

Fanny Børke Hallquist og  
Ingrid Kristine Sandberg

## "Plutselig en dag så kan det jo være jeg møter noen som faktisk får til å hjelp meg"

En kvalitativ studie av oppmøteutfordringer hos  
pasienter i rusbehandling

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Eva Langvik

Medveileder: Audun Havnen

Januar 2022



Fanny Børke Hallquist og  
Ingrid Kristine Sandberg

# **"Plutselig en dag så kan det jo være jeg møter noen som faktisk får til å hjelpe meg"**

En kvalitativ studie av oppmøteutfordringer hos pasienter i rusbehandling

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi  
Veileder: Eva Langvik  
Medveileder: Audun Havnen  
Januar 2022

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



Kunnskap for en bedre verden



## **Forord**

Denne hovedoppgaven er en av tre oppgaver hvor vi har samarbeidet om å undersøke ulike aspekter ved oppmøte hos Psykiatrisk ungdomsteam ved Nidaros DPS. Vi har samarbeidet tett om datainnsamling og oppgaven ville ikke blitt den samme uten de andre studentparene. Takk til resten av denne gjengen. Vi vil også takke Psykiatrisk ungdomsteam ved Nidaros DPS, som har ønsket dette prosjektet og stilt opp med kunnskap og hjelp til rekruttering.

En stor takk må rettes til informantene som har møtt opp til intervju med oss, delt av sin kunnskap og vist oss tillit. Uten innsikt i disse opplevelsene ville ikke oppgaven blitt til. Det står stor respekt av å dele ærlig om sårbare opplevelser om et stigmatisert tema. De har også vært fleksible i en usikker tid med ulike koronatiltak, og møtt opp digitalt når det har vært nødvendig.

Vi vil også gi en stor takk til veilederne våre Eva Langvik og Audun Havnen som har svart raskt og godt på alt vi har lurt på, og litt til. Med personlig engasjement har de heiet på oss og veiledet oss gjennom denne prosessen, og vi har aldri følt oss alene.

Det er flere grunner til at det har vært fint å være to i dette prosjektet. Arbeidet med oppgaven har vært grundigere, mer lærerikt og motiverende enn om vi skrev alene. Sammen har vi fått til noe vi er stolte av. Vil også takke våre familier og kjærester for god støtte gjennom prosessen. Vi setter stor pris på alle måtene de har stilt opp på.

*Ingrid Kristine Sandberg og Fanny Børke Hallquist*

*Trondheim, januar 2022*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Uteblivelse fra behandlingstimer er et betydelig problem i rusbehandling, og påvirker behandlingsutfallet negativt. Vi har undersøkt hvordan pasienter i rusbehandling som har uteblitt fra timer opplever det å møte og å utebli fra terapitimer.

**Metode:** Vi har intervjuet syv pasienter mellom 18 og 30 år, rekruttert fra Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) ved Nidaros DPS. Vi brukte en kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervju. Data fra intervjuene ble analysert med refleksiv tematisk analyse.

**Resultat:** Fire overordnede temaer ble identifisert, «Møter på tross av motstand og motløshet», «Små marginer og en krevende balanse for oppmøte», «Møter for endring» og «Må møte et menneske og bli møtt som et menneske», med to tema tilhørende hvert overordnet tema. Dette var viktige aspekt når deltakerne vurderte om de skulle møte opp til time. «Møter på tross av motstand og motløshet» handlet om at mange deltakere hadde negative erfaringer med helsevesenet før PUT, og at de opplevde behandlingen som emosjonelt belastende. «Små marginer og en krevende balanse for oppmøte» handlet om at oppturer, nedturer og praktiske hindringer kunne føre til uteblivelse fra timer, og at det skulle lite til før det å møte opp krevde mer av pasientene enn det ga dem. «Møter for endring» handlet om at pasientene vektla egenmotivasjon for behandlingen høyt og at denne motivasjonen var å kunne leve et vanlig liv. «Må møte et menneske og bli møtt som et menneske» handlet om møtet med en behandler de kunne stole på og betydningen dette hadde for oppmøte.

**Konklusjon:** Resultatene viser at behandlerne bør være oppmerksomme på belastningen pasientene opplever at behandlingen medfører. De bør også høre på pasientens ønsker for behandlingen, både praktisk og innholdsmessig, for å øke opplevd utbytte av behandlingen. I tillegg vil det være nyttig å høre på pasienters tilbakemelding underveis i behandlingen, spesielt etter uteblivelse fra time. Dette kan lette noe av byrden av behandlingen for pasienten og kunne øke oppmøte.

## Abstract

**Background:** Absence from appointments is a significant problem in substance abuse treatment, and has a negative effect on the outcome of treatment. We have studied how patients in substance abuse treatment who have been absent from appointments experience attending and abstaining from appointments.

**Method:** We performed interviews with seven patients between the ages of 18 and 30, recruited from Psykiatrisk ungdomsteam (The Psychiatric Youth Team, PUT) at Nidaros DPS. We used a qualitative approach with semi-structured interviews. Data from the interviews were analyzed using reflective thematic analysis.

**Results:** Four overarching themes were identified, "Attending despite resistance and discouragement", "Small margins and a challenging balance for attending", "Attending for change" and "Must meet a person and be met as a person", with two themes belonging to each overarching theme. These aspects were important when the participants considered whether to attend the appointment. The theme "Attending despite resistance and discouragement" outlined many participants' negative experiences with the health care system before PUT, and the emotional stress following their treatment. "Small margins and a challenging balance for attending" considers both ups and downs as well as practical obstacles as leading causes of no-show, and how those disadvantages quickly seemed to outweigh positive impact of treatment. "Attending for change" was about the patients strongly emphasizing self-motivation for attending the treatment, where the promise of leading a normal life acted as a powerful motivation. "Must meet a person and be met as a person" emphasizes the importance of encountering a therapist the patients found to be trustworthy, consecutively showing the significance this trust had for choosing whether to attend.

**Conclusion:** The results indicate that therapists need to be more aware of the burden the treatment experienced by the patients entails. They should also consider the patient's wishes regarding the treatment, both practically and in terms of content, in order to increase the perceived benefit of the treatment. Additionally, listening to patients' feedback during treatment provides useful insight, especially after no-show; this might ease some of the burden of treatment for the patient and could potentially increase attendance.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Abstract .....	3
Innholdsfortegnelse .....	4
Introduksjon.....	6
Hva vet vi om oppmøte og ikke-møtt?.....	7
Hva er prøvd for å redusere ikke-møtt?.....	11
Bakgrunn for denne studien .....	13
Metode.....	14
Deltakere og prosedyre.....	14
Intervjuguide .....	15
Analyse.....	16
Etikk og nødvendige godkjenninger.....	19
Resultater.....	20
Møter på tross av motstand og motløshet.....	21
En kasteball i systemet .....	21
Behandling er emosjonelt krevende .....	22
Små marginer og en krevende balanse for oppmøte .....	23
Både oppturer og nedturer kan hindre oppmøte.....	24
Praktiske og økonomiske konsekvenser kan tippe balansen .....	25
Møter for endring .....	26
Ønske om endring må komme innenfra .....	27
En drøm om et vanlig liv .....	28
Må møte et menneske og bli møtt som et menneske.....	29
En relasjon som åpner .....	30
En behandler å stole på.....	31
Diskusjon.....	32



Flere faktorer reduserer overskudd til å møte .....	33
Ønske om endring må komme innenfra .....	37
Alliansen påvirker oppmøte .....	39
Styrker, begrensninger og implikasjoner.....	43
Implikasjoner for videre forskning.....	45
Implikasjoner for klinisk praksis .....	46
Konklusjon .....	47
Referanser.....	49
Appendiks A.....	57
Appendiks B .....	60

## Introduksjon

Folkehelseinstituttet regner med at rusbruk en av de viktigste risikofaktorene for å dø før fylte 70 år blant nordmenn (Knudsen et al., 2017). Vi vet lite om forekomsten av rusbrukslidelser i Norge (Skogen et al., 2019), men vi vet at det i Norge i 2019 var 275 dødsfall knyttet til narkotikabruk (Folkehelseinstituttet, 2020). Samme år var det 305 alkoholrelaterte dødsfall i Norge (Folkehelseinstituttet, 2020). Rusbruk kan også få negative konsekvenser i form av akutte skader, blant annet vold, ulykker og suicidal atferd, smittsomme sykdommer og ikke-smittsomme sykdommer (Amundsen et al., 2018). Det er sterk sammenheng mellom rusbrukslidelser og psykiske lidelser, der påvirkningen trolig går begge veier (Skogen et al., 2019). Dessuten har det i det siste blitt viet større oppmerksomhet til rusbrukens konsekvenser for pårørende, blant annet pårørendes bekymring og hvordan det påvirker rusbrukenes foreldreegenskaper (Amundsen et al., 2018). Konsekvensene av rusbruk er avhengig av flere faktorer, blant annet hvilket rusmiddel som benyttes, hvor mange forskjellige rusmidler, hyppighet og faktorer ved personen som bruker rusmiddelet (Amundsen et al., 2018). God behandling av denne gruppen er derfor viktig, og vil ha betydelige individuelle og samfunnsmessige konsekvenser.

For å gi denne gruppen god hjelp er det viktig at de møter til behandling (Helsedirektoratet, 2015; Laudet et al., 2009). Brorson et al. (2013) skriver at effekten av behandlingen for psykiske lidelser øker for hver gjennomført behandlingstime allerede fra første time, mens effekten av behandling for rusbrukslidelser først inntreter etter rundt 3 måneder, og henger etter dette sammen med antall timer. Dette er uheldig når vi vet at omtrent halvparten av rusbrukspasienter avslutter behandlingen i løpet av den første måneden (Brorson et al., 2013; Stark, 1992). De som avslutter behandling har oftere mer alvorlige rusbrukslidelser enn de som blir i behandling (Wagner et al., 2018). Det er med andre ord de som trenger behandlingen mest som får minst utbytte av den, fordi de ikke møter opp. Derfor er en viktig del av behandlingen å motivere pasienten til å møte. Helsedirektoratet (2012) mener det er en etisk plikt som fagperson å holde seg oppdatert på hvilke faktorer som øker behandlingseffekten og reduserer unødig ressursbruk. Videre kan man da argumentere for at det er en etisk plikt å gjøre tiltak for å øke behandlingsoppfølgingen.

At pasienter ikke møter til oppsatte timer er et vanlig problem innen rusbehandling, og er ofte en forløper til at pasientene avslutter behandling (Wagner et al., 2018). Disse timene utgjør en stor kostnad for helsevesenet, i tillegg til å gjøre behandlingen mindre effektiv (Lefforge et al., 2007). En omfattende amerikansk studie fant at i snitt uteble pasientene fra 37

prosent av behandlingstidene i klinikker for rusbehandling (Molfenter, 2013). At Helse Vest (2020) beskriver den store andelen ubrukte timer som et av de største problemene sykehusene står overfor, indikerer at dette er et stort problem også i Norge.

### **Hva vet vi om oppmøte og ikke-møtt?**

Mitchell og Selmes (2007a) definerer *ikke-møtt* som «avtaler hvor pasienten er tilbudt en time, men ikke møter og ikke varsler personalet om kansellering». En del pasienter slutter helt å møte til time. Dette kalles ofte *fracfall* (engelsk: «drop out»), eller å droppe ut av behandling. Andre pasienter kan utebli fra en eller flere timer (Mitchell & Selmes, 2007b). I vårt arbeid med oppgaven har vi sett at det brukes mange ulike definisjoner, og at dette vanskeliggjør sammenlikning mellom studier. Dette fører også til at forekomsttallene spriker. Vi velger å bruke definisjonene til Mitchell og Selmes i vår oppgave.

Flere kvantitative studier har undersøkt hva som kan være årsaker til at pasienter ikke møter til timene sine. Mitchell og Selmes (2007b) deler de viktigste prediktorene for ikke-møtt inn i hovedkategoriene miljø og demografiske faktorer, pasientfaktorer, kognitive faktorer, informasjon og tanker om egen helse, sykdomsfaktorer, og faktorer knyttet til helsepersonell. Lav alder er en faktor som ofte blir funnet å være knyttet til økt forekomst av ikke-møtt (Dantas et al., 2018; Fenger et al., 2011; Hamilton et al., 2002). Dette kan sees i sammenheng med at unge voksne som gruppe ser ut til å ha betydelig større sjans for dårligere utfall av behandling enn eldre voksne pasienter, og har også større sannsynlighet for å droppe ut (Andersson et al., 2020). Andersson et al. (2020) argumenterer for at dårligere behandlingsutfall hos yngre pasienter kan skyldes større grad av eksternaliserende vansker hos denne gruppen, sammenlignet med eldre voksne.

Det har vært gjennomført kvalitative studier med hensikt om å få en dypere forståelse av pasientenes eget perspektiv på hvorfor de ikke møter til time. Lacy et al. (2004) intervjuet pasienter ved en familieklinikk om årsaker til at de hadde unnlatt å møte til time uten å gi beskjed om dette. Årsakene pasientene oppgav for å unnlate å møte var emosjonelle årsaker, praktiske årsaker, årsaker knyttet til sykdom, årsaker knyttet til opplevd respekt, og manglende forståelse av bookingsystemet og konsekvenser for klinikken ved ikke-møtt. Pasienters valg om å komme til avtalte behandlingstimer virker å være basert på samspill mellom flere faktorer, som samlet avgjør om pasienten ønsker å møte til den avtalte timen (Lacy et al., 2004). I studien av Lacy et al. (2004) oppgav 65 prosent av pasientene at emosjonelle barrierer hadde hindret dem i å møte til time. En av disse emosjonelle barrierene

var at pasientene vurderte de negative konsekvensene av å møte til time som større enn nytten de trodde de ville få av å møte (Lacy et al., 2004). DeFife et al. (2010) ba behandlere ved psykiatrisk poliklinikk om å registrere årsaker til at deres pasienter ikke møtte til time. Behandlerne besvarte åpne spørsmål skriftlig etter hver ikke-møtt om hva pasientene selv hadde oppgitt som årsaker til ikke-møtt, og også hvilke faktorer behandlerne selv trodde var medvirkende til ikke-møtt blant pasientene. Ut ifra dette fant de fire kategorier: kliniske utfordringer, praktiske utfordringer, vansker med motivasjon, og negative reaksjoner på behandlingen (DeFife et al., 2010).

Fysiske og psykiske helseutfordringer er funnet å være til hinder for oppmøte i behandling i flere studier (Dantas et al., 2018; DeFife et al., 2010; Mee et al., 2019; Mitchell & Selmes, 2007b). DeFife et al. (2010) fant at 28 prosent av tilfellene av ikke-møtt ble attribuert til psykiske eller fysiske helseutfordringer, og pasienter oppga ofte at de var syke som grunn for at de ikke møtte til timen. Psykiske årsaker inkluderte i denne studien rusmisbruk, følelse av å være overveldet, utslitthet og forsovelse, og psykiatrisk innleggelse (DeFife et al., 2010). Andre studier har funnet at psykiatriske sykdommer er assosiert med økt forekomst av ikke-møtt og å droppe ut av behandling; ruslidelser, post-traumatisk stresslidelse, og noen former for personlighetsforstyrrelse (Mitchell & Selmes, 2007b). I en systematisk gjennomgang av ikke-møtt litteratur fant Dantas et al. (2018) at pasienter med psykiatriske forstyrrelser, og pasienter som brukte psykiatriske medikamenter og/eller rusmidler hadde høyere hyppighet av ikke-møtt. Mee et al. (2019) fant at pasientene som skåret høyest på psykologisk smerte deltok på signifikant færre behandlingstimer enn de med lavere psykologisk smerte.

Pasientens opplevelse av støtte fra familien kan også påvirke oppmøte. Cornelius et al. (2017) fant at ungdommer i rusbehandling som hadde foreldre som tok kontroll over avgjørelser knyttet til behandlingen, var mindre interesserte i avholdenhet og var mindre aktivt engasjerte i behandlingen enn ungdommer som selv var drivkraften bak å gå i behandling. Samtidig fant Feitsma et al. (2012) at psykiatriske pasienter som rapporterte høy opplevd støtte fra familien hadde mindre ikke-møtt enn de som opplevde lav sosial støtte. Det ser altså ut til at det å ha familiemedlemmer som oppmuntrer til å møte til behandling kan ha både positiv og negativ innvirkning på oppmøte.

Å glemme timen virker også å være en vanlig årsak til ikke-møtt (Binnie & Boden, 2016; DeFife et al., 2010). Pasienter forteller at de rett og slett kan glemme at de har en avtalt time, grunnet travelhet eller at det er for mye som skal huskes (Ofei-Dodoo et al., 2019). I en

studie av Sawyer et al. (2002) var det at en glemte timen den hyppigst rapporterte årsaken til ikke-møtt ved en helseklinikk for ungdom. Psykiatriske pasienter rapporterer glemsomhet som årsak til ikke-møtt omtrent dobbelt så ofte som pasienter i andre helsetjenester, noe som indikerer at dette problemet er overrepresentert i denne gruppen (Killaspy et al., 2000).

Tidspunkt for timen kan også være en medvirkende faktor til ikke-møtt. Selv om det er få pasienter som rapporterer tidlig avtaletidspunkt som årsak til at de ikke møtte, er det høyere andel ikke-møtt på morgentimer enn timene senere på dagen (Weinerman et al., 2003). En studie av oppmøte på en medisinsk klinikk fant et motsatt mønster, hvor det var høyere andel oppmøte på morgentimene enn på timene senere på dagen (Moore et al., 2001). Det er mulig at pasienter som mottar psykisk helsehjelp har større vansker med slitenhet/søvn, og dermed har større problemer med å møte til behandling tidlig på dagen.

En annen ofte rapportert grunn til ikke-møtt er vansker med å komme seg til behandlingsstedet (DeFife et al., 2010; Mitchell & Selmes, 2007b). En del pasienter har ikke tilgang på bil eller annet transportmiddel, og forteller at de dermed må få hjelp av familie eller venner for å komme seg til behandlingsstedet (Ofei-Dodoo et al., 2019). Får de ikke hjelp, kommer de seg ikke til time. Lengde av reisevei for å komme seg til behandlingsstedet er også assosiert med økt forekomst av ikke-møtt (Dantas et al., 2018).

Gjensidighetsprinsippet er en sterk sosial norm om likhet i relasjoner, ved at den ene ikke skal bidra mer enn den andre (Gouldner, 1960). Dette gjelder ikke bare materielle goder, men også mellommenneskelige faktorer, som opplevd respekt (Lacy et al., 2004). En norsk studie med unge ruspasienter fant at opplevelse av å bli tatt på alvor av helsetjenestene er avgjørende for om pasienter møter til behandling (Årseth et al., 2019). Pasientene rapporterte at det å ikke få innvilget den behandlingen de hadde ønsket seg, at de følte sine behov ikke ble sett og hørt, lite individuell tilrettelegging, at behandlere hadde uttrykt lite tiltro og tillit til deres gjennomføringsevne og lang ventetid med lite oppfølging, hadde bidratt til at de ikke møtte til behandlingstid (Årseth et al., 2019). Lacy et al. (2004) har brukt gjensidighetsprinsippet som forklaringsmodell for hvorfor pasienter som opplever mangel på respekt fra helsevesenet ikke varsler og kansellerer timene sine, dersom de ikke føler noen forpliktelse til å respektere systemet.

### **Hva vet vi om endringsprosesser i terapi?**

Selvdeterminasjonsteorien til Ryan og Deci (2000) hevder at hvordan sosiale hendelser oppleves og forstås påvirker motivasjonsprosesser. Teorien foreslår at mennesker

har grunnleggende psykologiske behov for autonomi, kompetanse og sammenheng, og at når man opplever sosiale hendelser som fremmer disse behovene, styrkes den indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Opplever man derimot situasjoner hvor disse behovene ikke blir møtt, for eksempel når man føler seg kontrollert eller presset, vil interesse og engasjement svekkes (Wild et al., 2006). Teorien stemmer også godt overens med annen litteratur på feltet, som indikerer at egenmotivasjon for behandling er positivt assosiert med engasjement i behandling (Klag et al., 2010; Wild et al., 2006). Noen pasienter i rusbehandling har oppgitt opplevd press om å gå i behandling som grunn til å ikke møte til time.

Bordin (1979) skriver at arbeidsalliansen mellom den som søker endring og den som tilbyr hjelp i denne prosessen, er en avgjørende faktor for endringsprosessen. Ifølge Bordin (1979) består arbeidsalliansen av de tre komponentene enighet om mål, enighet om hvordan man skal arbeide sammen mot disse målene, og et terapeutisk bånd preget av tillit og tilknytning. For mange pasienter er avgjørelsen om å gå i behandling et vanskelig valg, og mange er i en fase hvor de enda ikke er klare for endring, og ulempene ved endring kan oppleves større enn fordelene (Berge et al., 2015).

En litteraturgjennomgang av Ackerman og Hilsenroth (2003) fant at behandlerfaktorene fleksibilitet, varme, ærlighet, en respektfull holdning, åpenhet og interesse bidro positivt til allianse. Når behandlere spør direkte om vanskelige tema oppleves det av flere pasienter lettere å gå videre inn på disse temaene (Love & Farber, 2019). I motsatt ende av skalaen kan en behandlerstil som er overivrig, konfronterende og argumenterende skape problemer i rusbehandling (Prescott, 2015).

Demografisk likhet kan ha betydning for allianse. Wintersteen et al. (2005) har undersøkt effekten av kjønnsmatching i rusbehandling, og funnet at terapeut-klientdyader med samme kjønn rapporterte signifikant bedre allianse og at dette økte sannsynligheten for å fullføre behandlingen. Funnene til Behn et al. (2018) står i kontrast til dette, og viser at effektene av terapeut-klientmatching av egenskaper som alder, kjønn og etnisitet er flertydige.

Tillit er viktig for allianse (Bordin, 1979), men mange pasienter i rusbehandling har lite tillit til hjelpeapparatet (Cockroft et al., 2019). En kvalitativ studie av Cockroft et al. (2019), fant at kvinnelige pasienter med ruslidelse fortalte at de hadde lite tillit til helsevesenet, og at de koblet denne mistilliten til tidligere negative erfaringer med helsevesenet.

## Hva er prøvd for å redusere ikke-møtt?

Det siste tiåret har det vært et økt fokus på å redusere behandlingsavbrudd i rusbehandling i Norge. Nasjonal kompetansetjeneste TSB (2021) har siden 2014 jobbet med å øke kunnskapen om behandlingsavbrudd i *tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (TSB). De har tatt utgangspunkt i den systematiske litteraturgjennomgangen til Brorson et al. (2013). Denne gjennomgangen identifiserte fire risikofaktorer for behandlingsavbrudd knyttet til kognitiv fungering, allianse, og pasienter som er under 30 år og/eller har personlighetsproblematikk. Videre gjennomfører helseforetakene selv studier på egne behandlingsopplegg (Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2021). Dette har resultert i e-læringsprogram og en sjekkliste for å forhindre behandlingsavbrudd (Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2021). Å redusere uteblivelser fra time henger sammen med å redusere behandlingsavbrudd, men det er likevel ikke et uttalt mål i dette prosjektet.

I *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelavhengighet* anbefaler Helsedirektoratet (2017) å ha fokus på oppmøte gjennom hele behandlingen. Tidlig i forløpet anbefales det å kartlegge risiko for frafall og bestemme hvilke tiltak som kan settes inn ved uteblivelse fra time. Videre er det anbefalt å bruke feedbackverktøy underveis i behandlingen for å fange opp risiko for uteblivelse fra time og frafall (Helsedirektoratet, 2017).

Med utgangspunkt i forskning og anbefalinger om ikke-møtt gjennomførte 67 poliklinikker for rusbehandling et prosjekt for å forsøke å redusere andelen ikke-møtt i sine praksiser (Molfenter, 2013). Dette inngikk i et større nasjonalt prosjekt kalt “The Strengthening Treatment Access and Retention program”, hvor 10 amerikanske stater rekrutterte et behandlingsbyrå for å delta. Klinikkene kunne selv velge hvilke intervensjoner de ønsket å innføre ut ifra en liste med anbefalte tiltak. Gjennomsnittlig reduksjon i ikke-møtt for klinikkene var 17 prosent. Intervensjonene som gav en signifikant reduksjon i andelen ikke-møtt var å redusere ventetid, å øke kapasiteten i tjenestene, og atferdsstrategier for å øke engasjement blant pasientene (Molfenter, 2013).

En vanlig grunn til ikke-møtt er som tidligere nevnt at pasientene kan glemme timen (Binnie & Boden, 2016). I studien til Molfenter (2013) var påminnertelefon samtaler var den mest utprøvde intervensjonen for å redusere ikke-møtt. Det viste seg at effekten av slike påminnere totalt sett ikke var signifikant, selv om dette tiltaket gjennomsnittlig reduserte ikke-møtt med 19 prosent. Dette skyldtes sannsynligvis at intervensjonen hadde svært god

effekt hos en del av klinikkene, men lite effekt hos de resterende. Det avgjørende for om denne intervensjonen var effektiv eller ikke så ut til å være de interpersonlige egenskapene/ferdighetene til de ansatte som ringte, og deres evne til å skaffe telefonnumre til pasientenes arbeidsplasser (Molfenter, 2013).

Gavekort og ekstra oppfølging er også forsøkt for å øke behandlingsoppmøte. I en dansk studie undersøkte Pedersen et al. (2017) unge cannabisbrukeres oppmøte til 12 samtaler med motiverende intervju eller kognitiv atferdsterapi på kommunalt nivå. I tillegg til samtale fikk noen deltakere gavekort på 200 DDK annenhver time de møtte. Noen deltakere fikk ekstra oppfølging, i form av kontrakt ved behandlingsoppstart, påminnelser om time, statusbrev hver 4. uke og gradvis utfasing av kontakt etter de 12 samtale. Deltakerne fikk enten kun samtalebehandling, gavekort, ekstra oppfølging eller både gavekort og ekstra oppfølging. Gruppen som kun mottok samtalebehandling, hadde lavest oppmøte og gjennomføringsgrad. Ekstra oppfølging reduserte uteblivelse fra time, men det var ingen signifikant forskjell i gjennomføringsgrad mellom de som mottok gavekort eller ekstraoppfølging. Begge deler i kombinasjon så ut til å gi best resultat (Pedersen et al., 2017). Denne studien er spesielt relevant fordi danske helsevesenet er relativt likt det norske.

Det er relativt få studier som har undersøkt årsaker til ikke-møtt, selv om ikke-møtt utgjør en betydelig utfordring i helsevesenet. Imidlertid er frafall mer belyst gjennom flere studier, og flere studier har funnet sammenheng mellom ikke-møtt og frafall (Killaspy et al., 2000; Mitchell & Selmes, 2007b; Pang et al., 1996; Wagner et al., 2018). Det har vært relativt lett å finne kvantitative studier som belyser demografiske og pasientrelaterte faktorer på gruppenivå knyttet til ikke-møtt. Derimot var det vanskelig å finne kvalitative studier om temaet og etter grundige søk synes det å være få studier som belyser pasientenes egne perspektiver på hvorfor de ikke møter til timer. Det er derfor et behov for mer kunnskap om hvilke mekanismer som ligger til grunn for ikke-møtt, og pasientenes opplevelse av disse. Med mer kunnskap om dette vil man kunne utarbeide hensiktsmessige og målrettede intervensjoner som kan bedre oppmøte blant pasienter som uteblir fra timene sine. Dybdeintervju med pasienter som har stått i fare for å falle fra rusbehandling, men valgt å bli, er viktige fordi de åpner for at perspektiver som en tidligere ikke har hatt kjennskap til blir belyst. Denne kunnskapen kan ha overføringsverdi til rusomsorgen, og i noen grad til andre deler av helsevesenet.



## Bakgrunn for denne studien

Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT) ved Nidaros DPS tilbyr poliklinisk behandling for unge i alderen 15 til 30 år med rusmiddelavhengighet eller annen avhengighet. Av alle behandlingstimene PUT setter opp, uteblir pasientene fra omtrent 30 prosent av dem. Når pasienter ikke møter opp til behandling får ikke PUT utnyttet all sin kapasitet, og dette får økonomiske konsekvenser. Behandlerne beskriver at de ofte venter på pasientene, siden det forekommer at de møter for sent, og behandlerne opplever at det er vanskelig å bruke tiden der en pasient ikke har møtt opp effektivt. Behandlerne 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 bruker de lenger tid på å ta opp tråden fra forrige time. Behandlingsløpene i PUT har ikke et fast antall behandlingstimer, men tilpasses etter behov. Det at pasienten ikke møter kan derfor medføre lengre behandlingsløp, som reduserer muligheten for å ta inn nye pasienter og dermed forlenge ventetiden for andre. En pasient vil ikke miste en behandlingstime hvis de ikke møter opp, men PUT opplever det som lite heldig for behandlingskvaliteten og -effektiviteten, og de uttrykker bekymring over hvordan dette begrenser muligheten for tett nok oppfølging av pasientene. Uteblivelse fra timer er også knyttet til at behandlingen avsluttes (Wagner et al., 2018). Det er derfor viktig 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. PUT har selv tatt kontakt med Psykologisk Institutt ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet med ønske om å få undersøkt temaet.

Tre studentpar har parallelt undersøkt uteblivelse fra timer hos PUT. Hver av gruppene har en egen problemstilling, slik at det er tre ulike aspekter ved uteblivelse fra time som er studert. Gruppene har samarbeidet om forarbeidet, inkludert utforming av prosjektbeskrivelse og intervjuguide. Intervjuguiden ble utformet på en slik måte at alle de tre gruppens problemstillinger skulle bli belyst i intervjuet. En del av intervjuguiden hadde derfor spørsmål mer spesifikt rettet mot hver av problemstillingene, og en større del gjaldt spørsmål som var relevante for alle tre problemstillingene. Gruppene har også samarbeidet med gjennomføringen av intervjuene og transkribering. Ut fra dette har gruppene skrevet tre uavhengige oppgaver, som hver belyser ulike aspekt ved ikke-møtt hos PUT. Formålet med vår oppgave var å øke PUTs forståelse for pasientenes opplevelse av, og grunner til, uteblivelse fra behandlingstimer.

Problemstillingen endret og utviklet seg noe fra den opprinnelige i løpet av analysen og skriveprosessen, da vi så hva som var fremtredende i dataene. Dette var imidlertid

forventet, da en i arbeid med reflektiv tematisk analyse gjerne gjør endringer i problemstillingen underveis i prosessen med koding og utvikling av tema (Braun og Clarke, 2017). Vår endelige problemstilling er «*Hvordan opplever pasienter i rusbehandling det å møte og å utebli fra terapitimer?*».

## Metode

### Deltakere og prosedyre

Informantene var pasienter, mellom 18 og 30 år, som fikk behandling for rusmisbruk ved PUT. Det var bare pasienter som hadde uteblitt fra minst en oppsatt time uten å gi beskjed som ble inkludert. Det ble totalt gjennomført intervju med 7 informanter. Begge kjønn var representert i utvalget, og det var flere menn enn kvinner som deltok.

Informantene ble rekruttert av behandlere ved PUT. Gjennom en kontaktperson ved PUT fikk behandlerne beskjed om å rekruttere informanter fra sin egen pasientliste. Behandlerne ga informasjon om prosjektet til aktuelle pasienter. Pasientene fikk deretter mulighet til betenkningstid før de tok stilling til om de ønsket å delta. Kontaktinformasjon til pasienter som ønsket å delta ble deretter formidlet til studentene. Aktuelle informanter ble kontaktet per telefon av studentene for å avtale tid og om intervjuet ble fysisk eller digitalt. Dersom intervjuet var digitalt fikk deltakerne e-post med lenke til videosamtale over Zoom, uten annen informasjon i e-posten. Informantene fikk en SMS med påminnelse om intervjuet dagen i forveien.

Det viste seg å være utfordrende å få denne gruppen til å stille til intervju. Behandlerne gav tilbakemelding til studentene om at det var utfordrende å finne nok informanter som var villige til å delta. Vi har ikke tall på hvor mange pasienter som ble vurdert innenfor målgruppen eller hvor mange som ble spurt. Det var 16 pasienter som ønsket å delta, og ble kontaktet av studentene. Av disse oppnådde studentene kontakt med 13, og avtalte intervju med 12. En informant ble ekskludert da vedkommende var under 18 år. Studentene opplevde at flere av de rekrutterte ikke møtte til avtalt intervju. Informanten ble da kontaktet av studentene og dersom vedkommende fortsatt ønsket å delta ble det satt opp ny tid. Det var totalt 7 informanter som møtte til intervju. Datainnsamlingen ble avsluttet etter 7 intervjuer, fordi det ble vurdert at det var tilstrekkelig dybde og variasjon i utvalget for tematisk analyse. Ettersom datainnsamlingen var preget av de samme utfordringene med oppmøte som PUT har beskrevet, regnet vi med at disse kom til å fortsette. Vi antok at hvert

ekstra intervju vi fikk gjennomført ville kreve mye tid, og valgte derfor å prioritere å gå videre til analyse.

Intervjuene ble gjennomført i mai og juni 2021, og ble derfor preget av smittevernstiltak grunnet koronapandemien. To av intervjuene ble gjennomført fysisk i PUT sine lokaler. Fire intervjuer ble gjennomført digitalt på videokommunikasjonsplattformen Zoom og ett intervju over telefon. De informantene som møtte fysisk til intervju fikk tilbud om enkel servering under intervjuet. Resten av informantene fikk ikke det samme tilbudet da det ikke var praktisk gjennomførbart. Alle intervjuene ble gjennomført med to intervjuere, hvor en hadde hovedansvar og den andre hadde praktisk ansvar under intervjuet. I praksis bidro begge intervjuere med spørsmål og oppfølgingsspørsmål.

### *Intervjuguide*

Datainnsamlingsmetoden vi valgte var semistrukturert intervju. Intervjuguiden bestod av åtte overordnede bolker, og ligger vedlagt som Appendiks A. Hver bolk omhandler forskjellige tema, og bestod av noen åpne spørsmål i tillegg til oppfølgingsspørsmål. Oppfølgingsspørsmålene skulle minne intervjueren på hva det var viktigst å få svar på, dersom informanten ikke svarte direkte på spørsmålet.

Intervjuguiden ble brukt som utgangspunkt for intervjuet, men det ble stilt oppfølgingsspørsmål som lå utenfor intervjuguiden der det virket formålstjenlig. Noen informanter hadde mye på hjertet, mens andre hadde mindre å si om teamet. Intervjuene ble derfor tilpasset i hvert enkelt tilfelle. Dette er i tråd med Dalland (2020) som anbefaler at spørsmål i kvalitative intervju bør utvikles i samtalen, og følge av informantens svar.

For å få mest mulig informasjon anbefales det å strukturere intervjuguiden på en måte som først gir rom for å bygge informantens tillit til intervjuer. Dalland (2020) anbefaler å starte med ufarlige spørsmål for å gi informanten tid til å varmes opp til intervjusituasjonen. Intervjuguiden begynte derfor med en oppfordring om at informanten kunne fortelle litt om seg selv og sin vei inn til PUT. Utover dette inkluderte intervjuguiden spørsmål om hva informantene syntes om behandlingen, hva de tenkte om ikke-møtt og hva som kan påvirke oppmøte, om hva som var viktig for å fortsette i behandling, og om relasjonen med behandleren. Spørsmål som var ansett som mer skambelagte eller av andre grunner vanskeligere å besvare ble plassert et stykke ut i intervjuguiden, i håp om at informanten da ville være mer komfortabel. Dette er i tråd med anbefalingene til Dalland (2020). Avslutningsvis stilte vi spørsmål om det var noe mer informanten tenkte var viktig for å forstå

manglende oppmøte, og om de hadde forslag til hva som kunne gjøres for å bedre oppmøte. Intervjuene varte i omtrent en time.

## **Analyse**

Vi regnet kvalitativ tilnærming som mest egnet for å utforske deltakernes egen opplevelse av hva som kan stå i veien for å møte til time, og hva som gjør at de likevel møter. Denne tilnærmingen ble også valgt for å utfylle eksisterende empiri om oppmøte i rusbehandling. I motsetning til ved kvantitative tilnærminger der en tester hypoteser, ønsket vi at dataene vi samlet inn skulle få hovedrollen i arbeidet (Howitt, 2010). Behandlerne ved PUT fortalte oss om noen av deres hypoteser om hvilke faktorer som kunne påvirke ikke-møtt. I tillegg hadde vi lest oss opp på eksisterende empiri før gjennomføringen av intervjuene. Noen kvalitative tilnærminger anbefaler at man vet minst mulig om forskningstemaet før man innhenter data (Dalland, 2020). Vi vurderte at det i vårt tilfelle var mer hensiktsmessig å tilegne seg noe kunnskap først. Likevel forsøkte vi å legge forhåndsantagelsene våre til side under intervjuene og i analysen.

Vi valgte tematisk analyse som analysemetode, fordi denne metoden eger seg godt for analyse av kvalitative data om informanternes levde opplevelser, synspunkter og perspektiver (Clarke & Braun, 2017). Tematisk analyse er en fleksibel metode som gir forskerne mye handlingsrom når de designer studien (Clarke et al., 2015). Dette handlingsrommet kommer av at tematisk analyse er et begrep som kan brukes om en rekke tilnærminger som deler sentrale antagelser, men likevel ser ulike ut i praksis (Clarke & Braun, 2018). Vi har valgt en mye brukt refleksiv variant av tematisk analyse, som er utarbeidet av Braun og Clarke (2006); (Braun et al., 2019). Denne tilnærmingen gir forskeren en aktiv rolle i prosessen med å trekke ut kunnskap fra datamaterialet og regnes derfor som fullt ut kvalitativ (Braun et al., 2019).

Braun og Clarke (2006) har spesifisert seks faser i sin refleksive tematiske analyse. Vi brukte disse som rettesnor under arbeidet med analysen. Underveis var det naturlig å bevege seg fram og tilbake mellom disse fasene, noe som også er i tråd med hvordan Braun og Clarke (2006) beskriver analyseprosessen.

I overensstemmelse med Braun og Clarke (2006) første fase *familiarisering*, begynte vi analyseprosessen med å bli godt kjent med datamaterialet. I deres tematiske analyse regnes transkribering som en del av familiariseringsfasen. Det er ikke noen bestemte retningslinjer for hvordan transkriberingen må gjøres, men en bør legge vekt på å transkribere detaljert nok til at informasjonen man trenger beholdes og at transkripsjonen er sann mot det informanten

opprinnelig uttalte (Braun & Clarke, 2006). Det ble gjort en grundig transkripsjon, der de tre studentparene bidro tilnærmet likt. Som regel var det studenten med hovedansvar under intervjuet som transkriberte det. Deretter hørte den andre studenten som bidro under intervjuet gjennom det. I vår oppgave brukte vi alle syv transkripter i sin helhet.

Intervjuene ble i hovedsak transkribert ord for ord, med noen unntak der det ble vurdert som hensiktsmessig å kutte ut småord og halve setninger. Det ble likevel lagt stor vekt på å forstå og bevare det informantene gav uttrykk for, slik at man mistet minst mulig informasjon. Der det virket hensiktsmessig for å beholde meningsinnhold, ble latter og nøling inkludert i transkripsjonen. Denne nøye transkripsjonen tok mye tid, men gav oss også mulighet til å gjenoppleve intervjuene (Dalland, 2020, s. 95). Familiariseringsfasen innebar også flere grundige gjennomlesinger av de transkriberte intervjuene, å lytte til lydopptakene, samt å sammenligne lydopptak og transkripsjon. Vi valgte å bruke god tid på dette steget, og dette kom godt med i den videre analysen og skriveprosessen som fulgte.

Den andre fasen i tematisk analyse, *koding*, innebærer å kode datasettet (Braun & Clarke, 2006). Dette valgte vi å først gjøre hver for oss, for så å sammenligne kodene og beholde de kodene vi sammen mente passet dataene best. Underveis i denne gjennomgangen ble en del koder forkastet og andre ble til, da vi ble oppmerksomme på nye aspekter ved datamaterialet. Yardley (2015) mener det er en fordel at flere koder datamaterialet hver for seg og deretter går gjennom kodene sammen. Dette bidrar til sikre at analysen ikke bare er begrenset til et perspektiv, og kan avdekke om enkelte koder ikke reflekterer datamaterialet godt nok og trenger modifisering (Yardley, 2015). De første stegene i analyseprosessen, fra transkribert intervju til koding og tema, er illustrert i Tabell 1 nedenfor.

### Tabell 1

#### *Eksempler på kodeprosessen*

Transkript	Kode	Tema	Overordnet tema
<i>Men hovedmålet med å gå i behandling er på en måte å få bort gamle traumer og liksom ha en vanlig hverdag uten å bli hele tiden bli minnet på det som har skjedd da</i>	Mål å være vanlig, større enn rusmålet	En drøm om et vanlig liv	Møter for endring

Transkript	Kode	Tema	Overordnet tema
<i>Det er noen som kanskje trenger den psykologen som er litt mer ... Går rundt grøten og dill-daller litt, men det er ikke det jeg trenger.</i>	Trenger en psykolog som er direkte	En relasjon som åpner	Må møte et menneske og bli møtt som et menneske

I tredje fase av analyseprosessen begynte vi å utforme potensielle tema for oppgaven. Dette gjorde vi ved å sammenlikne koder både innad og på tvers av intervjuene. Vi grupperte koder som vi vurderte at hadde noe felles meningsinnhold, og vurderte gruppene opp mot hverandre. Vi så også etter om de kodene som var lagt til hver foreløpig gruppe, fortsatt passet der eller om de burde flyttes til en annen gruppe. Deretter vurderte vi om noen grupper burde deles opp eller slås sammen. Når vi følte oss fornøyd med denne prosessen ble det tydelig at disse gruppene utgjorde åtte tema. Videre ble disse gruppert inn i fire tema, der alle temaene fanget opp en viktig fasett ved ett tema. Det var spesielt i denne fasen at den grundige familiariseringen med dataene i første fase virkelig kom til nytte, da vi sparte mye tid på å ha god oversikt over hva informantene faktisk hadde hatt fokus på i intervjuene. Når vi kun gjorde små endringer på temaene og mente temaene passet godt til både datasettet og problemstillingen gikk vi videre til neste fase, slik Clarke et al. (2015) anbefaler.

Fjerde fase innebærer å revidere temaene (Braun & Clarke, 2006). Dette gjorde vi ved å se dem i lys av datasettet, initiale koder og problemstillingen. Vi evaluerte relevansen av de ulike temaene opp mot problemstillingen, og så til at hvert tema hadde en egen *essens* (Clarke et al., 2015). Dette resulterte i at noen tema ble forkastet fordi de ikke bidro med relevant meningsinnhold og at vi foretok noen mindre endringer på problemstillingen. I denne fasen begynte vi å sortere nøkkelsiter inn i hvert tema. Dette gjorde oss tryggere på at temaene passet godt til datamaterialet.

Videre skal temaene defineres og gis navn (Braun & Clarke, 2006). En del tema hadde vi allerede gitt foreløpige navn, for å holde oversikt over dem. Disse navnene vurderte vi på nytt, i tillegg til de nye temaene. Vi brukte tid på dette steget, fordi det er viktig å finne navn som fanger essensen av hvert enkelt tema (Clarke et al., 2015). Temaene ble definert tidlig i skriveprosessen.

Braun og Clarke (2006) anser skriveprosessen som en del av analysen, og dette regnes som siste fase i tematisk analyse. Også i denne fasen endret vi noen navn på tema. Mens man

skriver er det vanlig å oppdage ting ved datasettet, temaene og kodene som gjør det naturlig å gå tilbake til tidligere faser i prosessen (Clarke et al., 2015). Dette har også vi gjort.

### **Etikk og nødvendige godkjenninger**

Vi søkte om godkjenning for prosjektet hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata om godkjenning (NSD). Dette gjorde vi fordi vi regnet det som sannsynlig at helseopplysninger om informantene ville komme frem gjennom spørsmål om behandlingsoppfølging. REK konkluderte med at prosjektet ikke var fremleggspliktig, med referansenummer 242534. Prosjektet fikk godkjenning fra NSD i mai 2021, med referansenummer 961380.

Det ble tatt lydopptak av intervjuene. Lyden fra intervjuene ble tatt opp på to diktafoner, og ved digitale intervjuer ble lyden tatt opp på intervjuers side. Lydopptakene ble lagret på et sikkert lagringsområde på NICE-1, som er NTNUs eget fillagringsområde egnet for lagring av strengt fortrolig informasjon. Opptakene ble lastet opp til dette lagringsområdet umiddelbart etter intervjuet, og ble deretter slettet fra diktafonene. Lydopptakene ble transkribert ord for ord, og alle personidentifiserende opplysninger ble utelatt. Også transkripsjonene ble lagret på lagringsområdet på NICE-1. Både lydopptak og transkripsjoner skal slettes etter prosjektets slutt.

Informantene fikk utdelt et informasjonsskriv av sin behandler ved rekruttering. Dette skrivet ligger vedlagt som Appendiks B. Før intervjuet startet fikk også informantene muntlig informasjon om prosjektet. Dette inkluderte informasjon om at deltakelse var frivillig, at det ville bli tatt lydopptak av intervjuet, og hva deltakelse ville innebære for dem. Da ble de også informert om hvordan anonymiteten deres ville ivaretas og om muligheten deres til å trekke seg når som helst. Denne informasjonen var nødvendig for å gi et informert samtykke. De deltakerne som møtte til fysisk intervju skrev under på en samtykkeerklæring, mens de som møtte til digitalt intervju gav et muntlig samtykke, som ble tatt opp på et eget opptak på diktafon og lagret trygt på NICE-1.

Å være oppmerksom på etiske hensyn handler ikke bare om å følge regler og retningslinjer, men også å forvalte den tilliten man har fått av informantene på en slik måte at de føler seg ivaretatt gjennom hele prosessen (Dalland, 2020). Det kan oppleves belastende å bli intervjuet om oppfølgingproblematikk for enkelte informanter. Både det å gå i behandling for avhengighetsproblematikk og det å ha uteblitt fra time, kan være knyttet til skam. Det å fortelle om tema som vekker skamfølelse kan oppleves krevende. Det ble tatt hensyn til dette

under utformingen av intervjuguiden og underveis i intervjuene, ved å plassere spørsmålene krevende spørsmål senere i intervjuguiden. Vi tydeliggjorde at informantene selv valgte hva de ønsket å fortelle, både ved oppstart av intervju og dersom vi fikk inntrykk av at de var ukomfortable. Informantene var i et behandlingsløp, og ble derfor også fulgt opp etter intervjuene av behandlere ved PUT.

Det kan være en utfordring at behandlerne både er aktivt med på å rekruttere til studien, og kommer til å ha tilgang på oppgavene i etterkant. Det har derfor vært viktig å sikre anonymiteten til informantene. Vi har derfor valgt å utelate flere detaljer om informantene enn vi ellers ville gjort. Blant annet har vi valgt å ikke oppgi eksakt kjønnsfordeling, og å bruke kjønnsnøytrale pseudonym. Sitatene er også vurdert som en helhet, for at det fiktive navnet ikke skal knyttes til deltakeren. Dette skal heller ikke være mulig dersom man har inngående kunnskap om deltakerens behandlingshistorikk, slik det vil være naturlig at behandlerne har. Noen sitater som har blitt vurdert som potensielt identifiserende for deltakernes behandlere er derfor oppgitt uten pseudonym.

## Resultater

Gjennom refleksiv tematisk analyse av deltakernes opplevelse av eget oppmøte og fravær fra behandling ble fire overordnede tema identifisert. Disse har vi kalt «Møter på tross av motstand og motløshet», «Små marginer og en krevende balanse», «Møter for endring» og «Må møte et menneske og bli møtt som et menneske». Hvert av disse overordnede temaene dekker to tema. Tabell 2 gir en oversikt over temaene, før de beskrives mer inngående.

### Tabell 2

#### *Oversikt over identifiserte tema*

Overordnet tema	Tema
Møter på tross av motstand og motløshet	En kasteball i systemet
	Behandling er emosjonelt krevende
Små marginer og en krevende balanse for oppmøte	Både oppturer og nedturer kan hindre oppmøte
	Praktiske og økonomiske konsekvenser kan tippe balansen



Overordnet tema	Tema
Møter for endring	Ønske om endring må komme innenfra
	En drøm om et vanlig liv
Må møte et menneske og bli møtt som et menneske	En relasjon som åpner
	En behandler å stole på

### **Møter på tross av motstand og motløshet**

Flere av deltakerne forteller at de har møtt mye motstand og motløshet både på vei inn i PUT og underveis i behandling. Flere beskriver også at de har hatt utfordringer med å passe inn i behandlingssystemet og diagnosemanualene. De fleste har mer enn ett avbrutt behandlingsløp bak seg, og flere har blitt viderehenvist fra sted til sted. Flertallet opplever at disse erfaringene står i kontrast til hvordan de møtes hos PUT. Likevel er endringsarbeidet krevende og de fleste deltakerne kjenner også på motstand mot endring. De opplever det krevende å gå inn i følelser de tidligere har skjøvet unna, og kan bli emosjonelt utmattet etter timene. Noen av deltakerne opplever også terapeuten som krenkende eller kravstor, og terapissettingen som utrygg. I terapi må deltakerne gi slipp på flere uhensiktsmessige mestringsstrategier og er ambivalente til dette. Benny forteller hvordan behandling kan være emosjonelt krevende:

*Altså, det skal jo tas opp ting du ikke er så fan av å snakke om. Så det tar jo mye på psyken, og det blir jo kanskje litt ekstra følelser rundt det. Så det er jo sikkert mange som ikke vil, som prøver å gjemme følelsene sine og sånt. Da vil de ikke gå til terapeut, fordi de ikke er klare for å la det komme fram til overflaten liksom.*

### **En kasteball i systemet**

Flesteparten av informantene forteller om gjentatte negative erfaringer med behandlingsapparatet. Da har Kim «*gjerner avsluttet behandlingen fordi jeg har følt at det ikke gir meg noe*». Andre har bare sluttet å møte. Felles er at nesten alle har minst et avbrutt

behandlingsløp bak seg, enten hos PUT eller andre steder. Det er ulike grunner til dette, men resultatet har for mange av deltakerne vært en følelse av å ikke få hjelp.

Flere forteller også om rotete veier inn til PUT, blant annet ved å bli viderehenvist en rekke ganger. Dette skjer ofte med en beskjed om at deres problemer behandles bedre på andre behandlingsnivåer eller mer spesialiserte steder. For noen har dette medført redusert tro på systemet, og en opplevelse av å bli behandlet som en diagnose heller enn et menneske. Hyppige viderehenvisninger har også resultert i en redusert villighet til å åpne seg for behandlere. Benny beskriver møtet med systemet som at:

*De er jo sånn profesjonelle innen alt mulig rart. Så liksom plutselig så blir jeg sendt på traumeteam, så blir jeg sendt på PUT. [...] Du føler at jeg blir jo sendt herifra snart, så hvorfor skal jeg åpne meg.*

I tillegg har noen av deltakerne opplevd å måtte overbevise henvisere og behandlere om at de var syke nok til å få rett på behandling. Alex opplever at det er mye fokus på: «*Er du syk nok?*». *Fordi jeg havner aldri innenfor de A4-boksene som er lagd for systemer som systemet kanskje må ordne på*». Dette oppleves krevende for deltakerne når mye av tiden ellers går til å fremstå friskest mulig.

Dette står i kontrast til deltakernes opplevelse på PUT, der flere opplever å bli sett som et menneske uten at diagnosene kommer i forgrunnen. Alex har også opplevd å bli sett som et helt menneske av behandler: «*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 syntes er morsomt i hverdagen for eksempel*».

### ***Behandling er emosjonelt krevende***

Å gå i behandling er emosjonelt krevende. Flere av deltakerne sier de snakker om tema i terapi som de synes er vanskelig å innrømme for seg selv, spesielt knyttet til tidligere opplevelser. Ali sier dette er «*veldig vanskelig å snakke om egentlig, med egentlig hvem som helst*». Til vanlig bruker mange av deltakerne mye krefter på å fremstå «vanlige» eller ikke tenke på disse tingene. Samtidig som de skal «*deale med ting som du ikke har gjort før*» (Alex), skal de unngå å bruke den mest kjente mestringsstrategien sin. I tillegg til å ruse seg bruker flere av dem andre mestringsstrategier som ikke er forenlig med behandling, for eksempel unngåelse av vanskelige følelser. Det kan være krevende å gi slipp på denne tryggheten. Alex sier hen ofte møter på tross av dette, men at:

*Andre ganger er det at man rett og slett ikke orker, fordi jeg bruker så mye tid å sette på den der maska utenfor her ikke sant. Og da orker man kanskje ikke å ta av seg den masken her for da er det så vanskelig å sette den på når man kommer ut.*

Flere av deltakerne beskriver også at det skal lite til før de kjenner på negative emosjoner knyttet til behandler i slik grad at det går utover terapien. Noen av deltakerne har sagt at de kan ha lav terskel for å føle seg krenket av terapeuten, og knytter dette til rusbruk. Chris sier hen *«føler bare man må være litt sånn der litt forsiktig kanskje med hva man sier til en som er litt sånn der borte fra verden, for de oppfatter ting litt annerledes»*. For noen bidrar sensitiviteten til en opplevelse av at terapeuten har for høye krav til dem. Alex formulerer at det *«er så kjipt at man da først har blitt tvunget til å gå i terapi eller har valgt det selv, og så trenger man ikke den ekstra greia med «du er ikke flink nok»»*. Dette kan bidra til en følelse av skam og håpløshet, og redusere motivasjon for terapi betraktelig.

Andre emosjonelle utfordringer som kan redusere motivasjon for terapi er om terapi oppleves som en utrygg setting. Denne opplevelsen kan ha rot i erfaringer utenfor terapirommet, men deltakerne sier den likevel bør adresseres. Frøy snakker om at det kanskje er *«mange som trenger å bli forsikret om det at det er ikke farlig å komme hit»*. Flere forteller at de gruer seg før time når de ikke vet hva som kan dukke opp i løpet av timen. Noen av deltakerne ytrer et ønske om forutsigbarhet i terapien og å få vite hva som blir tema i neste time.

Flere sier at de synes det er vanskelig å skulle ha en hverdag etter time, og at aktiviteter etter behandlingstid nedprioriteres. De forteller at de vanligvis ser an resten av dagen og planlegger den utfra hvordan formen etter timen er, da de gjerne kan bli veldig slitne etter å ha hatt time. Benny sier at hen etter behandlingstid er *«oftest i senga og ligger og sover»*, og legger senere til: *«Altså, jeg er på en måte vant til det. Så jeg møter jo opp, men jeg tror at hvis det hadde vært opp til noen andre så hadde de tenkt at jeg orker ikke denne slitenheten»*. Flere snakker også om at det er krevende å kombinere behandling og jobb.

### **Små marginer og en krevende balanse for oppmøte**

For å møte opp må deltakerne oppleve at behandlingen gir mer enn den krever av dem. Dette blir ofte vurdert fra gang til gang, og grunnene til å ikke møte til behandling kan være mange. Det kan handle om å regulere totalbelastningen i livet, og unngå å bli mer sliten hvis det er mye annet i livet som er krevende. Noen ganger lar deltakerne være å møte opp fordi de er, eller har vært, ruset. De opplever at rusen er skambelagt og reduserer utbytte av timen.

Andre ganger velger deltakerne å ikke møte fordi de er redde for å ødelegge en god dag. De fleste deltakerne forteller at behandling også har negative praktiske og økonomiske konsekvenser, og går utover blant annet jobb. Hvis disse blir for store kan dette føre til at deltakerne ikke møter. Deltakerne gjør en helhetsvurdering av emosjonelle, praktiske og økonomiske konsekvenser når de velger om de skal møte eller ikke. Derfor er det viktig for deltakerne at det er tydelig for dem hva de får ut av behandling. Kim oppsummerer hva som skal til for å synes det er verdt å møte til behandling:

*Noen ganger så føler man seg verre etter at man har vært i behandling, og det er greit. Men så lenge du føler at det du gjør der, eller de samtalene du har medfører noe bra eller positivt eller den meningen du søkte etter, eller hjelp til å ta rette valg, så er det verdt å dra hit.*

### ***Både oppturer og nedturer kan hindre oppmøte***

Motgang på ulike områder kan resultere i ikke-møtt. For noen av deltakerne dreier dette seg om at ytre hendelser gjør at totalbelastningen i livet blir for mye, og terapi blir nedprioritert. Alex er en av dem som sier hen blir mindre motivert «*hvis det er veldig mye kaotisk i hverdagen sånn generelt. Da er jo det da, om skal man orke å ha enda mer kaotisk i livet akkurat da*». For andre kan det handle om at terapien setter i gang anstrengende prosesser. Frøy opplever at det i terapi er «*veldig mye nytt å ta tak i, litt sånn overveldende. Og når ting føles litt overveldende, blir det litt sånn – det her gidder jeg ikke*». Ali har det annerledes enn mange, hen blir mer motivert å ha «*vært utsatt for en situasjon da. At det har vært noe som har gjort inntrykk eller jeg har fucka opp litt, så da føler jeg for det*».

For de fleste påvirker nedturer oppmøte og motivasjon negativt, spesielt i tilknytning til rusepisoder. Noen opplever at motgang rettfærdiggjør rusen, slik som Kim når hen uttaler at: «*Når det går dritt så tenker jeg at det er en grunn til at jeg ruser meg, så derfor må jeg gjøre det*». Rusbruken kan også prioriteres på selvstendig grunnlag av de positive effektene den gir. Ifølge Chris blir flere «*mindre motivert til å møte opp til time for da har du jo bare lyst til å være rusa*». Andre sier at rusen gjør at de glemmer timer, og at de, som Kim, «*har gått glipp av en time rett og slett fordi jeg ikke var til stede*».

Å være ruset er også skambelagt, både utenfor terapirommet og i timen. Et par av deltakerne sier også at behandlingsutbyttet blir betydelig redusert av å møte til time ruset. Iben er en av dem som angreir på å ha møtt opp ruset: «*Det husker jeg at var veldig skamfullt etterpå, og var med å bidra til at jeg ikke hadde lyst til å dra dit igjen da*». Skammen som

flere føler på når de ikke mestrer de målene de har satt for seg selv kan gjøre det utfordrende å møte. Frøy sier det er flere som:

*Kjenner mye på skam og anger, og kanskje stigmatiserer det litt opp i skyene selv. Og som ikke møter fordi de har såpass alvorlige problemer at de ikke klarer å holde seg rusfri. Og det blir skammelig å gå. Man prøver å holde seg rusfri, men så klarer man det ikke.*

Frøy nevner også at hen har sett eget behov for hjelp etter en nedtur, men å ha skammet seg så mye at hen ikke har tatt kontakt med fastlegen for å få henvisning.

Godt humør er også en faktor som har fått deltakerne til å droppe behandlingstimer. Behandlingstimer har en tendens til å ødelegge det gode humøret. For flere er gode dager sjeldent, slik at det verdsettes høyt og dermed prioriteres over behandlingstimer. Ali sier: «Når jeg er i godt humør så vil jeg liksom ikke sitte og snakke med henne om ting som har gjort inntrykk på meg. For da blir jeg bare lei, eller sånn ... Jeg vil bare ha en god vibe». For andre er gode perioder over lenger tid mer motiverende, fordi det viser dem at de kan klare seg uten rus. Sånn er det for eksempel for Kim: «Det er jo når ting går bra, så føler jeg meg mer motivert for behandling, ironisk nok, enn når det går dårlig».

Både oppturer og nedturen kan være utfordrende for motivasjon og oppmøte på flere måter, men flere snakker om at dette er en naturlig del av rusbehandling. Kim viser aksept for oppturene og nedturene: «Endringsarbeid kan ikke gå noe fortere enn det må ta. På noen måter vil man måtte gå på trynet et par ganger, før man får det til».

### ***Praktiske og økonomiske konsekvenser kan tippe balansen***

For flere av deltakerne er balansen mellom det behandling gir og krever skjør. Dette betyr at tilpasning og fleksibilitet hos PUT er viktig. Det er små marginer både praktisk og emosjonelt, og liten tve kan fort velte stort lass. Et eksempel på dette er at flere har utfordringer med å holde orden på avtaler, og derfor kan glemme timen. De kan derfor trenge hjelp med å huske avtaler. Flere forteller at balansen mellom for få og for mange påminnelser er vanskelig. Blant annet sier Chris:

*Også er det jo sånn her at de vil jo heller ikke bli passet på som babyer. Så hvis de får sånn der to ... Hvis man får sånn der ... To-tre meldinger og sånn der du har time du har time du har time, så blir man jo heller ikke så gira på å møte opp*

Flere av deltakerne tjener mindre når de er borte fra jobb for å møte hos PUT og for noen har rusbruken gått utover arbeidsrelasjoner. Både behandlingstimer og urinprøver tar tid i vanlig kontortid. Ali sier det på denne måten: *«Hvis jeg da er borte en time da, så taper jo jeg femhundre kroner. Det er fra min lomme og går rett ut. [...] Så det er jo en ting som er litt negativt da, at det tar tid der jeg kunne tjent penger»*. For andre er ikke pengene det viktigste, men ønsket om å vinne tilbake tillit i jobben. Frøy sier dette om tiden hen bruker på terapi: *«Det er tid jeg heller skulle ha brukt på å gripe om den sjansen jeg har fått i jobben»*. Flere beskriver å tidligere ha sluttet i terapi fordi de har prioritert jobb. Ved å ha timer tidlig eller sent mister de færre arbeidstimer, og dette er viktig for dem.

I tillegg til tapt arbeidstid har behandling for noen tidligere hatt økonomiske konsekvenser. PUT har, som mange andre behandlingssteder, hatt gebyr ved ikke-møtt, og dette har deltakerne opplevd som negativt. Iben sier at hen ikke hadde *«problemer med å betale heller, men det var liksom når jeg måtte betale og jeg ikke gadd å møte opp så tenkte jeg på en måte at behandling er jo ikke økonomisk forsvarlig heller»*. Andre sier at fokuset på penger var skambelagt, og førte til negative holdninger til terapeuten. Alex forteller om tidligere erfaringer:

*Noen psykologer jeg har vært til har vært helt sånn at det er shame på en måte [...] Spesielt når jeg har gått til psykologer hvor man må betale egenandel og, [...] og da har jeg blitt litt sånn irritert for hvorfor, dere får jo penger uansett hva fra staten, så drit i å snakke om pengene liksom. Mens her er det, det er ingen penger involvert.*

Det at PUT nå har gått bort fra gebyr ved ikke-møtt, er noe flere av deltakerne trekker frem som svært positivt.

### **Møter for endring**

For å orke å møte opp på tross av motgang er deltakerne nødt til å ønske å få noe ut av behandlingen. Dette kommer til uttrykk som et endringsønske. Et endringsønske er derfor avgjørende, men ikke tilstrekkelig for ønske om terapi. Man må også tro at man kan oppnå denne endringen i terapi. Det gjør de fleste av deltakerne. Deltakerne har mange fellestrekk i hva de ønsker å oppnå. Det er i all hovedsak et normalt liv. Samtidig har flere vært nødt til å nå bunnen på ulike måter for å innse at slik de holder på ikke er forenelig med denne drømmen. Å ønske seg bort fra noe ser ut til å være en utløsende faktor for deltakernes motivasjon. Benny mener indre motivasjon er avgjørende for å lykkes med endringsprosessen:

*Altså, jeg tenker at hvis de ikke er klare for å slutte, da er det nesten ikke noe som kan, da er det viktigere å ikke prøve å stoppe rusbruken, og sånn det er jo viktig å stoppe rusbruken, men der og da er det viktigere å finne fram motivasjonen til den ungdommen, for jeg tror det handler mye om de er klare selv eller ikke.*

### **Ønske om endring må komme innenfra**

Mange har tidligere behandlingsløp hvor ytre motivatorer har trukket dem inn i behandling, og opplevd at disse har vært lite hensiktsmessige. De formulerer det som at de var nødt til å gå i behandling, enten for å få førerkortet tilbake eller fordi familien vil, og at dette kan føre til manglende oppmøte. Som Chris forteller, kan dette være en grunn til at mange pasienter ikke møter til timene sine:

*Det er jo ikke alltid sånn at det er personen som er på PUT som vil på PUT. Det er jo som regel gjennom foreldrene og sånn der. Så for å gjøre dem happy liksom, [...] så det er derfor sikkert det er masse ikke-møtt da.*

Flere beskriver at deres negative erfaringer med behandlingsapparatet kan ha vært preget av manglende motivasjon, slik som Alex gjør over. Flere beskriver at de tidligere har vært i behandling uten å være klar for en krevende endringsprosess. Lite motivasjon i tidligere behandlingsløp kan gjort at utbyttet av behandlingen ble dårligere, og dermed svekket deres tro på at psykologisk behandling kan hjelpe dem. Om tidligere behandling sier Iben: «Jeg stolte kanskje ikke like mye på behandler da heller, som jeg gjør nå. [...] Det ble aldri noe terapi ut av det, fordi jeg liksom hadde de sperrene selv. Da ble det jo veldig meningsløst for meg».

Det å ha et eget ønske om å gå i behandling, og å slutte å ruse seg, kan altså være avgjørende for at man skal ha motivasjon nok til å møte til og gjennomføre behandling. Alex forteller at «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?». Uten et slikt endringsønske blir det lite som holder dem i behandling, og flere avtaler ender som ikke-møtt. Det blir da relevant å finne ut hva som skal til for at pasientene finner denne indre motivasjonen.

En viktig grunn til indre motivasjon har for flere av deltakerne vært at de har opplevd noe som har ført til innsikt i at rusbruken er skadelig, og at de virkelig trenger en endring. Dette har vært akutte, alvorlige hendelser knyttet til rusepisoder, helseeffekter av rusbruk, eller at rusbruken har hatt negative konsekvenser for jobben eller familien. For en av

informantene skulle det gjentatte overdoser til før hen forsto alvorret: *«Jeg har holdt på å dø nå, flere ganger. Og det er ikke så hyggelig. Så jeg tenkte å slutte med det»*. For Iben handlet det om at rusbruk på et tidspunkt begynte å sette jobben i fare: *«Greia var at jeg ble full på jobb og fikk beskjed om å gå. Så da ... Det ble jo ganske krise da, jeg gikk jo ganske i kjelleren da»*. Det å virkelig oppdage at noe måtte gjøres, gjorde at deltakerne forsto at de trengte hjelp, og at de ble klare for å ta imot hjelp.

Disse hendelsene resulterte i refleksjoner rundt behovet for endring. Flere hadde opplevd liknende hendelser tidligere, uten at disse hadde ført til samme motivasjon. Deltakerne hadde ikke noen klar formening om hvorfor de nådde tålegrensen sin da de gjorde. Noen sa at det handlet om alder og modning, og de forteller at de føler de har blitt for gamle til å holde på sånn de har gjort. Som Alex sier: *«Nei, sånn som her så har det vært litt sånn nok er nok, nå er det på tide»*.

### ***En drøm om et vanlig liv***

Tross motgangen informantene møter i terapi, går det igjen at de fleste av dem likevel har et håp om at de en gang kan få hjelp. For flere kommer dette håpet av å ha sett andre bli bedre. Alex er en av dem og beskriver at *«man ønsker jo det at man også skal være en av de som det har funket for»*. Andre har troen på at flere forsøk skal øke sjansen for å bli bedre en gang. Benny setter ord på håpet på denne måten: *«Og plutselig en dag så kan det jo være jeg møter noen som faktisk får til å hjelpe meg, så derfor møter jeg opp, selv om jeg synes det er litt sånn dritt»*.

Majoriteten av deltakerne uttrykker i større eller mindre grad at de ønsker seg et mer normalt liv. Dette innebærer forskjellige ting for de ulike deltakerne, men felles for dem er at rusen står i veien for å nå disse målene. Noen av deltakerne forteller at de ikke føler seg, og ikke vil bli sett på, som en rusmisbruker. Frøy forteller at hen har et ønske om å *«bevise at jeg ikke er en håpløs plata-narkis liksom. Jeg fungerer ... Kan fungere hvis jeg vil»*.

Det å få tilbake førerkortet ser ut til å være viktig for flere av informantene. Mange har mistet førerkortet grunnet sin rusbruk, og har et sterkt ønske om å få dette tilbake gjennom å være i behandling. For Ali er dette den største motivatoren for å gå i behandling: *«Egentlig så er det, for å være ærlig, så er det for å få tilbake førerkort og sånn da. Så det er det jeg tenker mest på, egentlig»*. Ønsket om å få tilbake førerkortet handler om praktiske hensyn, men også at det er en del av å få tilbake normalitet i hverdagen.



De fleste deltakerne forteller at det viktigste for dem nå er å få et vanlig liv. De ønsker muligheten til å få en familie, til å ha en vanlig jobb, få utdanning og å ha en brukbar helse. Alex forteller at «*hovedmålet er jo selvfølgelig å komme seg ut og starte på jobb igjen og ha en vanlig hverdag*». De ser at dette ikke lar seg kombinere med et liv med rusmisbruk. Kim forteller at hen ønsker å slutte å ruse seg «*fordi jeg har lyst til å leve godt. Og jeg føler ikke at jeg gjør det når jeg konstant sitter trykt ned i den her rus-suppa*». For flere har rusbruken gått så langt at det handler om liv og død. Da handler ikke drømmen om et vanlig liv lenger bare om at livet skal være vanlig, men om å ha en fremtid. Alex bruker disse ordene om situasjonen:

*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.*

For deltakerne har rusen fungert som en rømningsvei bort fra vanskelige tanker, følelser, konflikter og traumer. En sentral del av å få et bedre og mer normalt liv er å lære seg å håndtere slike utfordringer på en mer konstruktiv måte. Ali forteller at hen møter til behandling «*for å få litt mer innblikk i liksom hvorfor jeg begynte å gjøre dette her da, og hvorfor jeg begynte å ruse meg og sånn*». Mange av deltakerne snakker om at de i behandlingen får nye verktøy for å håndtere utfordringer fra fortiden og i hverdagen. Dette oppleves som en del av veien mot å få et vanlig liv og å kunne forholde seg til utfordringer på en mer hensiktsmessig måte enn å ty til rus. Frøy forteller: «*Så det betyr mye for meg å få mange nye verktøy og litt mer innsikt i min egen psyke. For det har jeg egentlig ikke hatt. Jeg bare dura på*». Benny forteller: «*Jeg har jo hatt ganske komplisert oppvekst. Så det er jo liksom mest derfor jeg vil gå til psykolog liksom, for å finne ut mer om det. Liksom få fram det jeg har fortrengt*».

### **Må møte et menneske og bli møtt som et menneske**

Deltakerne møter til behandling for å oppnå en endring de ikke får til alene. Dette er en krevende endringsprosess der de er nødt til å jobbe med skambelagte tema. I dette arbeidet blir den allierte svært viktig, og flere av deltakerne trekker frem at det å stole på behandler er avgjørende. Mange opplever det som viktig at behandleren har et individfokus fremfor et diagnosefokus for å kunne stole på behandler. Ved å stole på behandler tør de å være ærlige og får jobbet med områder i terapien som de ellers ikke ville gjort. Noen trekker også frem at de tidligere har hatt gode behandlere, men at de likevel har avbrutt terapi. På denne måten kan

man si at en god behandler er avgjørende, men ikke tilstrekkelig for en god behandlingsopplevelse. Frøy sier dette om behandlere:

*Men at behandleren er veldig imøtekommende, kanskje gode til å tilpasse seg som får deg til å føle deg trygg. Det er nok viktig. Det er vel litt kanskje av jobben som psykolog og. Ikke bare å grave i vei det som er inne i hodet til folk, men også hvordan skal jeg kunne forholde meg til deg som pasient på best mulig måte for å få deg til å både åpne deg og forstå deg selv og forstå verden.*

### ***En relasjon som åpner***

Deltakerne forteller at de setter pris på, og at det noen ganger kan være nødvendig, at behandleren er direkte og noe konfronterende. Frøy sier hen ønsker at behandler adresserer problemer med oppmøte:

*Ja, det blir jo litt som å ta den elefanten i rommet da, kanskje. Hvis jeg hadde hatt et stort problem med å møte opp[...], så jeg tror absolutt at det hadde vært en god ting for behandlerne på PUT å tatt opp disse tingene. Hva synes du om å møte opp? [...] Hvordan føles det for deg å måtte komme hit?*

En viktig årsak til at behandler bør spørre direkte om oppmøte er for å få vite hva pasienten mener er grunnen til ikke-møtt. For at slike spørsmål skal være nyttige, forutsettes det at pasientene gir ærlige tilbakemeldinger. Dessverre kan manglende motivasjon og dårlig allianse med behandler føre til at det er så ukomfortabelt å gi negative tilbakemeldinger at pasientene dropper det. Chris forteller at hen synes det var lettere å komme med unnskyldninger enn å være ærlig med behandler: «Også har jeg jo heller ikke vært motivert for det, så da har det passet sykt bra å si at jeg er opptatt egentlig». Manglende ærlighet fører til at negative mønstre opprettholdes, heller enn at man får løst opp i det som ikke fungerer i terapien. Når behandler kommuniserer åpent og direkte, kan det oppleves som en oppfordring til pasienten om å gjøre det samme. Noen forteller også at de opplever dette som et tegn på at behandler respekterer dem og deres mening.

Mange av informantene opplever at det er positivt at behandler tar ansvar for at samtalen ikke sporer av, at den handler om det som er vanskelig og utfordrer pasienten til å åpne opp. Deltakerne forteller at mange viktige tema er ubehagelige og at de derfor kan prøve å unngå disse. Samtidig ser de verdien i å også få snakket om de vanskeligste temaene. Kim tror hen ville fått mer ut av behandlingen dersom behandler var mer direkte:

*Hen utfordrer meg ikke alltid på min egen bullshit, og det er litt dumt, for det er mange ganger jeg føler jeg forstår helt fint, også gjør jeg egentlig ikke det, og da trenger jeg noen som pusher litt ekstra*

Informantene rapporterer at det er positivt for behandlingen og alliansen at behandlerne er konfronterende, og foretrekker det fremfor behandlere som er forsiktige og unnvikende.

Det kommer også fram at informantene anser det viktig at de selv også er åpne og ærlige om utfordringer. Ærlighet har for mange vært avgjørende for endringsarbeidet de har gjort i terapi. De sier de har blitt møtt med forståelse, respekt og hjelp. Dette gjelder både i relasjonen med behandler, men også i andre viktige relasjoner, som familie, jobb og venner. De opplever at de får mer utbytte av terapien de gangene de har vært ærlige med behandler. Kim forteller at hen har fått mye ut av å være åpen om skuffelser som andre ville holdt hemmelig i terapien, og at disse brukes aktivt:

*Jeg har jo hatt et par sånne rusepisoder også over lengre tid, og bare sånne enkeltsprekker på en dag eller så. Og jo sånn sett så skulle man kanskje tenke at jo flere jo bedre, for da får jo behandler muligheten til å se hva som er fellesnevneren da. Hva som gjør at det sprekker og hva kan du gjøre med det.*

### **En behandler å stole på**

Flertallet av deltakerne forteller at de er fornøyde med den behandleren de har hos PUT nå. De opplever å ha møtt en behandler som bryr seg om dem. Bak denne opplevelsen ligger erfaringer med at behandlere legger inn litt ekstra innsats utover det som er forventet, og at de viser oppriktig interesse og hjelpeønske. Dette står for mange i kontrast til tidligere møter med behandlere. Det kommer tydelig fram i intervjuene at relasjonen med behandler er sentral for oppmøte. Frøy setter ord på dette: «*Ja, man må jo selvfølgelig ha tillit til terapeuten for å i det hele tatt gidde å møte opp da*».

Flere av deltakerne har hatt negative erfaringer med tidligere behandlere. Informantene beskriver behandlere som har gitt dem opp, manglet forståelse eller vært vanskelige å relatere til. Chris opplevde at «*det var ikke som at hen skulle hjelpe meg liksom ... Jeg bare følte at hen var sånn der slem liksom*». Alex sier at tidligere terapeuter ga hen opp, «*enten fordi at de ser at jeg kanskje ikke la i den energien som jeg burde, men også at noen av de har syntes det har vært umulig*».

Mange av deltakerne uttrykker at de har hatt en skepsis til nåværende behandler, både knyttet til behandler som person og til om de vil kunne hjelpe dem. Mange er også opptatt av at behandleren deres oppleves kompetent. Deltakerne vurderer behandlerens kompetanse og noen forteller at de helt konkret har testet behandlerens kunnskaper. Kim forteller:

*Ofte kunne jeg stille veldig kompliserte spørsmål, enten så var det fordi jeg skulle være smart, eller så skulle jeg teste og se hvor mye hen faktisk kunne. Når jeg spurte om noe på et veldig detaljspesifikt nivå fra lærebok om barnepsykiatri, og hen kunne svaret, så ble jeg ganske imponert. Så da tenkte jeg at jeg fortsetter her.*

Flere av deltakerne forteller at de har lett for å bli såret eller stenge seg inne. Flere beskriver at de leter etter feil hos behandler eller grunner til å lukke seg. Dette kan skyldes tidligere negative erfaringer og et behov for å beskytte seg selv. Benny setter ord på det på denne måten: «*Det er litt vanskelig, det kan jo være hva som helst, men vi som går til psykologer vi sitter jo egentlig bare og ser etter feil. Sånn, hvis de sier noe feil eller noe slik så har vi grunn til å stenge oss inne igjen*».

Tross denne skepsisen til behandlerne ved behandlingsoppstart, er det mange av deltakerne som har blitt trygge på behandleren etter gode erfaringer over tid. Disse forteller at dette handler om en opplevelse av å bli sett for den man er, og at behandler viser oppriktig interesse i timene. Chris forteller hvorfor hen får en opplevelse av at behandler virkelig vil hjelpe hen: «*Hen har jo mange folk, det er jo ikke bare meg hen prater med liksom. Men jeg merker jo at hen husker det jeg har sagt og at hen følger med*». Deltakerne legger merke til om behandler er oppriktig interessert og engasjert, og dette bidrar til en trygghet hos dem.

Flere nevner at påminnelser og kontakt på telefon utenom timene oppleves som at behandler legger ned en ekstra innsats for dem, og at de virkelig bryr seg om hvordan det går. De opplever det også positivt at de kan ringe når som helst om de har behov for det. Frøy sier at hen «*kan ringe når som helst. Kan sende melding. Så de er veldig fleksible. Det virker som om rusproblematikk blir tatt veldig på alvor*». Dette er med på å øke motivasjon for oppmøte.

## **Diskusjon**

Uteblivelse fra behandlingstimer er en stor utfordring i rusomsorgen, og representerer en betydelig risikofaktor for å droppe ut av behandling. Formålet med denne studien var derfor å undersøke hvordan pasienter ved PUT opplever eget fravær og oppmøte i rusbehandling. Vi intervjuet syv pasienter ved denne klinikken. Gjennom reflektiv tematisk analyse av disse intervjuene identifiserte vi fire overordnede tema, som belyste hvordan

pasientene opplevde fravær og oppmøte i behandlingen. De fire overordnede temaene var «Møter på tross av motstand og motløshet», «Små marginer og en krevende balanse for oppmøte», «Møter for endring» og «Må møte et menneske og bli møtt som menneske». Felles for informantene var at de hadde et ønske om en endring, og opplevde at PUT hjalp dem med denne på en måte som ga dem mer enn det kostet.

### **Flere faktorer reduserer overskudd til å møte**

Et av hovedtrekkene i funnene var at mange av informantene fortalte at motgang og motstand, både i og utenfor terapirommet, kunne påvirke om de fortsatte i behandling. De fleste som deltok i studien fortalte at de hadde tatt et valg om å gå i terapi hos PUT, men at de samtidig hadde opplevd motgang, som hadde gjort valget vanskeligere. For flere hadde motgang tidligere ført til ikke-møtt og avsluttede terapiløp, og for noen kunne slike faktorer fortsatt være til hinder for oppmøte. Videre vil vi diskutere de ulike formene for motgang som informantene opplevde i lys av annen empiri.

Negative erfaringer med å ikke passe inn i og bli tatt på alvor av systemet var gjennomgående hos deltakerne. Flere av deltakere forteller at de har blitt sendt som en kasteball mellom behandlingsinstitusjoner og behandlere, og har opplevd å ikke passe inn i systemet. Det kan virke som de deltakerne som hadde flest negative erfaringer med behandlingssystemet var de samme som dem som hadde minst motivasjon for oppmøte. For eksempel fortalte flere at de hadde fått et anstrengt forhold til det å dra til psykolog etter å ha blitt sendt frem og tilbake mellom behandlingssteder. Noen fortalte også at de ikke hadde fått den behandlingen de ønsket seg, og opplevde å ha blitt sviktet av systemet. Deltakernes tidligere erfaringer kan ha forårsaket reduksjon i opplevelsen av respekt fra behandlingssystemet og ført til at de ikke opplever å ikke bli tatt på alvor i behandlingssystemet. Dette er i tråd med gjensidighetsprinsippet og andre studier som har funnet at opplevd respekt fra helsevesenet er viktig for oppmøte (Lacy et al., 2004; Årseth et al., 2019). Dette kan ha medført at de ikke tar behandlingen og behandlerne på alvor.

En annen forklaringsmulighet for sammenhengen mellom de negative tidligere erfaringene og ikke-møtt i nåværende behandlingssløp kan være redusert tillit og tro på behandling. Mistillit til helsevesenet er også knyttet til tidligere negative erfaringer med helsevesenet av ruspasienter i andre studier (Cockroft et al., 2019). Ved flere avbrutte terapiløp som ikke hadde ført til varig endring, var også troen på behandling svekket for flere av deltakerne i vår studie. Mange fortalte også at de hadde opplevd det som at tidligere

behandlere ikke hadde brydd seg om dem eller hatt tro på at de kunne bli bedre. Dette hadde ført til redusert respekt for og tro på behandlers hjelpeevne. I tillegg fortalte flere at stadige viderehenvisninger hadde svekket deres villighet til å åpne seg i terapi. Ser man dette i sammenheng med at flere av deltakerne fortalte at de opplevde terapien mest effektiv når de kunne være ærlige med behandler, kan det tyde på at gjentatte viderehenvisninger kan føre til redusert utbytte av terapien. Dette tyder på at svekket tillit til behandlingsapparatet over tid, kan sette denne gruppen i risiko for å miste troen på at de kan få hjelp, og dermed også svekke motivasjon for behandling og villighet til åpne seg i terapi.

Alle deltakerne opplevde at behandling var emosjonelt krevende, og dette påvirket motivasjon og oppmøte i ulik grad. Dette er i overensstemmelse med tidligere studier, som finner at negative emosjoner knyttet til å gå i behandling kan fungere som barrierer mot å møte til behandling (Lacy et al., 2004). Informantene fortalte at de opplever behandling som krevende fordi de der må ta tak i vonde følelser. Disse har de tidligere holdt på avstand og håndtert ved å ruse seg. Anstrengelsen det krever av deltakerne å møte til behandling får konsekvenser for dagen før og etter behandlingstimen. Følgelig er det ikke bare emosjonelt krevende den tiden behandlingstimen foregår, men det får utslag på formen deres resten av dagen. Energien de brukte på behandling ble av mange opplevd som et stort offer, og flere sa eksplisitt at utbyttet av behandling var avgjørende for om de møtte opp. Av dette følger at intervensjoner som kan redusere den emosjonelle belastningen pasienter opplever før og etter timen, sannsynligvis vil kunne påvirke oppmøte positivt. Et av forslagene deltakerne kom med selv var å fortelle hva de skulle jobbe med i neste time, for å øke den emosjonelle forutsigbarheten.

Det kan diskuteres om det er mulig og gunstig å redusere den emosjonelle belastningen i behandling, med mål om å øke oppmøte. En mulighet for å oppnå dette er å forsøke å redusere energien pasientene bruker på behandling utenom terapitimene. Samtidig vet man at for å få best mulig utbytte av behandling, bør ikke endringsarbeid skje utelukkende i terapitimene, men bør være integrert i hverdagen i form av for eksempel atferdseksperimenter og hjemmeoppgaver (Raknes, 2015). Det er mulig at dette er enda viktigere i rusbehandling enn i annen samtaleterapi, da terapitimene ikke gir reell mulighet til å øve på å motstå rus. Kanskje er det en del av «pakken» at behandling er krevende, og at det verken er mulig eller hensiktsmessig å gjøre mye med dette uten at det går på bekostning av behandlingsutbytte. Dette står ikke i motsetning til å vise forståelse for belastningen pasientene opplever, og redusere stress og usikkerhet på de områder der det er mulig.

Deltakerne i vår studie fortalte at de regulerte den totale mengden psykisk belastning ved å ikke møte til time når andre utfordringer ble for store. Deltakerne fortalte at når den psykiske belastningen i livet utenfor behandling ble stor, opplevdes det å møte i behandling for krevende. Deltakerne fortalte også at det var skamfullt å møte til behandling hvis de var ruset, og at de da derfor ikke møtte. At psykiske belastninger og rus kan altså være til hinder for oppmøte stemmer overens med eksisterende kunnskap (Dantas et al., 2018; DeFife et al., 2010; Mitchell & Selmes, 2007b). DeFife et al. (2010) fant også at opplevelse av overveldelse og utslitthet var årsak til at pasienter ikke møtte til time. Dette viser at også mindre alvorlige psykiske belastninger påvirker oppmøte. Dette underbygges også av Mee et al. (2019) som fant at de pasientene som skåret høyest på psykologisk smerte før behandlingsoppstart, deltok på færre behandlingstimer enn de med lavere psykologisk smerte. I kontrast til dette var det også en av deltakerne i vår studie som mente at en dårlig dag ga mer å snakke om i timen og at dette var motiverende for oppmøte. En mulig grunn til forskjellene mellom deltakerne er at de har forskjellig utgangspunkt for tilleggsbelastningen. Det kan tenkes at dem som til vanlig har mildere plager ikke blir like negativt påvirket av dårlige dager sammenliknet med dem som jevnt over har høyere lidelsestrykk.

Flere av deltakerne fortalte at ikke-møtt kunne ha sammenheng med glemsomhet og manglende evner til organisering, spesielt i perioder hvor de hadde mye som foregikk. Dette samsvarer med tidligere studier som også har funnet at glemsomhet er hyppig årsak til ikke-møtt (Binnie & Boden, 2016; DeFife et al., 2010). Noen deltakere knyttet selv dette til ADHD-symptomer. En av våre informanter fortalte at hen hadde skrevet feil dato i kalenderen gjentatte ganger, og også møtt til en time som ikke var satt opp. Unge ser ut til å ha mer eksternaliserende vansker enn eldre voksne i form av blant annet ADHD og risikoatferd, og dette ser ut til å forklare noen av forskjellene i oppmøte (Andersson et al., 2020). Andre i vår studie beskrev seg som glemsomme uten å knytte dette til en spesifikk diagnose, men kalte det «kaos». Dette kan henge sammen med overhyppigheten av traumatiske hendelser og traumelidelser blant ruspasienter (Bonin et al., 2000; Gielen et al., 2012), og sammenhengen disse opplevelsene har med redusert oppmerksomhet og hukommelse (DePrince et al., 2009; Urnes, 2018). Mange ruspasienter har problemer med redusert oppmerksomhet og hukommelse (Bruijnen et al., 2019), som er funnet å henge sammen med traumeopplevelser (DePrince et al., 2009), samt nevrokognitive virkninger av langvarig rusbruk (Block et al., 2002).

I tillegg til at behandling oppleves emosjonelt krevende, var det mange som fortalte at behandling også på andre måter krever mye av dem. Et par av deltakerne hadde vært nødt til å nedprioritere jobb for å prioritere behandling. For noen hadde dette gått utover økonomien. I enkelte tilfeller hadde det også gått på bekostning av gjenoppretting av tillitsforhold på arbeidsplassen, fordi de måtte bruke tid på behandling heller enn tid på jobb. Resten av dagen etter behandlingstimer gikk for mange med til å hvile, og dette kunne gå utover fritidsinteresser og kontakt med venner og familie. Både økonomi, arbeid, utdanning, og sosiale relasjoner er viktig for menneskers trivsel (Huppert, 2014). Derfor er det viktig at PUT adresserer hvilke kostnader behandling har for pasientene i terapien. På tross av den store kostnaden forteller flere av deltakerne at de har erkjent at dersom de fortsetter å leve slik de har gjort, så vil det få svært negative konsekvenser for deres liv. Det er lite poeng i å droppe behandling for å dra på jobb, hvis rusbruken blir så skadelig at man ikke lenger har en jobb å gå til. For flere av deltakerne var erkjennelsen av at det var på tide å gjøre noe med situasjonen sin før det var for sent, det som skulle til for å velge å prioritere behandling.

Behandlingens direkte økonomiske konsekvenser for deltakerne hadde betydning for oppmøte. Flere av deltakerne fortalte at de hadde opplevd det som negativt ved tidligere behandlingsløp å måtte betale gebyr for timer de ikke møtte til. De beskrev at det var positivt at PUT ikke hadde et slikt gebyr. Chariatte et al. (2007) undersøkte om det å gi gebyr for ikke-møtt ved en ungdomsklinikk påvirket oppmøte, og fant at dette ikke reduserte ikke-møtt. Et prosjekt i Danmark har valgt å gå enda lenger, og fant at det å gi unge ruspasienter et gavekort for annenhver time de møtte til hadde positiv effekt på behandlingsoppslutningen (Pedersen et al., 2017). Dersom økonomiske insentiver påvirker oppmøte positivt, som videre påvirker behandlingsutfall, bør man vurdere å innføre dette. Ved uteblivelse fra time blir pasienten stort sett tilbudt ny time. Dette fører til dobbelt kostnad for helsevesenet. På denne måten vil en ekstra investering, i form av gavekort, kunne spare penger i det lange løp ved å øke behandlingsoppslutningen og dermed sørge for mer effektiv behandling. Dette er likevel ikke helt uproblematisk. Disse pengene går fra helsebudsjettene og hver behandlingstime i rusfeltet er allerede kostbar. I et samfunnsøkonomisk perspektiv kan det være nyttig å se nærmere på effekten av økonomiske insentiver i rusbehandling.

De var tydelig at flere av deltakerne hadde tydelige preferanser på om de ønsket morgentimer eller ikke. Flere av informantene rapporterer at de selv, eller vet at andre i denne gruppen, har vansker med å våkne opp på morgenene, og at de gjerne foretrekker å ha time sent på dagen. Noen studier rapporterer lavere andel oppmøte til den første psykoterapitimen



for dagen enn resten av timene (Weinerman et al., 2003). Andre studier viser det motsatte (Moore et al., 2001). En del av deltakerne i vår studie som fortalte at de gjerne ønsket å ha timer tidlig på morgenen. Flere fortalte at de synes behandlingstimer er krevende, og at de derfor foretrekker å ha time tidlig slik at de kan se an resten av dagen ut ifra hvordan formen er etter behandling. Andre ønsket tidlig time for å unngå unødvendig fravær fra jobb. Ved å lytte til pasientens preferanse for tidspunkt kan det være mulig å øke oppmøte noe.

Alt i alt tyder funnene våre på at oppmøte er avhengig av at pasientene opplever fordelene ved behandling som større enn ulempene. Det er derfor viktig at de opplever at behandlingen hjelper dem. Dette er i overensstemmelse med funnene til Lacy et al. (2004), som fant at en av årsakene til at pasienter ikke møtte til legetimer var at pasientene vurderte de negative konsekvensene ved å møte til time som større enn hva de trodde de ville få ut av behandling. Når behandlingen ved PUT krever så mye som det gjør, er det viktig at pasientene opplever at hjelpen de får er verdt det.

En av måtene man kan øke opplevd utbytte av behandling er gjennom feedbackverktøy (Berge et al., 2015). Slike tilbakemeldinger kan gi behandlere informasjon om samarbeidet og behandlingen er til nytte for pasienten, og kan gi en pekepinn på sannsynligheten for ikke-møtt. I vår studie virker det å være en sammenheng mellom at pasienter som rapporterer å få lite ut av behandlingen, også vil ha lavere terskel for å droppe en eller flere timer, eller droppe helt ut av behandling. Ved bruk av feedbackverktøy har behandlere mulighet til å få kunnskap om opplevelsen av utbytte av behandling, og kan bruke denne informasjonen til å endre på elementer i behandlingen (Berge et al., 2015; Lambert & Kenichi, 2011). Dette kan i sin tur bidra til å bedre utfallene av psykoterapi (Dyason et al., 2020), og vår studie indikerer at det kanskje også kan brukes for å bedre oppmøte til timer.

### **Ønske om endring må komme innenfra**

Deltakerne velger å fortsette behandling hos PUT fordi de har et ønske om endring og en tro på at PUT vil hjelpe dem med denne endringen. Motivasjonen for endring og motivasjonen for behandling er ikke nødvendigvis lik. Forholdet mellom disse kan henge sammen med grad av tro på at PUT kan bidra til endring. For eksempel opplevde Ali at samtalerapi i liten grad var til hjelp i endringsprosessen, og Alis motivasjon for behandling var knyttet til å få tilbake førerkortet. Atferdsendring og rusbruksreduksjon hadde hen en opplevelse av å mestre på egenhånd. Ali var den deltakeren i studien som fortalte om mest ikke-møtt på nåværende tidspunkt. Andre deltakere beskrev liknende holdninger tidligere, og

knyttet motivasjon for behandling til det å innse at rusbruken var et problem vedkommende ikke klarte å håndtere selv. En av de som beskrev en manglende motivasjon for behandling tidligere var Chris. Hen sa at en av grunnene til den manglende motivasjonen var at hen «*ikke visste en dritt da*».

Flere av deltakerne fortalte at det å ønske endring ikke kan dyttes på utenfra, men må komme innenfra. Ut fra selvdeterminasjonsteorien til Ryan og Deci (2000) kan man anta at press om å gå i behandling vil svekke pasientens egen autonomi, noe som kan resultere i redusert indre motivasjon for behandling. Dette stemmer også godt overens med funnene til Årseth et al. (2019) som fant at opplevd press om å ta imot behandling de ikke ønsket bidro til lavere oppmøte. De fleste deltakerne fortalte at en endring i egenmotivasjon var tett knyttet til en endring i oppmøte. Dette underbygges av studien til DeFife et al. (2010) som identifiserte motivasjon som en viktig faktor for oppmøte og at mange pasienter ikke møtte til time fordi de gjerne glemte timen og ikke prioriterte å ta vare på seg selv. Når endringen i motivasjon ikke kan dyttes på utenfra blir det nyttig å gå nærmere inn på hva som forårsaker en indre endring i motivasjon.

For flere av pasientene i vår studie har endringene i motivasjon kommet i etterkant av en mer eller mindre spesifikk hendelse. Disse hendelsene har ofte liknet på tidligere hendelser som ikke har resultert i samme endringsønske. Deltakerne har ikke noe konkret svar på hvorfor akkurat disse hendelsene var utslagsgivende for den drastiske endringen i motivasjon. Ut fra datamaterialet kan vi da heller ikke si noe sikkert om hvorfor den aktuelle episoden var utslagsgivende. Vi kan likevel se nærmere på noen mulige sammenhenger med endring i motivasjon.

Noen av deltakerne knytter endringen i motivasjon til at de har blitt eldre, og har blitt mer motivert i takt med økende alder. Fenger et al. (2011) har også funnet at ung alder er korrelert med ikke-møtt, og Brorson et al. (2013) har funnet en sammenheng mellom ung alder og frafall. Pasientene hos PUT er mellom 15 og 30 år, og dette er en periode med store endringer i samfunnets forventninger til dem. Derfor kan samme hendelse, for eksempel å miste jobben eller en overdose, være betydelig lenger fra samfunnets forventninger når vedkommende er i midten av tjuetårene enn i slutten av tenårene. Dette kan ha vært utslagsgivende for motivasjonen for endring.

Alle deltakerne beskriver at de møter til behandling fordi de ønsker seg typiske milepæler i unge voksnes liv som rusbruk er mer eller mindre uforenlig med. De drømmer om

utdanning, barn, hus og førerkort. Jevnaldrende vil i større grad ha oppnådd disse milepælene med økende alder. Diskrepansen mellom eget og jevnaldrendes liv kan være en motiverende faktor som gjør seg stadig mer gjeldende og øker egenmotivasjonen for behandling.

Med økende alder endres også deltakernes relasjoner, blant annet til venner. Familie og eventuell partner omtales som viktigere for deltakerne enn tidligere, og venner som mindre viktige. Disse vennene blir av deltakerne ofte omtalt som dårlig innflytelse, fordi flere av vennene ruser seg. De fleste deltakerne beskriver det å komme seg ut av et miljø med dårlig innflytelse som en viktig del av endringsarbeidet. Andre deltakere, eksempelvis Ali, beskriver venner som en viktig kilde til støtte og opplever å få mer hjelp til endring av dem enn av behandler. Vellykket behandling av ruslidelser involverer ofte en endring i sosiale nettverk, fra nettverk som støtter rusbruk til nettverk som støtter endring og rusfrihet (Kelly et al., 2014; Moos, 2007).

Flere av deltakerne fortalte at de hadde opplevd et ønske fra familien om å gå i behandling, og at det var dette ønsket som førte til at de startet i behandling og møtte til de første timene. Noen av disse hadde opplevd familiens involvering som press. Dette opplevde presset utenfra, i kombinasjon med mangel på indre motivasjon, mente noen av deltakerne at hadde negativ påvirkning på utbytte av behandling og oppmøte. Dette stemmer godt overens med selvdeterminasjonsteorien til Ryan og Deci (2000), på den måten at pasientene opplever at deres foreldres involvering i valget om å gå i behandling svekker deres autonomi over egen situasjon, noe som resulterer i redusert indre motivasjon for behandling. Sammenhengen mellom opplevd kontroll over egen behandling og økt engasjement for behandlingen er også støttet i litteraturen (Cornelius et al., 2017). Samtidig har tidligere funn indikert at støtte fra familien for å gå i behandling kan ha sammenheng med mindre uteblivelse fra timer (Feitsma et al., 2012). Oppsummert tyder oppgavens funn, selvdeterminasjonsteori og tidligere funn på feltet på at en avgjørende faktor for om pasienten engasjerer seg for og møter til behandlingstimer, er om pasienten selv er motivert for behandling og om pasienten opplever familiens engasjement og oppmuntring som press eller som støtte.

### **Alliansen påvirker oppmøte**

Alle deltakerne trakk frem at det var avgjørende å møte en behandler som ga dem opplevelsen av å bli sett som individ og at behandlerne viste at de virkelig brydde seg. Samtidig fortalte flere at tidligere negative erfaringer og rusbruk gjorde det vanskeligere å oppleve dette. For denne gruppen kunne det ta tid å bygge den nødvendige tilliten for å få til

et godt samarbeid. Når deltakerne hadde fått tid og nok erfaring med terapeuten, kunne de selv åpne opp og tålte bedre at terapeuten var konfronterende. Dette opplevde de som virksomt i terapien. Flere av deltakerne understreket at ruspasienter er forskjellige, og at behandlerne derfor bør tilpasse tilnæringsmåten til hver enkelt pasients behov. Kort sagt er det er ingen måte å bli møtt på som passer alle som er i rusbehandling. Det finnes likevel fellestrekk i hva deltakerne ønsket av behandlerne sine. De ønsket behandlere som var fleksible, direkte, oppriktig interesserte og villige til å gjøre noe ekstra. Dette opplevde de at bygget tillit og styrket motivasjon for oppmøte. Dette er i samsvar med litteraturgjennomgangen til Ackerman og Hilsenroth (2003), som fant at fleksibilitet, ærlighet, en respektfull holdning, åpenhet og interesse var blant de behandlerfaktorene som bidro positivt til allianse.

En annen egenskap ved terapeuten som var viktig for deltakerne var kompetanse. Enkelte av deltakerne fortalte at de bevisst testet behandlerens kunnskaper, for eksempel ved å stille spørsmål fra en lærebok i psykiatri. De fleste deltakerne beskrev terapeuten som kompetent og at dette ga dem en trygghet. Det kom ikke tydelig frem i intervjuene hvorfor deltakerne følte et behov for å teste behandlerens kompetanse, med unntak av at noen uttalte at de etter en slik testing fikk mer tro på at behandleren ville være i stand til å hjelpe. En mulig årsak kan være at deltakerne grunnet gjentatte negative erfaringer med hjelpeapparatet har utviklet en grunnleggende mistillit til systemet og til behandlerne, og derfor på ulike måter søker bevis for at de i dette behandlingsløpet vil få hjelp. Denne antagelsen støttes av studien til Cockroft et al. (2019), som fant at kvinnelige pasienter med ruslidelse koblet mistilliten de hadde til helsevesenet med de tidligere negative erfaringer de hadde opplevd i møte med helsetjenestene. Det er mulig at opphengtheten i behandlerens teorikunnskaper fungerer som en stedfortreder for uttrykk for mistillit til hjelpeapparatet på andre områder.

Deltakerne beskrev et ønske om behandlere som viser dem at de bryr seg, blant annet ved å gjøre det lille ekstra. Eksempler på dette var å sende tekstmeldinger mellom timene, å ringe hvis de uteble fra time eller å beholde dem i terapi selv om de etter boken skulle ha blitt viderehenvist. Disse handlingene ble av pasientene tolket som bevis på at behandleren brydde seg og også tenkte på dem utenfor timene. Samtidig oppga pasientene at de forstod at dette kanskje kunne være krevende for behandleren, og at dette kunne være å gå utenfor deres profesjonelle rolle. En av risikofaktorene for utbrenthet blant psykoterapeuter er overinvolvering i pasientenes vansker (Simionato & Simpson, 2018). Det virker derfor viktig at behandlere finner en god balanse når det gjelder grad av involvering i pasientens vansker.

De bør formidle et oppriktig hjelpeønske gjennom ord og handling, og samtidig sette sunne grenser for egen involvering. Denne studiens funn indikerer at det ofte ikke er mye som skal til for at pasientene skal oppleve at behandler bryr seg. En oppfølgingsmelding etter uteblivelse, eller en melding mellom behandlingstimer med spørsmål om hvordan det går og om de kommer til neste time, kan være av stor betydning for pasienten.

Mange av deltakerne fortalte at de ønsket en konfronterende behandler. Dette står tilsynelatende i kontrast til anbefalinger om at man bør unngå å være konfronterende i tidlige faser av rusbehandling, men heller bør fokusere på alliansebygging og å gjøre pasienten motivert for endring (Gråwe & Hagen, 2015). Samtidig beskrev mange deltakere at de hadde lett for å bli støtt og såret av behandler. Prescott (2015) skriver at en behandlerstil som er overivrig, konfronterende og argumenterende kan skape problemer i rusbehandling. Det er mulig at de deltakerne som ønsket at terapeuten var mer konfronterende, var kommet lengre i prosessen med å bli klar for endring, og derfor allerede var motiverte. Kanskje opplever disse at de trenger å bli utfordret mer av behandler for å klare å åpne opp om vanskelige tema eller å gjennomføre de endringene de ønsker.

Samtaler om skambelagte tema med mennesker som er sensitive for kritikk kan være utfordrende. Da kan behandler lett kommunisere utydelig, fordi man er redd for å si noe som støter pasienten. Dette gir mer rom for mistolkning. I tilfeller der behandler har fått til å være direkte uten å treffe et sårt punkt har deltakerne respondert med mer åpenhet selv. Det virker altså som at det at behandler er åpen og ærlig, men samtidig interessert, utforskende og forståelsesfull, inviterer til mer åpenhet også hos pasienten. Et slikt samarbeid beskriver flere deltakere som avgjørende for et godt behandlingsutbytte. Ackerman og Hilsenroth (2003) fant at psykoterapeuters bruk av utforskende strategier ser ut til å kunne kommunisere en interesse overfor pasientens opplevelser, og at pasienter kan oppfatte gjentatte forsøk på å utforske deres vansker som et uttrykk for empati og at terapeuten brydde seg. Også en studie av Love og Farber (2019) av pasienter i psykoterapi fant at om lag halvparten ønsket at terapeuten spurte direkte om vanskelige tema, da dette gjorde det lettere for dem å videre gå inn i disse temaene selv. De foreslo også at terapeuten bør være ekstra var på den terapeutiske alliansen for å fasilitere for åpenhet i terapi (Love & Farber, 2019). For noen av deltakerne i vår studie hadde åpenhet i behandling også åpnet dørene for mer åpenhet om vanskene på andre arenaer, som med arbeidsgiver, familie og venner. Dette fortalte de hadde hatt positive utfall, blant annet med tanke på økt forståelse fra omgivelsene.

Noen av deltakerne ønsket seg en behandler det var lettere å relatere til, blant annet når det gjaldt erfaringer, alder og kjønn. Deltakerne forklarte at de trodde en terapeut som liknet dem ville forstå mer av deres opplevelse. I tillegg ble diskrepans i demografiske variabler mellom pasient og behandler vektlagt ved tidligere negative erfaringer. Muligens ble store forskjeller i demografiske variabler forstått som et tegn på at behandler ikke kunne ha liknende erfaringer som deltakerne. Liknende erfaringer var viktig for tillit i endringsprosessen. Dette gjaldt blant annet Ali, som beskrev at hen fikk bedre hjelp med endringsarbeidet av venner fordi disse hadde vært i samme situasjon.

Deltakernes ønske om demografisk likhet med behandler kan ses i sammenheng med teori fra sosialpsykologien, som foreslår at man har en tendens til å identifisere seg med andre som er lik seg selv (Festinger, 1954). En studie av unge pasienter med ruslidelse undersøkte effekten av kjønnsmatching i terapeut-klientdyader, fant at dyader der begge hadde samme kjønn rapporterte signifikant bedre allianse, og de var også mer sannsynlige å gjennomføre behandlingen (Wintersteen et al., 2005). Andre studier har vist at effektene av terapeut-klient-matching av egenskaper som alder, kjønn, inntekt, og etnisitet er sammensatt og gir et lite entydig bilde (Behn et al., 2018). Noen ganger ser det ut til at matching er hensiktsmessig, mens det i andre tilfeller ikke har noe for seg (Behn et al., 2018). Et par av deltakerne i vår studie oppgav helt konkrete årsaker til at de ønsket en terapeut som hadde mer til felles med dem selv. Blant annet ble kjønn trukket frem av flere deltakere, fordi de mente det ville gjøre det lettere å åpne seg for terapeuten om overgrepserfaringer. I slike tilfeller virker det hensiktsmessig å bestrebe å innfri disse ønskene av to grunner. Både fordi det kan være hensiktsmessig i seg selv å matche pasient og terapeut, og fordi dette kan gi pasientene en opplevelse av å bli tatt på alvor av behandlingssystemet.

De samme terapeutegenskapene kan være ønsket av flere pasienter, og det kan da bli vanskelig å innfri disse for alle. PUT har et begrenset utvalg terapeuter, men kan velge å aktivt ansette flere fra grupper som pasientene ønsker seg. Med begrenset terapeututvalg blir det viktig å avdekke i hvilke dyader matching er mest hensiktsmessig. Det vil også være nødvendig å avdekke i hvilke relasjoner terapeutens demografiske variabler står i veien for terapeutiske mål. Et eksempel på dette er at kjønn for noen av deltakerne stod i veien for å kunne snakke åpent om overgrep. Dette vil man kanskje først finne ut av når et behandlingsløp har startet. Det er derfor viktig med lett tilgjengelig informasjon om bytte av behandler. Et par av deltakere fortalte at de savnet informasjon om muligheten for å bytte behandler hvis samarbeidet ikke fungerte. De fortalte at hvis de hadde visst om muligheten,

hadde de byttet behandler, noe som kunne bedret oppmøte og holdt dem i behandling. I *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* anbefales det at pasienten selv vurderer behandlingsalliansen og om det er hensiktsmessig å bytte behandler (Helsedirektoratet, 2017).

Negative tidligere erfaringer var felles for flere av deltakerne, og dette kunne føre til en initiell skepsis til behandler. En av deltakerne beskrev at personer med rusbruk tolker verden annerledes og har lett for å tolke utsagn mer negativt enn de er. Andre fortalte at de lette etter grunner til å lukke seg for behandler. Denne skepsisen kan være et resultat av tidligere negative erfaringer med helsevesenet, slik som i studien til Cockroft et al. (2019). Forekomststudier viser også at det er høyere prevalens av traumatiske opplevelser blant personer med rusbrukslidelser enn resten av befolkningen (Bonin et al., 2000; Gielen et al., 2012), og disse kan føre til en generell skepsis som antagelig også vil gjelde ovenfor behandler. Behandlere bør ha denne overforekomsten av negative erfaringer i mente og søke å trygge pasienten.

Utfra intervjuene kan det se ut til at en god behandlerrelasjon er nødvendig, men ikke alltid tilstrekkelig for å fortsette å møte til behandling. En del av informantene forteller om ikke-møtt og frafall også i behandlingsløp hvor de har vært fornøyde med behandler. Sterk egenmotivasjon for endring er også nødvendig. Hvis en av disse faktorene mangler, virker det som at det skal mindre til for å droppe en behandlingstime. Dersom man derimot både har et sterkt ønske om og har bestemt seg for å få til en endring, og opplever at behandler er en støttende og aktiv samarbeidspartner i dette prosjektet, kan man tåle mer motgang.

### **Styrker, begrensninger og implikasjoner**

Deltakerne i studien ble rekruttert av behandlere på PUT. Vår kontakt hos PUT fortalte at behandlerne opplevde at det var vanskelig å rekruttere deltakere med mye ikke-møtt. Av dem som sa seg villig til å delta i studien var flere av dem vanskelige for intervjuerne å få kontakt med. Om lag halvparten av dem vi hadde avtalt intervju med møtte ikke opp på intervjudagen. De som møtte til intervju, kan tenkes å skille seg fra de som ikke møtte til intervju.

Utfordringene PUT opplever knyttet til ikke-møtt gjenspeiles altså i vår studie når det gjelder rekruttering, og har påvirket hvilke informanter vi har fått intervjuet. Vi antar av de som har hatt en høy andel av ikke-møtt i behandlingsløpet heller ikke har deltatt i vår studie. Dette kan både handle om lite motivasjon til å delta i studien, og at de dermed har takket nei.

Det er også mulig at de samme faktorene som har påvirket oppmøte i behandling har gjort at de ikke har stilt opp til avtalt intervju med oss. Deltakerne påpekte også selv at det sannsynligvis var vanskelig å få pasienter som ikke var motivert til behandling til intervju. De fleste som deltok i vår studie rapporterte å ha et avklart forhold til rus, som de på daværende tidspunkt ikke opplevde som problematisk. Man kan derfor anta at vi i mindre grad har rekruttert personer som har pågående rusproblematikk.

De fleste deltakerne i studien fortalte at de ikke kjente seg igjen i beskrivelsen av å ikke møte til behandlingstimer. Tross dette kom alle deltakerne på minst en time de ikke hadde møtt til utover i intervjuet. Dette kan forklares ved at pasienter og behandlere har en ulik opplevelse av omfanget av fravær, eller ved at vi ikke klarte å rekruttere pasientene med størst grad av uteblivelse. Samtidig oppga flere av deltakerne å ha hatt perioder med betydelig uteblivelse fra timer i tidligere behandlingsløp. De kom derfor med gode beskrivelser og refleksjoner til tema, på tross av manglende eksempler på nåværende uteblivelse.

Det er mulig at opplevelsen av lavt oppmøte er annerledes i retrospekt. Vi har sannsynligvis fått et annet datamateriale enn om vi hadde rekruttert flere med nåværende oppmøteproblematikk. Flere oppga å ikke huske så mye fra tidligere perioder med ikke-møtt, både fordi det var lenge siden og fordi de da hadde hatt et høyt rusforbruk. I tillegg er det mulig at perspektivet på uteblivelse fra time har endret seg i takt med endring i motivasjon for behandling. Andre metoder, som dagbokstudier, kunne fått frem andre perspektiver på dette, men er også avhengig av å få rekruttert deltakere med pågående oppmøteproblematikk.

Deltakerne i vår studie trekker frem egenskaper ved seg selv som viktige for endringer i oppmøte. Dette er uvanlig, da det i studier fra pasientperspektivet oftere er faktorer ved behandlingen eller behandleren som trekkes frem som grunner til lavt oppmøte (Brorson et al., 2013). Samtidig pleier behandlere å legge vekt på pasientfaktorer når de spørres om pasienters grunner til å ikke møte (Brorson et al., 2013). Det er også en overvekt i empirien om frafall og ikke-møtt av kvantitative studier med fokus på pasientfaktorer (Brorson et al., 2013). En styrke i vår studie er at disse pasientfaktorene belyses også i kontekst av ytre faktorer. Nyansene i hvordan pasientene selv opplever egne faktorer er blitt belyst på en ny måte.

Datainnsamlingen ble gjennomført ett år inn i koronapandemien. Dette betyr at digitale timer har preget tilbudet til de fleste deltakerne. Noen av dem rapporterte å kun ha hatt en eller to fysiske timer. Dette kan ha hatt innvirkning på oppmøte og hvilke aspekter ved



opplevelsen av behandling og oppmøte som ble vektlagt. I tillegg måtte flertallet av våre intervjuer gjennomføres digitalt. Det var usikkerhet knyttet til om det å ha digitale intervju ville forringe kvaliteten på intervjuene, men vårt inntrykk var at det i all hovedsak fungerte godt, og hadde mange praktiske fordeler både for intervjuerne og informantene. Også en undersøkelse av bruk av videotjenesten Skype i kvalitative intervju fant at både deltakere og forskerne hadde en positiv opplevelse av løsningen, og rapporterte om flere fordeler ved bruk av videointervju (Mirick & Wladkowski, 2019). Flere av informantene valgte å gjennomføre det digitale intervjuet hjemmefra. Det å ha dybdeintervju hjemmefra kan gjøre det lettere for deltakerne å åpne opp om vanskelige tema fordi man er i et kjent og lite formelt miljø (Borbasi et al., 2002). På den andre siden kan hjemmeintervju by på utfordringer knyttet til distraksjoner i omgivelsene, som varsler på mobiltelefon eller familiemedlemmer som er hjemme (Gagnon et al., 2015). Slike kilder til distraksjon var også til stede under våre intervju, men vi har ikke grunn til å tro at de hadde avgjørende effekt på intervjuene.

### ***Implikasjoner for videre forskning***

Vår studie bidrar til å belyse kompleksiteten i oppmøteutfordringer og diskrepans mellom kvalitative og kvantitative funn om oppmøte i rusbehandling. Pasientgrupper med pågående oppmøteproblematikk er utfordrende å forske på, og dette er et problem i samfunnet for øvrig. Begrepet *vanskelig å nå* (hard to reach) brukes om grupper av pasienter som på grunn av ulike barrierer sjeldent deltar i forskning, og som kan trenge mer forberedelse og tillitsbygging før de godtar deltakelse i forskningsprosjekt (Kauffman et al., 2013). På den ene siden er det med manglende kunnskap om hvordan vi kan hjelpe disse menneskene vanskelig å sette inn konkrete og virksomme tiltak. På den andre siden kan vi ikke presse dem til å delta i studier hvis de ikke har lyst. Derfor er det av interesse å finne mer ut av hvordan man kan nå denne gruppen på deres premisser.

Videre forskning bør jobbe videre med å nå pasienter som uteblir fra timer, både underveis og i etterkant av uteblivelser. Penrod et al. (2003) foreslår å bruke snøballmetoden som utvalgsmetode for å nå grupper som vanligvis ikke deltar i forskning. Ved å komme i kontakt med en eller noen få fra målgruppen, kan disse bidra i rekrutteringsprosessen slik at man kan nå de som ellers ikke ville samtykket til å delta (Penrod et al., 2003). Faktorer knyttet til ikke-møtt er langt mindre undersøkt enn faktorer knyttet til frafall, noe som blant annet skyldes dårlig tilgjengelighet på pasientdata innenfor dette temaet (Fenger et al., 2011).

### ***Implikasjoner for klinisk praksis***

Basert på vår studie er det kliniske implikasjoner som rustjenesten kan ha nytte av å være oppmerksom på. Studien vår kan tyde på at unge pasienter i rusbehandling må oppleve at fordelene ved å møte til behandling er verdt kostnadene det innebærer som større enn ulempene, og de må oppleve å bli sett og tatt på alvor både av system og behandlere. Basert på resultatene virker det viktig å være ekstra oppmerksom på at mange i denne gruppen har mange negative erfaringer med helsevesenet, og at de derfor kan trenge ekstra tid, forståelse og ivaretagelse ved oppstart. Studiens funn understreker også at det er viktig å tidlig avklare motivasjon for behandling.

Ved oppstart anbefaler vi å avklare hvorfor pasienten er i behandling, og om de selv ønsker en endring eller om dette ønsket kommer fra noen andre. Dette fordi vår studie tyder på at det ikke er hensiktsmessig å legge mye press på denne gruppen for å få dem i behandling hvis de ikke har den nødvendige indre motivasjonen for endring og rusfrihet. Ved lav indre motivasjon ser vi at deltakerne har høyere andel ikke-møtt. En høy andel ikke-møtt vil gi et dårligere utgangspunkt for utbytte av terapien (Mitchell & Selmes, 2007b). Dette vil også kunne resultere i en negativ erfaring med behandlingsapparatet og et dårligere utgangspunkt ved senere behandlingsløp. Om de ikke er tilstrekkelig motiverte, sier deltakerne at behandlingen bør fokusere på motivasjon fremfor endring i seg selv.

Underveis i behandling bør behandler be om tilbakemeldinger fra pasientene, slik at de kan fange opp dem som opplever behandling som svært belastende eller lite nyttig. Dette er også anbefalt i *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* (Helsedirektoratet, 2017). Deltakerne ga uttrykk for at ruspasienter er forskjellige, og at hver enkelt har egne behov i møte med behandlingsapparatet. Noen pasienter trenger en direkte behandler som har klare forventinger og utfordrer dem, mens andre kan være mer sårbare og trenger tid på å bygge tillit og fortrolighet. Vi anbefaler derfor at behandlerne har fokus på individuelle forskjeller i preferanser når de ber om tilbakemelding. I forlengelsen av dette bør også at behandlerne være fleksible i sin tilnærming, og tilpasse denne etter tilbakemelding. Hvis behandler ber om feedback og ikke tilpasser og kan dette oppleves som at behandler ikke respekterer deres meninger. Dette bør derfor unngås. Med direkte tilbakemeldinger fra pasienter og tilpasninger fra behandlere kan belastningen av terapien begrenses og nytten økes. Vår studie tyder på at dette kan være med på å øke oppmøte.

Etter de første timene vil både behandler og pasient ha et inntrykk av behandlingsalliansen. Helsedirektoratet (2017) anbefaler at det i rusbehandling er pasienten som skal avgjøre om et behandlerbytte er nødvendig, og å gjøre informasjon om bytte lett tilgjengelig. Våre funn tyder på at uavhengig av hvor nøye anbefalingen blir fulgt fra PUT sin side har ikke alle pasientene opplevd å ha informasjon om muligheten for å bytte behandler. Her er det rom for forbedring hos PUT. To av deltakerne fortalte om at uteblivelse fra timer var knyttet til misnøye med behandler. For en av disse endte dette med avbrudd i behandlingen, etter gjentakende uteblivelse fra time. Deltakeren mente nå at hen på daværende tidspunkt ville blitt i behandling hvis hen hadde byttet behandler. Grunnen til at dette ikke ble gjort mente deltakeren var manglende informasjon. Vi anbefaler derfor at informasjon om mulighet for behandlerbytte rutinemessig gis ved gjentakende uteblivelse fra time. Dette kan med fordel gjøres av en annen enn nåværende behandler. Ved å gi informasjon om mulighet for behandlerbytte kan man redusere uteblivelse fra time grunnet misnøye med behandler. Vi ser det som hensiktsmessig at dette opplyses om noen behandlingstimer etter oppstart og ved gjentakende uteblivelse fra time.

Vår studie tyder på at rusbehandling både har stor negativ og positiv innvirkning på pasienter, og at det er mange ting som skal klaffe for at de skal møte opp. Dersom våre funn er representative for rusbehandling kan man spørre seg om det er realistisk å ha et mål om 100 prosent oppmøte. Det kan være nyttig å utforske hvilke faktorer som hindrer pasienten i å møte opp, og vise respekt for disse. Hvis terapeut og behandler har en felles forståelse for at man må regne med noe uteblivelse kan dette redusere opplevelsen av personlig nederlag for pasienten. Dette kan videre kanskje dempe negative emosjoner knyttet til terapien og øke alliansen. Det er mulig at dette kan føre til at uteblivelsene reduseres og blir mer forutsigbare.

### **Konklusjon**

Gjennom refleksiv tematisk analyse av syv semistrukturerte intervju med syv pasienter ved Psykiatrisk ungdomsteam, Nidaros DPS identifiserte vi fire tema som gikk igjen i deres opplevelse av oppmøte og fravær i rusbehandling. Disse var «Møter på tross av motstand og motløshet», «Små marginer og en krevende balanse for oppmøte», «Møter for endring» og «Må møte et menneske og bli møtt som et menneske». Uteblivelse fra behandlingstime hang sammen med en helhetsvurdering om at behandlingen ikke var verdt de medfølgende emosjonelle, praktiske og økonomiske belastningene. Den emosjonelle belastningen ble større av at de fleste deltakerne hadde tidligere negative erfaringer, både personlig og i møte med helsevesenet. Behandling ble opplevd som nyttig når deltakerne kom nærmere sine egne mål,

som ofte handlet om å leve et normalt liv. Dette skjedde gjennom en åpen og ærlig relasjon til en behandler de kunne stole på.

Gjennom disse intervjuene med pasienter hos PUT kan vi komme med konkrete råd til behandlere. Allerede fra start bør behandlere være bevisst på at pasienten kan ha tidligere negative erfaringer som kan påvirke behandlingen. Noen pasienter trenger ekstra tid og bekreftelse for å bygge tillit til behandler. Behandlerne bør jobbe aktivt med at behandlingsopplegget er i tråd med pasientens egne mål allerede fra oppstart. Dette kan gjøres ved å be om hyppige tilbakemeldinger fra pasienten, spesielt ved uteblivelse fra time. Pasienten bør også kunne få komme med innspill om praktiske hensyn som kan minske belastningen de opplever ved å møte til behandling.

## Referanser

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Amundsen, E. J., Bilgrei, O. R., Bretteville-Jensen, A. L., Burdzovic, J., Edland-Gryt, M., Gjersing, L., Sandøy, T. A. & Skretting, A. (2018). *Narkotika i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/>
- Andersson, H. W., Lauvsnes, A. D. F. & Nordfjærn, T. (2020). Emerging Adults in Inpatient Substance Use Treatment: A Prospective Cohort Study of Patient Characteristics and Treatment Outcomes. *European Addiction Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1159/000512156>
- Behn, A., Davanzo, A. & Errázuriz, P. (2018). Client and therapist match on gender, age, and income: Does match within the therapeutic dyad predict early growth in the therapeutic alliance? *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1403-1421. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.22616>
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D. K. (2015). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., s. 39-58). Gyldendal.
- Binnie, J. & Boden, Z. (2016). Non-attendance at psychological therapy appointments. *Mental Health Review Journal*, 21, 231-248. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-12-2015-0038>
- Block, R. I., Erwin, W. J. & Ghoneim, M. M. (2002). Chronic drug use and cognitive impairments. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 73(3), 491-504. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0091-3057\(02\)00816-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0091-3057(02)00816-X)
- Bonin, M. F., Norton, G. R., Asmundson, G. J. G., Dicurzio, S. & Pidlubney, S. (2000). Drinking away the hurt: the nature and prevalence of PTSD in substance abuse patients attending a community-based treatment program. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(1), 55-66. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(00\)00008-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7916(00)00008-2)
- Borbasi, S., Gassner, L. A., Dunn, S., Chapman, Y. & Read, K. (2002). Perceptions of the researcher: in-depth interviewing in the home. *Contemporary Nurse*, 14(1), 24-37. <https://doi.org/10.5172/conu.14.1.24>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N. & Terry, G. (2019). Thematic Analysis. I P. Liamputtong (Red.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (s. 843-860). Springer Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4\\_103](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103)
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Bruijnen, C. J. W. H., Dijkstra, B. A. G., Walvoort, S. J. W., Markus, W., VanDerNagel, J. E. L., Kessels, R. P. C. & De Jong, C. A. J. (2019). Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug and alcohol review*, 38(4), 435-442. <https://doi.org/10.1111/dar.12922>
- Chariatte, V., Michaud, P. A., Berchtold, A., Akre, C. & Suris, J. C. (2007). Missed appointments in an adolescent outpatient clinic: descriptive analyses of consultations over 8 years. *Swiss medical weekly*, 137(47-48), 677-681. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18058276/>
- Clarke, V. & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Clarke, V. & Braun, V. (2018). Using thematic analysis in counselling and psychotherapy research: A critical reflection. *Counselling & Psychotherapy Research*, 18(2), 107-110. <https://doi.org/10.1002/capr.12165>
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology : a practical guide to research methods* (3. utg., s. 222-248). SAGE Publications.
- Cockroft, J. D., Adams, S. M., Bonnet, K., Matlock, D., McMillan, J. & Schlundt, D. (2019). "A scarlet letter": Stigma and other factors affecting trust in the health care system for women seeking substance abuse treatment in a community setting. *Substance Abuse*, 40(2), 170-177. <https://doi.org/10.1080/08897077.2018.1544184>
- Cornelius, T., Earnshaw, V. A., Menino, D., Bogart, L. M. & Levy, S. (2017). Treatment motivation among caregivers and adolescents with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 10-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.003>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

- Dantas, L. F., Fleck, J. L., Cyrino Oliveira, F. L. & Hamacher, S. (2018). No-shows in appointment scheduling – a systematic literature review. *Health Policy*, 122(4), 412-421. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002>
- DeFife, J. A., Conklin, C. Z., Smith, J. M. & Poole, J. (2010). Psychotherapy appointment no-shows: Rates and reasons. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 413-417. <https://doi.org/10.1037/a0021168>
- DePrince, A. P., Weinzierl, K. M. & Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 353-361. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.08.002>
- Dyason, K. M., Shanley, D. C., O'Donovan, A. & Low-Choy, S. (2020). Does feedback improve psychotherapy outcomes compared to treatment-as-usual for adults and youth? *Psychotherapy Research*, 30(3), 310-324. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620367>
- Feitsma, W. N., Popping, R. & Jansen, D. E. M. C. (2012). No-Show at a Forensic Psychiatric Outpatient Clinic: Risk Factors and Reasons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(1), 96-112. <https://doi.org/10.1177/0306624X10389435>
- Fenger, M., Mortensen, E. L., Poulsen, S. & Lau, M. (2011). No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(3), 183-191. <https://doi.org/10.3109/08039488.2010.515687>
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117-140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Folkehelseinstituttet, D. (2020). *Dødsårsaksregisteret - D7: Dødsfall som skyldes bruk av alkohol, narkotika etter bofylke og dødsårsak, antall og rater*. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/?language=no>
- Gagnon, M., Jacob, J. D. & McCabe, J. (2015). Locating the qualitative interview: reflecting on space and place in nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 20(3), 203-215. <https://doi.org/10.1177/1744987114536571>
- Gielen, N., Havermans, R., Tekelenburg, M. & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 17734. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17734>

- Gouldner, A. W. (1960). The Norm of Reciprocity: A Preliminary Statement. *American Sociological Review*, 25(2), 161-178. <https://doi.org/10.2307/2092623>
- Gråwe, R. W. & Hagen, R. (2015). Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., s. 291 - 304). Gyldendal.
- Hamilton, W., Round, A. & Sharp, D. (2002). Patient, hospital, and general practitioner characteristics associated with non-attendance: a cohort study. *British Journal of General Practice*, 52(477), 317-319. <https://bjgp.org/content/bjgp/52/477/317.full.pdf>
- Helse Vest. (2020, 27.01.2020). *Møt til sjukehistimen*. <https://helse-vest.no/helsefagleg/prosjekt-og-program/alle-moter/mot-til-sjukehistimen>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948). <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/>
- Helsedirektoratet. (2015). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Prioriteringsveileder [nettdokument]. Hentet 22.12.2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* [Nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet#apiUrl>
- Howitt, D. (2010). *Introduction to qualitative methods in psychology*. Prentice Hall.
- Huppert, F. (2014). The state of wellbeing science: Concepts, measures, interventions, and policies. I F. A. Huppert & C. L. Cooper (Red.), *Interventions and policies to enhance wellbeing* (s. 1 - 49). John Wiley & Sons. <https://acuresearchbank.acu.edu.au/item/87814/the-state-of-wellbeing-science-concepts-measures-interventions-and-policies>
- Kauffman, K. S., dosReis, S., Ross, M., Barnet, B., Onukwugha, E. & Mullins, C. D. (2013). Engaging hard-to-reach patients in patient-centered outcomes research. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 2(3), 313-324. <https://doi.org/10.2217/ce.13.11>
- Kelly, J. F., Stout, R. L., Greene, M. C. & Slaymaker, V. (2014). Young Adults, Social Networks, and Addiction Recovery: Post Treatment Changes in Social Ties and Their Role as a Mediator of 12-Step Participation. *PLOS ONE*, 9(6), e100121. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100121>



- Killaspy, H., Banerjee, S., King, M. & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. *British Journal of Psychiatry*, 176(2), 160-165. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.2.160>
- Klag, S. M.-L., Creed, P. & O'Callaghan, F. (2010). Early Motivation, Well-being, and Treatment Engagement of Chronic Substance Users Undergoing Treatment in a Therapeutic Community Setting. *Substance Use & Misuse*, 45(7-8), 1112-1130. <https://doi.org/10.3109/10826080903499562>
- Knudsen, A., Tollånes, M., Haaland, Ø., Kinge, J., Skirbekk, V. & Vollset, S. (2017). *Sykdomsbyrde i Norge i 2015* (978-82-8082-840-8).
- Lacy, N. L., Paulman, A., Reuter, M. D. & Lovejoy, B. (2004). Why We Don't Come: Patient Perceptions on No-Shows. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 541-545. <https://doi.org/10.1370/afm.123>
- Lambert, M. & Kenichi, S. (2011). Collecting Client Feedback. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48, 72-79. <https://doi.org/10.1037/a0022238>
- Laudet, A. B., Stanick, V. & Sands, B. (2009). What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), pp. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.01.001>
- Lefforge, N. L., Donohue, B. & Strada, M. J. (2007). Improving session attendance in mental health and substance abuse settings: a review of controlled studies. *Behavior Therapy*, 38(1), 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.02.009>
- Love, M. & Farber, B. A. (2019). Honesty in psychotherapy: Results of an online survey comparing high vs. low self-concealers. *Psychotherapy Research*, 29(5), 607-620. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1417652>
- Mee, S., Bunney, B. G., Fujimoto, K., Penner, J., Seward, G., Crowfoot, K., Bunney, W. E. & Reist, C. (2019). A study of psychological pain in substance use disorder and its relationship to treatment outcome. *PLOS ONE*, 14(11), e0216266. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216266>
- Mirick, R. & Wladkowski, S. (2019). Skype in Qualitative Interviews: Participant and Researcher Perspectives. *Qualitative Report*, 24, 3061-3072. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3632>
- Mitchell, A. J. & Selmes, T. (2007a). A Comparative Survey of Missed Initial and Follow-Up Appointments to Psychiatric Specialties in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58(6), 868-871. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.6.868>

- Mitchell, A. J. & Selmes, T. (2007b). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(6), 423-434. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003202>
- Molfenter, T. (2013). Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. *Substance Use & Misuse*, 48(9), 743-749. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787098>
- Moore, C. G., Wilson-Witherspoon, P. & Probst, J. C. (2001). Time and money: effects of no-shows at a family practice residency clinic. *Family Medicine*, 33(7), 522-527. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11456244/>
- Moos, R. H. (2007). Theory-based processes that promote the remission of substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 537-551. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.006>
- Nasjonalt kompetansetjeneste TSB. (2021, 21.05.2021). *Hindre drop-out fra rusbehandling*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonalt-kompetansetjeneste-tsb/vareprosjekter/hindre-drop-out-fra-rusbehandling#hvorfor-startet-vi-prosjektet>
- Ofei-Dodoo, S., Kellerman, R., Hartpence, C., Mills, K. & Manlove, E. (2019). Why Patients Miss Scheduled Outpatient Appointments at Urban Academic Residency Clinics: A Qualitative Evaluation. *Kansas journal of medicine*, 12(3), 57-61. <http://europepmc.org/abstract/MED/31489100>
- Pang, A. H., Lum, F. C., Ungvari, G. S., Wong, C. K. & Leung, Y. S. (1996). A prospective outcome study of patients missing regular psychiatric outpatient appointments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(5), 299-302. <https://doi.org/10.1007/bf00787924>
- Pedersen, M. U., Pedersen, M. M., Jones, S., Holm, K. E. & Frederiksen, K. S. (2017). *Behandling af unge der misbruger stoffer* (Rapport fra Center for Rusmiddelforskning, Issue. Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk institut, Aarhus universitet.
- Penrod, J., Preston, D. B., Cain, R. E. & Starks, M. T. (2003). A Discussion of Chain Referral As a Method of Sampling Hard-to-Reach Populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(2), 100-107. <https://doi.org/10.1177/1043659602250614>
- Prescott, P. (2015). Rusmiddelproblemer. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., s. 275 - 290). Gyldendal.
- Raknes, S. (2015). Atferdsekspirer og hjemmeoppgaver. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., s. 71-82). Gyldendal.

- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *The American psychologist*, 55, 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sawyer, S., Zalan, A. & Bond, L. (2002). Telephone reminders improve adolescent clinic attendance: A randomized controlled trial. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 38(1), 79-83. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2002.00766.x>
- Simionato, G. K. & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Skogen, J. C., Torvik, F. A., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2019). *Rusbrukslidelser i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge* [nettdokument]. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/?term=&h=1>
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93-116. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90092-M](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90092-M)
- Urnes, Ø. (2018). PTSD, kompleks PTSD, Utviklingstraumer, hjerneutvikling og funksjon. I A.-G. Urnes (Red.), *Den interaktive hjernen hos barn og unge : forståelse og tiltak ved nevroutviklingsforstyrrelser og nevropsykiatriske tilstander* (s. 103-112). Gyldendal.
- Wagner, V., Acier, D. & Dietlin, J. E. (2018). Outpatient Addiction Treatment for Problematic Alcohol Use: What Makes Patients Who Dropped Out Different from Those Who Did Not? *Substance Use & Misuse*, 53(11), 1893-1906. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1441310>
- Weinerman, R., Glossop, V., Wong, R., Robinson, L., White, K. & Kamil, R. (2003). Time of Day Influences Nonattendance at Urgent Short-Term Mental Health Unit in Victoria, British Columbia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 342-344. <https://doi.org/10.1177/070674370304800511>
- Wild, T. C., Cunningham, J. A. & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1858-1872. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.01.002>
- Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L. & Diamond, G. S. (2005). Do Gender and Racial Differences Between Patient and Therapist Affect Therapeutic Alliance and Treatment

Retention in Adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400-408. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.400>

Yardley, L. (2015). Demonstrating validity in qualitative psychology. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology : a practical guide to research methods* (3. utg., s. 257-272). SAGE Publications.

Årseth, A., Torjussen, E. & Johannesen, B. (2019). Hva hindrer unge voksne i å møte til rusbehandling? *Sykepleien forskning*, 14(e-76440).

<https://sykepleien.no/forskning/2019/04/hva-hindrer-unge-voksne-i-mote-til-rusbehandling>

## Appendiks A

### Intervjuguide

*Vi er to psykologstudenter ved NTNU, jeg heter xx og dette er xx. Jeg kommer til å ha hovedansvar for å stille spørsmål og xx er teknisk ansvarlig og hjelper meg om det er noe jeg skulle glemme. I dette intervjuet vil vi stille deg spørsmål om ulike sider ved å gå i behandling ved Psykiatrisk ungdomsteam (PUT). Poenget med intervjuet er å få bedre kunnskap om hva som kan påvirke at noen ikke møter oppsatte timer ved PUT, og hva som kan gjøre at færre timer ikke blir brukt. For å finne ut av dette kommer vi til å spørre deg om blant annet ulike sider ved selve behandlingen, din motivasjon for behandling, og annet som du mener kan være viktige grunner til at man møter eller ikke møter timer. Det kan hende du kommer til å synes at en del av spørsmålene vi stiller likner en del, men vi har gjort det sånn for å få forstå enda mer. Hvis det er spørsmål som du vil svare på så sier du fra til meg om det, og du kan når som helst avslutte intervjuet uten å måtte forklare hvorfor. Det er ingen riktige eller gale svar, vi er interessert i hva du tenker er viktig. Vi har satt av en time til intervjuet. Hvordan passer det for det?*

*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?
  - o Hva er ditt «prosjekt»? Hvor viktig er dette for deg?
  - o Er det noe du ønsker å endre på?

## Litt om behandlingen

- Hvordan synes du behandlingen har vært så langt?
  - o *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?
  - o *Jobb, nettverk, familie, etc.?*

## Om ikke-møtt

- Hva tenker du om det å ikke møte til time?
  - o *Er det viktig for deg å møte opp til timene?*
  - o *Hvordan føles det etter du ikke har møtt til time?*
- Hva har vært vanlige årsaker til at du ikke har møtt til time?
  - o 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?
  - o *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 behandlingstime?
- Hvordan er det å møte til time etter at du ikke har møtt opp en gang?
  - o *Hva tenker du er grunnen til det? / hva tror du det handler om?*
- Hva tror du kan være årsaker til at andre i behandling ved PUT ikke møter?

## Å snakke om oppmøte

- Hvordan opplever du den første timen etter at du ikke har møtt?
- Snakker dere om oppmøte i terapien?
  - o *Er dette noe du ønsker å snakke om i timen? Hvorfor / hvorfor ikke?*
  - o *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?
  - o *Hva tenker du bidro til at det ble en god / dårlig opplevelse for deg?*
  - o *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?
  - o *Hva kunne du ha gjort? Hva kunne PUT ha gjort?*
- På hvilken måte påvirker ting som skjer i livet ditt om du møter til behandling?
  - o Hvordan kan rusbruken din påvirke om du møter til time?
  - o *Hvordan tror du dette er for andre?*
- Hva tenker du at er viktig for valget ditt om å fortsette behandlingen etter du har vært borte en time?
  - o Tenker du at noen av dine egenskaper har vært viktige for å fortsette i behandling?
  - o Var det noe ved terapeuten som påvirket valget ditt om å fortsette behandlingen?
  - o 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?
  - o 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?

### **Motivasjon**

- Hvordan er motivasjonen din for behandlingen etter at du ikke har møtt til en time?
- I hvilke situasjoner i livet føler du deg mer motivert for behandling?
- I hvilke situasjoner i livet føler du deg mindre motivert for behandling?
- Hvordan varierer motivasjonen din mellom timene?

### **Litt om relasjon til terapeuten**

- Kan du fortelle litt om din relasjon til terapeuten du har nå?
  - o 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



# 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 viderefremde skrevet, 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 skrevet. Lyddopptaket lagres på kryptert server. Lyddopptak 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](mailto:audun.havnen@ntnu.no). Kontaktopplysninger studenter: Helene Antonsen ([helenant@stud.ntnu.no](mailto:helenant@stud.ntnu.no)), Tuva Strindberg ([tuvast@stud.ntnu.no](mailto:tuvast@stud.ntnu.no)), Fanny Hallquist ([fannybh@stud.ntnu.no](mailto:fannybh@stud.ntnu.no)), Kine Baanrud ([kjbaanru@stud.ntnu.no](mailto:kjbaanru@stud.ntnu.no)), Ingrid Sandberg ([ingrikim@stud.ntnu.no](mailto: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](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no), telefon 93079038) eller NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto: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

