og bygge opp kognitive ressurser.

For en behandler vil det er imidlertid også viktig å være klar over dynamikken som gjør at en god periode kan føre til dårligere oppmøte. Ved å forsøke få fram at terapi fungerer best når pasienten har mer overskudd og energi, kan behandleren hjelpe pasienten til å innse at behandlingen hjelper på lang sikt, selv om den kan føles utmattende der og da.

Stigmatisering og skam

Som nevnt kan skam ofte henge sammen med rusmiddelavhengighet ved at man skammer seg fordi man ruser seg, og ruser seg fordi man skammer seg. Å stigmatisere betyr å gi et dårlig omdømme eller sette et mindreverdighetsstempel på noen (Malt, 2020). Skam defineres som en sterkt ubehagelig følelse av å ha vist en nedverdiggende side av seg selv, og derfor avslørt seg selv som mislykket (Teigen & Kennair, 2019).

I resultatene fra studien ser vi at informantenes følelser av skam og opplevelser med stigmatisering kan bidra til oppmøteproblematikk. Funnene fra temaet *Skammens dominoeffekt* stemmer overens med en rapport lagt fram av Drop-out-teamet ved Universitetet i Nord-Norge (2016), der man fant at “Følelser av skam og stigmatisering” var én av seks vanlige årsaker til drop-out. Vi har funnet at skamfølelser kan hindre at pasienter møter til time, i tillegg til at pasientene kan føle seg devaluert (“shamet”) av behandleren etter episoder med ikke-møtt. Et tydelig eksempel på hvordan skam og stigmatisering kom til uttrykk i resultatene er en situasjon som ble beskrevet av en informant, der han forteller om hvordan det er å vente utenfor en dør med “Klinikk for rus og avhengighetsmedisin” midt i en travel gate.

Tidligere så vi hvordan rusen kan fungere som mestringsstrategi for å håndtere negative følelser, og skam og mindreverdighet er eksempler på slike følelser. Skam hindrer handling fordi man mister troen på egen mestring (Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2019). Derfor kan skam hindre en person i å gjøre ting som ville vært bra, som for eksempel å gå i behandling for å få hjelp med rusmiddelavhengighet. Dette kan vi se i lys av IS-RS-konflikten fordi negative følelser styrker det impulsive systemet, som igjen gjør det vanskeligere for det reflekterende systemet å fremme handlinger som er i tråd med høyere ordens mål. En av informantene forteller at han ofte kunne sabotere behandlingsforløpet ved å begynne å drikke igjen, bare han følte seg skamfull nok. Flere andre forteller om hvordan de føler skam når behandleren snakker med dem om oppmøteproblematikk, og at dette fører til at de får mindre lyst til å møte neste gang. Dette viser hvordan skam bidrar til at IS-RS-konflikten blir enda vanskeligere å håndtere på en hensiktsmessig måte, og tydeliggjør viktigheten av at disse følelsene blir adressert på en skånsom måte i terapien.

Det kan også oppleves skamfullt å skulle anerkjenne at man har et problem, at man er “alkoholiker”, “rusmisbruker” eller “narkoman”. Dette er et ord som kan aktivere mange fordommer og stereotypier. I denne oppgaven har vi forsøkt å bruke ord som er så lite stigmatiserende som mulig, nettopp fordi vi har fått et innblikk i hvordan det oppleves å være en del av en gruppe mange har fordommer mot. Dette er i overensstemmelse med rapporten

fra FHI (2019). Resultatene våre viser at man i behandlingssystemet bør unngå å bruke begreper som “narkoman” og “alkoholiker”. Dette er et lite tiltak, men det kan kanskje bidra til mindre skamfølelser hos personer som er avhengige av rusmidler.

Vi kan si at skam henger sammen med oppmøteproblematikk på en kompleks måte, både knyttet til selve rusbruken, stigmatiseringen av rusavhengige som gruppe, og hvordan de blir møtt i behandlingssystemet. Skammen kan virke selvforsterkende, og det er viktig at behandlere er observante slik at de ikke uforvarende forsterker skamfølelser hos pasienten

Opplevelsen av indre konflikt er avgjørende for ønsket om endring

I temaet *Å innse alvoret - Nå er det nok* kommer det frem at det er en sammenheng mellom oppmøteproblematikk, behandlingsavbrudd og manglende indre motivasjon for behandling. Resultatene viser at egen rusmiddelbruk ikke nødvendigvis vil oppleves som problematisk av personen det gjelder, selv om andre rundt synes det. Når rusmiddelbruken er i samsvar med høyere ordens mål vil man ifølge tosystemsmodellen ikke være motivert for å endre den (Kraft, 2016).

Informantene forteller at det er vanlig å være i behandling på noen andres initiativ, gjerne foreldrenes, uten at de føler seg klare selv. Et par av informantene som har vært i behandling fordi foreldrene ønsker det kobler dette opp mot økt oppmøteproblematikk, fordi de i bunn og grunn ikke opplever å ha noen personlig nytte av behandlingen, og at behandlingen heller står i veien for andre ting de heller vil. På den andre siden forteller noen at de kan føle seg forpliktet til å møte i behandling, selv om de egentlig ikke vil det. Noe alle informantene derimot var tydelige på var at behandling og rusfrihet er noe man selv må bestemme seg for hvis det skal være effektivt. Dette er i overensstemmelse med teori om at for å klare å overstyre rus-impulsen og gi fra seg de positive siden med rus, så må man ha et rusfritt liv som mål (Kraft, 2016).

Mange av informantene har altså tidligere kjent på manglende indre motivasjon for behandling, der de har vært i behandling fordi de følte de måtte, og at dette har vært forbundet med dårlige behandlingsresultater. Flere rapporterte at de har opplevd en endring i motivasjon, fra å ikke være motiverte for behandling til å bli det. Det var også noen som hadde blitt motivert for rusfrihet, men ikke for behandling. Funnene viser en sammenheng mellom det å oppleve negative effekter av eget rusmiddelbruk, og det å bli klar for behandling og ruslutt. Flere av informantene forteller om hvordan de etter hvert har innsett alvoret forbundet med sitt rusmiddelbruk, noe som har motivert dem til å få kontroll over

den. Dette er fordi rusmiddelbruken har vist seg å få konsekvenser for høyere ordens mål som blant annet prestasjon på jobb, relasjoner og helse.

Et par av informantene fortalte at et fortsatt rusmiddelbruk kunne ende med døden. Da ble det avgjørende å ta grep. Å oppdage at rusmiddelbruk har farlige konsekvenser gjør rusen konfliktfylt. Hvis den rusavhengige fortsetter å ruse seg vil hun risikere å oppleve flere av disse negative konsekvensene, noe hun ønsker å unngå. Å oppfatte rusmiddelbruken sin som konfliktfylt er nødvendig for å motivere seg selv til endring (Kraft, 2016). Negative konsekvenser av rusmiddelbruk øker derfor personens ambivalens til egen rusmiddelbruk, der rusen ikke lenger bare representerer noe positivt, men også noe negativt.

Resultatene indikerer at den rusmiddelavhengige kan få et konfliktfylt forhold til rusen, fordi hun oppdager at fortsatt rusbruk kan virke ødeleggende for andre viktige ting i livet og høyere ordens mål. Dette bygger på en forutsetning om at den rusmiddelavhengige ser forbindelsen mellom rusmiddelbruken og de negative effektene. Ikke alle konsekvenser av omfattende rusmiddelbruk er like åpenbare. Langvarig bruk av alkohol er for eksempel assosiert med økning i angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2013). Dette kan være følelser den rusmiddelavhengige har kjent på også før påbegynt rusmiddelbruk, og som hun kanskje til og med har brukt rusen for å døyve. Mange av informantene understreker rusens funksjon for å håndtere vanskelige følelser. Hvis sammenhengen mellom de negative konsekvensene og rusmiddelet ikke blir oppdaget, kan disse negative effektene heller fungere som en bekreftelse på at en trenger rusen, fordi omfattende rusmiddelbruk kan forsterke årsakene som bidro til rusmisbruk i første omgang.

Bruk av rusmidler som mestringsstrategi kan komplisere sammenhengen mellom opplevde negative effekter av rusmisbruk og endring i retning av rusfrihet. I våre analyser har vi sett eksempler på at man kan benytte seg av rusmidler for å unngå å ta stilling til de ubehagelige følelsene som oppstår ved ambivalens til eget rusmiddelbruk. En informant beskrev for eksempel hvordan han begynte å ruse seg igjen rett etter en overdose for å slippe å ta stilling til de alvorlige konsekvensene av rusmiddelbruken. De negative konsekvensene ved rusmiddelbruken ble for denne informant utrolig vanskelig å stå i, så unngåelse ved fortsatt rusmiddelbruk ble løsningen.

Resultatene våre understreker betydningen av å selv innse alvoret for å få nytte av behandling og klare å bli rusfri. Flere av informantene har hatt en opplevelse av at nok er nok, at nå kan det ikke fortsette lenger. Gjennom flere og mer alvorlige negative konsekvenser av rus blir det vanskeligere å unngå å se at det en holder på med nå vil ha

konsekvenser for fremtiden. Denne økningen i ambivalens gjør ruskonflikten mer aktuell og konkret for den rusmiddelavhengige, og ser ut til å motivere for oppmøte og rusfrihet.

Et sårbart prosjekt

Motivasjon påvirkes av flere forskjellige faktorer. Resultatene fra temaet *Håpet om en bedre fremtid motiverer, men gjør deg sårbar* indikerer hvordan negative effekter ved rus er med på å skape et konfliktfylt forhold til rusen, og motivere til endring. For å løse opp i denne konflikten og oppnå rusfrihet er troen på og håpet om å bli frisk helt essensielt.

Informantene forteller at viktige ønsker de har for fremtiden som å stifte en familie og ta utdanning ikke er kompatibelt med rusen. Våre resultater samsvarer med teori om at et sterkt høyere ordens mål som er i konflikt med nåværende rusbruk motiverer og bidrar til rusfrihet, gjennom å øke kontrollen til det reflekterende system (Kraft, 2016).

Det å oppleve en periode med rusfrihet kan ifølge våre resultater øke troen på at man kan bli frisk og lysten til å bli rusfri. Mange av informantene har klart å opprettholde rusfrihet i en periode på flere måneder, noe som har vist dem at livet som rusfri er et bedre liv. Samtidig opplever de at andre mål de har for fremtiden virker nærmere. Dette kan muligens tydeliggjøre negative effekter av egen rusbruk som kanskje ikke har vært så klare mens man ennå har ruset seg. Funnene våre viser derfor hvordan en periode med rusfrihet kan styrke verdien av og konkretisere alternativer til rusmiddelbruk, og fungerer som en slags forsterkning for videre rusfrihet. På denne måten tydeliggjøres høyere ordens mål, noe som henger sammen med evnen til å klare å iverksette selvkontroll og overstyre rus-impulser (Kraft, 2016). I intervjuene kommer det fram at dette også stemmer i tilfeller med ytre motivasjon for rusfrihet, for eksempel for å få tilbake førerkortet.

Ved å sette seg høyere ordens mål som er i konflikt med nåværende rusmiddelbruk får man også noe å tape. Dette er kan være spesielt aktuelt for pasientgruppen ved PUT, fordi de er såpass unge. De befinner seg i en livsfase som for mange innebærer valg som påvirker livet fremover i lang tid, som yrkesvalg, valg av partner, eller om man skal få barn. Hvis man opplever å få et tilbakefall eller at man på en annen måte ikke klarer å kontrollere rusmiddelbruken, tenker vi denne skuffelsen er ekstra stor ved sterke høyere ordens mål, fordi det også føles ut som et tap av en fremtid. En av informantene fortalte om en opplevelse som illustrerer dette. Han opplevde å miste kontrollen over rusmiddelmisbruken, noe som resulterte i at han mistet jobben. Denne hendelsen gjorde at han nesten ga opp hele prosjektet om å bli rusfri.

Mange i rusbehandling vil oppleve tilbakefall (McLellan et al., 2005). Flere av våre informanter har erfaringer med å miste kontrollen og falle tilbake til et rusmiddelbruk som de har prøvd å komme seg ut av. Dette ser ut til å henge sammen med en nedvurdering av og økt usikkerhet omkring hvor realistisk et rusfritt liv er. Tilbakefall senker altså mestringstilliten til den rusmiddelavhengige, og grad av mestringstillit er forbundet med hvorvidt man klarer å nå sine mål (Deci & Ryan, 1985). Når skuffelsen over å ikke ha klart å utøve tilstrekkelig kontroll er stor kan det føles som et bedre alternativ å gi opp enn å skulle utsette seg for flere skuffelser. Et gjennomgående tema i våre resultater er nettopp det at prosessen med å gå i behandling og bli rusfri kan føre med seg mange situasjoner og valg som blir overveldende for personen. Selv om det å tørre å tro på en bedre fremtid kan innebære store skuffelser, må vi ikke glemme at dette også er en viktig motivasjonskilde i arbeidet for rusfrihet.

Å bli sett som den man er

Resultatene våre indikerer at behandleren har mye å si for informantenes motivasjon for oppmøte til timene, og for behandling generelt. I temaet *En ærlig samtale med noen som "ser deg"* forteller informantene om erfaringer med gode og mindre gode behandlere. Funnene viser at det å få god støtte fra behandleren er viktig i arbeidet med rusmiddelavhengighet. Dette stemmer overens med forskning som indikerer at den terapeutiske relasjonen er blant de sterkeste prediktorene for vellykket behandling, så vel som fullført behandlingsløp (Lambert et al., 2004; Miller & Moyers, 2014; Najavits et al., 2000). Det er imidlertid få studier som spesifikt har adressert den terapeutiske relasjonen i rusbehandling (Kothari et al., 2010), men resultatene våre gir grunn til å tro at den kan være vel så viktig i denne typen behandling.

Tidligere ble det diskutert hvordan negative følelser, som for eksempel mindreverdighets- og skamfølelser, bidrar til å styrke det impulsive systemet. Et sterkt impulsivt system vil øke sjansene for videre rusmiddelbruk, og svekke sjansene for å ta valg som bedrer livssituasjonen for en som er rusmiddelavhengig. Det er derfor nærliggende å tro at en behandler som motvirker disse negative følelsene på denne måten kan hjelpe pasienten med å nå høyere ordens mål.

Flere av informantene har negative opplevelser med behandlere. Én informant forteller om at det å snakke med behandleren føles som å snakke med sjefen, og at hun ikke klarer å sette seg inn i hvordan han som pasient har det. Dette kan tenkes å øke negative følelser og svekke troen på at de høyere ordens målene blir oppnåelige gjennom terapi.

Resultatene viser at det som derimot ser ut til å bidra til mestringsfølelse og fremtidstro er opplevelsen av å bli sett som mer enn en diagnose. At informantene setter stor pris på dette kan ha sammenheng med opplevelser av å være en del av en stigmatisert gruppe. Å stadig vekk bli møtt med fordommer og å bli satt i bås føles vondt og feil. Flere av informantene forteller at støtten fra behandleren og opplevelsen av å bli sett som en hel person er svært viktig for at de prioriterer å møte til behandlingen. En av informantene sier at hovedgrunnen til at han møter til behandling er relasjonen til behandleren, fordi han føler at hun bryr seg på en genuin måte. Dette kan ha å gjøre med at de får en større tro på at prosjektet om rusfrihet vil lykkes hvis det er noen andre som tror på det også.

Noe som ser ut til å skille de gode behandlerrelasjonene fra de mindre gode er behandlerens evne til å se pasientene som voksne individer. Resultatene viser at flere av informantene har reagert negativt på behandlere som behandler dem som barn. Som nevnt tidligere er pasientene i en aldersgruppe der identitet, løsrivelse og autonomi er sentrale temaer. Da er det viktig å føle at man blir tatt på alvor. Å ha en behandler som er støttende, men som likevel stiller krav kan øke pasientens mestringstro, og dermed øke oppmøte.

Implikasjoner

Resultatene fra studien vår har flere ulike implikasjoner. Funnene tyder på at rusens funksjon som mestringsstrategi er vanskelig å gi slipp på, i tillegg til at det å møte opp til behandling krever mye energi. En følelse av skam og stigmatisering bidrar også til at behandling kan bli vanskelig. For å bli motivert for behandling har vi sett at det kreves en erkjennelse av rusmiddelbrukens langsiktige, negative konsekvenser. Det som ser ut til å holde pasientene i behandling er imidlertid håpet om en bedre fremtid, og opplevelsen av å ha en behandler som genuint bryr seg. Mange av disse funnene støttes av annen forskning. Vi håper at kunnskapen kan bidra til å forklare hvorfor mange føler en ambivalens overfor behandling og rusfrihet, som igjen kan komme til uttrykk som manglende oppmøte. Vi håper at denne kunnskapen kan benyttes for å gi bedre behandling til personer med rusmiddelavhengighet.

Funnene impliserer at det er viktig å undersøke hva slags funksjon rusen har for den rusmiddelavhengige. Vi har sett at rusmidler kan brukes til å døyve negative følelser, eller lindre symptomer på komorbide psykiske lidelser. For en behandler er dette åpenbart høyst aktuelt å ta tak i for å forstå pasientens situasjon og utfordringer. Vi har også sett at det å fokusere på rusens funksjon som mestringsstrategi kan bidra til følelsen av å bli sett som en person og ikke en diagnose. Man *er* ikke problemet, men man *har* problemer som ofte har

blitt forsøkt løst ved hjelp av rusmidler, som igjen har bidratt til utviklingen av rusmiddelavhengighet. Å forstå hvordan det å gi slipp på rusen kan være et stort offer for pasienten kan hjelpe en behandler med å finne alternative mestringsstrategier. Det vil også være med på å forklare pasientens motvilje mot å bli rusfri, som igjen kan gjøre at hun ikke prioriterer å møte til behandling.

I tillegg til å utforske rusens funksjon er det viktig for en behandler å undersøke hvordan rusbehandlingen passer inn i livet til pasienten. Resultatene våre indikerer at vanskeligheter med å komme seg ut av rusmiljøet og opplevelser ellers i livet påvirker motivasjonen for behandling. Noen informanter kommenterte at det at det skjedde mye ellers i livet senket motivasjonen for behandling, fordi det ville være slitsomt å snakke om hendelsene med behandleren. Hendelser i livet kunne også tappe energi og overskudd, slik at behandling ikke ble prioritert. I tillegg var det flere som sa at de droppet timer hvis de følte seg i godt humør fordi behandling ville gjøre dem i dårlig humør. Denne mekanismen er det nyttig å være oppmerksom på i poliklinisk rusbehandling, fordi den kan si noe om hvilke perioder i livet som kan henge sammen med ikke-møtt.

Vi kan si at stigmatiseringen og skammen som rammer rusmiddelavhengige først og fremst er et samfunnsproblem, og ikke noe PUT alene kan løse. Likevel vil det være nyttig for behandlere, og for behandlingsinstitusjonen, å ta hensyn til hvordan det oppleves å skamme seg over sykdommen man har, og gruppen man tilhører. En mulighet for behandleren vil være å snakke med pasienten sin om hvordan ulike situasjoner oppleves skamfulle. I tillegg kan det være lurt å finne gode løsninger på hvordan man skal ta opp mulig framtidig oppmøteproblematikk, uten at det fremstår som dømmende.

Det vil også være viktig for en behandler å kartlegge hvorvidt pasienten har en indre motivasjon for behandling, eller er der på for eksempel foreldrenes initiativ. Resultatene våre impliserer en sammenheng mellom hvor pasientene er i denne prosessen og grad av oppmøteproblematikk, der svakere indre motivasjon fører til mer ikke-møtt. Hvorvidt pasienten opplever at rusmiddelbruken sin har negative konsekvenser ser ut til å øke indre motivasjon, og i behandling kan det være nyttig å hjelpe pasienten med å se sammenhengen mellom rusmiddelbruk og negative konsekvenser. Dette bør gjøres på en slik måte at pasienten ikke føler seg presset, da dette kan lede til motstand (Barth et al., 2013), men heller inngå i en helhetlig utforskning av både positive og negative aspekter rusmiddelbruken.

Et annet funn er at mål om en bedre fremtid motiverer pasientene. Implikasjoner av dette tenker vi kan være at man i behandling bør utforske pasientens mål for fremtiden, og se hvordan disse samsvarer med det livet man lever nå. Dette kan bidra øke verdien av en

fremtid uten rus, og hjelpe til å etablere det som et realistisk alternativ. I tillegg er det som behandler viktig å være oppmerksom på at dette skjøre håpet lett blir påvirket av skuffelser og motgang.

Resultatene impliserer også at relasjonen til behandleren har mye å si for både oppmøte og generell mestringstro. At pasientene opplever at behandlerne bryr seg om dem også når de dropper timer, ser ut til å være en viktig grunn til at de prioriterer å møte til behandling. I tillegg ønsker informantene våre å bli behandlet som voksne mennesker. Å gi pasientene tro på seg selv og sin egen evne til å mestre livet samtidig som man formidler at man tar dem på alvor, vil være en god forutsetning for å kunne avhjelpe rusmiddelavhengigheten.

Vi håper funnene våre kan kaste lys over hvordan en ambivalent holdning til rusbehandling og rusfrihet kan bidra til ikke-møtt. Sammenhengene er komplekse og mangefasetterte, men vi håper å ha gitt noen svar på hva som kan være viktige holdepunkter for behandlere som vil hindre avbrudd i rusbehandlingen.

Styrker og begrensninger ved studien

Vårt samarbeid med fire andre psykologistudenter (seks totalt) om utforming av intervjuguide og innhenting av data kan ha vært både en styrke og en begrensning. Det kan potensielt være en ulempe, spesielt med tanke på gjennomføring av intervjuene. Flere intervjuere gjør det vanskeligere å sikre at intervjuene er reliable. For å minske denne usikkerheten var vi nøye med ordlyden i utviklingen av intervjuguiden, og vi prøvde å følge denne i intervjuene. Styrken ved å ha vært seks stykker i denne prosessen ligger i at vi får flere perspektiver og sparringspartnere, noe som vi tror har bidratt til å øke kvaliteten på intervjuguiden.

Det at vi har vært to studenter som har samarbeidet om denne oppgaven tenker vi også har vært positivt av de samme grunnene. Den største svakheten med å være to ligger nok i kodingsprosessen, siden det er vanskeligere for to personer å kode konsistent, altså likt. Vi brukte det første intervjuet til å kalibrere oss med tanke på videre koding, og leste over hverandres koding og diskuterte underveis i prosessen. Ved å være bevisst utfordringene ved å være flere i kodingsprosessen har vi klart å holde oss ganske samkjørte. I sum sitter vi igjen med en opplevelse av at samarbeidet vårt har vært positivt og fasilitert en dypere drøfting og refleksjon.

Utvalget er det vi opplever at står som den største begrensningen i studien. Vi hadde problemer med rekruttering og gjennomføring av avtalte intervjuer. Dette er forventet med

tanke på at oppmøteproblematikk var et rekrutteringskriterium, men det gjør at vi sitter igjen med et spørsmål om vi klarte å intervju de med høyest grad av oppmøteproblematikk. En naturlig antakelse vil være at vi ikke fikk til dette, men utvalget vårt har fortsatt formidlet interessante og nyttige perspektiver. Blant annet er det flere som har hatt større grad av oppmøteproblematikk tidligere, men som nå møter opp mer jevnlig. Dette perspektivet har vært veldig interessant for oss, og gir en mulighet til å se på endringer i ambivalens til behandling.

Vår forbindelse til PUT kan også ha utgjort en begrensning i studien. Informantene ble rekruttert gjennom PUT, og prosjektet ble utviklet med mål om å blant annet gi PUT informasjon som kan hjelpe dem med å forbedre praksisen sin. I intervjuene kom det frem at noen av informantene var usikre på hvor mye av denne informasjonen PUT ville få tilgang til, og la kanskje begrensninger på seg selv fordi de var redde for at informasjon kunne komme tilbake til behandleren. Vi hadde forsikret anonymitet på forhånd, og til de som spurte understreket vi at det de sa om behandleren ikke skulle kunne knyttes til hverken dem eller behandler. Det vi derimot ikke vet er om noen andre av informantene satt inne med bekymringer som ikke kom frem. Samtidig har PUT vært til utrolig god hjelp for oss i utviklingen av prosjektet, og deres erfaring og ekspertise har peilet oss inn på viktige utfordringer i rusbehandling.

I tiden da intervjuene ble gjennomført hadde behandlingen og livene til informantene ellers vært preget av varierende grader av smittevernregler, i forbindelse med sars-CoV-2 - viruset, i over ett år. Dette har blant annet ført til avlysning av timer og økt bruk av videobehandling. Vi usikre på hvilken rolle dette eventuelt kan spille for våre resultater, men har inntrykk av at vi har jobbet med et datamateriale som omhandler temaer som har vært gjennomgående for informantene, også utenom pandemien. Likevel synes vi det er viktig å gi plass til forskningsprosjektets historiske kontekst ved å anerkjenne dette spesielle aspektet ved tiden vi befinner oss i nå. Vi har også måtte benytte oss av videointervjuer på grunn av smittevernsreglene som var aktuelle på intervjutidspunktet. Dette kan ha hatt konsekvenser for flyten i samtalen og vår tilgang til informasjon gjennom kroppsspråk og mimikk. Samtidig kan det ha vært positivt med tanke på å få informantene til å møte opp til intervju, siden videointervjuer kan sies å være mer lavterskel, siden man blant annet slipper reisevei.

Vi har gjennom hele prosessen vært opptatt av ambivalens for rusmiddelbruk og behandling, og har hatt en intensjon om å undersøke dens betydning for oppmøteproblematikk. Vår forforståelse av ambivalensens mulige betydning for oppmøte kan

tenkes å ha hindret oss i å se andre interessante og nyttige perspektiver vi kunne benyttet i møte med dataene. Alt i alt synes vi likevel at vår oppgave kan være et interessant bidrag til å forstå sammenhengen mellom ambivalens og behandling av rusmiddelavhengighet, ved å utforske brukerperspektivet og oppmøteproblematikk.

Konklusjon

Funnene våre tyder på at det er flere ulike faktorer som opprettholder ambivalens til rusbehandling og rusfrihet hos unge rusmiddelavhengige. Faktorer som bidrar til at økt oppmøteproblematikk er at det er vanskelig å gi slipp på rusen som mestringsstrategi, at oppmøte til behandling krever mye ressurser og energi, og at følelser av skam og stigmatisering bidrar til håpløshet og unngåelse. Vi har også funnet at det som skal til for å snu en situasjon med manglende oppmøte er en sterk indre motivasjon som kommer av å ha innsett konsekvensene av langvarig rusmiddelmisbruk. Det som på den andre siden bidrar til at pasientene ønsker å møte opp er håpet om en bedre fremtid, og behovet for å ha en behandler som ser deg som du er.

Resultatene impliserer flere mulige innfallsvinkler for å redusere andelen pasienter som ikke møter til time. Å undersøke rusens funksjon og hjelpe pasienten til å lære seg alternative mestringsstrategier, samt å jobbe med motivasjon for rusfrihet ser ut til å være nyttige fokusområder i terapien. I tillegg vil det være nyttig for en behandler å undersøke hvordan de polikliniske timene passer inn i pasientens liv for øvrig, da humør, energinivå og motivasjon kan svinge i løpet av en uke og således påvirke oppmøte. At behandler er oppmerksom på pasientens følelser av skam og stigmatisering, samt at pasienten er ung og dermed kanskje har høye, men skjøre forventninger til livet ser vi som viktig for å gjøre pasienten trygg i behandlingsrelasjonen. Behandleren må også tilstrebe å se pasienten som en hel person, med alle sine ressurser og egenskaper.

Litteraturliste

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert S., Bruffaerts, R., Brugha T. S., Bryson H., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J.,.....(2004). 12-Month Comorbidity Patterns and Associated Factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project 143. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 28-37.
- Anthony, J. C. & Helzer, J. E. (1991). Syndromes of Drug Abuse and Dependence. I L. N. Robins & D. A. Regier (Red.) *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (s. 116-154). New York: Free Press.
- Ball, S. A., Carrol, K. M., Canning-Ball, M., et al. (2006). Reasons for Dropout from Drug Abuse Treatment: Symptoms, Personality, and Motivation. *Addictive Behaviors*, 31, 320-330.
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological inquiry*, 7(1), 1-15.
- Bechara, A., & Damasio, H. (2002). Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia*, 40(10), 1675-1689.
- Beynon, C.M., McMinn, A.M. & Marr, A.J. (2008). Factors predicting drop out from, and retention in specialist drug treatment services: A case control study in the North West of England. *BMC Public Health*, 8, 149. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-149>
- Bickel, W. K., Jarmolowicz, D. P., Mueller, E. T., Koffarnus, M. N., & Gatchalian, K. M. (2012). Excessive discounting of delayed reinforcers as a trans-disease process contributing to addiction and other disease-related vulnerabilities: emerging evidence. *Pharmacology & therapeutics*, 134(3), 287-297.
- Bickel, W. K., Miller, M. L., Yi, R., Kowal, B. P., Lindquist, D. M., & Pitcock, J. A. (2007). Behavioral and neuroeconomics of drug addiction: competing neural systems and temporal discounting processes. *Drug and alcohol dependence*, 90, 85-91.
- Bickel, W. K., Quisenberry, A. J., Moody, L., & Wilson, A. G. (2015). Therapeutic opportunities for self-control repair in addiction and related disorders: change and the limits of change in trans-disease processes. *Clinical Psychological Science*, 3(1), 140-153.
- Botvinick, M. M., Braver, T. S., Barch, D. M., Carter, C. S., & Cohen, J. D. (2001). Conflict

- monitoring and cognitive control. *Psychological review*, 108(3), 624.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. London: Sage Publications Ltd.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2018). *Doing interviews* (2. utg.). Sage.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet*. (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand - Hendriksen, K., Duckert, F. (2013). Drop - out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychological Review*, 33(8), 1010 - 1024.
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A. & Rand, K. (2019). Predicting Dropout from Inpatient Substance Use Disorder Treatment: A Prospective Study of the OQ-Analyst. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, 1-9.
- Byenstuen, F. R. (2020, 24. januar). *Økt gebyr for ikke å møte til avtalt time*. Sykehuset Innlandet HF. <https://sykehuset-innlandet.no/om-oss/aktuelt/nyheter/okt-gebyr-for-ikke-a-mote-til-avtalt-time>
- Deci E. L & Ryan, R. M (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Plenum Press.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive behaviors*, 7(2), 133-142.
- Dieren, Q. & Rijckmans, Madeleine & Mathijssen, Jolanda & Lobbstaël, Jill & Arntz, Arnoud. (2013). Reducing no-show behavior at a community mental health center. *Journal of Community Psychology*. 41. <https://doi.org/10.1002/jcop.21577>.
- Fagrådet - Rusfeltets Hovedorganisasjon. (2019, 23. April). *Hvorfor er drop - out så vanskelig?* Rusfeltet. <https://www.rusfeltet.no/nyhetsarkiv/hvorfor-er-drop-out-sa-vanskelig-article524-28.html>
- FHI. (2019). *Rusbrukslidelser i Norge*. (I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- FN. (2019). *World Drug Report 2019*. (Sales No. E. 19). United Nations Publication. <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>
- Freberg, L. A. (2016). Psychopharmacology. *Discovering Behavioral Neuroscience. An Introduction to Biological Psychology*. (3.utg.). Cengage Learning.
- Fujita, K., & Sasota, J. A. (2011). The effects of construal levels on asymmetric

temptation-goal cognitive associations. *Social Cognition*, 29(2), 125-146.

Geertz, C. (ed.) (1973). *The Interpretation of Culture*. New York: Basic Books.

Helsedirektoratet. (2017, 24. januar). *Behandlingsnivå i rusbehandling: Avbrudd, døgn – /dag - / ambulerende behandling, somatikk og straffegjennomføring*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/behandlingsniva-i-rusbehandling-avbrudd-dogn-dag-ambulerende-behandling-somatikk-og-straffegjennomforing#manglende-oppmote-og-fare-for-behandlingsavbrudd-rusbehandling-referanser>

Helsedirektoratet (2018). *Behandling i tverrfaglig spesialisert behandling*. Oslo:

Helsedirektoratet. Tilgjengelig på

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb/behandling-og-oppfolging-rusbehandling-tsb-pakkeforlop/behandling-i-tsbf>.

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet.

Tilgjengelig på:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus - og psykisk lidelse - ROP lidelser*.

Tilgjengelig på <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop->

[lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

- Helsenorge (2021, 1. januar). *Eigendelar på sjukehus og poliklinikk*.
<https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-pa-sykehus-og-poliklinikk/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, 7. oktober). *Statsbudsjettet 2020: Økt gebyr for å ikke møte til avtalt time ved poliklinikken*. Regjeringen.no
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/okt-gebyr-for-a-ikke-mote-til-avtalt-time-ved-poliklinikken/id2672202/>
- Helse Vest. (2020, 27. januar). *Møt til sjukehistimen*.
<https://helse-vest.no/helsefagleg/prosjekt-og-program/alle-moter/mot-til-sjukehistimen>
- Heyman, G. M. (2009). *Addiction. A Disorder of Choice*. London: Harvard University Press.
- Inzlicht, M., & Legault, L. (2014). No pain, no gain: How distress underlies effective self-control (and unites diverse social psychological phenomena). I J. P. Forgas & E. Harmon-Jones (Red.), *Motivation and its regulation: The control within* (s. 115–132). Psychology Press.
- Jané-Llopis, E. V. A., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 25(6), 515-536.
- Jentsch, J. D. & Taylor, R. T. (1999). Impulsivity Resulting from Frontostriatal Dysfunction in Drug Abuse: Implications for the Control of Behavior by Reward Related Stimuli. *Psychopharmacology*, 146, 373-390.
- Kothari, G., Hardy, G. & Rowse, G. (2010). The therapeutic relationship between therapists and substance-using clients: A qualitative exploration. *Journal of Substance Use*, 15, 257-271.
- Kotabe, H. P., & Hofmann, W. (2015). On integrating the components of self-control. *Perspectives on Psychological Science*, 10(5), 618-638.
- Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Et psykologisk perspektiv*. Universitetsforlaget: Oslo.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2.utg.). Sage.
- Lambert, M. J., Bergin, F. J. & Garfield, S. L. (2004). *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Laudet, A. B., Stanick V. & Sands, B. (2009). What Could the Program Have Done

- Differently? A Qualitative Examination of Reasons for Leaving Outpatient Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 182-190.
- Lee, C. S., Longabaugh, R., Baird, J., Arbantes, A. M., Borrelli, B., Stein, L. A. R., Woolard, R., Nirenberg, T. D., Mello, M. J., Becker, B., Kathy, K., Clifford, P. R., Minugh, P. A. & Gogien, A. (2007). Do Patient Intervention Ratings Predict Alcohol-Related Consequences? *Addictive Behaviors*, 32, 3136-3141.
- Malt, U. (2020). Stigmatisering. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra:
<https://snl.no/stigmatisering>
- Malt, U. (2018, 17. desember). Ambivalens. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/ambivalens>
- McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447-458.
- Miller, W. R. & Moyers, T. B. (2014). The forest and the trees: Relational and Specific Factors in Addiction Treatment. *Addiction*, 110, 401-413.
- Molfenter, T. (2013). Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. *Substance use & misuse*, 48(9), 743-749.
- Muraven, M., & Slessareva, E. (2003). Mechanisms of self-control failure: Motivation and limited resources. *Personality and social psychology bulletin*, 29(7), 894-906.
- Najavits, L. M., Crits-Christoph, P. & Dierberger, A. (2000). Clinicians Impact on the Quality of Substance Use Disorder Treatment. *Substance Use and Misuse*, 35, 2161-2190.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2014) Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide.
http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf.
- Nasjonal kompetansetjeneste ROP. (2019, 11. januar). *Finn Skårderud: Rus og skam* [Video]. Youtube. <https://youtu.be/jTNIBqb8YUo>
- Nordfjærn, T., Rundmo, T., & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 46-64.
- Nordheim, K., Walderhaug, E., Alstadius, S., Kern-Godal, A., Arnevik, E. & Duckert, F. (2016). Young Adults Reasons for Dropout from Residential Substance Use Disorder Treatment. *Qualitative Social Work*, 17(1), 24-40.
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). (2021, 19. november).

Lagringsguide. Hentet 16. desember 2021 fra <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Lagringsguide>

- Nutt, D., King, L. A. & Phillips, L. D. (2010). Drug Harms in the UK: A Multicriterial Decision Analysis. *The Lancet*, 376, 1558-65.
- Paquette, K. L., Panella Winn, L. A., Wilkey, C. M., Ferreira, K., N. & Donegan, L. R. W. (2019). A Framework for Integrating Young Peers in Recovery into Adolescent Substance Use Prevention and Early Intervention. *Addictive Behaviors*, (99) <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106080>
- Pedersen, M. A., Hesse, M., Thylstrup, B., Jones, S., Pedersen, M. M. & Fredriksen, K. S. (2021). Vouchers versus Reminders to Prevent Dropout: Findings from the Randomized Youth Drug Abuse Treatment Project. *Drug and Alcohol Dependence*, 218.
- Prescott P., (2019). Rusmiddelproblemer. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2.utgave- s.276-290). Gyldendal Norsk Forlag.
- Ravndal, E., Vaglum, P. & Lauritzen G. (2005). Completion of long-term Inpatient Treatment of Drug Abuses: A prospective Study from 13 Different Units. *European Addiction Research*, 11(4).
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain research reviews*, 18(3), 247-291.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. & Deering, D. (2009). Youth Retention: Factors Associated with Treatment Dropout from Youth Alcohol and other Drug Treatment. *Drug and Alcohol Review*, 28(6), 663-668.
- Simon, G. E., Imel, Z. E., Ludman, E. J. & Steinfield, B. J. (2012). Is Dropout After a First Psychotherapy Visit Always a Bad Outcome?. *Psychiatric Services*, 63(7), 705-707.
- Skog, O. J. (1999). Rationality, Irrationality, and Addiction - Notes on Becker and Murphy's Theory of Addiction. I J. Elster & O. J. Skog (Red.), *Getting Hooked. Rationality and Addiction* (s. 173-207). Cambridge University Press.
- Smith, J. A. (ed.) (2015). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London: Sage Publications Ltd.
- Spear, S. F., Ciesla, J. R. & Skala, S. Y. (1999). Relapse Patterns Among Adolescents Treated for Chemical Dependency. *Substance Use and Misuse*, 34, 1795-1815.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of Substance Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Teigen, K. H. & Kennair, L. E. O. (2019). Skam. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra:

<https://snl.no/skam>

Universitetet i Nord-Norge (UNN). (2016). *Hindre Drop-Out fra Rusbehandling*.

<https://docplayer.me/25083703-Prosjektrapport-hindre-drop-out-fra-rusbehandling.html>

Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C., & Perez-Garcia, M. (2006). Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(3), 405-415.

World Health Organization. (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health*. (ISBN 978-92-4-156563-9).

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Geneve: World Health Organization.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H. C. (2011). The Size and Burden of Mental Disorders and other Disorders of the Brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-79.

Yeo, A., Legard, R., Keegan, J., Ward, K., Nicholls McNaughton, C. & Lewis, J.(2014). In-depth interviews. I R. Ritchie, J. Lewis, N. McNaughton, C. Ormston (Red.), *Qualitative Research in Practice* (177-210). Sage.

Appendiks A

Intervjuguide

Innledning:

I dette intervjuet vil vi stille deg spørsmål om ulike aspekter ved å gå i behandling ved Psykiatrisk ungdomsteam (PUT). Hensikten med intervjuet er å få bedre kunnskap om hva som kan påvirke at noen uteblir fra oppsatte avtaler, og hva som kan bidra til å redusere antallet timer som ikke blir brukt. For å undersøke hva som kan påvirke oppmøte til timer vil du få spørsmål om blant annet om aspekter ved selve behandlingen, din motivasjon for behandling, og annet som du mener kan være viktige grunner til at man møter eller uteblir fra timer. Hvis det er spørsmål du ikke ønsker å besvare gir du meg beskjed om det, og du kan når som helst avslutte intervjuet uten å måtte oppgi en grunn. Har du spørsmål før vi begynner?

Deltakerne og deres historie

- Kan du fortelle kort om deg selv, og ditt møte med PUT?
- Hva ønsker du å oppnå med å gå i terapi hos PUT?
 - Hva er ditt «prosjekt»? Hvor viktig er dette for deg?

Litt om behandlingen

- Hvordan synes du behandlingen har vært så langt?
 - *Hva er bra? Hva er utfordrende?*
- Hva får du ut av behandlingen? (hele forløpet)
- Er det noe du ikke får ut av behandlingen som du skulle ønske du gjorde? / hva kunne vært gjort annerledes for at du skulle fått større utbytte av behandlingen?
- Hva er den viktigste grunnen til at du møter opp til timene?
- Blir livet utenom og etter behandling snakket om i timene?
 - *Jobb, nettverk, familie, etc.?*

Om ikke-møtt

- Hva tenker du om det å ikke møte til time?
 - *Er det viktig for deg å møte opp til timene?*
 - *Hvordan føles det etter du ikke har møtt til time?*
- Hva har vært vanlige årsaker til at du ikke har møtt til time?

- Er det andre omstendigheter i livet ditt som kan påvirke om du møter til time?
- Kan du fortelle litt om en gang du ikke møtte?
 - *Hva skjedde rett i forkant av at du ikke møtte? Er dette en vanlig årsak?*
- Hva skulle vært annerledes for at du skulle ha møtt opp den gangen du ikke møtte til behandlingstid?
- Hvordan kan rusbruken din påvirke om du møter til time?
- Hvordan er det å møte til time etter at du ikke har møtt opp en gang?
 - *Hva tenker du er grunnen til det? / hva tror du det handler om?*
- Hvordan er motivasjonen din for behandlingen etter at du ikke har møtt til en time?
- Hva tror du kan være årsaker til at andre i behandling ved PUT ikke møter?

Utenom timene

- På hvilken måte påvirker ting som skjer i privatlivet ditt om du møter til behandling?
 - *Hvordan tror du dette er for andre?*
- I hvilke situasjoner i livet føler du deg motivert for behandling?
- I hvilke situasjoner i livet føler du deg demotivert for behandling?
- Hvordan varierer motivasjonen din mellom timene?

Å snakke om oppmøte

- Hvordan opplever du den første timen etter at du ikke har møtt?
- Snakker dere om oppmøte i terapien?
 - *Er dette noe du ønsker å snakke om i timen? Hvorfor / hvorfor ikke?*
 - *Hvordan føles det å prate om at du ikke møtte til time?*
- Har det noen betydning for deg å snakke om oppmøte?
- Har du et eksempel på en god / dårlig erfaring av å prate om oppmøte?
 - *Hva tenker du bidro til at det ble en god / dårlig opplevelse for deg?*
 - *Hvordan påvirket dette ditt ønske om å møte til nye timer?*
- Har du noen tanker om hva som ville gjort det enda lettere å prate om oppmøte?
Har du tips til behandler?

Påvirkningsfaktorer

- Hva er viktig for deg når du skal møte opp til timen?
- Er det noe som er problematisk med å gå i behandling?
- Hva skulle vært annerledes for at du skulle møtt opp oftere?
 - *Hva kunne du ha gjort? Hva kunne PUT ha gjort?*
- Hva tenker du at er viktig for valget ditt om å fortsette behandlingen?
- Tenker du at noen av dine egenskaper har vært viktige for å fortsette i behandling?
- Var det noe ved terapeuten som påvirket valget ditt om å fortsette behandlingen?
- Er det noe annet i livet ditt som bidrar til at du fortsetter å møte til time?
- Hva tror du kan være viktig for andre som velger å fortsette terapien etter å ikke ha møtt til timer?
 - Se for deg at du har nådd målet ditt. Hva skal til for at du lykkes med å nå målet ditt? Hva har PUT gjort? Hva har du selv gjort?

Litt om relasjon til terapeuten

- Kan du fortelle litt om din relasjon til terapeuten du har nå?
 - Hva fungerer bra? Hva er utfordrende? Hvordan ønsker du at den skal være?
- Har relasjonen deres endret seg, fra starten til nå?
- Er det visse temaer som er vanskeligere å prate med terapeuten om?
- Har du noen tanker om sammenhengen mellom din relasjon til terapeuten og det å møte til time?

Avslutning

- Er det noe vi ikke har snakket om som du tenker er viktig for å forstå hvorfor noen ikke møter opp til timen?
- Har du andre forslag til hva som kan gjøres/endres for at flere skal møte opp til flere timer?

Appendiks B

Arbeidsfordeling

Da prosjektet startet var vi seks studenter som samarbeidet. Alle seks samarbeidet om prosjektbeskrivelse, søknader og utforming av intervjuguide. Dette gjorde vi ved å ha møter der vi diskuterte hva som burde være med, enten med eller uten veileder til stede. Ved å arbeide på denne måten sørget vi for at de ulike problemstillingene knyttet til oppmøteproblematikk fikk like mye plass og påvirkning, samtidig som vi dro nytte av de andres perspektiver og kunnskaper.

Alle seks samarbeidet også om gjennomføring av intervjuer, lagring av lydopptak og transkribering. Vi fordelte det slik at den som hadde vært teknisk ansvarlig på et intervju tok seg av transkriberingen, og slik fikk vi et utgangspunkt for det videre arbeidet.

Etter transkriberingen var ferdig jobbet vi som skriver denne oppgaven mer alene som par. Vi begynte med analysene som beskrevet i metoddelen, og måten vi fordelte dette på var at begge to begynte å lese alle intervjuene, før vi sammen kodet et av dem. Dette var for å samkjøre oss og diskutere metoden underveis. Deretter fordelte vi intervjuene likt mellom oss. Da vi skulle sortere kodene for å søke etter temaer gjorde vi dette sammen, fordi vi trengte å diskutere hva som var relevant og hva som ikke var det. Da vi skulle begynne på selve skrivingen av temaene tok vi for oss ett hver, før vi leste over hva den andre hadde skrevet og diskuterte det.

Vi har brukt den samme måten å samarbeide på gjennom hele skriveprosessen. Vi har fordelt avsnitt og deler av oppgaven mellom oss, før vi har lest over hverandres tekst, kommet med kommentarer og redigert. Det vil ikke være mulig å identifisere hva den enkelte har skrevet i oppgaven fordi vi har redigert og endret mye etter hvert førsteutkast. Ved å bruke kommentarfunksjonen i Google Docs har vi hele tiden hatt tilgang til å lese og kommentere hva den andre har skrevet, slik at det har vært lett å holde oversikt over hvor den andre er i skriveprosessen. Vi tror denne måten å jobbe på har vært en stor ressurs, fordi kvaliteten på teksten blir bedre når man kontinuerlig får tilbakemeldinger på det man gjør. På denne måten har vi fått luftet tanker, ideer og spørsmål, og dermed blitt peilet inn på riktig spor.

For å oppsummere sitter vi igjen med at dette samarbeidet har vært svært givende og lærerikt. Vi er veldig glade for å ha arbeidet sammen om hovedoppgaven, og tror ikke vi hadde oppnådd den samme kvaliteten ved å skrive hver for oss.

Appendiks C

NSD-godkjenning

Oppmøteproblematikk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Referanse

961380

Status

Vurdert

Melding

10.05.2021 13:40

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

BAKGRUNN

Det fremgår av meldeskjema og meldingsdialog at fem masterstudenter skal gjennomføre prosjektet sammen. Vi legger til grunn at studentene har samme veileder (prosjektansvarlig), og samme formål og metode, slik at den innmeldte behandlingen av personopplysninger er nødvendig for forskningsformålet for alle de fem studentene. Hvis en eller flere studenter som har eget formål/delformål med sitt prosjekt og/eller skal behandle andre personopplysninger enn det som fremgår av meldeskjema, må studenten(e) melde inn sitt prosjekt i eget meldeskjema.

NSDs VURDERING

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med meldeskjemaet med vedlegg den 10.05.21, og i vurderingen her. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, og særlige kategorier av personopplysninger (om helseforhold) frem til 01.02.2022. Lyddopptak skal da slettes og øvrige opplysninger anonymiseres, slik at ingen enkeltpersoner kan identifiseres i datamaterialet. Opplysningene skal publiseres slik at det ikke er mulig å gjenkjenne enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte, heller ikke for dem som kjenner institusjonen der datainnsamling er foretatt.

LOVLIG GRUNNLAG - INTERVJUDELTAGERE

Prosjektet vil innhente samtykke til behandlingen av personopplysninger fra pasienter og behandlere som selv deltar i individuelle intervju. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysninger om intervjudeltagerne vil dermed være de registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a) og art. 9 nr. 2 bokstav a).

Vi legger til grunn at behandlerintervju og pasientintervju ikke kobles på individnivå, ettersom samtykkene ikke dekker slik behandling av personopplysninger (jf. informasjonsskrivene). Dersom det skulle være aktuelt å analysere pasientens intervju i lys av intervjuet med pasientens behandler, må det sendes endringsmelding om dette til NSD.

Intervjuer med behandlere skal gjennomføres slik at det ikke fremkommer identifiserende opplysninger om pasienter eller kolleger. Studentene vil ta dette opp med behandler før/under intervju.

Før pasientintervju vil studentene forklare at pasienten vil få noen generelle spørsmål om behandlingen, motivasjon og forhold til behandler, som er nødvendig for forskningsformålet, og at det er frivillig å besvare spørsmålene.

LOVLIG GRUNNLAG - TREDJEPERSON

Det kan også bli registrert alminnelige personopplysninger om behandlere som ikke selv deltar aktivt i studien (tredjeperson). Vår vurdering er at behandlingen av disse personopplysningene er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse (vitenskapelig forskning). Behandlingen er omfattet av følgende garantier som sikrer den registrertes rettigheter og friheter:

- den registrerte får informasjon om behandlingen og sine rettigheter, herunder retten til protest;
- det skal kun innhentes alminnelige personopplysninger som er nødvendig for forskningsformålet;
- personopplysningene skal kun benyttes til forskningsformålet, og vil kun være tilgjengelig for studenter og veileder, samt evt. databehandler, og skal ikke tilgjengeliggjøres for andre; - personopplysningene slettes/anonymiseres når forskningsprosjektet er avsluttet.

Lovlig grunnlag for denne behandlingen vil dermed være utførelse av en oppgave i allmennhetens interesse (vitenskapelig forskning), jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e), jf. personopplysningsloven § 8. Behandlingen er omfattet av nødvendige garantier for å sikre den registrertes rettigheter og friheter, jf. personvernforordningen art. 89 nr. 1.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og behandlingen og sine rettigheter, og ved at behandlingen oppfyller vilkårene for samtykke eller allmenhetens interesse
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17) og begrensning (art. 18). Intervjudeltagerne vil i tillegg ha rett til dataportabilitet (art. 20), mens tredjepersoner vil ha rett til protest (art. 21).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, skal behandlingsansvarlig institusjon foreta en konkret vurdering iht. art. 12-22 av om rettighetene kan/skal innfris, og svare den registrerte innen en måned. Dersom studenter eller veileder mottar slike henvendelser anbefaler dere rådfører dere med NTNU om hvem som skal besvare henvendelsen.

Vi minner også om at tredjepersons rett til innsyn i hvilke konkrete personopplysninger som behandles (kopi) iht. art. 15 nr. 3, vil være begrenset ved at innsynsretten ikke skal gå ut over personvernet til informantene i pasientintervjuene, jf. art. 15 nr. 4.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom det benyttes databehandler ifm. gjennomføring, lagring og transkribering av intervjuer, må behandlingen oppfylle kravene i art. 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må student og prosjektansvarlig påse at prosjektet gjennomføres i tråd med interne retningslinjer for informasjonssikkerhet, og ved behov rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

ANDRE TILLATELSER

Prosjektet er lagt frem for REK som har vedtatt at prosjektet ikke er omfattet av helseforskningsloven.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:
nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Appendiks D

Informasjons- og samtykkeskriv

[Versjon 3]

VIL DU DELTA I ET FORSKNINGSPROSJEKT OM OPPMØTE HOS PSYKIATRISK UNGDOMSTEAM(PUT)?



FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som handler om hva som kan gjøres for å legge til rette for at brukere ved PUT møter opp til behandlingstimer. PUT opplever at mange brukere ikke møter til de oppsatte timene, og vi ønsker derfor å få tak i hva det er som kan komme i veien for å møte til time, og hva som er viktig for om man velger å komme til time. Du er spurt om å delta fordi du tidligere ikke har møtt opp til en eller flere timer ved behandling hos PUT. PUT er bedt om å videreformidle skrivet, slik at identiteten din ikke er kjent før du eventuelt samtykker til å delta.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Deltagelse i prosjektet innebærer å bli intervjuet om opplevelser knyttet til behandlingen og det å ikke møte til time hos PUT. Intervjuet tar ca 1 time.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Gjennom å delta i prosjektet kan du bidra til at PUT får informasjon om hvordan de kan gjøre det lettere å møte opp til timene. Du får tilbud om enkel servering på intervjudagen. En mulig ulempe er at du må sette av noe tid til intervjuet og at intervjuet for enkelte kan oppleves som slitsomt å gjennomføre.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT 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. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, slettes innsamlede opplysninger om deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

DINE RETTIGHETER

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du har også rett til å få kopi av innsamlede opplysninger, og du kan be om at innsamlede opplysninger om deg slettes.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i dette skrivet. Lydopptaket lagres på kryptert server. Lydopptak

og eventuelle notater slettes ved prosjektslutt. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne enkeltdeltakere i publikasjoner. Kun prosjektleder og studenter som er prosjektdeltakere har tilgang til opplysningene. PUT vil ikke få tilgang til opplysningene. Prosjektet avsluttes 1.2.2022 og alle opplysninger anonymiseres.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vedtatt at prosjektet ikke omfattes av helseforskningsloven. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har - på vegne av NTNU - vurdert at prosjektet er i samsvar med personvernlovgivningen. NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet. Det lovlige grunnlaget for behandling av personopplysninger er ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Audun Havnen (førsteamanuensis, Institutt for psykologi, NTNU) på telefon 99455923 eller e-post: audun.havnen@ntnu.no.

Kontaktopplysninger studenter: Helene Antonsen (helenant@stud.ntnu.no), Tuva Strindberg (tuvast@stud.ntnu.no), Fanny Hallquist (fannybh@stud.ntnu.no), Kine Baanrud (kjbaanru@stud.ntnu.no), Ingrid Sandberg (ingrikim@stud.ntnu.no).

Dersom du har spørsmål til personvernet i prosjektet kan du kontakte personvernombudet ved NTNU, Thomas Helgesen (epost thomas.helgesen@ntnu.no, telefon 93079038) eller NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no, telefon 55582117). Du har rett til å klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

