

Helene Antonsen og Tuva Strindberg

Legger jeg en ekstra stein til byrden?

En kvalitativ studie av hvordan en samtale om uteblivelse fra behandlingstimer oppleves for behandlere og pasienter når ustabil oppmøte er et problem

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Audun Havnen

Medveileder: Trond Nordfjærn

April 2022

Helene Antonsen og Tuva Strindberg

Legger jeg en ekstra stein til byrden?

En kvalitativ studie av hvordan en samtale om uteblivelse fra behandlingstimer oppleves for behandlere og pasienter når ustabil oppmøte er et problem

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Audun Havnen
Medveileder: Trond Nordfjærn
April 2022

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



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Høsten 2020 ga Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT) uttrykk for et ønske om å samarbeide med Psykologisk Institutt (PSI) ved NTNU om å undersøke oppmøteproblematikk blant unge voksne pasienter. Som hovedoppgavestudenter ved PSI ble vi invitert til å delta i prosjektet. Til tross for lite kjennskap til tema og hverandre, takket vi begge ja til videre samarbeid med PUT og bestemte oss for å skrive oppgaven sammen. For en beskrivelse av arbeidsfordelingen se vedlegg 6.

Uten engasjerte ansatte ved PUT ville denne oppgaven derimot ikke blitt til. Vi ønsker derfor å takke PUT for mulighet til å studere oppmøteproblematikk blant deres unge ruspasienter. PUT har blant annet hjulpet oss med utforming av studiens formål, stilt lokaler til disposisjon og bidratt med rekruttering av informanter. Flere ansatte ved PUT har også stilt til intervju selv. Vi er også hjertelig takknemlige for den uvurderlige innsikten vi har fått gjennom samtaler med informantene som meldte seg frivillig og stilte opp til intervju med oss. De har investert både tid og energi, vist oss tillit og delt av sine erfaringer. Uten deres innsats hadde ikke denne oppgaven vært mulig.

Den aktuelle studien tar utgangspunkt i datamateriale som deles med to andre hovedoppgaver, og prosessen frem til analysen av datamaterialet har derfor foregått i nært samarbeid med våre medstudenter Fanny Hallquist, Ingrid Kristine Sandberg, Kine Johanne og Eirin Kjøl Wiig. Samarbeidet inkluderte utforming av søknad til regional etisk komite (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD), utforming av intervjuguide for pasienter og gjennomføring av pasientintervju, samt transkribering av disse intervjuene.

I arbeidet med den aktuelle oppgaven har vi fått mye støtte og veiledning av hovedveileder Audun Havnen, og biveiledere Trond Nordfjærn og Eva Langvik. De har hjulpet oss gjennom alle stadiene av oppgaven. I tillegg til samtaler med ansatte ved PUT og veiledere, har vi i oppstartsfasen fått inspirasjon og hjelpsomme innspill av Mariela Loreto Lara Cabrera, Randi Skjerve og Hanne Brorson.

Til slutt vil vi takke venner, familie og partnere som har vært en uvurderlig støtte. Vi setter enormt stor pris på alle måtene dere har vært der for oss.

*Helene Antonsen og Tuva Strindberg
Trondheim, April 2022*

Sammendrag

Bakgrunn: Uteblivelse fra timer har en negativ påvirkning på pasient, behandler, behandlingsutfall og helsesystemet. Dette er et gjennomgående problem i rusbehandling, og spesielt blant unge voksne. Ettersom det er et så vanlig problem, har studien valgt å undersøke hvordan det oppleves for både pasient og behandler å prate om uteblivelse fra behandlingstimer når ustabil oppmøte er et problem.

Metode: Syv pasienter i behandling ved Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) ved Nidaros distriktpsykiatriske senter og fem behandlere ble intervjuet. Det ble brukt semistrukturerte intervju og dataene ble analysert kvalitativt ved hjelp av tematisk analyse.

Resultat: Pasientinformantene hadde større fokus på forutsetningene for at samtalen om uteblivelse skulle være greit for dem, enn hvordan samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer opplevdes. Det første hovedtema i denne gruppen var *Det krevende relasjonelle*, som beskriver hvordan pasientene har behov for tid til å bli trygge og klare å være ærlig. *Tilpasse seg pasienten* handler om at pasientene ønsker at behandleren er opptatt av å forstå dem som mer enn en pasient og gir tilstrekkelig informasjon. *God kommunikasjon om vanskelige tema* beskriver at pasientene har behov for at behandleren toner seg inn på pasienten og stiller åpne spørsmål om uteblivelse fra behandlingstimer.

For behandlergruppen ble det identifisert to hovedtema: *Samtalen er en fasilitator* og *Ambivalens*, med tre tilhørende tema. *Samtalen er en fasilitator* handler om at behandlerne ser samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer som en mulighet til å få mer innsikt i pasientens forståelse og behov, samtidig som det kan styrke den terapeutiske alliansen og de sammen kan finne praktiske løsninger for å forhindre ustabil oppmøte. *Ambivalens* beskriver en generell usikkerhet knyttet til hvordan de skal forstå uteblivelser, hvilken effekt samtalen har og når denne samtalen er hensiktsmessig.

Konklusjon: Behandlerinformantene uttrykte at de ønsker å tematisere uteblivelse oftere med pasientene sine. Pasientinformantene var opptatt av fordelene med å ha vanskelige samtaler, inkludert om uteblivelse fra timer, og uttrykket et behov for støtte rundt slike samtaler. Samtidig har den aktuelle pasientgruppen belyst hvordan de som gruppe har en sårbarhet knyttet til å føle seg avvist når uteblivelse blir adressert. Dette kan gjøre samtalen om uteblivelse utfordrerne for begge parter. Det fremgår i den aktuelle studien at behandlerne kan trenge mer ekstern støtte og retningslinjer for å redusere antallet usikkerhetsmoment de opplever knyttet til å vurdere tematiseringen av uteblivelse. Dette kan trolig øke behandlernes terapeutiske tilstedeværelse, noe som vil kunne øke sannsynligheten for at pasientene får en positiv opplevelse av relasjonen til behandler og behandlingstimen.

Abstract

Background: Absence from therapy sessions is a frequent issue in treatment for substance use disorders (SUD), especially among young adults. This negatively affects patients, therapists, treatment outcomes and the health care system. As it is such a widespread problem, there is a need for more research on how patients and therapists experience talking about non-attendance when unstable attendance is a problem.

Method: In this study, five therapists at the Psychiatric Youth Team (PUT) at Nidaros District Psychiatric Center and seven patients were interviewed. Semi-structured interviews were used, and the data were qualitatively analysed using thematic analysis.

Result: The responses from the patient group highlighted the necessary preconditions for a meaningful conversation about treatment attendance. The first main theme that emerged was *The relationship is demanding*, which describes how patients need time to become confident and honest in the relationship with the therapist. The second theme was *Adapting to the patient*, which connected to the patients' desire to be seen by the therapist in a holistic way, in addition to providing relevant information. The third main theme was *Good communication on difficult topics*, which described patients' needs for therapists to tune in and ask open questions about attendance.

Interviewees from the therapist group discussed potential outcomes and uncertainties of initiating conversations regarding attendance. The first main theme that emerged was *The conversation is a facilitator*. In this theme, the therapists understood the conversation as an opportunity to 1) understand how the patients were thinking 2) strengthen the alliance between therapist and patient, and 3) find practical solutions to prevent non-attendance. The second main theme was *Ambivalence*, which highlighted the therapists' uncertainty regarding the interpretation of non-attendance, impact of the non-attendance conversation, and its timing.

Conclusion: The main finding of the study was that therapists want to address non-attendance more often with patients. Patients see the benefit of having difficult conversations, including non-attendance, however, require support to do this. For patients, it was clear they often felt rejected when non-attendance was addressed, making this conversation a challenge for both parties. This study found that therapists may need additional support and guidelines to reduce uncertainties when debating to initiate a non-attendance conversation with patients. Reduced uncertainties could reinforce therapeutic presence, which could increase the probability that the patient has a good experience of the relation and the therapy session.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse.....	4
Innledning	7
Bruk av rusmidler	7
Ustabilt oppmøte.....	9
Terapeutisk allianse	10
Samtale om oppmøte.....	12
Terapeutens rolle.....	13
Formål	14
Problemstilling:.....	15
Metode	16
Prosedyrer	16
Rekrutteringsprosedyre	16
Inklusjonskriterier	16
Ethiske overveielser	16
Utvalg.....	17
Semistrukturerte intervju	18
Intervjuguide	19
Analyse	20
Transkribering av datamaterialet	20
Tematisk analyse.....	20
Forskerrollen	25
Resultater	26
Det krevende relasjonelle.....	27

Det tar tid å bygge en trygg relasjon	28
Det er vanskelig å være ærlig.....	28
Behandleren viser at de bryr seg	30
Tilpasse seg pasients behov	31
Behandleren er opptatt av å forstå meg som person	31
Gi mer informasjon	32
God kommunikasjon om vanskelige tema.....	33
Finner riktig fokus i samtalen	33
Behandler spør åpent.....	34
Behandlerinformantene.....	36
Samtalen er en fasilitator	37
Se behandlingen gjennom pasientens øyne.....	37
Sjekke inn med pasientens behov	37
Finne hull i pasientens forståelse	38
Styrker den terapeutiske alliansen	39
Finne praktiske løsninger.....	40
Ambivalens	41
Handler uteblivelse om behandlingen eller noe annet?	41
Samtalens opplevde effekt	42
Samtalen er viktig	42
Samtalen kan ha en negativ påvirkning	43
Samtalens effekt er usikker.....	44
Når er en samtale om uteblivelse hensiktsmessig?	45
Diskusjon	47
Hva trenger pasienten nå?.....	47
Har vi en god nok relasjon for denne samtalen?.....	49
Hvordan kan man ha en samtale om uteblivelse fra behandlingstimer?.....	52

Hva kan en samtale om uteblivelse fra behandlingstimer bidra til?	54
Styrker og begrensninger	56
Implikasjoner for klinisk praksis	58
Implikasjoner for videre forskning	60
Konklusjon.....	61
Referanser	62
Vedlegg 1	70
Intervjuguide til pasientintervjuene	70
Vedlegg 2.....	73
Intervjuguide til behandlerinformanter	73
Vedlegg 3.....	75
Informasjonsskriv til pasientinformanter	75
Vedlegg 4.....	77
Informasjonsskriv til behandlerinformanter	77
Vedlegg 5.....	79
Godkjenning fra NSD	79
Vedlegg 6.....	84
Arbeidsfordeling	84

Innledning

Skadelig bruk av rusmidler er et utbredt problem i Norge, og er spesielt vanlig blant unge voksne mellom 18-35 år (Skogen et al., 2019). Her defineres rusmidler som alkohol, vanedannende legemiddel og ulovlige narkotiske stoffer. Skadelig bruk er assosiert med omfattende negative konsekvenser for individet og omgivelsene. Avhengig av type substans, bruksfrekvens og mengde, kan skadelig bruk i et langtidsperspektiv bidra til negativ utvikling både kognitivt, fysiologisk og atferdsmessig, som videre kan føre til avhengighet (World Health Organization, 1993). En slik negativ utvikling utgjør en særlig risiko for unge voksne. Derfor er det viktig å finne gode måter å behandle skadelig bruk og avhengighet av rusmidler på. Det er et bredt tilbud av private og offentlige behandlingssteder for ruslidelser, både som døgnbehandling og poliklinisk behandling. Et gjennomgående problem i denne behandlingen er ustabil oppmøte og frafall fra behandlingen. Denne oppgaven har fokusert på ustabil oppmøte, og hvordan samtaler om uteblivelser fra behandlingstimer oppleves for de involverte. Gjennomgående i forskning på rusbehandling er at avhengighet er vanskelig å behandle (Brorson et al., 2013). Det er forbundet med mye uteblivelse og frafall fra behandling, sammen med tilbakefall i etterkant (Kraft, 2016, s. 166-167).

Bruk av rusmidler

I diagnosemanualen ICD-10 (World Health Organization, 1993) skilles det mellom skadelig bruk av rusmidler og avhengighetssyndrom (videre omtalt som avhengighet). Det er ingen klare skiller mellom bruk og skadelig bruk. I diagnosemanualen DSM-5 brukes kategorien misbruk som en bredere kategori enn skadelig bruk, der det legges mer vekt på sosiale konsekvenser og kriminalitet (Helsedirektoratet, 2011). I dagligtalen benyttes misbruk som et overordna begrep for både skadelig bruk og avhengighet. På grunn av stigma rundt begrepet misbruk har man valgt å forholde seg til kategoriene i ICD-10, og benytter derfor begrepene skadelig bruk og avhengighet videre i den aktuelle oppgaven. Skadelig bruk av rusmidler er kjennetegnet av fysiske og psykiske helseskader forårsaket av rusmiddelbruk, men uten at dette er knyttet til avhengighet. Ved avhengighet vil rusmiddelinntaket typisk prioriteres over andre viktige forpliktelser og aktiviteter (Insel, 2003), og vil ofte fortsette til tross for åpenbare negative konsekvenser. Rusmiddelavhengighet omfatter toleranseutvikling, abstinenssymptomer, sterk lyst til inntak og problemer med å kontrollere rusinntaket, nedprioritering av, og økende likegyldighet overfor andre gleder og interesser som tidligere har vært viktige for individet (World Health Organization, 1993). For å oppnå kriteriene for en avhengighetsdiagnose skal tre av de overnevnte kriteriene være oppnådd samtidig i løpet av de siste tolv månedene.

Det er usikre tall på hvor mange som misbruker eller er avhengige av ulike typer rusmidler. Folkehelseinstituttet har anslått at per år har 8 % av menn og 3 % av kvinner i Norge en alkoholbrukslidelse (Skogen et al., 2019). Et livsløpsanslag sier at 10-20 % av Norges befolkning en gang i livet vil utvikle en form for avhengighet til en type rusmiddel (Lossius, 2021, 27-28). Misbruk av rusmidler påvirker alle områder av livet, og kan utvikle seg til en avhengighet. Ved avhengighet utkonkurrerer og erstatter inntaket av rusmidler andre grunnleggende behov, slik som nære relasjoner, mat og søvn (Insel, 2003; World Health Organization, 1993).

Skadelig bruk av rusmidler og avhengighet kjennetegnes vanligvis av en gradvis og langvarig utvikling over tid, og personen har ofte vanskelig for å erkjenne at forbruket et problematisk (Sandøy et al., 2019). Skadelig bruk og avhengighet av rusmidler har en rekke negative konsekvenser for individet, deres nærmeste og samfunnet. Rusmiddelbruk er funnet å føre til helsetap og tapte leveår (Sandøy et al., 2019; Christopher et al., 2016). Dette inkluderer akutte skader, overdoser, smittsomme sykdommer, negativ effekt på psykisk helse, økonomiske problemer og belastninger på kroppen som fører til høyere risiko for andre sykdommer. I tillegg er skadelig bruk av rusmidler og avhengighet forbundet med en rekke sosiale problemer. Individuer som sliter med dette har ofte mindre tilgang på viktige sosiale arenaer samtidig som det har flere negative konsekvenser for deres familie og nettverk (Sandøy et al., 2019). I mange tilfeller er mangel på arenaer for mestring en opprettholdende mekanisme i seg selv, og rusbruken blir en tillært dysfunksjonell mestringsstrategi (Bickel & Vuchinich, 2000, s.15). Skadelig bruk av rusmidler kan også ha store økonomiske konsekvenser både direkte og indirekte, dette inkluderer økt sykefravær (Nutt et al., 2010), økt mengde sykdommer og skader som trenger behandling (Sutherland et al., 2015), avbrutt skolegang og svak tilknytning til arbeidslivet (Melberg et al., 2003).

Rusmiddelavhengighet henger tett sammen med psykisk helse (Landheim, 2002; Rossow, 2015; Lauritzen, 2012), der avhengigheten kan føre til psykiske lidelser, psykisk lidelse kan føre til rusmiddelavhengighet eller begge kan komme fra underliggende risikofaktorer (Cerdá, 2008; Mueser, 1998; Schulenberg, 2002). I tillegg har ofte skadelig bruk og avhengighet av rusmidler blitt forbundet med vinningskriminalitet og salg av seksuelle tjenester for å finansiere bruket. Dette er faktorer som negativt påvirker individets selvvurdering og relasjon til omverden (Whiteford, 2013). Videre kan dette føre til ekstra stress og belastninger som har negativ effekt på individets psykiske helse.

Mange individer med rusproblem klarer å mestre problemene ved hjelp av støtte fra eget nettverk, selvhjelpstilbud og frivillige organisasjoner, men en andel trenger mer

spesialisert hjelp. I Norge tilbys disse individene tverrfaglig, spesialisert rusbehandling (TSB) ved poliklinikker eller ved inneliggende institusjoner. Desto lengre og jevnlig pasientene møter opp i behandling desto bedre er behandlingsutfallet, noe som gjelder for rusbehandling (Brorson et al., 2013) og generell psykoterapi (Lefforge et al., 2007). I rusbehandling kan det se ut som pasientene trenger å være i behandling i minst tre måneder før de oppnår bedring (Eaton, 2004). Likevel er oppmøtet i praksis gjennomgående ustabil når det kommer til rusbehandling.

Ustabil oppmøte

Flere rusklinikker i Norge og Europa rapporterer uteblivelse fra omtrent en fjerdedel av oppsatte timer (Molfenter, 2013). Økt andel uteblivelser fra behandlingstimer øker risikoen for frafall fra behandlingen, noe som igjen er forbundet med økt risiko for tilbakefall, dårlig helse, rettslige og økonomiske vansker, samt emosjonell, praktisk og økonomisk belastning på familie og nettverk (Alterman et al., 1996; Brorson et al., 2013). Uteblivelse fra time, spesielt i så stor grad som det rapporteres om, medfører økonomisk tap, dårlig ressursbruk i helsetjenestene og redusert behandlingskvalitet (DeFife et al., 2010; Carreras-Garcia et al., 2020).

I litteraturen om oppmøte i rusfeltet brukes til dels forskjellige begrep om hverandre selv om de kan ha ulik betydning. Det mest undersøkte fenomenet er frafall (på engelsk: «drop-out») fra behandlingen, dette er et begrep som brukes noe ulikt. Der noen studier definerer det som når behandlingen blir avsluttet siden pasienten slutter å møte opp, mens andre inkluderer også de tilfellene der behandlingen avsluttes basert på gjensidig enighet mellom behandler og pasient (Andersson et al., 2018). Et fenomen som er mindre undersøkt er uteblivelse fra behandlingstimer (på engelsk: «non-attendance»). Dette er enkelttilfeller der pasienten ikke møter til avtalt time, med eller uten beskjed om uteblivelse under 24 timer før timen, uavhengig av hvor i behandlingsløpet de er (Dieren et al., 2013). Denne studien tar inspirasjon fra Dieren og kollegaer sin definisjon av uteblivelse, men har valgt å ikke telle med de gangene pasienten gir beskjed senere enn 24 timer før timen skal finne sted. Uteblivelse fra behandlingstimer defineres herfra som de gangene pasientene ikke møter til en avtalt behandlingstime og ikke har meldt fra om fraværet på forhånd. I tillegg til uteblivelse fra behandlingstimer, vil den aktuelle oppgaven benytte begrepet ustabil oppmøte. I denne oppgaven vil det tas utgangspunkt i at ustabil oppmøte handler om pasienter som har mer enn en eller flere episoder med uteblivelser fra behandlingstimer iløpet av det aktuelle behandlingsløpet.

Det meste av forskningen som er gjennomført når det kommer til oppmøte i rusbehandlingen er relatert til hvilke faktorer som er assosiert med frafall fra behandling. Her er det gjennomgående funnet støtte for at kognitiv svekkelse, personlighetsforstyrrelse, ung alder og dårlig terapeutisk allianse øker risikoen for frafall (Andersson et al., 2018; Brorson et al., 2013). Brorson og kollegaer fant at majoriteten av artiklene på dette området undersøkte pasientfaktorer, mens bare et fåtall så på risikofaktorer forbundet med behandlingsopplegget. Dette er et viktig perspektiv å rette søkelyset mot fordi det kan finnes faktorer ved behandlingsopplegget som har betydning for pasientenes oppmøte. Trolig er enkelte faktorer knyttet til behandlingen dessuten lettere å adressere enn pasientfaktorer. I tillegg er det betydelig færre studier som har sett på ustabil oppmøte, spesielt innenfor rusfeltet. Dette tilsier at det er behov for mer forskning på uteblivelser og ustabil oppmøte i rusbehandling.

En studie som så på ustabil oppmøte i behandling generelt, fant at noen av hovedgrunnene til uteblivelse fra behandlingstimer er lang tid mellom tidspunktet avtalen ble satt og møtetidspunkt, samt glemsomhet og problemer med rusbruk (Miller & Ambrose, 2019). Her så de også at kontakt over telefon, mail eller meldinger reduserte andelen uteblivelser. En studie som spurte pasienter om hvorfor de ikke møtte til legetimer beskrev at det handlet om negative følelser som engstelse for behandlingen, opplevd manglende respekt, endringer i symptomer og manglende forståelse for timesystemet (Lacy et al., 2004). En annen studie støtter opp om dette, og fant at kliniske symptomer, praktiske vansker, motivasjon og negative behandlingsreaksjoner var forbundet med uteblivelse fra timer (DeFife et al., 2010). En studie av Mitchell og Selmes (2007) trekker frem at terapeutisk allianse, oppfattet hjelpsomhet, kommunikasjonsstil, tilpasset forklaring og tilpasset oppfølging kan påvirke pasientens oppmøte positivt. Samtidig fant en annen studie at behandleres emosjonelle reaksjoner på uteblivelse kan ha betydning for deres tilstedeværelse med pasienten, noe som reduserer sannsynligheten for at pasienten får en positiv opplevelse av behandlingen og den terapeutiske alliansen, og kan få negative konsekvenser for pasientens fremtidige oppmøte (Smoller et al., 1998).

Terapeutisk allianse

Som nevnt tidligere, har flere studier funnet at terapeutisk allianse kan påvirke oppmøte (Brorson et al., 2013; Mitchell & Selmes, 2007), og det er gjennomgående i en del forskning at pasienter trekker frem viktigheten av en god relasjon til behandler (Binder et al., 2009; Schnellbacher & Liissen, 2009; Lavik et al., 2018). Likevel er det mindre forskning på hva som gir god terapeutisk allianse og som samtidig har en positiv påvirkning på oppmøte.

Edward Bordin definerte i 1979 terapeutisk allianse som bestående av tre elementer; (1) det emosjonelle båndet mellom behandler og pasient, (2) enighet om mål og (3) enighet om oppgavefordeling (Bordin, 1979). Begrepet terapeutisk allianse er siden da videreutviklet til å omfatte både et eksplisitt nivå; at det er et samarbeid om konkrete oppgaver og mål, og et implisitt mål; at det også er et samspill av ulike ønsker som kommer fra underliggende behov (Safran & Muran, 2003, s. 13-15; Duncan et al., 2010, s. 25-50). Dette innebærer at terapeutisk allianse er en kontinuerlig prosess som blir påvirket av intersubjektive og intrasubjektive faktorer.

Forskning på allianse viser at det er pasientens vurdering som best predikerer utfallet av terapi (Watson, 2001). Noen studier har spurt pasientene selv om hva de opplever som de viktigste elementene for bedring i terapi, og de trakk frem det å være i relasjon med en vis, varm og kompetent behandler (Binder et al., 2009). Dette er nært knyttet til det relasjonelle aspektet ved terapeutisk allianse. Flere studier har funnet støtte for dette, slik som en studie av Schnellbacher og Lijssen (2009) som fant at behandlerens oppriktighet, empati, aksept og fokus på indre opplevelser er essensielle aspekter ved den terapeutiske prosessen. Det er også andre elementer som kan påvirke en allianse slik som karakteristikk ved behandler og pasient (Behn et al., 2018). Behn og kollegaer (2018) fant at det å sette sammen behandler og pasienter basert på alder, kjønn og inntekt var hensiktsmessig for å styrke alliansen.

Hvilke faktorer som er ansett som tungtveiende når det kommer til å etablere sterke relasjonelle bånd i terapeutisk øyemed, kan i stor grad knyttes til Carl Rogers (1961) sitt arbeid. Ifølge Rogers er det først og fremst sentralt å se på måten behandler forholder seg til pasienten sin. Her er det viktig å se relasjonen mellom behandler og pasient i lys av kjente behov knyttet til menneskelig vekst og selvaktualisering (Rogers, 1961). Rogers legger vekt på fem trekk ved behandlerens teknikk og holdning som er av betydning for en sterk allianse. Disse handler om at behandler er kongruent og genuin, at behandler møter pasienten med ubetinget positiv aktelse, at behandler er ikke-ekspert på pasientens liv, og at behandler møter pasienten med sensitiv og presis empati. Dette kan sees i sammenheng med et annet begrep kalt terapeutisk tilstedeværelse (Geller & Greenberg, 2011).

Terapeutisk tilstedeværelse handler om å finne en måte å være på som tillater behandler å være fullstendig engasjert i møtet med sin pasient (Geller & Greenberg, 2011). Per definisjon handler terapeutisk tilstedeværelse om å være til stede med pasienten på mange ulike nivå, både fysisk, emosjonelt, kognitivt, spirituelt og relasjonelt. Gjennom inntoning og gjensidig relasjonell kontakt kan terapeutisk tilstedeværelse bidra til effektiv behandling. For

pasienten kan dette bidra til åpenhet og utforskning rundt vanskelige tema gjennom opplevelsen av en trygg og støttende relasjonell kontakt med behandler.

Basert på antakelsen om at terapeutisk behandling og terapeutisk allianse er en dynamisk prosess, vil behandler og pasient møte utfordringer i relasjonen. Dette kan defineres som ett «brudd» i alliansen (Eubanks et al., 2018). Disse bruddene er beskrevet som muligheter for positiv utvikling i den terapeutiske relasjonen, men er også risikofaktorer for avbrutt behandling eller regresjon i behandlingen. En av flere hendelser som kan bidra til midlertidige eller langvarige brudd i den terapeutiske alliansen, er konfrontasjon. Det at behandler og pasient opplever brudd i alliansen og klarer å reparere dette er funnet å bedre den terapeutiske alliansen (Moeseneder et al., 2019). I situasjoner der behandler konfronterer pasienten med utfordrende tema, slik som rusbruk eller ustabil oppmøte kan være, kan dette oppleves som ett brudd i alliansen. Dette kan bidra til at behandlerne kjenner på usikkerhet knyttet til om de skal konfrontere pasientene eller ikke. Blant annet blir det aktuelt å vurdere om relasjonen er god nok til at behandleren klarer å reparere bruddet (Moeseneder et al., 2019). Samtidig kan det å konfrontere pasienter med ulike utfordrende tema være nyttig i behandlingsøyemed da det kan gi nye innsikt og styrke den terapeutiske alliansen (Moeseneder et al., 2018). En annen studie har sett at det er vanskelig for behandlerne å vurdere kvalitet på den terapeutiske alliansen, noe som gjør vurderingen om en skal konfrontere pasienten med et utfordrende tema enda vanskeligere (Watson, 2001).

Samtale om oppmøte

I terapeutisk behandling er samtale ett av de viktigste verktøyene for å sikre bedring hos pasienten (Safran & Muran, s.13-15). Disse samtalene er ofte preget av utforskning av vanskelige tema, dette vekker igjen mange følelser og assosiasjoner hos pasienten. Dette kan enten være en mulighet for utvikling, eller det kan skape motstand mot å møte til behandlingen. Samtaler om elementer som allerede er vanskelige kan være krevende for både behandler og pasient. Å prate om oppmøte er en overordnet samtale som berører mange elementer ved livet til pasienten, den terapeutiske alliansen og utviklingen i behandlingen. DeFife og kollegaer (2013) identifiserte samtalen om oppmøte som et viktig element gjennom hele behandlingsløpet for å sikre at pasientene møtte opp. Ustabil oppmøte kan være forårsaket av faktorer i livet til pasienten eller faktorer i behandlingen. Uteblivelse fra behandlingstimer kan derfor være et uttrykk for hva pasienten opplever i behandlingen og er derfor viktig å undersøke videre for å sikre en god behandlingsprosess (Gans & Counselman, 1996). Ustabil oppmøte er assosiert med utfordrende følelser for både behandler

(Westmacott & Hunsley, 2016) og pasient (Gans & Counselman, 1996). Samtalen om oppmøte er et lite studert aspekt av behandlingen når oppmøtet er ustabil.

Gans og Counselman (1996) beskriver hvordan uteblivelse fra behandlingstimer gir en gylden mulighet for terapeutisk utforskning. De begrunner dette med å si at uteblivelse er en stopp i terapiprosessen der mange tanker og følelser aktiveres. Videre mener forskerne at disse følelsene vil dominere videre i terapi dersom de ikke møtes og bearbeides. Hvilke følelser som dukker opp ved manglende oppmøte er avhengig av hvor lenge behandlingen har pågått, nivå av terapeutisk allianse, nivå av motstand, pasientens karakteristikk og tidligere samtaler om uteblivelse. (Gans & Counselman, 1996). Følger man denne logikken vil samtaler eller mangelen på samtaler om uteblivelse fra behandlingstimer være stemningssettende for den videre behandlingen.

Terapeutens rolle

Som beskrevet tidligere er terapeutisk tilstedeværelse viktig for den terapeutiske alliansen. For å bygge og vedlikeholde en god terapeutisk allianse må behandlerne være bevisst på sine egne indre tilstander og anerkjenne sin egen subjektivitet (Tishby & Wiseman, 2022). Det er velkjent at det å være en terapeut er krevende og representerer en rekke utfordringer. Dersom mengden utfordringer blir for stor kan dette utgjøre en betydelig belastning på terapeutens helse og føre til psykiske vansker hos terapeuten. Eksempler på slike vansker er sekundærtraumatisering og profesjonell svekkelse (eng: impairment) (Harrison & Westwood, 2009; O'Connor, 2018). Flere studier har dessuten funnet økt risiko for utbrenthet blant behandlere som jobber med pasienter med vansker med rusbruk (Vilardaga et al., 2011; Rosenberg & Pace, 2007).

En del studier indikerer en sammenheng mellom terapeutens velvære og resiliens, og terapeutisk effektivitet (Pereira et al., 2017; Nissen-Lie, 2013). I ulike studier er det funnet en rekke faktorer som øker behandlerens resiliens i møte med disse utfordringene. Dette er blant annet opplevd mening; mengden positive emosjoner generelt, relasjoner; og forhold på arbeidsplassen (Laktoi et al., 2020).

En grunnstein i terapi for å ha en terapeutisk relasjon og å bevege seg mot behandlingsmålet er at behandleren har tilstrekkelig mental og emosjonell energi til å tone seg inn på de ulike tilstandene til pasienten. At behandleren responderer passende til deres eksplisitte og implisitte behov (Nissen-lie, 2013). Behandlerne vil være i en kontinuerlig prosess der de må ta hensyn til pasientenes tilstander og behov, samtidig som de må regulere sine egne reaksjoner og behov (Lakioti et al., 2020). I samme studie av Laikoti et al. (2020) la de spesielt fokus på at det er viktig for behandlerne å følge med på sitt eget personlige

velvære og at de har fokus på støtte, en begrenset arbeidsmengde og et godt miljø på arbeidsplassen.

Formål

I Trondheim tilbys unge voksne med avhengighet behandling ved Psykologisk ungdomsteam (PUT) under Nidaros distriktpsikiatriske senter (DPS). Dette er poliklinisk behandling for unge voksne mellom 15 og 30 år med rusmiddelavhengighet og/eller annen avhengighet. PUT forteller at omtrent 30 % av alle de oppsatte behandlingstimerne ikke gjennomføres som følge av uanmeldt uteblivelse fra timene (St. Olavs Hospital, u.å.). Uteblivelse fra enkelttimer er et tema som ikke har blitt tilstrekkelig forsket på, og det ansees som hensiktsmessig å undersøke dette nærmere.

Formålet med denne studien har to sider. Først ønsker den aktuelle studien å bidra med kvalitativ forskning på ustabil oppmøte hos polikliniske unge voksne pasienter, som er et aspekt ved rusbehandling det fremdeles ikke er tilstrekkelig forsket på (Brorson, 2013). I tillegg ønsker studien å bidra til at PUT får økt innsikt i pasienters og behandleres opplevelser knyttet til det å tematisere uteblivelse fra timer i terapeutiske samtaler. Forhåpentligvis vil dette bidra til økt forståelse rundt uteblivelser fra behandlingstimer og ustabil oppmøte ved PUT, som gjennom hensiktsmessige tiltak og intervensjoner, vil kunne bidra til å redusere problematikken rundt ustabil oppmøte og uteblivelser.

Fokus og problemstilling

Studien skal se nærmere på oppmøteproblematikk ved PUT gjennom å undersøke hvordan det oppleves å tematisere uteblivelser fra behandlingstimer. I møte med pasientene var det ønskelig å få innsikt i deres erfaringer knyttet til å prate med behandler om uteblivelse fra behandlingstimer etter en eller flere uteblivelser. Det ble også forsøkt å få innsikt i deres tanker rundt verdien av å løfte frem uteblivelse som et tema. I møte med behandlerne ønsket man å få bedre forståelse for hvordan det oppleves å ha ustabil oppmøte som et tema i behandlingen, og hva de ønsker at skal være til stede for at det skal være en positiv opplevelse å prate om uteblivelser.

Hensikten med å intervjuer både pasienter og behandlere kan knyttes til triangulering av data. For denne oppgaven handlet dette om å få innblikk i forholdet mellom behandlernes og pasientenes opplevelser og tanker rundt å snakke om uteblivelser. Her ble det forventet å finne både kongruente og inkongruente svar. Målet var å få en forståelse for hva behandlere og pasienter opplever som hjelpsomt med samtaler om uteblivelse og ikke. Det var også ønskelig å få en forståelse av hvorvidt behandlernes intensjon med samtalen om uteblivelse

resonnerer med pasientenes opplevelse av denne, og på hvilke punkter de eventuelt er enige og/eller uenige om samtalens effekt.

Det ble gjort et bevisst valg om å rette oppgavens fokus mot pasienter med rusproblematikk selv om det er pasienter ved PUT som får hjelp for andre type avhengighetslidelser. Bakgrunnen for denne differensieringen handler om at pasientgruppen som sliter med rusmisbruk og gruppen med andre typer avhengighet har litt ulike kjennetegn. Ved å konsentrere oppgaven om pasienter med rusproblematikk, ble det færre elementer å vurdere når intervjuene skulle analyseres. Dette ble ansett som hensiktsmessig med tanke på å øke forståelsen av ustabil oppmøte.

Problemstilling:

Problemstillingen denne studien har jobbet ut ifra er:

Hvordan oppleves det å prate om uteblivelse fra behandlingstimer når ustabil oppmøte er et problem?

Metode

Prosedyrer

Rekrutteringsprosedyre

Ettersom studien ble gjennomført hos PUT ble en ansatt valgt til å fungere som kontaktperson. Denne kontaktpersonen ble spesielt viktig i arbeidet med rekruttering. Alle behandlerne ved PUT ga potensielle informanter i sin pasientgruppe grunnleggende informasjon om hensikten med og formatet av intervjuene. Kontaktinformasjonen om interesserte pasienter ble gitt til kontaktpersonen, som videreformidlet disse til oss. De potensielle informantene ble kontaktet av studentene som ga mer informasjon om intervjuene, og med informantene som fremdeles var interesserte ble det avtale tid og sted for intervju.

Når det kom til rekruttering av behandlerinformanter var det kontaktpersonen som gjorde det meste av rekrutteringen gjennom å informere behandlerne ved PUT og videreformidle informasjon om hvem som var interesserte. Etter dette var prosessen den samme for begge informantgruppene; de interesserte ble kontaktet, gitt mer informasjon, og ved vedvarende interesse så ble tidspunkt for intervju avtalt.

Inklusjonskriterier

Studiepopulasjonen var basert på et strategisk utvalg, og pasientinformantene ble rekruttert med utgangspunkt i tre overordnede inklusjonskriterier. Det første inklusjonskriteriet var at pasientinformantene som deltok skulle være i behandling for skadelig bruk av rusmidler eller rusavhengighet ved PUT. Det andre inklusjonskriteriet var at pasientinformantene har fortsatt behandlingen etter en eller flere tilfeller med uteblivelse. Her var det tatt utgangspunkt i Dieren og kollegaers (2013) definisjon på uteblivelse som forklart i innledningen. Denne legger vekt på uanmeldt uteblivelse fra avtalt behandlingstid. Kriteriet med at informantene måtte ha en eller flere tilfeller med uteblivelse fra behandlingstid og ha fortsatt i behandling etter dette, var for å sikre at deltakerne hadde personlig erfaring med ustabil oppmøte. Dette gjorde at de kunne bidra med et pasientperspektiv på opplevelsen av uteblivelse og opplevelsen av å komme tilbake til behandling etter uteblivelse. Det siste inklusjonskriteriet var at pasientinformantene måtte være over 18 år.

Etiske overveielser

Det ble jobbet aktivt for å ivareta personvern hensyn og etiske hensyn i alle stadiene av studien (Tjora, 2012, s. 39-40). Spesielt var det fokus på følgende aspekter; godkjenning fra komiteer, informantenes rett på informasjon, informert samtykke, emosjonell belastning, konfidensialitet og anonymitet. Disse er beskrevet nærmere under.

Ettersom det var en sannsynlighet for at helseopplysninger ville komme frem under intervjuene ble det søkt om godkjenning av prosjektet hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD). REK ble forelagt forskningsprotokollen og ga tilbakemelding om at prosjektet ikke var fremleggingspliktig hos dem. NSD godkjente forskningsprosjektet etter noen justeringer på informasjonsskrivet og intervjuguiden, se vedlegg 5 (saksnummer: 961380). Det er ikke gjennomført vesentlige endringer i behandling av personopplysninger, informasjonsskriv eller intervjuguide noe som har gjort at det ikke har vært videre kontakt med NSD angående dette.

Informantens rett til å bli informert ble tatt hensyn til gjennom den muntlige informasjonen de mottok både da intervjutiden ble avtalt og ved starten av intervjuet. I tillegg ble de gitt et skriftlig informasjonsskriv, se vedlegg 3 og 4. På grunn av koronasituasjonen måtte de fleste av intervjuene gjennomføres over telefon eller på Zoom, noe som gjorde at det ble innhentet muntlig samtykke. Dette gjorde at bekreftelse fra NSD var tilstrekkelig. De skriftlige samtykkeskjemaene ble oppbevart i et sikkert område ved Psykologisk Institutt ved NTNU, og de muntlige samtykke ble kryptert og lagret digitalt i en sikker sone kalt NICE-1, som er et sikkert område godkjent for lagring av strengt fortrolig informasjon.

Under intervjuet ble det brukt diktafoner for å sikre at det meste av informasjonen kom med i analyseprosessen. Lydopptakene ble lastet opp på datamaskin så raskt det lot seg gjøre og slettet fra diktafonene. Lydopptakene ble lagret i NICE-1. Alle de seks hovedoppgavestudentene hadde tilgang til opptakene av pasientintervjuene. Det var kun de to aktuelle hovedoppgavestudentene som hadde tilgang til lydfilene av behandlerintervjuene. Rett etter transkribering ble all personidentifiserende informasjon utelatt for å sikre anonymisering. Da hovedoppgaven ble levert til vurdering ble lydopptakene slettet.

Anonymiteten til informantene var en større utfordring da det var et begrenset utvalg. Det ble tatt hensyn til ved at navn, dialekt, forhold og detaljer som kan være personidentifiserende ble fjernet. Siteringer er valgt med omhu for å fremme kompleksiteten i materialet og samtidig bevare informantenes anonymitet. I tillegg blir behandlerinformantene representert som en behandler ved navn Ulf, da det var stor enighet blant de fem behandlerinformantene. Pasientinformantene blir representert som to pasienter ved navn Robin og Alex, da det var noe mer delte utsagn blant disse informantene.

Utvalg

Braun og Clarke (2006) har en anbefaling om 5-10 informanter ved tematisk analyse. Ettersom intervjuene skulle dekke tre hovedoppgaver ble det ønskede antallet

pasientinformanter økt til 12-15. Selv ved aktiv rekruttering gjorde omstendighetene og store vansker med rekruttering kun mulig å innhente informasjon fra syv pasientinformanter. Det var 16 pasienter som sa seg villige til å intervjues i første omgang, tre tok aldri telefonen i ettertid og seks møtte ikke opp til avtalt intervju og var ikke kontaktbar etter det. Gruppen pasientinformanter besto av to kvinner og tre menn og var i alderen 18-30 år. Det ble rekruttert fem behandlerinformanter, som var det ønskelige antallet, hvorav to var kvinner og tre var menn. Disse hadde til felles at de alle hadde jobbet ved PUT i minst et år.

Semistrukturerte intervju

Basert på formålet til studien ble semistrukturert intervju valgt som metode for å innhente informasjon. Formatet med semistrukturerte intervju gjorde at informantenes opplevelse kunne komme tydeligst mulig frem, og ga fleksibilitet til å følge informantenes utsagn som det er ønskelig i en slik studie. En ulempe med semistrukturerte intervju er at intervjuerne har stor påvirkning på informantene og derfor også på hvilken data man ender opp med. Dette har alle intervjuerne vært bevisst på underveis i prosessen og jobbet for å unngå. Fokus på åpne spørsmål til informantene og forståelse for de andre oppgavens problemstilling har vært noen av tiltakene for å unngå uheldig påvirkning fra intervjuernes side.

Hver informant ble intervjuet alene, en gang, noe som gjorde at det ble gjennomført syv semistrukturerte intervju med pasientinformanter og fem behandlerinformanter. Intervjuene varte mellom 40 og 80 minutter. Der de fleste behandlerintervjuene var nærmere en time, mens pasientintervjuene i gjennomsnitt var nærmere 40 minutter. Alle intervjuene ble gjennomført i mai og juni 2021. Et av pasientintervjuene ble gjennomført fysisk ved PUT, mens resten ble gjennomført over Zoom eller telefon på grunn av koronarestriksjoner. To av behandlerintervjuene ble gjennomført ved PUT, mens resten ble gjennomført over Zoom. De første av hver type intervju (pasient og behandler) ble regnet som pilotintervju. Disse intervjuene ble brukt for å teste om intervjuguidene var dekkende for problemstillingen, da disse viste at det ble oppnådd tilstrekkelig bredde og dybde av informasjon så ble disse inkludert i analysene. I etterkant av de første intervjuene ble det gjennomført noen endringer på intervjuguiden for pasienter, slik som ordbruk og rekkefølgen på tema, for å sikre bedre flyt.

For å forhindre misforståelse ble det under intervjuene informert om den aktuelle definisjonen av uteblivelse i starten av intervjuet. Begrepet som ble brukt i intervjuene var ikke-møtt, og det som ble sagt var: "Vi bruker begrepet ikke-møtt under dette intervjuet, og med det mener vi at man ikke kommer til en avtalt time og man har ikke sagt ifra om dette på

forhånd”. Denne formuleringen ble noe tilpasset basert på om det var intervju av pasient eller behandler. Under behandlerintervjuene ble også begrepene ustabil oppmøte og terapeutisk allianse brukt, og ble derfor definert i starten av intervjuet eller i forbindelse med bruk. Det ble sagt: “vi kommer til å bruke begrepet ustabil oppmøte og med det mener vi når pasienter møter opp til en del timer, men i tillegg har en del timer de ikke møter opp uten å si ifra på forhånd” og “Vi har tenkt å spørre om terapeutisk allianse, og med det så mener vi det emosjonelle båndet mellom pasient og behandler, enighet om behandlingsmål og ansvarsområder eller oppgaver”. Denne siste definisjonen var basert på Bordins (1979) beskrivelse av begrepet.

Det å delta i et intervju kan være mentalt stressende og emosjonelt belastende både før, under og etter intervjuet. For å redusere sannsynligheten for at informantene opplevde intervjuet som belastende var det fokus på å lage tydelige rammer for intervjuet som informantene ble gjort kjent med i forkant. Blant annet innebar dette å gi konkret og praktisk informasjon rundt hensikten med intervjuet, informantenes rolle, og om praktiske aspekter ved intervjuet. For å styrke følelsen av medbestemmelse, fikk informantene mulighet til å velge blant noen alternativer for tid og sted for intervjuene. Når det kom til pasientinformantene ble de oppmuntret til å prate med sin behandler i etterkant av intervjuet dersom intervjuene utløste noen tanker og følelser de hadde behov for å prate om.

Intervjuguide

Det ble utarbeidet en intervjuguide som ble brukt under alle pasientintervjuene (se vedlegg 1) og en intervjuguide som ble brukt under alle behandlerintervjuene (se vedlegg 2). Intervjuguidene var delt inn i overordnede spørsmålskategorier, med først åpne spørsmål og deretter mer konkrete, spesifikke spørsmål. Dette ble gjort for å etterstrebe både tilgang til informantenes egne refleksjoner om temaet, samtidig som man prøvde å sikre klarhet og å høre deres meninger om noen spesielt interessante områder.

Pasientintervjuguidene besto av åtte overordnede spørsmålskategorier. Pasientintervjuene skulle også dekke problemstillingene til de to andre hovedoppgavene, noe som gjorde at det kun var to spørsmålskategorier som var direkte relevant for den aktuelle studiens problemstilling. Spørsmålskategoriene som var spesielt koblet til denne studiens problemstilling var “å snakke om oppmøte” og “relasjon til terapeuten”. I intervjusituasjonen var det fokus på fleksibilitet i rekkefølgen av kategoriene og spørsmålene som falt under disse for å sikre at pasientinformantenes tankerekker ble fulgt. Samtidig var det fokus på å dekke alle spørsmålskategoriene i løpet av intervjuene.

Intervjuguiden som ble benyttet med behandlere ble grovt sett delt i 8 spørsmålskategorier: 1. generelt om behandleren, 2. kjennetegn ved pasientene, 3. erfaringer med ikke-møtt, 4. konsekvenser ved ustabil oppmøte, 5. samtaler om oppmøte, 6. terapeutisk allianse og oppmøte, 7. konkrete ideer til bedring av oppmøte og 8. avslutning. Disse spørsmålskategoriene ble i større grad gjennomgått i denne rekkefølgen hver gang.

I utarbeidelsesprosessen av intervjuguiden ble det undersøkt hvordan ulike begrep kan ha ulik betydning for ulike mennesker. Som følge av dette handlet en viktig del av arbeidet om å sile ut flertydige begrep. I tillegg ble det gitt forklaringer på de begrepene som kunne forstås på flere måter, slik som ikke-møtt og terapeutisk allianse.

Analyse

Transkribering av datamaterialet

Det ble brukt to diktafoner under intervjuene for å gardere mot eventuelle tekniske feil, og for å sikre at informasjonen som kom frem under intervjuene ble gjengitt på best mulig måte videre i studien. Ortografisk transkripsjon ble valgt på bakgrunn av at det samstemte med fokuset i tematisk analyse, som er hva som blir sagt og ikke hvordan det blir sagt (Braun & Clarke, 2014). I denne prosessen ble det etterstrebet å ha en balanse mellom tilstrekkelig detaljnivå og pragmatisk transkribering, da det å inkludere for mange detaljer reduserte effektiviteten i prosessen og kunne resultere i mindre oversiktlige transkripsjoner. Derfor ble det meste av latter og pauser ekskludert, men der det var viktig for å forstå det som ble sagt var det inkludert i første omgang. Denne vurderingen er i tråd med Tjoras (2021, s. 185-186) anbefalinger knyttet til transkribering.

For å sikre anonymisering ble det valgt å transkribere alle intervju til bokmål da det var et begrenset antall deltakere og flere ulike dialekter. I situasjoner der det var usikkerhet om hva deltakeren mente, eller de brukte et unikt begrep der dialekten var sentral ble det transkribert slik det ble sagt. Transkripsjonene av pasientintervjuene ble hørt gjennom gjentatte ganger av flere hovedoppgavestudenter for å sikre at viktig informasjon var inkludert. Når det kom til visuell informasjon under intervjuene er det mye som gikk tapt. Det ble inkludert etter intervjuernes hukommelse, men flertallet av intervjuene var digitale noe som også begrenset mengden tilgjengelig visuell informasjon.

Tematisk analyse

Det ble valgt tematisk analyse etter Braun og Clarkes (2006) beskrivelser siden det er en relativt fleksibel analysemetode og passer forskere med begrenset erfaring med kvalitative metoder. Metoden fremsto som et naturlig valg med tanke på at studien hadde et generelt bredt og åpent fokus. Målet ble å kartlegge pasientene og behandlerens opplevelse av

samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer på et bredere nivå, ettersom det ikke var grunnlag for å snevre problemstillingen betydelig inn. Dette handler blant annet om at det er mindre forskning på ustabil oppmøte og uteblivelser fra timer i poliklinisk behandling, og da særlig blant unge voksne.

Basert på at tematisk analyse er en metode med få epistemologiske og ontologiske føringer er det valgt teoretisk rammeverk som det er jobbet ut ifra. Når det kommer til teoretisk standpunkt er det valgt deskriptiv tematisk analyse etter Big Q tradisjonen, i form av at studien handler om å forstå bredere og komplekse sosiale aspekt (Smith, 2015, s. 223-224). Det er tatt utgangspunkt i at mening er kontekstuell og ikke universell, og at forskerens subjektivitet er en viktig del av hele forskningsprosessen og må fremheves der det er aktuelt (Smith, 2015, s. 223). Ellers er det etterstrebet å ha en induktiv tilnærming til analysene. Det er prøvd å analysere dataene induktivt ved å holde oss så nøytralt og nære dataene som mulig, men selvfølgelig er en farget av egne antakelser og tidligere kunnskap om temaet noe som gir et naturlig deduktivt preg. Tilnærmingen har vært semantisk i form av at det er sett på det deltakerne eksplisitt har sagt. Hensikten med dette har vært å unngå å ha for mange formeninger om de underliggende antakelsene, ideene og konseptene bak det informantene delte. Alternativet med mer vekt på egne formeninger ville gitt oss et latent fokus under analysene (Braun & Clarke, 2006).

Når det kommer til det epistemologiske standpunktet studien har tatt utgangspunkt i er det sosialkonstruksjonisme. Dermed antas det at perspektiv, erfaringer og meninger er et produkt av sosial kontekst, og ikke en del av individet. Det vil si at det deltakerne har sagt under intervjuene er deres sannhet der og da, men de kan ha en annen mening eller dele en annen type opplevelse om samme tema i en annen kontekst. Studiens oppgave var derfor å samle deltakernes utsagn og se mønster og sammenheng i deres opplevelse, for å gi et bilde av hvordan en gruppe informanter har opplevd samtalen om uteblivelse.

Analyseprosessen beskrevet av Braun og Clarke (2006) ble fulgt med stegene; å bli kjent med dataene (1), generere initiale koder (2), søke etter tema (3), gjennomgang av tema (4), definere og navngi tema (5) og å produsere en tekst (6). Analyseprosessen til studien var gjennom alle seks stegene, opptil flere ganger, da tematisk analyse er en fleksibel prosess der koder, tema og analytisk innhold konstant vurderes opp mot den opprinnelige teksten. Som et utgangspunkt ble det jobbet med å holde gjengivelsen nærmest mulig ordene brukt i intervjuene for å sikre at meninger ikke gikk tapt. Etter hvert som man fikk god oversikt over innholdet, ble det løftet til et høyere nivå av abstraksjon ved å samle innholdet i ulike tema.

Dette var en hard prioriteringsprosess da det var et større datamateriale med mye interessant innhold som måtte velges bort for å holde oss til essensen relatert til problemstillingen.

For å lettere kunne holde oversikt ble steg 2 (generere initielle koder) til steg 5 (definere og navngi tema) gjennomgått en gang for alle behandlerintervjuene før det ble startet samme prosess for pasientintervjuene. Da steg 1 i analyseprosessen er å bli kjent med dataene ble denne startet allerede under intervjuene og transkriberingen av intervjuene for begge informantgruppene. Etter at temaene for begge informantgruppene var funnet, startet skriveprosessen, men de tidligere stegene i analyseprosessen var fremdeles aktuelle underveis for å sikre riktig forståelse av meningsinnholdet.

Den første fasen med å bli kjent med dataene startet allerede under intervjuene, for deretter under transkriberingen og videre ved gjentatte gjennomlesninger av intervjuene. Gradvis var det naturlig å ta notater under gjennomlesningene og å skape initielle koder. Dette var merkelapper på kortere eller lengre deler av teksten som beskrev en kjerneidé (Braun & Clarke, 2006). I første omgang ble det fokusert kun på et intervju om gangen og kodet disse i isolasjon. Deretter gikk man over til å lage en oversikt over eksisterende koder for hvert spørsmål, her ble da alle intervjuene inkludert og sammenliknet med hverandre. Da ble de initielle kodene gjennomgått, og de fleste kodene fikk nye navn og like koder ble slått sammen for å redusere mengden koder. Spesielt når det kom til pasientintervjuene ble deler av tekstene ekskludert, da de ikke var relevant for problemstillingen.

Deretter kom steg 3, å søke etter tema. Dette var etter at alle kodene fra alle intervjuene ble samlet i et dokument og sortert etter spørsmål. Her ble det jobbet med å se sammenheng i kodene for å se om det var noen naturlige tema som dukket opp. Det ble lagt ekstra fokus på koder som ble gjentatt ofte og på spesielt relevante koder for problemstillingen. Etter hvert som en rekke aktuelle tema var funnet, ble intern homogenitet og ekstern heterogenitet vurdert. I denne prosessen ble liknende tema slått sammen til hovedtema med tilhørende tema. I denne prosessen ble det kontinuerlig fjernet og lagt til nye tema etter hvert som kodene, intervjuene og temaene ble gjennomgått gjentatte ganger. Eksempel på initielle koder og tema basert på et utdrag fra teksten er beskrevet i tabell 1.

Tabell 1

Eksempel på koder og tema som ble funnet basert på et sitat:

Utdrag fra teksten	Initielle koder	Tema
” Jeg stoler selvfølgelig mer på hen nå, fordi vi har brukt såpass lang tid og hen har lært meg å kjenne og jeg har lært hen å kjenne som psykolog.”	<ul style="list-style-type: none"> - Stoler på behandler over tid - Brukt lang tid på å bygge relasjonen - Begge må bli kjent med den andre 	Det tar tid å bygge tillit

Ved bruk av modeller og forsøk på å beskrive alle temaene, kom man etter hvert frem til tydelige hovedtema med sine tilhørende tema og undertema. Her var det sentralt å navngi og gi en klar beskrivelse til hvert av temaene for å forstå hva det skulle dekke. I flere runder ble temaenes interne homogenitet og eksterne heterogenitet vurdert. Dette med utgangspunkt i oppgavens problemstilling. For å sikre ekstern heterogenitet ble temaene sammenlignet gjentatte ganger for å sikre at de ikke var overlappende eller hadde for sterk relasjon til de andre temaene. Dette førte til at flere av temaene ble slått sammen over tid. For å sikre intern homogenitet ble det kontrollert at temaene ga mening slik de sto alene og at alle underelement hadde en sterk relasjon til temaet om de ikke hadde det ble de fjernet. En viktig del av begge disse prosessene dreide seg om å kontrollere temaene mot koder og tekst, og tema mot tema.

Et eksempel på revurdering av hovedtemaene var da det på et punkt var seks hovedtema for behandlerintervjuene. Ved nøyere gjennomgang og gjentatte forsøk på å beskrive dem, kom det frem at innholdet i hovedtemaene var noe overlappende. Slik som at hovedtemaene “det er vanskelig å ta opp ikke-møtt” og “samtalet har noe for seg” viste seg å være mer naturlig å ha som tema under hovedtemaet “ambivalens”. Etter flere runder i den tematiske analyseprosessen ble det oppnådd større trygghet ved at hovedtema, tema og undertema var dekkende og beskrivende for dataene og problemstillingen som er tatt utgangspunkt i. Hvor mange informanter som har utsagn relatert til de ulike hovedtemaene, temaene og undertemaene er fremstilt i resultatdelen i tabell 2 og 3.

Prosesen med å gå tilbake og vurdere datamaterialet opp mot koder og tema var også aktuelt i fasen med å produsere tekst. I denne fasen ble det funnet frem til et utvalg sitater som belyser ulike perspektiver på de aktuelle undertemaene. I løpet av prosessen ble det tydelig at det ville være hensiktsmessig å flette enkelte sitater sammen med hverandre. Dette for å gjøre sitatene mer effektive. Sitatene som presenteres i teksten ble valgt på bakgrunn av hvordan de bidrar til å forklare innholdet i temaene. Her ble sitater som viste gjentakende meningsinnhold, et unikt aspekt i temaet og/eller som godt belyste bredden i temaet og sitatene, prioritert.

Ettersom datamaterialet ble mer kjent og prosessen med å produsere tekst var i gang, ga det etter hvert mening å revurdere hvilke begreper som var hensiktsmessige å benytte i den aktuelle oppgaven. Da man så at begrepene som var brukt i intervjuguiden ikke var tilstrekkelig nyansert og passende for den aktuelle oppgaven, ble det bestemt å gjøre et begrepsbytte. I intervjuguiden som skulle dekke problemstillingene for tre de hovedoppgavene, benyttet man begrepene “ikke-møtt” og “samtalen om oppmøte”. I den aktuelle oppgaven valgte man å erstatte disse begrepene med “uteblivelse” for å beskrive de tilfellene der pasienter ikke møter til behandlingstimer, og “samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer”. Bakgrunnen for det første begrepsbyttet handlet om at ikke-møtt er et mindre formelt begrep med sterke assosiasjoner til begreper som omhandler frafall. Dessuten brukes “ikke-møtt” på ulike måter i ulike sammenhenger og i ulik forskning. Uteblivelse ble derfor valgt som et mer nøytralt og formelt begrep for denne oppgaven, og som synonym til begrepet “ikke-møtt. “Samtalen om oppmøte” ble erstattet med “samtale om uteblivelse fra behandlingstimer” på bakgrunn av at informantenes fokus under intervjuene, samt for å sørge for konsekvent begrepsbruk. Under intervjuene ble det klart at samtalene det var snakk om først og fremst dreide seg om å tematisere episoder der pasientene ikke møtte til time, og ikke oppmøte generelt. Dermed ble samtale om uteblivelse fra behandlingstimer en mer passende formulering.

I steg 6 ble det aktuelt å vurdere hvordan man skulle presentere funn og sitater i tekst. I presentasjonen av temaene/ undertemaene og deres tilhørende sitater, ble det besluttet å benytte ord som ‘flere’ og ‘mange’, som et alternativ til eksakt antall informanter bak sitatene. Bakgrunnen for dette valget handler blant annet om at det ikke bare er antallet informanter, men også hvor hyppig temaet kommer opp, som har vært avgjørende for hvorvidt sitatene har fått plass i denne oppgaven. I tillegg ble denne løsningen valgt for å sikre bedre flyt i teksten og sikre anonymitet. Nøyaktig antall informanter som hadde utsagn som støttet hoved-, tema og undertemaene er presentert i tabeller i resultatdelen.

Forskerrollen

Som forsker i kvalitative studier er man dynamisk og påvirker informantene på flere måter. Dette fordrer en bevisst og reflektert holdning rundt hvilken effekt man har på informantene. I tillegg klarer man som forsker ikke å analysere dataene nøytralt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Dette har man jobbet med å være bevisste på gjennom hele prosessen. Man har reflektert rundt hvordan man som individ påvirker informantene og dataene som blir generert, hvordan man tolker det som blir sagt og hvordan man skal møte temaet og informantene på en respektfull måte.

Det ble gjennomført intervju med fokus på tema som er verdiladet for informantene som var pasienter, da spesielt med tanke på fokuset på uteblivelse fra behandlingstid og rusmisbruk. Dette er tema som ofte er forbundet med skam. Det er mange fordommer og stereotypier rundt mennesker som har et problematisk rusbruk, og en viktig del av forberedelsene til dette prosjektet har handlet om å fremme bevissthet rundt dette, samt rundt de fordommer og stereotypier som assosieres med det å være forsker og student på et profesjonsstudium. Måter dette kan påvirke informantene har vært et viktig tema for de forberedende refleksjonene. For å unngå at fokuset under intervjuene gled over mot manglende mestring i det å ikke møte opp, og eventuelle ubehagelig følelser som kunne gjøre det vanskeligere for informantene å åpne seg under intervjuene, prøvde man å møte informantene vennlig og vise nysgjerrighet rundt hvem de var og hva deres tanker var. Spesielt ble det fokusert på å dele hvor mye man satt pris på å få innblikk i deres tanker, følelser og opplevelser med uteblivelse fra behandlingstimer, slik at de kunne se hvor viktig deres bidrag var.

Sammenliknet med kvantitative metoder har forskere som gjennomfører semistrukturerte intervjuer til en kvalitativ studie, større innflytelse på dataen som blir samlet. Blant annet vil intervjuerens egne antakelser og bias kunne påvirke både innsamling og tolkning av data. Dette gjelder også ved tolkning av kvalitativ data, gjennom at man for eksempel tolker det som blir sagt på bakgrunn av egne antakelser. Dette prøvde man å redusere gjennom nøye forberedelse av intervjuguide og å være to intervjuere ved hvert intervju. I intervjusituasjonen hadde en intervjuer hovedansvaret for å stille spørsmål, mens den andre prøvde å identifisere informasjon som var uklar, for deretter å stille oppfølgingsspørsmål om dette. Under analyseringen av dataene er det forsøkt å forstå setningene på flere måter for å dekke kompleksiteten og usikkerheten i datamaterialet.

Resultater

Gjennom tematisk analyse av pasient- og behandlerintervjuene ble det identifisert tre hovedtema fra pasientintervjuene, og to hovedtema fra behandlerintervjuene. Disse hovedtemaene har tilhørende tema og noen har undertema som dekker hva informantene beskrev om sin opplevelse av å ha samtale om ustabil oppmøte når pasienten har uteblitt fra en behandlingstime. Først presenteres hovedtema, tema og undertema fra pasientintervjuene, deretter presenteres det samme fra behandlerintervjuene.

Pasientinformantene

Under intervjuene svarte ikke pasientinformantene nødvendigvis direkte på spørsmål om hvordan det opplevdes å prate om uteblivelse fra behandlingstimer, men beskrev hva de vurderte som viktige grunnelementer for at en samtale om vanskelige tema skal oppleves greit for dem. Under intervjuene ble samtalen om ustabil oppmøte og uteblivelser beskrevet som et noe vanskeligere tema å prate om. Dette fokuset på hva som må være til stede for at en samtale om potensielt vanskelige tema oppleves givende, gjenspeiles i hovedtemaene og temaene som er identifisert her. Hovedtemaene som oppsto var «Det krevende relasjonelle», «Tilpasse seg pasientens behov» og «God kommunikasjon om vanskelige tema». En oversikt over hovedtema, tema og antall informanter som hadde utsagn relatert til disse er gjengitt i tabell 2.

I gjengivelsen av pasientsitat er det valgt å benytte to fiktive pasientnavn som representerer de syv pasientinformantene: Robin, som vil omtales ved hunkjønn, og Alex, som vil omtales med hankjønn.

Tabell 2

Oversikt over identifiserte hovedtema, tema og antall pasientinformanter som har utsagn som støtter dette.

Hovedtema	Tema	Oppslutning
Det krevende relasjonelle	Det tar tid å bygge en trygg relasjon	7
	Det er vanskelig å være ærlig	5
	Behandleren viser at de bryr seg	6
	Tilpasse seg pasientens behov	5
God kommunikasjon om vanskelige tema	Behandleren er opptatt av å forstå meg som en person	5
	Gi mer informasjon	3
	Finner riktig fokus i samtalen	5
	Behandleren spør åpent	3

Det krevende relasjonelle

«Det krevende relasjonelle» beskriver pasientinformantenes opplevelse av at det er utfordrende å være i behandling og relasjonen til behandler er essensielt for at det skal oppleves trygt i behandlingen. Samtlige pasientinformanter delte en oppfattelse av relasjonsbygging er en tidkrevende prosess, noe som er det første temaet: «Det tar tid å bygge en trygg relasjon». Pasientinformantene fortalte i tillegg om tendenser i seg selv som kan være til hinder for en god relasjon. Dette la grunnlaget for temaet: «Det er vanskelig å være ærlig». Samtidig delte de om egenskaper og strategier hos behandler som bidro positivt i etableringen av relasjon til behandler. Dette la til rette for temaet: «Behandleren viser at de bryr deg». Disse tre temaene ble knyttet til motivasjon rundt det å møte opp til behandlingstimer, og til å åpne seg i vanskelige samtaler. En oversikt over hovedtemaet med tilhørende tema er gjengitt i tabell 3.

Tabell 3

Oversikt over tema tilhørende hovedtema «Det krevende relasjonelle»

Hovedtema	Tema
Det krevende relasjonelle	<p>Det tar tid å bygge en trygg relasjon</p> <p>Det er vanskelig å være ærlig</p> <p>Behandleren viser at de bryr seg</p>

Det tar tid å bygge en trygg relasjon

Alle pasientinformantene var enige om at det tar tid å bygge tillit, og at dette er en viktig komponent i en god behandlerrelasjon. Flere pasientinformanter fortalte at de opplever at relasjonen har blitt bedre i løpet av behandlingsløpet, og at en medvirkende faktor til dette handler om å bli kjent med hverandre som mennesker. Alex beskrev hvordan det gikk fra mistillit til tillit over tid. Det var vanskelig å åpne seg om utfordrende tema i starten, og han hadde behov for å prate om mer trivielle tema for å bygge en relasjon. “Jeg stoler selvfølgelig mer på behandleren min nå, fordi vi har brukt lang tid på å lære å kjenne hverandre. [...] Det er jo sikkert ingen som åpner seg på dagen, men det handler om å få snakket om alt og ingenting”.

De fleste av pasientinformantene fortalte at de kan ha en tendens til å lete etter feil hos behandler og en tendens til å sette opp emosjonelle sperrer, som forhindrer åpen og ærlig kontakt med behandleren deres. Pasientinformantene uttrykte en tendens til å være ekstra sensitive til formuleringer eller andre tegn på avvisning, spesielt i starten. Dette kan gjøre det noe vanskeligere å skape en god terapeutisk allianse. Robin forklarte hvordan sensitiviteten kan føre til at en ellers fin samtale raskt og plutselig kan oppleves som en grunn til å lukke seg, spesielt ved vanskelige samtaler.

Vi sitter jo egentlig bare og ser etter feil og en grunn til å stenge oss inne. Vi kan for eksempel ha en god samtale, snakke om ting som er viktig, men så plutselig sies det noe feil, og så stenger jeg meg inne. Når jeg har på sperrene, blir timene veldig meningsløse.

Det er vanskelig å være ærlig

Samtlige pasientinformanter snakket om sin opplevelse av å være åpen og ærlig med behandleren sin. De formidlet at det å være ærlig med behandler gir en følelse av at

behandlingen har en nytteverdi, men kan også være vanskelige spesielt ved dårlig relasjon til behandler og i vanskelige samtaler. Blant pasientinformantene snakket flere om at skam kan utgjøre et hinder for oppmøte og gode samtaler. Alex la vekt på at dette ikke nødvendigvis dreier seg om mistillit til behandler, men om et ubehag rundt det å være ærlig med seg selv og behandleren.

Det er jo et tøft valg å komme til behandling, og utfordrende at behandleren er så frempå, for da må du deale med ting du ikke har gjort før. [...] Men mest for seg selv; tørr jeg å si dette høyt? Fordi da må jeg høre på det selv og på en måte.

Alex beskrev videre hvordan det å unngå å være ærlig hjalp han til å holde seg flytende og fungere i hverdagen. “Jeg hadde ikke lyst til at det skulle rakne [...] og snakket ikke om de utfordringene som foregikk.”

Vanskene med å være ærlig ble også beskrevet i forbindelse med det å dele om sin opplevelse av relasjonen til behandler. Spesielt Robin beskrev et ønske om å snakke om hvordan hun opplevde samarbeidet med behandler. Hun beskrevet om en tidligere behandlingsrelasjon som ikke opplevdes trygg og at dette var vanskelig å ta opp. Videre beskrev hun hvordan hun etter hvert holdt tilbake tanker og refleksjoner fra behandleren, og hvordan dette påvirket både oppmøtet hennes og behandlingsutbyttet.

Jeg har jo vurdert å bare si sånn at “jeg føler ikke noe connection med deg” [...] og føler meg ikke forstått [...] Jeg tror egentlig at hvis jeg bare hadde gjort det så hadde det kanskje vært enklere å åpne seg om andre ting og [...]. For jeg har ikke vært helt ærlig med behandleren min [...], og hvis man ikke klarer å stole på behandleren sin, så ønsker man selvfølgelig ikke å komme [...]. Men det er en vanskelig ting å skulle innrømme.

Dette er en opplevelse Alex også hadde erfaring med. Han fortalte at han har opplevd å ha en dårlig relasjon med tidligere behandlere, noe som førte til at han mistet lysten til å åpne seg om det som var vanskelig. I tillegg mistet han motivasjonen til å møte til timer. “Jeg tror bare ikke vi passet så bra sammen, og da ble det vanskelig å snakke om ting [...] Til slutt gadd jeg ikke å møte til timer [...] Det gir ikke mening å møte når man ikke kan være ærlig”

Alex beskrev hvor fint det kan være når en klarer å være ærlig i behandlingen. Han fortalte at det å være åpen og bli respektert for det en forteller, har gjort det mer motiverende å møte til behandling. Han uttrykte at dette blant annet handler om at det blir mer

motiverende å jobbe når en får fokusere på det som for en selv oppleves mest problematisk i øyeblikket.

Jeg har vært helt 100% ærlig, og har blitt respektert. Det har gjort det mye enklere for meg å fokusere på det jeg synes er et stort problem nå, og ikke føle at jeg bare kommer hit og blir fortalt hva jeg skal gjøre [...]. Det har gjort meg mer motivert til å møte opp og jobbe.

Behandleren viser at de bryr seg

Pasientinformantene delte at opplevelsen av hvorvidt behandler bryr seg om dem som en person, har stor betydning for deres opplevelse av relasjonen med behandler. Her la de vekt på at det er viktig for dem at behandleren kan møte dem på en god måte selv når pasienten sliter med motivasjon, rus og oppmøte. I tillegg trakk de frem viktigheten at behandler viser at de husker dem også utenfor den avsatte behandlingstiden. Dette ble trukket frem som viktige utgangspunkt for pasientinformantenes opplevelse av en god behandlerrelasjon og trygghet til å være ærlige og stå i vanskelige samtaler.

En del pasientinformanter trakk frem at det å ha kontakt med behandler direkte over telefon gjør det lettere å si i fra at de vil flytte timer og lignende, og kan fungere som påminnere om oppsatte timer. Flere av pasientinformantene beskrev at det oppleves som at behandler er investert når de kontakter pasienten utenom timer, spesielt på telefon. Det å ha kontakt utover behandlingstidene gir en følelse av at behandler stiller opp. Alex delte om sin opplevelse av behandlerkontakt utover timene. “Vi har hatt en samtale enten på melding eller på telefon, at det bare sånn “kommer du i morgen?”. [...] At behandleren er litt mer investert i hverdagen min [...] har gjort en stor forskjell for meg.”

Å ha kontakt utover behandlingstimer trekkes også frem som noe pasientinformantene ønsker at behandlerne blir enda bedre på. Selv om en del opplever at behandlerne tar kontakt, er det også flere som fortalte at behandlerne gjerne kunne kontaktet dem oftere når de ikke møter til timer, blant annet fordi det kan være vanskelig å ringe selv. Robin fortalte at hun har flere opplevelser av at behandlerne ikke tar kontakt, og at dette synd. “Jeg opplever at det er mange behandlerne som ikke ringer eller tar kontakt om du ikke møter. [...] Det hadde vært bedre om de gjorde det. [...] Det er jo mange pasienter som ikke tør å ringe selv.”

Det å gå i behandling er gjennomgående beskrevet som utfordrende og sårbart for pasientinformantene. De beskrev hvor viktig det er å bli møtt med tålmodighet og aksept for å oppleve at det er trygt å komme i behandling og å være ærlig. Det ble trukket frem eksempler

der dette ikke har skjedd og hvordan Robin opplevde avvisning fra behandleren. “Mine forrige terapeuter ga meg opp. Enten fordi de ikke synes jeg la inn den innsatsen jeg burde, eller bare synes det var umulig”.

Tilpasse seg pasients behov

Dette temaet belyser hvordan pasientinformantene ønsker at behandlerne har en holistisk tilnærming til dem, både intrapsykologisk, kontekstuell og metodisk. Spesielt gjør dette seg aktuelt i vanskelige samtaler, slik som den om oppmøte kan oppleves å være. De trekker blant annet frem aktuell livssituasjon, motivasjon og humør som viktige kontekstuelle hensyn de ønsker at behandler tar. Pasientinformantene deler om aktive grep behandlere kan ta for å vise slike hensyn, noe som kommer tydelig frem gjennom undertemaet “Finner riktig fokus i samtalen” og “Behandleren er opptatt av å forstå meg som person”. En oversikt over tilhørende tema til hovedtemaet er gjengitt i tabell 4.

Tabell 4

Oversikt over tema tilhørende hovedtema «Tilpasse seg pasientens behov».

Hovedtema	Tema
Tilpasse seg pasientens behov	Behandleren er opptatt av å forstå meg som en person Gi mer informasjon

Behandleren er opptatt av å forstå meg som person

De fleste av pasientinformantene rapporterte at de synes det er viktig å føle seg forstått og sett som den man er og ikke bare som en person med en diagnose. For eksempel uttrykte Robin at hun og flere hun har snakket med skulle ønske at de oftere følte seg sett som et menneske av sine behandlere.

Psykologen min nå ser meg som person. [Hen] ser hva jeg synes er tungt og hva jeg synes er morsomt i hverdagen. [...] Jeg tror det handler mye om at behandlere burde fokusere mer på personen og ikke pasienten. Det har betydd mye for meg at behandleren prøver å være litt mer personlig. Det tror jeg gjør en stor forskjell for flere og. Det går igjen ofte, både hos meg og hos venner som går i behandling; at man skulle ønske man ble mer sett.

Flere pasientinformanter fortalte at de er fornøyde med hvordan behandleren deres følger med og lytter til dem. Der de blir møtt med respekt og aksept selv når det kom til

aspekter ved dem selv de ikke liker, som for eksempel at de ikke alltid klarer å møte til time. En del av pasientinformantene snakket med forklarte at når behandleren viser interesse, blir det mer lystbetont å være i timene. Alex delte om sin opplevelse:

Det oppleves enkelt å være åpen og behandleren virker interessert. [Hen] er også veldig flink til å hjelpe meg å forstå. [...] Jeg er ikke vant til å bli møtt med en sånn aksept, og jeg kjenner veldig på en hjelpevillighet fra behandleren. [...] Jeg merker at hen husker det jeg sier og følger med. Da får jeg lyst til å møte opp.

Flere forteller at de ikke føler seg forstått av sine behandlere. Robin beskrev hvordan dette medførte misnøye med tidligere behandler og at hun til slutt sluttet å møte opp.

Det kunne balle litt på seg da, hvis jeg kanskje ikke møtte opp to ganger så ble det såpass skamfullt å komme [...] når jeg følte at jeg kanskje ikke ble helt forstått. [...] Det har vært mest det at jeg ikke har følt meg helt forstått som har gjort at jeg ikke har vært fornøyd med terapeuten [...] og at jeg til slutt bare ga faen [sluttet å komme].”

Det at behandler har forventninger til pasientene ble beskrevet å være vanskelig til tider da de dette kan oppleves å bryte med behovet for å bli møtt som en person og ikke en pasient. Når det er rom for å ikke alltid ha så mye å komme med uten tidspress, kan det å åpne seg føles lettere. Alex uttrykket at det gjerne er lettere å åpne seg når en får gjøre det i eget tempo. “Det at behandleren ikke sender meg videre når jeg ikke snakker, gjør det enklere å åpne seg. [Hen] lar det komme av seg selv på en måte”.

Gi mer informasjon

Dette temaet omhandler ønsket om mer informasjon og forutsigbarhet rundt behandling. Flere av pasientinformantene som ble intervjuet forteller at de hadde fått for lite informasjon om PUT og hvordan PUT-systemet fungerer. I tillegg ble det uttrykt et ønske om informasjon rundt konsekvensene av å ikke møte til behandling. Flere pasientinformanter ønske at det ble snakket mer om oppmøte. Generelt rapporterte pasientinformantene at det snakkes lite om det å ikke møte opp til time og om hva som skjer når man ikke har møtt en gang. En del av pasientinformantene formidlet at det å snakke om både oppmøte og om timene kunne vært med på å skape forutsigbarhet og struktur rundt behandlingen, samt gjort det tryggere å møte opp. Alex delte sine tanker rundt dette.

Vi snakker ikke så mye om oppmøte eller det å ikke møte til time, nei. Jeg ville sagt jeg ønsker å snakke mer om det. Det hadde gitt litt mer system på å gjennomføre. Da

får jeg vite hva planen er fremover og når jeg skal møte, og da blir det lettere å planlegge livet rundt. [...]. Når jeg vet mer hva jeg går til, og for eksempel vet hva vi skal snakke om, blir det tryggere å møte.

Flere pasientinformanter formidlet at det hadde vært nyttig med mer informasjon om PUT som behandlingssted og om de som jobber der. Noen av pasientinformantene formidlet at det også hadde vært nyttig å vite hvordan man bytter behandler, da relasjonen med deres daværende behandlere negativt påvirket oppmøtet og utbyttet de fikk av behandlingen. Robin fortalte at hun trodde det hadde vært positivt for huns behandlingsutbytte å prøve en annen behandler, og at det derfor hadde vært hjelpsomt å få mer informasjon om hvordan hun kunne gjøre dette.

Jeg tror jeg hadde møtt opp mer og fått mer ut av behandling dersom jeg hadde byttet terapeut, så det hadde hjulpet å vite litt mer om hvordan man gjør det. [...]. Jeg har også savnet litt mer informasjon om hvem og hva PUT er, og hva de gjør generelt.

God kommunikasjon om vanskelige tema

Dette hovedtema omhandler flere konkrete kommunikative grep som pasientinformantene mener bidrar til meningsfulle samtaler med behandler, som skaper trygghet i relasjonen og motiverer til å møte opp til time. Grepene ble trukket frem som ekstra viktige i samtaler om vanskelige tema. Pasientinformantene la vekt på særlig to aspekter ved kommunikasjon som oppleves viktig, og som har blitt til temaene: “Behandler spør åpent” og “Gi mer informasjon”. En oversikt over tilhørende tema til hovedtemaet er gjengitt i tabell 5.

Tabell 5

Oversikt over tema tilhørende hovedtema «God kommunikasjon»

Hovedtema	Tema
God kommunikasjon om vanskelige tema	Finner riktig fokus i samtalen Behandleren spør åpent

Finner riktig fokus i samtalen

Det første undertema handler om pasientinformantenes opplevelse av behandlerens innsats knyttet til å forstå hva pasienten har behov for å snakke om og er motivert for i den aktuelle behandlingstimen. Dette gjelder også fokuset de har i samtalen om oppmøte, hvor lenge en skal fokusere på temaet, og hvor konkret eller dyptgående de skal være. Her ble det trukket frem at det er viktig for pasientene at behandlere har fokus på å finne frem til et

samtaletema som resonnerer med pasientens konkrete problematikk og nåværende kontekst. Hva som oppleves som et treffende samtaletema kan variere, men en fellesnevner blant pasientinformantene var at behandleren spiller en viktig rolle i å finne frem til og å skape rom for disse temaene.

Flere pasientinformanter rapporterer at det som føles mest nyttig og viktig å snakke om, også kan være vanskelig å gå inn i selv. Derfor kan det være til hjelp at behandleren får i gang de litt vanskelige samtalene. For eksempel fortalte Alex at det kan oppleves positivt at behandleren stopper opp ved tema han kommer inn på og gjør rom for de vanskelige følelser som kan ligge bak.

Vi snakker egentlig om det som jeg føler er riktig ja. [...] for selv om jeg kanskje bare snakker fjas i starten så finner behandleren et eller annet i det jeg sier da, som har noe med følelser som er litt vanskelige kanskje.

Når behandleren derimot ikke tar opp de samtalene som oppleves viktige og som er vanskelige for pasienten selv å ta opp, kan det føles som at relasjonen til behandleren ikke er så god. Robin beskrev dette slik:

At jeg tidligere ikke har møtt til timer har handlet om at jeg ikke har matchet med psykologen. [...] Blant annet fordi psykologen ikke tar opp det man føler at det har vært viktig å ta opp, selv om man egentlig ikke vil snakke om det, fordi det er tungt.

Robin fortalte at det er positivt når behandler lager rom for at mange ulike tema tas opp, ikke bare rus. Hun uttrykte at det i tillegg blir lettere å ta opp vanskelige tema, slik som oppmøtevansker, når det i utgangspunktet føles trygt å dele om det meste. Robin la videre til at det å få luften irrasjon og sette ord på de tankene man har i øyeblikket, kan være god hjelp i seg selv og gjøre en mer tilgjengelig for vanskeligere tema. "Det kan faktisk være deilig å komme hit og fordi man får luften litt irrasjonen eller tanker generelt da."

Behandler spør åpent

Pasientinformantene rapporterte at det oppleves meningsfullt å ha åpne og ærlige samtaler med behandlerne sine. Blant annet oppleves det trygt når vanskelige tema adresseres og blir satt ord på, for da kan det være lettere å forholde seg til. Spesielt har de et ønske om at behandlere er nysgjerrige på deres tanker og opplevelse, og stiller direkte spørsmål heller enn å ha ubekreftede antakelser. Flere av pasientinformantene fortalte at det oppleves fint når behandler spør rett ut. Alex fortalte at han synes at en helt grunnleggende del av PUT ansattes

bidrag som behandlere er å ta tak i pasientenes problemer. Han la også vekt på at det er positivt når behandler stiller spørsmål, og at det er bedre å la pasienten få mulighet til å avstå fra å svare, heller enn at spørsmålet ikke stilles.

Det er jo litt essensen for en behandler i PUT å ta tak i problemet, uansett hva problemet er. For eksempel når problemet er å holde seg rusfri og man prøver, men så klarer man det ikke. [...] Da blir det skamfullt og vanskelig å møte til time [...]. Eller hvis behandleren merker at personen stenger seg litt inne [...]. Se etter det, og bare spør og vær ærlig [...]. Og hvis man ikke er klar for å svare, kan man heller snakke om det når man er klar.

En del av pasientinformantene fortalte om opplevelser der tidligere behandlere har hatt fokus på tapt tid og penger når de har snakket om fravær fra timer. Robin beskrev at hun synes det var demotiverende at penger ble fokus, og ønsket at behandleren heller stilte spørsmål rundt årsaken til fraværet.

Sånn som jeg syntes har vært greit da er når behandleren bare spørre rett ut «hvorfor kom ikke du til timen? Hva var det som gjorde at du ikke orka å komme denne gangen? Orka du ikke eller gadd du ikke». Heller enn sånn der shaming; «Du er dårlig som ikke har møtt opp fordi jeg bruker penger og tiden min på deg?» [...] Det føles dritt, og da blir det til at man jatter med og enten går fra timen eller venter på at den skal bli ferdig på en måte.

Det ble også uttrykt et ønske om at behandlere spør når de lur på eller har antakelser om hvor pasientens tanker og handlinger handler om. Alex fortalte at det å få spørsmål oppleves som en mulighet til å forklare seg, og samtidig en mulighet til å reflektere over egne handlinger, noe som gjør at timene føles mer givende.

Hvis min behandler tolker det dit at jeg ikke møter opp fordi jeg ikke er motivert for behandling eller sånn, så håper jeg [hen] konfronterer meg med det sånn at jeg får muligheten til å forklare. [...], og når [hen] spør kan jeg kjenne etter hvorfor jeg ikke møtte opp [...]. For det er ikke alltid jeg skjønner hvorfor jeg føler meg sånn som jeg gjør, og da kan det være fint å få hjelp til å få fram de svarene [...]. Timene blir ikke like givende når det ikke er ikke så mange spørsmål.

Behandlerinformantene

Gjennom analyse av behandlerintervjuene ble det avdekket to hovedtema som beskrev behandlernes opplevelse av å adresse uteblivelse fra behandlingstimer i behandlingen. Det første hovedtemaet er «Samtalen er en fasilitator», som dekker hvordan samtaletemaet kan bidra positivt til flere aspekter i behandlingen. Det andre hovedtemaet er “Ambivalens”, som beskriver usikkerheten behandlerne kjenner på i møte med dette samtaleemnet. Behandlerinformantenes opplevelse presenteres gjennom en fiktiv behandler ved navnet Ulf. En oversikt over hovedtema, tema og undertema, i tillegg til antall informanter som hadde utsagn relatert til disse er gjengitt i tabell 6.

Tabell 6

Oversikt over identifiserte hovedtema, tema og undertema og antall behandlerinformanter som har sagt noe om dette.

Hovedtema	Tema	Undertema	Oppslutning
Samtalen er en fasilitator			5
	Se behandlingen gjennom pasientens øyne	Sjekke inn med pasientens behov	5
		Finne hull i pasients forståelse	3
	Styrker den terapeutiske alliansen		4
	Finne praktiske løsninger		4
	Ambivalens		
Handler uteblivelse om behandlingen eller noe annet?			4
		Samtalens opplevde effekt	
		Samtalen er viktig	5
		Samtalen kan ha en negativ påvirkning	4
		Samtalens effekt er usikker	3
	Når er en samtale om uteblivelse hensiktsmessig?	5	

Samtalen er en fasilitator

En gjenganger under intervjuene var at behandlerinformantene beskrev hvordan det å adressere uteblivelse kunne brukes som en måte å få tilgang på ny informasjon, styrke pågående prosesser eller komme inn på andre viktige tema. Samtalen kan altså forstås som en inngang inn til noe mer enn kun en samtale om uteblivelse. Dette hovedtemaet er delt inn i temaene “Forstå hvordan behandlingen egentlig er for pasienten”, “Styrker alliansen” og “Finne praktiske løsninger”. En oversikt over tilhørende tema og undertema til hovedtemaet «Samtalen er en fasilitator» er gjengitt i tabell 7.

Tabell 7

Oversikt over tema og undertema tilhørende hovedtema «Samtalen er en fasilitator»

Hovedtema	Tema	Undertema
Samtalen er en fasilitator	Se behandlingen gjennom pasientens øyne	Sjekke inn med pasientens behov Finne hull i pasients forståelse
	Styrker den terapeutiske alliansen	
	Finne praktiske løsninger	

Se behandlingen gjennom pasientens øyne

Temaet «Se behandlingen gjennom pasientens øyne» dekker hvordan samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer kan styrke behandlerens forståelse av pasientens opplevelse av behandlingen. Her er undertemaet «Sjekke inn med pasientens behov», som beskriver hvordan behandler og pasient sammen kan reflektere rundt behandlingen og veien videre ut fra pasientens styrker, svakheter og behov. Det andre undertemaet er «Finne hull i pasientens forståelse». Dette undertemaet handler om at samtalen om uteblivelse kan gi innblikk i hva pasienten misforstår og mangler informasjon om når det kommer til elementer rundt behandlingen.

Sjekke inn med pasientens behov

Alle behandlerinformantene beskrev samtalen om uteblivelse som en mulighet for å sjekke inn med pasientens behov. Samtalen ble beskrevet å starte med tema uteblivelse, der behandlerne får høre om pasientens tanker om eget liv, oppmøtet sitt og behandlingen. Her

kan de prate om hvordan pasienten vurderer behandlingen nå, og om den kan endres på en måte som gjør behandlingen enda mer nyttig for dem. Dette ved for eksempel endret fokus, å avslutte behandlingen eller identifisere underliggende hinder for å møte opp. Ulf beskrev hvordan samtalen kan brukes til å: "invitere dem inn i en sånn prosessevaluering", der man kan vurdere fokus og tempo i behandlingen. Ulf mente at dette kan øke pasientens eierskapsfølelse til behandlingen.

Viktigheten av å snakke om timing for behandlingen ble vektlagt. Samtalen om uteblivelse kan i noen tilfeller hjelpe pasienten med å være ærlig om at de ikke ønsker behandling akkurat nå.

Det som også kan være en sånn konstruktiv samtale er jo når de innrømmer at: "ja, nei, jeg er ikke så motivert til behandling nå" (...) Så det kan være konstruktivt, fordi det kan jo være at de av og til skjerner meg fra å avslutte (...). Det er kjempefint på en måte.

En del av behandlerinformantene beskrev hvordan man også kan bruke samtalen som en måte å skape endring. Ulf beskrev hvordan vanskene med å møte opp til tider kan være et gjennomgående problem for pasienten. Derfor er det viktig å ta opp temaet og hjelpe dem med å finne måter der det kan bli lettere å møte opp til timene.

Det er jo veldig viktig [...] det er noe som går ut over dem, så hvis de ikke får til å møte så er det en problematikk de har for resten av samfunnet også [...]. Og se om det henger sammen med noe av det andre de sliter med [...], jeg tror det henger litt sammen. Jeg tror det kan være litt to sider av samme sak.

Finne hull i pasientens forståelse

Flere av behandlerinformantene påpekte hvordan samtalen om uteblivelse kan bidra til å identifisere hull i pasientens forståelse. Dette kan for eksempel være at de ikke vet hva de skal forvente av behandlingen og har manglende forståelse for ulike diagnoser. Mer informasjon om dette kan gjøre det lettere å forholde seg til behandlingen og muligens møte opp. Dette beskrev Ulf på denne måten: "Kanskje de også er litt forvirret på hva terapi er, hva som skal skje, og da blir det kanskje også mer forvirrende og mindre sjans for at de møter opp."

Å fortelle pasienten at det er normalt å slite med oppmøte, var noe Ulf fremhevet som et viktig tema i behandling. Han beskrev hvordan normalisering av ustabil oppmøte kan være

med å redusere skammen rundt det å ikke møte opp. «Bare generelt skjønne at det var helt normalt. Og at det har så mange forskjellige årsaker. Hvis de virkelig skjønnte at det ikke er noe å skamme seg for, så hadde det vært flott.»

Eierskap er også et naturlig tema å prate om i relasjon til uteblivelse fra behandlingstimer. Dette ble beskrevet som et område med flere misforståelser. Ulf beskrev hvordan en slik samtale kan bidra til at pasientene forstår at de må komme til behandlingen for sin egen del og ikke for å blidgjøre behandleren.

Det er det her med å forklare hvordan oppmøte har betydning for at de skal få god nok hjelp. At oppmøte vil gjøre at de kommer seg et skritt videre og at det er for deres del at oppmøte er viktig ikke fordi jeg skal finne ut av dem. Så at det blir deres prosjekt igjen.

Ulf delte en god del om hvordan det å prate om uteblivelse kan gi innsikt i om pasientene har misforstått diagnoser. For eksempel angst og ADHD. Tilstrekkelig informasjon rundt disse tilstandene kan gi pasienten andre måter å håndtere situasjoner på.

De vet ikke at de er stressa og at det er derfor de ikke klarer å tenke. (...) Det kan være vanskelig å hjelpe dem å roe seg ned ofte, men det å skjønne litt hva som skjer kan være litt beroligende ofte. Så litt sånn psykoedukasjon blir ofte den videre samtalen da, etter at man har snakket om ikke-møtt.

Styrker den terapeutiske alliansen

De fleste av behandlerinformantene beskrev hvordan samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer kan styrke den terapeutiske alliansen. Dette gjennom å vise at alt kan prates om i behandlingen, i tillegg kan det tydeliggjøre hvilke roller hver part har. Samtidig ble det beskrevet hvordan det er en måte å vise at behandlerne legger merke til hva pasienten gjør og ikke gjør.

Ulf fortalte hvordan det å ikke snakke om uteblivelser og ustabil oppmøte kan skade alliansen, da det skaper usikkerhet rundt hva en kan og ikke kan snakke om i behandling. Nettopp derfor mente Ulf at samtalen om uteblivelse kan bidra til å styrke den terapeutiske alliansen.

Jeg tror det har potensiale til å styrke alliansen, og jeg tror det svekker alliansen om du ikke snakker om det. For da blir de forvirra «hva er det her for noen ting, kan vi ikke snakke om det, er det farlig å snakke om?».

Ulf uttrykker at han anser det som fint å ha pratet om uteblivelse fra behandlingstimer før det er et problem. Dette fordi behandlingen da blir et tryggere sted og gir mer rom for at en kan utebli fra timer, men allikevel komme tilbake timen etter uten at det er like mye skam assosiert med det.

Jeg tror kanskje også at det er fint for dem å vite at det er tematisert, så slipper det å bli en sånn voldsom ting som det ikke går an å prate om. Så de har en opplevelse av at det er trygt å ikke komme en gang.

Samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer kan gjøre det klarere hvilke ulike ansvar og roller pasient og behandler har. Samtalen kan bidra til å tydeliggjøre at pasienten har ansvaret for å gjøre innsatsen, mens behandler kan være med på veien som støtte og veileder. Ulf forklarte budskapet i samtalen slik: «Da tydeliggjør jeg at det er både deres og mitt prosjekt, som faktisk krever noe [...] ansvars- og arbeidsfordeling rett og slett»

Ulf viste til at det å referere til fravær fra forrige oppsatte behandlingstimer, er en måte for behandler å tydeliggjøre at han legger merke til og husker hva pasienten gjør. I tillegg til at det viser at behandlerne er nysgjerrige på pasientens liv og at det betyr noe om de møter opp eller ikke. Dette ble gjort gjennom utsagn som «Jeg tror det er mer sannsynlig at de føler seg sett og tatt på alvor egentlig da. Og at vi legger merke til at de ikke er her.»

Finne praktiske løsninger.

Samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer kan fungere som en inngang til å finne praktiske måter å redusere andelen uteblivelser. Dette kan være gjennom å finne grunnene til uteblivelsene, gi råd og tilrettelegge behandlingen for å gjøre det lettere å møte opp. Ulf beskrev at samtalen om uteblivelse kan gi pasienten bedre forutsetning for å kunne møte opp, i dette sitatet: «Ofte vil jo det å ikke møte ha en grunn, og det å tematisere eller finne grunnen til det vil jo kunne gi bedre forutsetninger for at en skal kunne greie å gjøre at de kan møte i fremtiden.". Dette viser hvordan samtalen kan være en måte behandlerne kan være på tilbudssiden og tilby tilrettelegging og gi konkrete tips som hjelper pasienten å komme til behandlingen.

Videre kom han med et eksempel for om å være på tilbudssiden med spesielt bekymrede og usikre pasienter: "Kanskje vi kan se på måter vi kan gjøre timene mindre intense for deg sånn at du slipper å bli så stressa at du ikke klarer å møte opp". Når dette identifiseres kan man da redusere noen av de stressende momentene med behandlingen så det er en lavere terskel for å komme.

Ambivalens

Hovedtemaet “Ambivalens” ble avdekket ettersom alle behandlerne beskrev flere usikkerhetsmomenter som de kjente på i forbindelse med samtalen om uteblivelse, som skapte en indre ambivalens hos dem. De usikkerhetsmomentene som var mest gjentatt i intervjuene og da trolig mest sentrale er dekket gjennom temaene “Handler uteblivelse om behandlingen eller noe annet”, “Når er en samtale om uteblivelse hensiktsmessig?” og “Samtalens opplevde effekt”. I tabell 8 er det en oversikt over tilhørende tema og undertema til hovedtemaet «Ambivalens».

Tabell 8

Oversikt over tema og undertema tilhørende hovedtema «Ambivalens»

Hovedtema	Tema	Undertema
Ambivalens	Handler uteblivelse om behandlingen eller noe annet?	Samtalen er viktig
	Samtalens opplevde effekt	Samtalen kan ha en negativ påvirkning
	Når er en samtale om uteblivelse hensiktsmessig?	Samtalens effekt er usikker

Handler uteblivelse om behandlingen eller noe annet?

Behandlerinformantene beskrev hvordan de slet med å forstå hva uteblivelse representerte. Om uteblivelsene var tilfeldig, var knyttet til behandlingen eller beskrev hvordan pasienten hadde det akkurat da. Flere ganger ble det beskrevet hvordan fravær fra timer kan være et symptom på pasientens nåværende psykiske helse tilstand. Både når det kommer til generell fungering, psykisk helse og rusbruk. Ulf sa: “Da forstår jeg det ofte i lys av å ha en tøff dag da. Har sterk angst, eller er veldig nedstemt, eller har skikkelig abstinenser, eller er rusa eller noe sånt”. Han uttrykte at det i tilfeller av høyt fravær og symptomtrykk kan være behov for mer hjelp og videre behandling for å oppnå et mer stabilt oppmøte.

Ulf tok opp hvordan han aktivt må vurdere om det er elementer ved han som behandler, ved pasient eller relasjonen dem imellom som kan forklare det ustabile oppmøte.

“Og da kan man jo spørre seg hva som ligger hos pasienten og hva som ligger hos en selv, og hva som ligger i dynamikken mellom oss.”

Ulf fortalte at han har erfart at mange pasienter har ambivalente følelser knyttet til behandlingen. Han forklarte hvordan dette kan bidra til at pasienten lettere opplever små eller større utfordringer i hverdagen som et reelt hinder fra å møte opp. ”Jeg tror jo at hvis du har en stor ambivalens til om du vil slutte med rusmidler, eller gå i behandling, da er det lettere at andre grunner blir mer tungtveiende.”

Samtidig beskriver behandlerinformantene gjentatte ganger at hvert fravær har sin egen forklaring som kan skyldes en kombinasjon av flere faktorer. Ulf fortalte om betydningen av å ikke overvurdere hvor stor rolle en som behandler og behandlingen har i livet til pasienten til enhver tide. Det er mye som skjer i pasientens liv som kan påvirke oppmøte, der behandleren og behandlingen er to faktorer av mange. “Vi er jo bare en person de møter en gang i uken eller annen hver uke. De har et helt liv med masse greier [...]. Så det er vanskelig å vurdere altså hvor mye vi har å si.”

Samtalens opplevde effekt

Om samtalen om uteblivelse hadde en positiv, negativ eller nøytral effekt på pasienten er noe behandlerne uttrykte usikkerhet rundt. Alle behandlerinformantene uttrykte at de så en verdi i å ha samtalen, samtidig som flere beskrev opplevde eller fryktet negativ påvirkning på pasienten, relasjonen og behandlingen gjennom å ha samtalen. I tillegg ble det beskrevet en generell usikkerhet rundt om samtalen har en påvirkning i det hele tatt.

Samtalen er viktig

Flere behandlerinformanter beskrev hvordan det å ha samtaler om uteblivelse antas å ha en nyttig effekt på pasienten og behandlingen, uavhengig av hva utfallet av samtalen er. De fortalte om hvordan dette er en naturlig samtale å ha med pasientene, spesielt siden ærlighet i møte med vanskelige samtaler er viktig for god behandling. Slik som Ulf bemerket “[Det er] kjempeviktig å snakke om det uansett hva utfallet blir [...], det er jo tilbake til den ærligheten.”

Ulf beskrev hvordan det å ikke prate om uteblivelse etter en eller flere uteblivelser fra time, blir lagt merke til av pasienten. Dette kan føre til unødvendig skam rundt det å ikke ha fått til å møte opp. Derfor kan det å snakke om uteblivelse ansees som en del av behandlerens ansvar.

De legger merke til det hvis vi ikke snakker om det og så kan det også bli litt en sånn skamfleck, elefanten i rommet som ingen prater om. Vi må prate om elefantene i rommet, det er litt jobben vår. Så sånn sett tenker jeg at det er viktig uansett.

Ulf fortalte videre hvordan det å ha hatt samtalen om uteblivelse i starten gjør at det er lettere å ta opp temaet senere når det blir aktuelt. “Jeg synes det er veldig bra for da har du primet den praten til senere.”

Samtalen kan ha en negativ påvirkning

Gjennomgående ble det beskrevet at det er krevende å ta opp manglende oppmøte etter uteblivelse, da dette kan vekke følelser eller reaksjoner i pasienten som er vanskelig å forholde seg til. Måten pasientene kan reagere på gjør at behandlerne får en opplevelse av at de anklager pasientene for noe, når de egentlig har intensjon om å utforske temaet. De beskrev hvordan de jobber aktivt for å formulere seg på måter som ikke blir forstått som straffende eller sinne, men at det ikke alltid går. For eksempel beskrev Ulf et pasientmøte: “[Hen] blir litt sånn krypende. Den er litt krevende å forholde seg til synes jeg.”

Videre delte Ulf hvordan samtalen kan oppleves belastende for pasienter som allerede har mye å slite med, og da gjør vondt verre. “Jeg kan vel av og til lure på om jeg legger en ekstra stein til byrden ved å komme med pekefingeren.”

Ulf delte om opplevelser med pasienter der det har vært dårlig oppmøte og samtalen har gjort behandlingen videre noe vanskeligere. Han forteller at han har tematisert uteblivelse, noe som har ført til bedret oppmøte en stund før det går tilbake til å være ustabil igjen. Da kan det oppleves naturlig å avslutte behandlingen, samtidig som pasienten viser periodevis egenmotivasjon som gjør det vanskelig for behandler å vurdere veien videre.

Og da er min opplevelse ofte at det kan være perioder der en møter lite, og så når det blir snakk om å avslutte, blir det plutselig veldig viktig, og da holder de veldig hardt igjen, og gjør det veldig vanskelig å avslutte slik som planen var. Og så prøver man på nytt og så blir det en sånn runddans. [...] en runddans av ikke-møtt og viktig å komme i behandling.

Behandlerinformantene beskrev også hvordan de kan oppleve samtalen om uteblivelse som personlig utfordrende basert på hvilke følelser problematikken vekker hos dem. Spesielt trakk de frem følelsene irritasjon, oppgitthet og frykt, i tillegg til tristhet og lettelse. Ulf beskrev dette på følgende måte:

Om jeg skal prøve å være helt ærlig, så noen ganger blir jeg lei meg på vegne av pasienten. [...] Noen ganger blir jeg letta, fordi pasienten gjør noe med meg som gjør det ubehagelig å ha [hen] her. [...] uansett hvilke av de følelsesreaksjonene jeg får så må jeg på en måte prøve å se det litt ovenfra og handle på samme måte overfor alle [...] men vi blir jo farget av følelsene vi har så det er ikke alltid gitt at man klarer det.

Ulf beskrev videre hvordan det tar en del tankekraft når pasienten ikke møter til time. Både fordi han lurer på om han har gjort noe feil og vurderer hvordan han skal forstå det manglende oppmøte. Samtidig tar det mye tankekraft å finne ut hvordan han skal møte pasienten i etterkant og ha samtalen om fraværet.

Jeg lurer på hva som skjer, blir ukonsentrert [...] lurer på om det er noe som jeg har gjort galt, om jeg har gjort en litt uklar avtale [...] jeg kan bli litt ufokusert i en periode [...] det kan bli litt ineffektivt.

En liknende beskrivelse hadde Ulf for de tilfellene der pasientene forklarer fraværet med praktiske årsaker. Han fortalte at slike forklaringer har en tendens til å begrense samtalen. Ulf forklarte hvordan han ofte kan lure på om fraværet handler om noe mer eller noe annet, og kan ønske å gå dypere. I disse tilfellene impliserer de utdypende spørsmålene en form for tvil ved pasientens ærlighet, noe som gjør at det kan oppleves relasjonelt vanskelig å stille flere spørsmål. Dette vekker igjen en frykt for potensielt å skade den terapeutiske alliansen.

Det som kan være vanskelig er at det ofte er noen praktiske grunner som kommer opp [...] et eller annet sånn ufarlig som kommer opp som grunn. Og så har jo jeg en tanke om at det ofte er noe som ikke er så ufarlig som er medvirkende årsak, og det å komme inn til det, det kan være vanskelig. Da stiller du samtidig spørsmål ved den grunnen som pasienten oppgir.

Samtalens effekt er usikker

De fleste behandlerinformantene har uttrykt en tro på at samtalen kan ha negative konsekvenser, samtidig som de tenker samtalen er viktig. I tillegg delte de hvordan det kan variere fra pasient til pasient, og samtale til samtale hvor god effekt samtalen om uteblivelse har, og at utfallet av samtalen kan være en kombinasjon av positive og negative konsekvenser. Ulf beskrev hvordan samtalen om uteblivelse til tider hjelper, men ikke alltid.

“Ja, jeg tror det hjelper litt noen ganger. Andre ganger føler man at man bare står og stanger, at det ikke hjelper.”

Videre fortalte han om store individuelle forskjeller mellom pasientene. Dette gjør at samtalen til tider kan være nyttig, mens den andre ganger betyr lite eller tvert imot gjør vondt verre.

[Det er] veldig ulikt. For noen så påvirker det veldig og for andre så har det mindre betydning, og til noen så kan det kanskje påvirke negativt og. At man da føler seg mer mislykket igjen.

Ulf beskrev en tro på at samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer har en positiv påvirkning på utviklingen i behandlingen, men at han ikke alltid ser det i praksis. Og om bedring oppnås relatert til oppmøte så kan det ofte være kortvarig før pasienten går tilbake til samme mønster igjen. Dette antas å komme av at samtalen ikke øker den indre behandlingsmotivasjonen hos pasienten.

Noen ganger, men ikke alltid. Litt sånn 50-50 kanskje. Jeg tror at hvis det hjelper så hjelper det på kort sikt og så er de litt tilbake i det samme. Men jeg tror fremdeles det er viktig å snakke om det.

Når er en samtale om uteblivelse hensiktsmessig?

Et flertall av behandlerne formidlet at de ønsker å dedikere mer tid på samtalen, og at den, når den prioriteres, oppleves som nyttig. Samtidig uttrykket alle behandlerinformantene at de synes det er vanskelig å prioritere denne samtalen. Dette mente de både handler om at andre tema kan oppleves viktigere i øyeblikket, og at tiden med pasientene ikke oppleves å strekke til. Spesielt trakk behandlerinformantene frem at flere av pasientene har et høyt symptomtrykk, og at dette er med på å øke opplevelsen av press for å komme i gang med konkret behandling. De uttrykket at dette ofte fører til at samtalen om uteblivelse virker mindre viktig og kan fremstå som en tidstyv heller enn en viktig prioritering. Ulf beskrev det slik:

Jeg kjenner en forpliktelse til å komme fortest mulig inn i det de trenger hjelp med fordi jeg syntes det blir så marginalt den tida jeg har til hver enkelt [...] Så inne i mitt hode så tenker jeg at jeg ikke har tid til det [samtalen om oppmøte].

Ulf beskrev hvordan det er vanskelig å forme samtalen på en måte som blir nyttig for pasienten og behandlingen. «Det som er utfordrende er kanskje både det å ta det opp nok, ta det opp på en måte som gjør at man får gode samtaler rundt det og faktisk får noe produktivt ut av det».

Behandlerinformantene beskrev at de ofte stiller seg spørsmål til om pasienten er på et sted i livet der de har nytte av mer fokusert og krevende behandling, eller om intensiteten i behandlingen burde reduseres en liten stund, eventuelt om behandlingen burde avsluttes helt. Ulf fortalte at pasientene kommer for behandling, men ofte kan de ha mer behov for andre former for hjelp. De kan for eksempel ha behov for støttesamtaler eller hjelp med å løse praktiske, økonomiske eller relasjonelle utfordringer. «Det blir fort brannslukking. Og av og til tror jeg det er litt brannslukking som driver dem til å komme til timene». Selv med en intensjon om behandlingsfokus i timene, blir mer presserende tema ofte prioritert. I slike tilfeller uttrykket behandlerne at de er usikre på om det er hensiktsmessig å ta opp manglende oppmøte.

Ulf delte også tanker om at PUT krever mye fra pasientene. Han uttrykte forståelse for at krav om å være tidsnok, være nykter og i tillegg være villig til å snakke om vonde og vanskelige tema kan gjøre det utfordrende for pasienten å møte til timer. Ulf beskrev hvordan dette kan føre til at han gir mer rom for gjentatte uteblivelse fra behandlingstimer og i tillegg legger ned mye arbeid i å opprettholde et behandlingsløp. Selv om dette kan føles rett, stilte han og spørsmålsteget ved hvorvidt dette er hensiktsmessig, eller om det også kan være uheldig for pasienten at behandler løsner på kravene på denne måten. Ulf beskrev det slik:

Så jeg har gitt [hen] mange sjanser, og det er ikke sikker at det er lurt heller. Det kan hende at jeg misviser, eller at jeg er med på å opprettholde et eller annet også, det er veldig vanskelig å si om det er lurt eller ikke.

Diskusjon

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvordan det er for pasienter og behandlere ved PUT å snakke om uteblivelse fra behandlingstimer når ustabil oppmøte er et problem. Dette siden uteblivelse fra timer er et gjentakende fenomen i rusbehandling og vil da være noe både pasienter og behandlere må forholde seg til jevnlig. Gjennom intervju av syv pasientinformanter ved PUT og tematisk analyse av dette ble det funnet tre hovedtema: «Det krevende relasjonelle», «Tilpasse seg pasientens behov» og «God kommunikasjon om vanskelige tema». Her var det større fokus på en del forutsetninger pasientinformantene ønsker at skal være til stede før samtaler om vanskelige tema, slik som uteblivelse, blir tatt opp. Det ble intervjuet fem behandlere ved PUT og gjennom tematisk analyse ble det identifisert to hovedtema: «Samtalen er en fasilitator» og «Ambivalens». Her var det stor enighet om at samtalen om uteblivelse er viktig i behandlingen, men at behandlerne kjenner på en del usikkerhet rundt hvordan de skal ta opp temaet.

Hva trenger pasienten nå?

Pasientinformantene ga tydelig uttrykk for å være opptatt av at behandler må stille spørsmål rundt de antakelsene de gjør seg om uteblivelse, spesielt ved å stille åpne spørsmål rundt dette. Pasientinformantene ga uttrykk for at uteblivelse i noen tilfeller kommuniserer behov og vansker de har i møte med behandlingen. Dette er utfordrende for behandler med tanke på at uteblivelse i teorien kan være uttrykk for mange ulike behov og vansker, og det kan være krevende for behandler å tolke hvilke som gjelder for hvert tilfelle. Robin for eksempel beskrev hvordan hun kommuniserte vansker i den terapeutiske alliansen gjennom uteblivelse. Hun beskrev både at hun manglet tillit til behandleren og at dårlig kjemi med behandleren gjorde det vanskelig å snakke om ting i timene. Dette førte til uteblivelser og til slutt frafall fra behandlingen. I tilfeller som Robin beskrev, blir det tydelig at det er viktig at behandlerne stiller åpne spørsmål rundt uteblivelse fra behandlingstimer slik at det blir lettere for pasienten å dele om eventuelle relasjonelle og andre vansker.

I intervjuene med behandlerinformantene kom det tydelig frem at behandlerinformantene kjenner på en usikkerhet relatert til hvordan de skal forstå uteblivelse. Tanken om at individuell tilpasning fordrer en viss forståelse for hva uteblivelse betyr for pasientene gikk igjen blant behandlerne. Samtidig var de klare på at dette er vanskelig i praksis, særlig fordi det er så mange faktorer som kan påvirke oppmøte. Flere behandlerinformanter trakk frem at heterogeniteten i pasientgruppen gjør det ekstra utfordrende å forstå uteblivelse fra behandlingstimer på gruppenivå, i tillegg til at de sliter med å forstå de individuelle uteblivelsene. Pasientene ved PUT er ulike med tanke på alder,

utviklingsstadier og livssituasjon, samt grad av rusproblematikk (Lavik et al., 2018). Behandlerinformantene forklarte at det er store forskjeller mellom pasienter som har utfordringer knyttet til mindre omfattende bruk av rusmidler, og pasienter som har en gjennomgripende avhengighet og nær kontakt med kriminelle miljøer. Dette støttes av annen forskning (Fekjær, 2016, s. 247).

Om uteblivelse på individnivå beskrev behandlerinformantene hvordan de ofte lager seg hypoteser om hva uteblivelsen skyldes, men at det er vanskelig å vite hva som faktisk gjelder for pasienten. De hyppigere hypotesene om hva fraværet handler om, ble for det første knyttet til pasientens opplevelse av foregående behandlingsmøter. Et sentralt element behandlerinformantene trakk fram var grubling rundt om det var noe som kunne ha ført til brudd på den terapeutiske alliansen i foregående behandlingstime. Fravær fra behandlingstime og brudd i terapeutiske allianse er funnet å korrelere, av annen forskning (Anderson et al., 2019; Gülüm et al., 2018). En annen hypotese som går igjen hos behandlerinformantene er at uteblivelsen kommer av ambivalens rundt å slutte med rusmidler, eventuelt at pasientene har hatt tilbakefall. Antakelser om ambivalens til behandlingen er naturlig da ambivalens til all terapeutisk behandling er vanlig (Miller & Rose, 2013), og er spesielt fremtredende i behandling av problematisk rusbruk (Andresen, 2021, s. 375). Samtidig trenger ikke det å være forklaringen for hver uteblivelse, og behandlerinformantene la tydelig vekt på at hvert tilfelle må forstås i sin individuelle kontekst.

En åpen samtale rundt uteblivelse fra behandlingstimer kan være en mulighet til å sjekke inn med pasientens behov og prøve å forstå hva uteblivelsen potensielt kommuniserer. Dette vil og kunne gi muligheter til å jobbe for å gjøre behandlingen og relasjonen tryggere for pasienten. Dette var noe behandlerinformantene uttrykket at de er opptatt av. De gjorde det tydelig at det er viktig for dem å tilpasse sin generelle tilnærming til pasienten basert på pasientens unike behov. Dette ble beskrevet å ha stor betydning også for pasientene. Begge informantgruppene var enig om at det å tilpasse aspekter i behandling som fokus, kommunikasjonsstil og tempo til den unike pasienten, er viktig for god terapeutisk allianse og behandling. Det at behandlingen og relasjonen må være individuelt tilpasset støttes av litteraturen (Kazdin, 2009). En utfordring med denne tilpasningen er at det da blir vanskeligere for behandlerinformantene å vite hvordan de skal møte pasientene og hvilken tilnærming de skal ha til ustabil oppmøte som problematikk og tema. Behandlerinformantene beskrev hvordan det kan være utfordrende å balansere pasientens unike behov for den aktuelle behandlingstimen, og behandlerinformantenes eget ønsket om å ta opp uteblivelse.

De delte at dette ikke nødvendigvis tydelig sammenfaller på en måte som gjør at det er lett å gjøre begge.

En annen utfordring knyttet til individuell tilpasning handler om tidsbruk, og at behandlerinformantene trenger mer tid på å forberede seg for hver time når hver time skal individuelt tilpasses. Dette kan være vanskelig å få tid til i en hektisk therapeutverdag, noe som kan gjøre at behandlerinformantene kan bli nødt til å komme til timene mindre forberedt enn de skulle ønske. Det er et gjennomgående press på helsevesenet i dag knyttet til produktivitet og effektivitet, noe som skyldes at det er mange som trenger hjelp (Orvik, 2015, s. 97). Det er funnet at dersom behandler bruker tid på å forberede seg både praktisk, mentalt og emosjonelt før timen, vil behandlingstimen oppleves bedre for pasienten (Geller & Greenberg, 2012; Dunn et al., 2013). Det kan være hensiktsmessig å sikre at behandlerne ved PUT har en arbeidshverdag der det legges til rette for at behandlerne får tilstrekkelig med tid til forberedelser mellom pasientavtalene.

Har vi en god nok relasjon for denne samtalen?

Et av hovedtemaene fra pasientintervjuene var «Det krevende relasjonelle» som beskriver pasientinformantenes behov for at det relasjonelle mellom pasient og behandler står sterkt i fokus, spesielt i starten av behandlingsrelasjonen. Pasientinformantene fortalte at de trenger tid for å bli trygg i relasjonen og allikevel er det utfordrende å være ærlig. Dette er en gjennomgående utfordring i psykoterapi generelt, og spesielt i starten av forløpet (Johansson & Eklund, 2003). Pasientinformantene trakk frem at en av utfordringene med å være ærlig overfor behandler gjerne handler om at det å bli trygg på den andre tar tid. Dette er utfordrende i en avgrenset behandlingsrelasjon der det er et ønske om høyere effektivitet i helsesystemet. Behandlerinformantene beskrev også at de så at pasientene kunne trenge ekstra tid for å bli trygg. Samtidig beskrev de en frykt for at det å ha for mye fokus på trygging og relasjonen kan gjøre at behandlingsfokuset kan tapes noe og være vanskeligere å gjenhente. Dette er noe som er beskrevet av andre når det kommer til alliansebygging i psykoterapi (Beck, 2011, s. 72-77; Duncan et al., 2010, s. 25-50).

Alle pasientinformantene kom inn på viktigheten av en trygg relasjon til behandleren, og trakk frem at de trenger en personlig relasjon. De beskrev hvordan den personlige relasjonen gjør det lettere å være ærlig med behandler, både i vanskelige samtaler og i behandlingen generelt. Flere begrunnet dette med at personlig kontakt skaper en følelse av at behandler bryr seg. Pasientinformantene beskrev hvordan de ønsker at behandler skal vise interesse for hele dem som et menneske, og ikke bare fokusere på symptomer, diagnoser og behandlingsprogresjon. Her trakk de spesielt frem hvordan de ønsker at behandler skal være

nysgjerrig på hva pasientinformantene interesserer seg for i livet og hva pasientinformantene er motivert for i behandlingen. Pasientinformantene delte at behovet for personlig kontakt ofte kunne føles større enn hva de opplever at behandleren tilbyr.

Samtidig la de vekt på at mange behandlere gjør mye bra for å gi en opplevelse av personlig kontakt. Et eksempel på dette handlet om at behandler ikke gir dem opp og avslutter behandlingsløpet selv om de ikke alltid prater i behandlingstimene. I tillegg delte pasientene at en personlig og tryggere relasjon også bygges gjennom kontakt utenfor behandlingstimene. De beskrev hvordan de følte seg sett som noe mer enn bare en arbeidsoppgave når de fikk påminnelser og korte samtaler på melding eller når de ble oppringt ved uteblivelse. Pasientinformantene ga uttrykk for at dette bidrar til tillit og relasjonsbygging. De ga uttrykk for at det både bidrar til motivasjon knyttet til å møte opp til behandlingstime, og til det å være aktiv i behandlingen. Flere pasientinformanter delte også at en personlig relasjon til behandler kan gjøre det lettere å si ifra til behandler dersom de ikke kan eller tørr å komme. For pasientene handler dette blant annet om at terskelen for å ringe direkte til behandler er lavere enn terskelen for å ringe til merkantile dersom de ikke kan møte til time. Dette er i overensstemmelse med mye av forskningen på terapeutisk allianse, der en sterk terapeutisk allianse gjør de fleste aspekter av behandlingen lettere for pasienten, men at det også tar en del tid å etablere en slik relasjon (Horvath & Luborsky, 1993; Beck, 2011, s 63-65).

Flere av pasientinformantene rapporterte utfordringer knyttet til det å være ærlig med behandleren sin. Dette er i tråd med studier som er gjort med personer med mye selvdestruktiv atferd, slik som skadelig bruk av rus og rusmiddelavhengighet. Studiene viser at disse personene ofte har større problemer med å være ærlige og oppriktige i behandlingen enn andre. I mange tilfeller forhindrer dette en god terapeutisk prosess, noe som øker risikoen for ustabil oppmøte og frafall (Cersosimo & Farber, 2021). Kleiven og kollegaer (2020) fant i sin studie at pasienter holder tilbake informasjon når de frykter negative emosjonelle konsekvenser som kan komme ved å dele. Dette er noe Alex også har beskrevet. En stund hadde han et behov for å unngå å være ærlig for at «det ikke skulle rakne» for han. Han opplevde selv at han måtte unngå å være ærlig om det som virkelig var vanskelig for at han skulle holde seg fungerende i hverdagen. Dette er også i tråd med forskning som viser at rusproblematikk og andre psykiske plager ofte handler om å unngå egne, vonde følelser (Sawer et al., 2018).

Dette må behandleren være oppmerksomme for, og finne måter pasienten og behandleren kan samarbeide for å gjøre det lettere for pasientene å være ærlige. Parallelt kan

det være hjelpsomt å finne måter å redusere de opplevde negative emosjonelle konsekvensene av å være ærlig. Kleiven og kollegaer (2020) fant at spesielt frykt kan komme i veien for å være ærlig. Det frykten primært handlet om, var de intense negative emosjonene som kan følge av å dele, opplevelsen av å stå fast, og usikkerhet rundt om egne indre opplevelser er verdige behandlerens tid. Dette er noe behandlere bør være bevisste på og det kan være hensiktsmessig å jobbe for å redusere pasientenes potensielle usikkerhet på disse områdene.

Frykten for å vise sitt sanne jeg gjennom å være ærlig med behandler vil i mange tilfeller handle om skam. Både behandlerinformantene og pasientinformantene beskrev at det å ha uteblivelse fra time kan bidra til skam. I tillegg vil det være naturlig å anta at skammen over ikke å møte til time ofte vil bygge på skammen knyttet til rusbruk og andre belastninger i pasientens liv. Strategier for å håndtere skam kommer i mange tilfeller i veien for både oppmøte og ærlighet overfor behandler. Blant annet kan noen mestringsstrategier komme til uttrykk gjennom ulike former for benektelse, hemmeligholdelse og bortforklaringer (Andresen, 2011, s. 255). Ved å ikke ærlig om fraværet sitt kan pasientene gå glipp av viktige muligheter til å oppleve behandlerens bekræftelse og anerkjennelse for det de faktisk strever med, noe som kunne bidratt til å redusere skammen i seg selv (Black et al., 2013; Andresen, 2021, s. 360). Å unngå heller enn å være ærlig kan få uheldige konsekvenser for pasientens psykiske helse og nærhet til viktige andre, samtidig som det kan bidra til en svekket terapeutisk allianse og behandlingsprogresjon (Black et al., 2013).

Selv som pasientinformantene uttrykket at det er vanskelig å være ærlig med behandler, fortalte de også at spørsmål rundt ustabil oppmøte og uteblivelse fra behandlingstimer bør stilles fordi det gir pasienten en mulighet til å prøve å være så ærlig som de kan. Dersom de klarer å forklare hva som har skjedd, er dette en relasjonell mulighet der behandler kan vise nysgjerrighet, forståelse og aksept, som videre kan styrke den terapeutiske alliansen. I tillegg kan behandler se behandlingen tydeligere fra pasientens side og bedre forstå pasientens behov og hull i forståelse. Synet på at samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer kan være hensiktsmessig støttes av litteraturen. Det å gjenkjenne og å prate om det som er skamfullt ansees å være en hensiktsmessig måte å håndtere skam på, blant annet med tanke på å redusere den (Dolezal, 2015; Jones & Crossley, 2008). Å snakke om uteblivelse fra timer kan med andre ord gi pasienten en mulighet til å oppleve anerkjennelse og aksept fra behandler. En slik aksept og støtte er viktig både fordi den symboliserer at behandler bryr seg om pasienten ubetinget oppmøte, samtidig som aksept og bekræftelse tilfredsstillende selve behovet bak skamfølelsen, og dermed kan bidra med å redusere denne (Stiegler, 2020, s. 61).

Hvordan kan man ha en samtale om uteblivelse fra behandlingstimer?

Både pasientinformantene og behandlerinformantene tok opp viktigheten av at behandler initierer samtalen om uteblivelse og stiller åpne spørsmål rundt dette. Først og fremst ble det lagt vekt på at det å ikke ha samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer når ustabil oppmøte er et problem kan bli til “elefanten i rommet”. Dette kom til uttrykk både i samtaler med behandlerinformantene og pasientinformantene. Flere pasienter ga uttrykk for at det å initiere samtalen om uteblivelse er bedre enn å la være. En del mente at det å ikke spørre både kan bidra til at stemningen blir rar, og samtidig bidra til følelsen av at behandler ikke bryr seg og ikke tar tak i det som er viktig. Behandlerinformantenes oppfatning var i overensstemmelse med dette. De fortalte at de var motiverte for, og så det som sitt ansvarsområde, å ta opp ting som er utfordrende å prate om. De uttrykket et ønske om å gi pasienten en opplevelse av at det er mulig å ha en grei samtale om utfordrende tema.

Gjennom pasientintervjuene ble det klart at det å bruke tid på undring rundt uteblivelse kan gjøre det mindre skummelt å møte opp. De fortalte at de trenger at behandler viser nysgjerrighet rundt pasientenes eget perspektiv på det som er viktig for dem, og at behandleren stiller åpne og fordomsfrie spørsmål. Pasientinformantene formidlet også at de under vanskelige samtaler har et behov for at behandleren tilpasser fokus, tempo og mål etter pasientens aktuelle kontekst og situasjon. Robin beskrev hvordan hun kunne være veldig var for avvisning og da stenge seg inne. Dette gjør at behandleren må ha fokus på å se etter reaksjoner hos pasienten og følge med på om vedkommende stenger seg inne. Spesielt siden det å oppdage brudd i alliansen og jobbe med dette kan føre til bedre terapeutisk allianse og bedre behandlingsutfall (Chen et al., 2016).

Behandlerinformantene beskrev samtalen om uteblivelse som en fin anledning for å vise nysgjerrighet og oppriktig interesse overfor pasienten og samtidig få et bedre innblikk i det som rører seg i pasientens liv. Behandlerinformantene var entydige om at denne nysgjerrigheten og forståelsen er til fordel for den terapeutiske alliansen. Flere forskere har funnet at en behandler som viser oppriktig positiv aktelse for pasienten gjennom sin væremåte og fokus i spørsmålsstillingen gjør det lettere for pasienten å dele om vanskelige temaer (Farber et al., 2018). Samtidig er en åpen samtale om uteblivelse en mulighet for behandler å få mer innblikk i hva som kan forårsake uteblivelse, og slik som det er nevnt kan det være mange årsaker til uteblivelse fra behandlingstimer og det er kun pasienten som har innsikt i hva det skyldes. Det er funnet at det er gjennomgående vanskelig for behandlerne å ha innsikt i pasientens opplevelse av kvaliteten på behandlingstimen og relasjonen (Kivlighan

et al., 2014). Så den beste måten å få mer innsikt i dette er å spørre pasienten enten direkte i behandlingstimen eller gjennom kartleggingsinstrument.

Behandlerinformantene fortalte at de har mange hensyn å forholde seg til, blant annet fordi de er opptatt av å forstå uteblivelse, av å ha riktig fokus i samtalen og at samtalen har en god effekt. For behandlerne kan dette medføre en indre ambivalens i møte med ustabil oppmøte og uteblivelse. Ambivalens er funnet å føre med seg psykisk ubehag som kan skape en rekke reaksjoner slik som handlingslammelse, forvirring, skiftende atferd, spenning, trass og ustabil motivasjon (Andresen, 2021, s. 376). Dette støttes av beskrivelsene behandlerinformantene har av hvor vanskelig de opplever det er å vurdere hva som forårsaket fraværet. Denne indre ambivalensen tar en del kognitive ressurser, men skaper også usikkerhet i møte med pasienten. Dette gjør det mer utfordrende for behandlerne å være fullstendig til stede i møte med pasientene, noe som skaper flere utfordringer i behandlingstimen. Swift og kollegaer (2017) beskrev god inntoning til pasienten som det viktigste en behandler kan gjøre for å oppleves som hjelpsom for pasientene. Dersom pasientene opplevde at behandlerne var mindre oppriktig til stede med dem, beskrev de i studien at de opplevde seg dømt eller at behandleren ikke forsto dem. Dette kan likne på beskrivelser pasientinformantene i den aktuelle studien kom med og kan tyde på at mangel på behandlerens tilstedeværelse er uheldig for videre behandling.

Behandlerinformantene beskrev hvordan ustabil oppmøte og samtalen om dette vekker utfordrende emosjonelle reaksjoner hos dem selv. De fortalte at samtalen om uteblivelse er personlig utfordrende, og trakk blant annet frem frykt, irritasjon og oppgitthet som noen av de vanskelige følelsene som vekkes i dem. I tillegg er det å være behandler emosjonelt krevende og kan vekke frustrasjon over pasientens valg, eller frykt for å «mislykkes» som behandler (Hagen et al., 2019, s. 217). Det å møte pasientene etter en eller flere episoder av uteblivelse, med genuin empati og ubetinget positiv aktelse slik som Carl Rogers (1979) beskrev som et ideal i møte med pasientene. Dette kan oppleves ekstra utfordrende for behandlerne når de samtidig må håndtere utfordrende følelser i seg selv. Samtidig er det funnet at emosjoner som skuffelse, frustrasjon, bekymring og lettelse, kan ha en negativ påvirkning på både den terapeutiske relasjonen (Tishby & Wiseman, 2022) og behandlingens effektivitet (Lakitoi et al. 2020). Behandlers opplevelse av behandlingen er et viktig kompass for å vurdere veien videre, men de negative emosjonelle reaksjonene behandlerne kan oppleve bidrar potensielt til et mindre presist kompass. Det anbefales av Rokach og Boulazreg (2020) at behandler får tilstrekkelig tid til å ivareta egen mentale helse og prosessere det de opplever i behandlingstimen. Ifølge Hagen og kollegaer (2019, s. 230)

bør denne tiden blant annet innebære at behandlere får tid alene og i veiledning, både for å vurdere egne emosjonelle reaksjoner og for å se behandlingen mer objektivt.

De negative emosjonelle reaksjonene behandlerne kan oppleve øker deres stressnivå (Westmacott & Hunsley, 2016; Lakitoti et al. 2020) og stress er funnet å kunne føre til utbrenthet (Rokach & Boulazreg, 2020). Derfor er det viktig at behandlerne setter tydelige grenser for seg selv i sitt arbeid som terapeut for å redusere stressnivået og hindre utbrenthet. Pasientinformantene beskrev selv at de ikke nødvendigvis ønsket store endringer for å føle seg mer sett, ha en sterkere relasjon og bedre oppmøte. Flere beskrev ønsket om meldinger og telefonsamtaler for å holde kontakten mellom behandlingstidene og undersøke aktuelle behov. Isolert kan dette virke som en liten og overkommelig oppgave, men i en stressende hverdag kan slike oppgaver likevel føles mye. Det er derfor viktig at behandlerne følger med og finner en balanse der de ikke bruker for mye av sine egne ressurser på å følge opp pasientene sine, spesielt siden det er funnet at overinvolvering i behandlingen kan bidra til utbrenthet (Simionato & Simpson, 2018).

Behandlerinformantene beskrev at det å tematisere uteblivelse kan gjøre dem usikre, noe som gjør det vanskeligere å møte pasienten på en god måte. Det å være usikker på hensikten med fokus og tidsbruk i den terapeutiske samtalen kan gjøre behandler mindre til stede i øyeblikket. Dette trekker kognitiv kapasitet og det reduserer fokuset på pasientens aktuelle behov. Geller og Greenberg (2010) beskriver hvor viktig terapeutisk tilstedeværelse er, da det kan øke behandlerens evner til å lytte og inntone seg til pasientens tilstand, samt gjøre det lettere for behandler å respondere passende i øyeblikket. Med utgangspunkt i at uteblivelse kan vekke utfordrende emosjoner hos behandler og pasient og gjøre det vanskelig å være mentalt og emosjonelt til stede i behandlingstimen, kan økt fokus på å tilrettelegge for terapeutisk tilstedeværelse trolig være hensiktsmessig med tanke på å fremme god effekt i behandlingsløp ved PUT.

For behandlere i en situasjon preget av ambivalens, slik som flere behandlere ved PUT har uttrykt i forbindelse med samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer, peker Lavik og kollegaer (2018) på verdien av tilrettelegging og oppfølging fra arbeidsgiver. Ifølge Lavik og kollegaer kan arbeidsgiver bidra til å redusere vanskelighetene knyttet til samtaler om uteblivelse, særlig gjennom å regulere rammene for samtalen. Dette kan for eksempel handle om interne rutiner på hvor ofte og på hvilken måte man burde prate om uteblivelse.

Hva kan en samtale om uteblivelse fra behandlingstimer bidra til?

Samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer kan gi rom for nyttig refleksjon over egne valg, som for eksempel om hvorvidt fraværet handler om noe mer enn de grunnene de

selv oppgir. Dette er en viktig prosess der pasienten kan bli bedre kjent med seg selv, bli mer komfortabel med temaet uteblivelse og kan forebygge videre ustabil oppmøte (Gans & Counselman, 1996). Samtidig er det som behandlerinformantene trekker frem en mulighet for pasientene å få flere positive erfaringer med at det å ha utfordrende samtaler kan være givende og bra for relasjonen.

Et element som er lettere å være ærlig om er praktiske hinder fra å møte til behandlingen. Både pasientinformantene og behandlerinformantene delte tanker om at samtalen om uteblivelse har en praktisk funksjon. Behandlerinformantene fokuserte på at dette kan bidra til tilrettelegging, noe som inkluderte praktisk tilrettelegging, forståelse av behandlingen og psykoedukasjon for å forstå seg selv bedre. Pasientinformantene fokuserte mer på behovet for forutsigbarhet og informasjon der dette mangler. Flere pasienter påpekte at informasjonen om PUT og andre relevante tema virker tryggende med tanke på oppmøte gjennom å gjøre det lettere å forholde seg til det å være i behandling. Samtalen om uteblivelse kan føre til en metasamtale om behandlingen, noe som kan bidra til at behandlingen oppleves mer håndfast, oversiktlig og forutsigbar. For eksempel gjennom å få informasjon om PUT og behandlingen der, eller informasjon om forhold som kan være av betydning for deres mål og drømmer. Både behandlerinformantene og pasientinformantene trakk frem at det kan være viktig å sjekke inn om pasienten kan ha godt av et behandlerbytte, da det ikke er sikkert at denne behandleren og denne pasienten er den letteste kombinasjonen for en god behandlingsopplevelse. Det er gjort noe forskning på tilpasset matching av behandler og pasient, noe som er funnet å være hensiktsmessig i visse tilfeller (Behn et al., 2018). I tillegg er det en anbefaling fra Helsedirektoratet å vurdere om det er hensiktsmessig å ha behandlerbytte underveis i behandlingen (Helsedirektoratet, 2017).

Generelt, og særlig i forbindelse med uteblivelse, delte behandlerinformantene at de ønsket å oftere spørre pasientene om deres opplevelse av behandlingen. Behandlerinformantene trakk frem at samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer kan ha flere praktiske funksjoner. Blant annet kan samtalen være en god inngang til å gi psykoedukasjon om ulike symptomer og lidelser, noe som kan hjelpe pasienten å møte disse utfordringene i hverdagen. Her la behandlerne ekstra vekt på formidling rundt symptomer relatert til angst og ADHD, som er hyppige komorbide tilstander (Andersson et al., 2018). I tillegg kan samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer bidra til å redusere skam rundt det å ikke møte til timer. Dette gjennom at behandlerne normaliserer det å ha vanskelige følelser knyttet til behandlingen og det å ha vansker med å møte opp (Dolezal, 2015; Jones & Crossley, 2008).

Behandlerinformantene formidlet videre at det kan være viktig å spørre pasientene hvorvidt timingen knyttet til å være i et behandlingsløp føles riktig. I en del tilfeller kan pasienten ha mer behov for å fokusere på andre aspekt i livet på det aktuelle tidspunktet, og da kan det være hensiktsmessig å gjøre en avtale om å ta opp igjen behandling senere. Behandlerinformantene beskrev at en del pasienter lever i et kaos som gjør det vanskelig å ha fokus på å redusere rusbruk. Ofte er det mange andre presserende behov i livene deres. I mange tilfeller kan det da være hensiktsmessig å vurdere om pasientene trenger behandling, støttesamtaler eller noe annet, og diskutere hva PUT kan tilby i denne forbindelse. «Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» anbefaler at grunnene til uteblivelse burde undersøkes og at en bør vurdere å gjøre endringer knyttet til behandlingsrammer og tjenestenivå (Helsedirektoratet, 2017). Dette er i tråd med det behandlerinformantene fortalte om. Samtidig uttrykte Robin i pasientintervjuene viktigheten av å ikke bli gitt opp. For behandlerne blir det i praksis en balanseøvelse i å vurdere når det er hensiktsmessig å gi pasienten mer tid og flere sjanser, opp mot et eventuelt passende tidspunkt for å avslutte behandlingen ved PUT. Der behandler eventuelt anser det som hensiktsmessig å avslutte behandlingsløpet, vil det i tillegg være av stor betydning at denne beslutningen blir tatt og diskutert sammen med den aktuelle pasienten og på en måte som reduserer risikoen for at pasienten føler seg gitt opp på.

Styrker og begrensninger

En begrensning i denne studien var at pasientintervjuene ble gjennomført med hensikt å dekke tre problemstillinger for tre forskjellige hovedoppgaver med ulike fokus. Intervjuene ble gjennomført av forskjellige kombinasjoner av studenter, dette førte til at problemstillingene ble dekt i noe ulike grad i hvert intervju. Det antas at en del informasjon knyttet til problemstillingen i den aktuelle studien har gått tapt på grunn av dette, blant annet gjennom at naturlige oppfølgingsspørsmål knyttet til studiens problemstilling ikke har blitt stilt. Det er en tydelig forskjell på hvor fokuserte resultatene fra behandler- og pasientintervjuene er, da behandlerintervjuene var mye mer fokuserte. Dette har hatt betydning for prosessen med å identifisere tema, og ført til at temaene kom tydeligere frem i datamaterialet fra behandlerintervjuene enn i datamaterialet fra pasientintervjuene. Samtidig gjorde dette at flertallet av pasientintervjuene ble gjennomført med mer nøytrale intervjuere som gjorde at dataene trolig ble mindre farget av forfatterens meninger og antakelser.

En styrke i denne studien er likevel at både behandler- og pasientperspektivet kommer frem. Ved å ha med begge perspektivene var det mulig til å få tilgang til kunnskap om overlappende og ikke overlappende oppfatninger rundt samtalen om uteblivelse i de to

gruppene. Dette antas å være svært nyttig i arbeidet med å evaluere praksis og rutinger ved PUT tilknyttet uteblivelse, da basert på antakelsen om at både pasient og behandler er med på å definere hvilke faktorer som har innflytelse på oppmøte. I tillegg er det en styrke at den aktuelle studien fokuserer på ustabil oppmøte til forskjell fra frafall. Det er som tidligere nevnt en rekke studier på frafall fra innleggende behandling av problematisk rusbruk, men hvordan å forstå, møte og forhindre uteblivelse fra behandlingstimer og ustabil oppmøte er fremdeles lite studert.

Det å bruke kvalitative metoder for å innhente informasjon har sine fordeler og ulemper. En av fordelene ligger i muligheten til å gå dypere inn i temaet og få mer utfyllende svar fra informantene. Som ved bruk av tematisk analyse, har kvalitativ metode den fordel at en kan generere uforutsett innsikt, samtidig som en kan belyse likheter og forskjeller på tvers av datasettet (Braun & Clarke, 2006). På den andre siden vil det være flere faktorer som potensielt kan farge informasjonen man får fra intervjuene. For eksempel kan måten intervjuerne reagerer på informantenes svar påvirke hva informantene sier videre. Kvalitativ metode medfører også at det er rom for færre informanter enn det ville vært ved en kvantitativ studie. Dette skyldes at det er en tid- og ressurskrevende prosess å få kvalitative data klar til tolkning. En kvalitativ studie vil gi et tydelig bilde av hva de spesifikke, involverte informantene gjør seg av tanker og refleksjoner rundt de spørsmålene som stilles i den konteksten de befinner seg i. Dette kan som nevnt være en styrke, men innebærer samtidig en begrenset mulighet til å kontrollere funnene med en liknende studie og videre generalisere dem.

En begrensning ved tematisk analyse ligger i tolkningen av data. Metoden har stort fokus på beskrivelser, men når det kommer til å tolke dataene har tematisk analyse begrensninger (Braun & Clarke, 2006). Imidlertid trenger ikke dette å være et stort problem i denne studien, da å se etter de store linjene og å få innsikt i temaet har vært hovedmålet. En annen utfordring med tematisk analyse er at siden det er mindre konkrete retningslinjer så kan det bli overveldende å ta tak i dataene og velge retning for analysen (Braun & Clarke, 2006). Dette er opplevd å være noe unngått da tilnærmingen til analysen er opplevd å være passende, dette ved hjelp av å finne inspirasjon gjennom litteraturen og å få god veiledning.

Med tanke på styrken i hovedtemaene, temaene og undertemaene så var det noe ulik oppslutning i form av utsagn fra de ulike informantene. I behandlerintervjuene kom det raskt og tydelig frem ulike tema og hovedtema som er sentralt for problemstillingen. Disse ble gjennomgående beskrevet av de fleste behandlerne og ofte var det gjentatt flere ganger av samme behandler. Noe som ga større trygghet i at dette var gode hovedtema og tema.

Gjennomgående var det støtte fra alle eller over halvparten av informantene på behandlerensiden. På pasientsiden derimot var det noe begrenset med data knyttet til problemstillingen og intervjuene måtte analyseres dypere for å få en god forståelse av hva som kunne være relevante hovedtema og tema. Med pasientinformantene var det en opplevelse av at mer av informasjonen relatert til problemstillingen lå mellom linjene og i helheten av det de sa, noe som er mindre pålitelig og vanskeligere å få frem i studien.

Implikasjoner for klinisk praksis

Denne studien belyser noen aspekter av hvordan det er å være behandler og pasient ved PUT. Funnene gir implikasjoner som PUT og andre rustjenester kan dra nytte av å reflektere over med jevne mellomrom, blant annet for å sikre gode arbeidsforhold for behandlerne deres, i tillegg til å fremme et imøtekommende miljø for pasientene.

Det kan se ut til at det er fordelaktig å gjøre en evaluering av hva behandlerne er påkrevd å gjennomgå med pasientene i løpet av et behandlingsløp. Behandlerne uttrykket usikkerhet rundt hvordan de bør forholde seg til ustabil oppmøte og uteblivelse fra timer i samtaler med pasientene. Dette dreide seg i mange tilfeller om når og hvor ofte temaet burde tas opp. I forbindelse med oppstart av behandling virket det som det kan være en utfordring for behandlerne å prioritere samtalen om uteblivelse fra behandlingstimer når det er mange andre punkter som behandlingsstedet krever at behandleren går gjennom. Det kan derfor være nyttig å gjennomgå hva det er nødvendig å prioritere, og om det finnes måter å gjøre samtalen om uteblivelse til en prioritet.

Funnene i denne studien tyder på at det i en del tilfeller er en diskrepans mellom hva PUT formelt forventer av pasientene, og hva både pasientene selv og behandlerne deres oppfatter som realistiske og gode mål for denne pasientgruppen. Med bakgrunn i dette vil anbefalingen basert på denne studien dreie seg om å skape rom for refleksjon rundt de holdningene og målsetningene PUT har rundt oppmøte for pasientene sine. For det første kan en stille spørsmål rundt om det er hensiktsmessig å forvente at pasientene skal møte til alle behandlingstimer sine. Kanskje er det i noen tilfeller mer hensiktsmessig å for eksempel sette seg «mindre» mål i starten, som å si i fra ved fravær, eller lage en plan for hvordan en skal få til å møte opp og hva en bør gjøre dersom en ikke får til dette.

Videre kom det i den aktuelle studien frem at god behandling ofte handler om mer enn selve intervensjonen. Pasientene la for eksempel mye vekt på viktigheten av å fremme en trygg relasjon til behandler, og at behandler undersøker pasientens motivasjon. Behandlerne på sin side undret seg over om pasientene i noen tilfeller kan ha bedre nytte av andre former for hjelp, for eksempel støttesamtaler eller «drop-in» timer ved behov. I forlengelse av dette

kan det være fordelaktig se på holdninger innad i PUT knyttet til hva en anser som behandling, og dermed hva en vurderer som hensiktsmessig å prioritere tid på i behandlingstimer. Oppmøteproblematikk vil i mange tilfeller være knyttet til viktige tema slik som opplevd allianse og skam. Det kan derfor være nyttig å bygge opp under holdninger som bidrar til at uteblivelse og ustabil oppmøte blir enklere tema for behandler å prioritere i behandlingstimer.

Basert på resultatene i den aktuelle studien, kan det være hensiktsmessig å legge til rette for god tid til å bli kjent og etablere en allianse mellom behandler og pasient. Pasientinformantene som er snakket med har vært opptatt av at det kan ta tid å bli trygg på behandler, og at denne tryggheten er viktig for å kunne åpne seg og være ærlig med behandler. Å kunne være ærlig med behandler ble beskrevet som meningsgivende for både oppmøte og behandlingsforløpet. Pasientene ga også uttrykk for at en viktig faktor for å bli trygg på behandler handler om opplevelsen av at relasjonen til behandler er personlig. Alt i alt er dette en prosess som i de fleste tilfeller krever tid, noe det kan være verdt for PUT å legge til rette for strukturelt eller på andre hensiktsmessige måter.

Sist, men ikke minst kan det potensielt være nyttig å legge til rette for at de ansatte ved PUT kan ha jevnlig samtaler med hverandre om hvordan det oppleves for dem å møte pasientenes mestringsstrategier rundt skam, og hvordan de på best mulig måte kan møte slike pasientopplevelser på en konstruktiv måte. Behandlerne vil kunne oppleve at deres arbeidshverdag påvirkes negativt av uteblivelse fra behandlingstimer. Selv om behandlerne har delt mange tanker om hvordan de ideelt sett ønsker å møte sine pasienter, har de vært ærlige om at dette ikke alltid er så like lett i praksis. En utfordring med uteblivelser fra timer er at det er uforutsigbart, noe som gjør at behandler forbereder seg til time og bruker mye tid på å vente og ringe etter pasienten. Det kan fremstå som behandler får frigitt tid, men i realiteten tar det tid og ressurser fra behandleren både praktisk med tanke på oppfølging og emosjonelt og kognitivt for å stå i opplevelsen av uteblivelse. Tiltak her kan være viktige grep med tanke på å ivareta behandlerne personlig, gjennom at de føler seg støttet og forberedt i møte med eventuelle vanskelige følelser i seg selv og pasienten (Rokach, & Boulazreg, 2020). Et eksempel på et tiltak kan være ukentlige møter for drøfting, lufting av opplevelser i terapirommet, og øvelse eller rollespill med kollegaer, for eksempel rundt vanskelige elementer i samtaler om uteblivelse. Disse og andre eksempler på tiltak bør diskuteres og utarbeides i samarbeid med behandlere ved PUT.

Implikasjoner for videre forskning

I denne studien er det oppnådd et innblikk i en gruppe pasienters og behandleres opplevelse av samtalen om uteblivelse. Det er fremdeles behov for videre forskning for å forstå oppmøteproblematikk og hvordan behandlere skal møte dette i etterkant. Pasientene var utfordrende å rekruttere og ga mindre konkrete informasjon om opplevelsen av samtalen noe som kan være nyttig å undersøke nærmere. Behandlerinformantene var derimot enklere å rekruttere og ga mye informasjon om sin opplevelse av samtalen om uteblivelse. De beskrev mye usikkerhet i møte med fenomenet og møtet med pasienten. Her kan det være nyttig å gå dypere inn på de ulike usikkerhetsmomentene de kjenner på for å gjøre dette lettere og bedre for både behandler og pasient.

I denne studien kom det frem hvor utfordrende det er å få innblikk i pasienters opplevelse av ustabil oppmøte. Det var utfordrende å rekruttere pasienter med fravær fra timer, da de enten ikke ønsket å bli kontaktet, ikke svarte ved kontakt eller møtte opp til intervju. En andel møtte opp og gjennomførte intervjuene, men det er mulig at denne pasientgruppen har andre kjennetegn enn de som ikke var kontaktbar når det gjaldt intervju. Pasientgruppen som ikke ønsket eller fikk til å møte til intervju, ville trolig beskrives som «vanskelige å nå» (Kauffman et al., 2013). Pasientinformanter som er «vanskelig å nå» befinner seg gjerne i en situasjon som gjør dem utfordrende å rekruttere til forskning. Det at det er vanskelig å få tilgang til deres opplevelser gjør at det er begrenset med informasjon om hvilke tiltak som kan iverksettes for å hjelpe dem. Samtidig kan det være viktig informasjon i det at de ikke kan eller vil møte til intervju, noe som kan undersøkes nærmere. Kauffman og kollegaer (2013) anbefaler å bruke mer tid på forberedelse og tillitsbygging på forhånd i studier med disse pasientinformantene. Dersom man da bruker mer tid til å etablere tillit kan det være at også denne informantgruppen er mer tilbøyelige til å delta på intervju,

For videreføring ville det vært nyttig å gjennomføre nærmere og mer fokuserte undersøkelser av pasientens syn på samtalen om uteblivelse. Dette for å se om dette kan utdype deres perspektiv og muligens bekrefte eller avkrefte om det som ble funnet her er beskrivende for flere. Det kunne også vært hensiktsmessig å kombinere det kvalitative perspektivet med kvantitativ data. Da dette gir noe forskjellige perspektiver på samme fenomen da de to metodene har forskjellige styrker og begrensninger.

Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvordan det er for pasienter og behandlere ved PUT å snakke om uteblivelse fra behandlingstimer når ustabil oppmøte er et problem. Behandlerinformantene delte at de generelt ønsker å adressere temaet uteblivelse fra behandlingstimer, men at det kan være utfordrende da det er mange hensyn å ta.

Pasientinformantene delte at de ønsket at temaet tas opp når det er aktuelt og om det er noe behandler kjenner på, samtidig uttrykker de at det er viktigere at relasjonen og timingen er rett. I terapeutiske møter og spesielt denne pasientgruppen er det generelt en større sårbarhet for å føle seg avvist som pasient når uteblivelse blir adressert. Dette gjør at behandlerne er motivert for samtalen, men balanserer mellom å holde pasientene i behandling og risikere å støte dem fra seg. Dette gjør samtalen om uteblivelse ekstra utfordrende både for pasient og behandler, selv om samtalen har et stort potensial for bedre behandlingen, oppmøtet og relasjonen. Pasientene trekker frem viktigheten av at behandleren tilpasser seg pasienten (gjennom samtalefokus og nysgjerrighet for deres perspektiv), at det stilles åpne spørsmål og gir god og relevant informasjon til temaet. Dette ble beskrevet som det viktigste for dem i behandlingen, og en forutsetning for at slike vanskelige samtaler kan bli tatt. Det fremstår gjennom denne studien at behandlerne kan trenge mer ekstern støtte og retningslinjer å følge så antallet usikkerhetsmoment i knyttet til temaene ustabil oppmøte og uteblivelse fra timer blir redusert. Dette kan trolig gjøre behandlerne mer til stede i møte med pasientene, noe som er gunstig for pasientenes opplevelse av relasjonen og behandlingstimen.

Referanser

- Alterman, A. I., McKay, J.R., Mulvaney, F.D. & McLellan, A.T. (1996). Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. *Drug and Alcohol Dependence*, 40(3) 227-233, [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(95\)01212-5](https://doi.org/10.1016/0376-8716(95)01212-5)
- Andersson, H. W., Steinsbekk, A., Walderhaug, E., Otterholt, E. & Nordfjærn, T. (2018). Predictors of Dropout From Inpatient Substance Use Treatment: A Prospective Cohort Study. *Subst Abuse*. <https://doi.org/10.1177/1178221818760551>
- Andresen, N. E. (2021). Motiverende intervju. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3 utg., s. 375). Gyldendal.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When the Basics Don't Work*. Guilford Publications
- 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>
- Bickel, W. K. & Vuchinich R. E. (2000). *Reframing health behavior change with behavioral economics*. Psychology Press.
- Binder, P., Holgersen, H. & Nielsen, G. H. Ø. (2009) Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy, *Counselling and Psychotherapy Research*, 9:4, 250-256, <https://doi.org/10.1080/14733140902898088>
- Black, R., Curran, D., & Dyer, K.F. (2013). The impact of shame on the therapeutic alliance and intimate relationships. *Journal of clinical psychology*, 69(6), 646-54 . <https://doi.org/10.1002/jclp.21959>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3. 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Braun, V. & Clarke, V. (2014). What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? *Int J Qual Stud Health Well-being*. 16(9) <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>.

- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev.*, 33(8):1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>.
- Carreras-García D, Delgado-Gómez D, Llorente-Fernández F, Arribas-Gil A. (2020). Patient No-Show Prediction: A Systematic Literature Review. *Entropy (Basel)*. 22(6):675. <https://doi.org/10.3390/e22060675>.
- Cerdá, M., Sagdeo, A., & Galea, S. (2008). Comorbid Forms of Psychopathology: Key Patterns and Future Research Directions. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 155-177. <https://doi.org/>
- Cersosimo, B. H. & Farber, B. A. (2021). Is there something distinctive about psychotherapy clients' dishonesty about self-destructive behaviors? *Counselling Psychology Quarterly* <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1929075>
- Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., & Refaeli, E. (2018). Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy Research*, 28, 560 - 570. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1227104>
- Christophersen A.S, Mørland J, Stewart K, Gjerde H. (2016). International trends in alcohol and drug use among vehicle drivers. *Forensic Sci Rev* 28, 37-66.
- Eaton, (2004). Numbers starting treatment for drug misuse increase by 20% over two years. *British Medical Journal* 329(7474). 1066. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7474.1066-e>
- 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>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (2009, 23.05). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dieren, Q., Rijckmans, M., Mathijssen, J., Lobbestael, J. & Arntz, A. (2013). Reducing no-show behavior at a community mental health center. *Journal of Community Psychology*. 41(7). <https://doi.org/10.1002/jcop.21577>.
- Dolezal, L. The phenomenology of shame in the clinical encounter. *Med Health Care and Philos* 18, 567–576 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9654-5>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. & Hubble, M. A. (2010). *The Heart and Soul of Change*. (2 Utg.) American Psychological Association

- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K. & Ivanovic, M. (2013) Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness, *Psychotherapy Research*, 23(1), 78-85, <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.731713>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 55(4), 411-423. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000171>
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. (4 utg.). Gyldendal akademisk.
- Gans, J. S., & Counselman, E. F. (1996). The missed session: A neglected aspect of psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(1), 43–50. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.1.43>
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13485-000>
- Geller, S. M., Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: the development of a measure. *Psychother Res.*, 20(5), 599-610. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.495957>.
- Gülüm, I. V., Soygüt, G. & Safran, J.D. (2018). A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychother Res.* 28(5). 685-707. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1246765>.
- Hagen, V., Austbø, B., Dolhanty, J. & Hagen, A. H. V. (2019). *Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre: En lærebok for terapeuter og veiledere*. Gyldendal.
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious trauma-tization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 203–219. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016081>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* [Nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet#apiUrl>
- Helsedirektoratet. (2011, 19 desember). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm/2.3.2-avhengighet-i-icd-10>

- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4). 561-573.
<https://doi.org/10.1037//0022-006X.61.4.561>
- Insel, T. R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiol Behav. 79*(3), 351-357. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(03\)00148-3](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(03)00148-3)
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*, 339-346.
<https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x>
- Jones, A., & Crossley, D.J. (2008). In the mind of another shame and acute psychiatric inpatient care: an exploratory study. A report on phase one: service users. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 15* 9, 749-57. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01316.x>
- 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/cer.13.11>
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res. 19*(4-5):418-428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>.
- Kivlighan, Dennis & Gelso, Charles & Ain, Stacie & Hummel, Ann & Markin, Rayna. (2014). The Therapist, the Client, and the Real Relationship: An Actor-Partner Interdependence Analysis of Treatment Outcome. *Journal of counseling psychology. 62*.
<https://doi.org/10.1037/cou0000012>
- Kleiven, G. S., Hjeltnes, A., Råbu, M. & Moltu, C. (2020) Opening Up: Clients' Inner Struggles in the Initial Phase of Therapy. *Front Psychol. 15*(11).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591146>.
- Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet, et psykologisk perspektiv* (1 utg.). Universitetsforlaget.
- Lacy, N., Paulman, A., Reuter, M. & Lovejoy, B. (2004). Why We Don't Come: Patient Perceptions on No-Shows. *Annals of family medicine. 2*(6). 541-545.
<https://doi.org/10.1370/afm.123>
- Lakioti, A., Stalikas, A., & Pezirkianidis, C. (2020). The role of personal, professional, and psychological factors in therapists' resilience. *Professional Psychology: Research and Practice, 51*(6), 560–570. <https://doi.org/10.1037/pro0000306>

- Landheim, A., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren Norsk Epidemiologi, 12(3), 309-318.
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., & Arner, O. (1997). A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 14(1 suppl), 43-63.
- Lavik, K. O., Frøysa, H., Brattebø, K. F., McLeod, J., & Moltu, C. (2018). The first sessions of psychotherapy: A qualitative meta-analysis of alliance formation processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(3), 348–366. <https://doi.org/10.1037/int0000101>
- 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>
- Lossius, K. (Red.). (2021). *Håndbok i rusbehandling* (3 utg.). Gyldendal.
- Melberg, H. O., Lauritzen, G., & Ravndal, E. (n.d.). What benefit, for whom and to what cost? A prospective study of drug abusers in treatment [Only in Norwegian: Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling]. Rapport nr. 4/2003 (Vol. Rapport 4). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning: SIRUS.
- Miller, M. J. & Ambrose, D.M. (2019). The Problem of Missed Mental Healthcare Appointments. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 12(4). 177-184. <https://doi.org/10.3371/CSRP.MIAM.112316>.
- Miller, W.R., & Rose, G.S. (2013). Motivational Interviewing and Decisional Balance: Contrasting Responses to Client Ambivalence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(2), 129 - 141. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000878>
- Mitchell, A. & Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*. 13. 423-434. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003202>.
- Moeseneder, L., Figlioli, P. & Caspar, F. Confronting Patients: Therapists' Model of a Responsiveness Based Approach. *J Contemp Psychother* 48, 61–67 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10879-017-9371-x>
- Möseneder, L., Ribeiro, E., Muran, J. & Caspar, F. (2018). Impact of confrontations by therapists on impairment and utilization of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*. 29. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1502897>.

- 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>.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive behaviors*, 23, 717-734
- Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T., Ulleberg, P. & Rønnestad, M.H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychother Res*. 23(1), 86-104. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32,345–350. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.32.4.345>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2.utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pereira, JA., Barkham, M., Kellett, S. et al. The Role of Practitioner Resilience and Mindfulness in Effective Practice: A Practice-Based Feasibility Study. *Adm Policy Ment Health* 44, 691–704 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0747-0>
- Rogers, C. R. (1979). The Foundations of the Person-Centred Approach. *Education* 100, 2, 98-107.
- Rokach, A. & Boulazreg, S. (2020). The COVID-19 era: How therapists can diminish burnout symptoms through self-care. *Curr Psychol*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01149-6>
- Rosenberg, T. & Pace, M. (2006). Burnout among mental health professionals: Special considerations for the marriage and family therapist. *Journal of marital and family therapy*. 32, 87-99. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01590.x>.
- Rossow, I., & Bramness, J. G. (2015). The total sale of prescription drugs with an abuse potential predicts the number of excessive users: a national prescription database study. *BMC Public Health*, 15, 288. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1615-7>
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2003). *Negotiating The Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. Guilford Publications.
- Sandøy, T. A., Lund, I. O. & Bye, E. K. (2019, 12.03). *Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/...>

- Sawer, F., Davis, P., & Gleeson, K. (2019). Is shame a barrier to sobriety? A narrative analysis of those in recovery. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27, 79 - 85. <https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1572071>
- Schnellbacher, J. & Leijssen, M. (2009). The Significance of Therapist Genuineness From the Client's Perspective. *Journal of Humanistic Psychology. Journal of Humanistic Psychology*, 49(2) 207-228. <https://doi.org/10.1177/0022167808323601>.
- Schulenberg, J. E., & Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol. Supplement*, 14(14), 54-70. <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.54>
- 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>
- Smoller, J.W., McLean, R.Y., Otto, M.W. & Pollack, M.H. (1998). How do clinicians respond to patients who miss appointments? *J Clin Psychiatry*. 59(6). 330-8; 339-340. <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n0611>.
- Skogen, J. C., Torvik, F. A., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2019, 06.12.). *Rusbrukslidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Smith, J. A. (2015). *Qualitative Psychology, A Practical Guide to Research Methods*. (3 utg.) SAGE Publications Lstd.
- Stiegler, J. R. (2020). *Emosjonsfokuset terapi - å forstå og forandre følelser*. (2. utg.). Gyldendal.
- St. Olavs Hospital (u.å). *Nidaros DPS, psykiatrisk ungdomsteam (PUT)*. Hentet 29.03.2022 fra <https://stolav.no/avdelinger/psykisk-helsevern...>
- Sutherland, R., Sindicich, N., Barrett, E., Whittaker, E., Peacock, A., Hickey, S., & Burns, L. (2015). Motivations, substance use and other correlates amongst property and violent offenders who regularly inject drugs. *Addictive Behaviors*, 45, 207–213. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.034>
- Swift JK, Tompkins KA, Parkin SR. (2017) . Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach. *J Clin Psychol*. 73(11):1543-1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22531>.
- Tishby, O. & Wiseman, H. (2022) Countertransference types and their relation to rupture and repair in the alliance, *Psychotherapy Research*, 32, 16-31, <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1862934>
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis*. (2 utg.). Gyldendal.

- Tjora, a. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis*. (4 utg.). Gyldendal.
- Vilardaga, R., Luoma, J.B., Hayes, S.C., Pistorello, J., Levin, M.E., Hildebrandt, M.J., Kohlenberg, B., Roget, N.A. & Bond, F. (2011). Burnout among the addiction counseling workforce: the differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *J Subst Abuse Treat.* 40(4), 323-35.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1898651>
- Westmacott, R. & Hunsley, J. (2016). Psychologist's Perspective on Therapy Termination and the Use of Therapy Engagement/Retention Strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 687-696. <https://doi.org/10.1002/cpp.2037>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- World Health Organization (WHO). (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). When therapist estimations of the process of treatment can predict patients rating on outcome: The case of the working alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(4), 398-402. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000293>

Vedlegg 1

Intervjuguide til pasientintervjuene

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

Deltakerne og deres historie

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

Litt om behandlingen

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

Om ikke-møtt

- Hva tenker du om det å ikke møte til time?
 - *Er det viktig for deg å møte opp til timene?*
 - *Hvordan føles det etter du ikke har møtt til time?*
- Hva har vært vanlige årsaker til at du ikke har møtt til time?
 - *Er det andre omstendigheter i livet ditt som kan påvirke om du møter til time?*
- Kan du fortelle litt om en gang du ikke møtte?
 - *Hva skjedde rett i forkant av at du ikke møtte? Er dette en vanlig årsak?*

- Hva skulle vært annerledes for at du skulle ha møtt opp den gangen du ikke møtte til behandlingstid?
- Hvordan kan rusbruken din påvirke om du møter til time?
- Hvordan er det å møte til time etter at du ikke har møtt opp en gang?
 - *Hva tenker du er grunnen til det? / hva tror du det handler om?*
- Hvordan er motivasjonen din for behandlingen etter at du ikke har møtt til en time?
- Hva tror du kan være årsaker til at andre i behandling ved PUT ikke møter?

Utenom timene

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

Å snakke om oppmøte

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

Påvirkningsfaktorer

- Hva er viktig for deg når du skal møte opp til timen?
- Er det noe som er problematisk med å gå i behandling?
- Hva skulle vært annerledes for at du skulle møtt opp oftere?
 - *Hva kunne du ha gjort? Hva kunne PUT ha gjort?*
- Hva tenker du at er viktig for valget ditt om å fortsette behandlingen?
- Tenker du at noen av dine egenskaper har vært viktige for å fortsette i behandling?

- Var det noe ved terapeuten som påvirket valget ditt om å fortsette behandlingen?
- Er det noe annet i livet ditt som bidrar til at du fortsetter å møte til time?
- Hva tror du kan være viktig for andre som velger å fortsette terapien etter å ikke ha møtt til timer?
 - Se for deg at du har nådd målet ditt. Hva skal til for at du lykkes med å nå målet ditt? Hva har PUT gjort? Hva har du selv gjort?

Litt om relasjon til terapeuten

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

Avslutning

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

Vedlegg 2

Intervjuguide til behandlerinformanter

Takk for at du stiller til intervju. Jeg vil minne deg på at du i intervjuet bare kan omtale pasienter generelt, og ikke kan gi opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner. Du bør dele av dine erfaringer på et generelt nivå, og være svært forsiktig med eksempler som kan bidra til å identifisere pasienter. Hvis du omtaler andre behandlere må du også gjøre dette generelt, slik at de ikke kan identifiseres direkte eller indirekte.

Kan du fortelle litt om deg selv og din bakgrunn?

- hvor lenge de har jobbet her, hvor jobbet før? Erfaring med rusbehandling osv.

Hvordan opplever du jobben din som behandler på PUT?

- hva er mest positivt, hva er de største utfordringene?

Hva kjennetegner de typiske pasientene her?

- hva er likt andre pasientgrupper, hvordan skiller de seg fra andre pasienter? Typiske utfordringer?
- (om de ikke alt har nevnt det) Opplever du at pasienter ikke møter opp til time?

Hva er dine erfaringer med at pasienter ikke møter opp til time?

- Hva opplever du er typiske årsaker til at pasientene dine ikke møter til timer?
- Er det noen ganger du tenker det er andre grunner til ikke-møtt enn det pasienten oppgir?

Hva er konsekvensene av oppmøteproblematikken for jobben du gjør?

- for relasjon til pasient? For terapien, annet?
- Er oppmøteproblematikk annerledes her (PUT) enn andre steder du har jobbet? Hva/Hvordan?
- Kan du fortelle litt om hvordan manglende oppmøte påvirker jobben du gjør? Hva er mest utfordrende? Hva er greit?

Er oppmøte noe du tematiserer i behandlingstimene?

- Hvordan opplever du det å snakke om oppmøte i timene? (uproblematisk? Vegring? Konsekvenser av å ta det opp)

- hvordan tar du det opp? Og når? I starten, eller etter at det har skjedd?
- Har du noen spesielt gode/dårlige erfaringer med å prate om oppmøte med pasienter?

Hva er utfordrende å prate om når det kommer til oppmøte?

- Hva kunne ha gjort det lettere å prate om oppmøte med pasienter?
- Hvordan ville du ideelt sett kommunisert rundt oppmøte med dine pasienter? (Hvis du ser bort ifra begrensninger i form av tid, ressurser, uventede hendelser i terapi osv...)

Hva tenker du skulle vært annerledes for at det skulle være lettere for pasientene å møte de gangene de uteblir?

- Hva tror du kan hjelpe å redusere andelen ikke-møtt?
- Tenker du det er noe man kan gjøre som behandlere for å redusere andelen ikke-møtt?
- Tenker du det er noe PUT kan gjøre som en enhet for å redusere andelen ikke-møtt?
- har du noen forslag til konkrete hjelpemidler og teknologi som kan hjelpe? I såfall, hva vil være viktig for at det skal fungere?

Har du noen tanker om hvordan ustabil oppmøte påvirker den terapeutiske alliansen?

- hvordan tror du pasientens relasjon med deg påvirkes av ustabil oppmøte?
- hvordan påvirkes din relasjon med pasienten av at de har ustabil oppmøte?
- hvordan tenker du at deres felles behandlingsmål påvirkes av ikke-møtt?
- Hvordan tenker du at deres roller i behandlingen påvirkes av ikke-møtt?

Hvordan opplever du at de andre behandlerne tilnærmer seg oppmøteproblematikk med sine pasienter?

- har dere ulike tilnærminger til temaet?

Hender det / har det hendt at dere behandlerne imellom snakker om hvordan dere ønsker å forholde dere til at pasienter har mye ikke-møtt?

- hva snakker dere om da?

Er det noe du ikke har fått sagt som du tenker er viktig for oss å vite når det kommer til oppmøteproblematikk?

Vedlegg 3

Informasjonsskriv til pasientinformanter

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 viderefremme skrivet, slik at identiteten din ikke er kjent før du eventuelt samtykker til å delta.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

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

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

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

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, slettes innsamlede opplysninger om deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

DINE RETTIGHETER

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

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i dette skrivet. Lydopptaket lagres på kryptert server. Lydopptak og eventuelle 61 notater slettes ved prosjektslutt. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne enkelt deltakere i publikasjoner. Kun prosjektleder og studenter som er prosjektdeltakere har tilgang til opplysningene. PUT vil ikke få tilgang til opplysningene. Prosjektet avsluttes 1.2.2022 og alle opplysninger anonymiseres.

GODKJENNINGER

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

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Audun Havnen (førsteamanuensis, Institutt for psykologi, NTNU) på telefon 99455923 eller e-post: audun.havnen@ntnu.no. Kontaktopplysninger studenter: Helene Antonsen (helenant@stud.ntnu.no), Tuva Strindberg (tuvast@stud.ntnu.no), Fanny Hallquist (fannybh@stud.ntnu.no), Kine Baanrud (kjbaanru@stud.ntnu.no), Ingrid Sandberg (ingrikim@stud.ntnu.no).

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

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

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 4

Informasjonsskriv til behandlerinformanter

INFORMASJON TIL BEHANDLERE VED PSYKIATRISK UNGDOMSTEAM (PUT) OM FORSKNINGSPROSJEKTET «OPPMØTEPROBLEMATIKK I TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING»

FORMÅLET MED PROSJEKTET

Forskningsprosjektet 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.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Pasienter ved PUT blir intervjuet om opplevelser og erfaringer knyttet til oppmøteproblematikk, samt om kommunikasjon og intervensjoner rundt dette i behandling. I intervjuet blir pasientene blant annet stilt spørsmål om sin behandler. Siden denne informasjonen kan omhandle personopplysninger, blir behandlere ved PUT å regne som tredjepersoner.

HVA GIR OSS RETT TIL Å BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER OM DEG?

Personopplysningene om deg behandles fordi forskningsprosjektet er vurdert å være i allmennhetens interesse. Du kan protestere mot behandlingen og be om at personopplysninger slettes.

DINE RETTIGHETER

På forespørsel har du rett til å få vite om det er registrert personopplysninger om deg, og hvilke type opplysninger det er (dvs. du kan få se intervjuguiden). Du har også rett til å be om innsyn i de konkrete opplysningene som behandles om deg, men den konkrete innsynsretten vil være begrenset, fordi NTNU ikke kan utlevere personopplysninger om pasientene (hvem som har sagt hva om sin behandler). Hvis du får innsyn og mener opplysningene om deg er feil/misvisende, har du rett til å korrigere ved å supplere opplysningene. Du kan protestere på registrerte opplysninger og du har rett til å be om sletting av opplysninger om deg.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE

Registrerte opplysningene skal kun brukes til formålet som er beskrevet over. Lydopptaket lagres på kryptert server. Lydopptak og eventuelle notater slettes ved prosjektslutt. Det vil

ikke være mulig å gjenkjenne enkelt deltakere 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.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Audun Havnen (førsteamanuensis, Institutt for psykologi, NTNU) på telefon 99455923 eller e-post: audun.havnen@ntnu.no. Kontaktopplysninger studenter: Helene Antonsen (helenant@stud.ntnu.no), Tuva Strindberg (tuvast@stud.ntnu.no), Fanny Hallquist (fannybh@stud.ntnu.no), Kine Baanrud (kjbaanru@stud.ntnu.no), Ingrid Sandberg (ingrikim@stud.ntnu.no).

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

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

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 5

Godkjenning fra NSD

Oppmøteproblematikk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Referanse

961380

Status

Vurdert

Melding

10.05.2021 13:40

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

BAKGRUNN

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

NSDs VURDERING

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

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, og særlige kategorier av personopplysninger (om helseforhold) frem til 01.02.2022. Lydopptak skal da slettes og øvrige opplysninger anonymiseres, slik at ingen enkeltpersoner kan identifiseres i

datamaterialet. Opplysningene skal publiseres slik at det ikke er mulig å gjenkjenne enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte, heller ikke for dem som kjenner institusjonen der datainnsamling er foretatt.

LOVLIG GRUNNLAG - INTERVJUDELTAGERE

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

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

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

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

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

LOVLIG GRUNNLAG - TREDJEPERSON

Det kan også bli registrert alminnelige personopplysninger om behandlere som ikke selv deltar aktivt i studien (tredjeperson). Vår vurdering er at behandlingen av disse personopplysningene er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse

(vitenskapelig forskning). Behandlingen er omfattet av følgende garantier som sikrer den registrertes rettigheter og friheter:

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

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

ANDRE TILLATELSER

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en

endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:
nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

Vedlegg 6

Arbeidsfordeling

Vi etablerte tidlig idéen om å ha en dynamisk arbeidsfordeling. For oss har dette vært viktig med tanke på å få til effektive arbeidsøkter. I prosessen med koding og analyse av intervjuene ble en klarere arbeidsfordeling mer naturlig, og vi tok derfor hovedansvar for en informantgruppe hver. Det samme gjaldt skrivearbeidet med resultatdelen. Utover dette har vi hatt fokus på å få til god kommunikasjon og godt samarbeid med hverandre, noe vi brukt tid på gjennom hele prosessen.

Transkriberingen av pasientintervjuene ble fordelt mellom alle 6 studentene, mens behandlerintervjuene ble transkribert av Tuva og Helene. Alle intervjuene ble hørt gjennom av begge studentene for å sikre at det ble gjennomført korrekt.

Å være to om denne oppgaven har vært lærerikt og givende på mange plan. At vi er forskjellige på en del områder har kommet både prosessen og resultatet til gode. Vi har hatt mot til å være ærlige med hverandre, og har med det vunnet både nærhet til hverandre og kommet i mål med denne oppgaven.

