

Betydningen av behandlingsforberedende tiltak for
rusmiddelavhengiges fullføring av behandling
-en studie av drop-out mønstre i behandlingsforløp



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap. Spesialisering: Rusproblematikk

Masteroppgave 30 studiepoeng

Student: Anne-Lill Mjølhus Njå

Veileder: Førsteamanuensis Kristin Humerfelt

Bi-veileder: Dr. philos Sverre Nesvåg

Dato: 1. Juni 2016

Antall ord: 10454

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår- 2016

FORFATTER/MASTERKANDIDAT:

Anne Lill Mjølhus Njå

VEILEDER:

1. Førsteamanuensis Kristin Humerfelt, 2. Dr.philos. Sverre Nesvåg

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel:

Drop-out mønstre i behandlingsforløp for personer med rusmiddelavhengighet

Engelsk tittel:

Drop-out patterns in course of treatment for people with substance dependency

EMNEORD/STIKKORD:

Rusmiddelbehandling, drop-out, behandlingsforberedende tiltak, fullføring, behandlingsforløp

ANTALL SIDER: 64

ANTALL ORD: 10454

STAVANGER: 1. Juni 2016

Index

Forord	s. 4
Introduksjon	s. 7
Sammenfatning	s. 8
Artikkel	s. 37
Vedlegg 1, Godkjenning Regional Etisk komite	s. 56
Vedlegg 2, Godkjenning Personvernombudet	s. 58
Vedlegg 3, Forfatterveiledning Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid	s. 59
Vedlegg 4, Oversikt over litteratursøk	s. 64

Forord

Arbeidet med denne mastergradsoppgaven har vært en lærerik prosess. Læringskurven har til dels vært bratt, noe som har vært både gøy og utfordrende.

Flere fortjener en stor takk av meg i denne forbindelse. Jeg hadde ikke kommet i mål uten støtte fra mine veiledere, Kristin Humerfelt og Sverre Nesvåg. Deres engasjement og kunnskap har vært av stor betydning. Tusen takk!

Min gode kollega Janne Årstad fortjener også en stor takk. Konstruktive tilbakemeldinger, engasjement og støttende ord gjennom hele prosessen har blitt satt stor pris på.

Takk til institusjonene og det behandlingsforberedende tiltaket for tilgang til feltet. Takk for deres tilgjengelighet, fleksibilitet og gode tilbakemeldinger.

Mine medstudenter som har stått ved min side gjennom hele prosessen fortjener også en stor takk. Takk for støtten!

Til slutt vil jeg takke mine gode venner som har heiet på meg, og min fantastiske familie som hele tiden, også når jeg minst fortjente det, har trodd på meg, trøstet meg og støttet meg.

Takk!

Stavanger 1. Juni 2016

Anne Lill Mjølhus Njå

Innholdsfortegnelse

Index	3
Forord	4
Introduksjon	7
Del 1- Sammenfatning.....	8
1.0 Innledning	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	9
1.2 Studiens tema og avgrensning.....	10
1.3 Studiens formål, hensikt og hypoteser	10
1.4 Presisering og begrensning av hypotesene	11
1.5 Behov for ulike tiltak i et behandlingsforløp.....	11
1.6 Litteratursøk	12
2.0 Kunnskapsgrunnlag	13
2.1 Omfang av rusmiddelavhengighet, behandling og drop-out fra behandling	13
2.2 Rus-politiske målsettinger for behandlingsstart.....	13
2.3 Drop-out fra rusbehandling.....	14
2.4 Ulike problemområder- pasienters risiko for drop-out.....	16
3.0 Metode.....	18
3.1 Bakgrunn for valg av metode	18
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring	18
3.3 Forforståelse	19
3.4 Utvalg.....	19
3.5 Datainnsamling	21
3.6 Analyse.....	22
3.7 Metodekritikk	22
3.8 Validitet, reliabilitet og generalisering	23
3.9 Etske implikasjoner	24
4.0 Resultater	25
5.0 Diskusjon.....	29
5.1 Forskjeller mellom institusjonene.....	29
5.2 To motstridende styringssignal	29
6.0 Avslutning	30
7.0 Referanser	31
Del 2- Artikkel	37
Sammendrag.....	38
Nøkkelbegreper.....	38
Innledning.....	39
Målsetting og hypotese.....	39

Drop-out fra rusavhengighetsbehandling	40
Behandlingstiltak og politiske virkemidler	41
Ulike problemområder- pasienters risiko for drop-out	42
Metode	43
Rekruttering.....	43
Kjennetegn ved institusjonene	43
Utvalg.....	44
Datainnsamling.....	44
Analyse	45
Etikk.....	46
Funn	46
Diskusjon	48
Behandlingsforberedende tiltak - hva tilbys pasientene?.....	49
Er forberedelse til behandling ikke behandling?.....	50
Begrensninger ved studien	51
Konklusjon.....	52
Studiens implikasjoner for framtidige politiske strategier og forskning.....	52
Referanseliste.....	53

Introduksjon

Denne masteroppgaven består av to deler. Den første delen er en sammenfatning som har til hensikt å utvikle og utvide temaet for artikkelen.

Hovedfokuset i sammenfatningen har vært å gi leseren en mulighet til å vurdere studiens kvalitet ved å gå i dybden på metode, validitet og reliabilitet. Videre vil funnene i undersøkelsen utdypes og diskuteres. Et sentralt element som ikke kom med i artikkelen om politiske styringsmekanismer vil også bli diskutert. Deler av artikkelen er gjentatt i sammenfatningen. Dette er bestrebet å unngå, men det har vært nødvendig for å gi leseren hele bildet.

Den andre delen er en artikkel skrevet i henhold til retningslinjer for utarbeidelse av forskningsartikler i Tidsskrift for Psykisk Helse. Det anbefales at artikkelen leses først da denne danner grunnlaget for å forstå sammenfatningen i del 2.

Referansene er skrevet i henhold til masterstudiets veileder og den internasjonale standarden APA6th.

Jeg bekrefter med dette at artikkelen ikke er publisert, eller forsøkt publisert.

Del 1- Sammenfatning

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne studien har et fokus på drop- out og gjennomføring av rusmiddelavhengighetsbehandling. Helsedirektoratet (2016) anbefaler å styrke det samlede behandlings- og tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer for å nå det rusmiddel-politiske målet om å redusere antall drop-out i rusbehandling.

Helsedirektoratet (2016) ønsker å legge til rette for at den enkelte pasient møter et sammenhengende og tilgjengelig hjelpetilbud. Regjeringen erkjenner i Prop 15 S (2015-2016), at mange pasienter i denne målgruppen har behov for flere forsøk i behandling for å lykkes. Likevel er det mange pasienter som opplever tjenestetilbudet og behandlingen som fragmentert, ofte med lang ventetid på behandling (Lauritzen et al., 2012). Meld. St. 30 (2011-2012) anbefaler institusjoner og behandlere å tilpasse eller endre sin praksis hvis pasienten kan profitere bedre på en annen tilnærming.

Behandlingsforberedende tiltak, i forkant av oppstart i behandling for personer med rusmiddelavhengighet, har de senere år blitt et sentralt virkemiddel for å øke fullføringsraten i behandling.

Det er et paradoks i den norske ruspolitikken at en på den ene siden anbefaler å få pasienter så raskt som mulig inn i behandling, og på den andre siden anbefaler, og legger til rette for, at pasienter trenger tid i behandlingsforberedende tiltak for å bli i stand til å nyttiggjøre seg behandling.

Mellom 17 og 57 % av alle pasientene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) dropper ut av institusjonsbehandling (Deane, Wootton, Hsu & Kelly, 2012; Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore & Ball, 2011), og omtrent 50 % av disse dropper ut allerede i løpet av den første måneden (Stark, 1992). Drop-out, i denne sammenheng, er ikke-planlagte avbrudd i behandling initiert av pasienten selv. Kunnskap om drop-out begrenser seg i stor grad til å dreie seg om kjennetegn ved pasientene slik som kognitiv nedsettelse og demografiske variabler, men mye tyder på at behandlingsinstitusjonene og norske helsemyndigheter vil kunne dra nytte av kunnskap om det er kjennetegn ved behandlingsformatet som påvirker drop-out (Brorson, Arnevik, Rand-Henriksen, Duckert, 2013).

1.2 Studiens tema og avgrensning

Studiens tema er avgrenset til å handle om *behandlingsforløp* for personer i avhengighetsbehandling med fokus på *drop-out* og *behandlingsforberedende tiltak*. I tenkningen omkring behandlingsforløp er målet å sette fokus på pasientens helhetlige forløp, heller enn at hver enhet gir selvstendig behandling eller omsorg. I stedet er alle forventet å arbeide sammen som et tverrfaglig team (Prop. 15 S. (2015-2016)); Meld. St. 30 (2011-2012)). Lengre behandlingsforløp i TSB vil kunne innebære behandling fra flere typer tiltak slik som hjemmebaserte tjenester, poliklinisk behandling, døgnbehandling i institusjoner og korte opphold i avrusningsinstitusjoner.

Forståelsen av *behandlingsforberedende tiltak* begrenser seg til å dreie seg om tiltak av denne art som definerer seg som dette. Poliklinikker eller andre former for tiltak før institusjonsbehandling vil videre i sammenfatningen bli omtalt som *andre tiltak* eller *ingen tiltak*.

Ulike behandlingsforberedende tiltak i Norge vil antakelig ha ulike inntakskriterier, og en kan anta at disse kriteriene bidrar til å "selektere" pasienter etter hvem som antas å kunne ha nytte av oppholdet eller ikke. Det er i denne studien ikke tatt hensyn til slike kriterier, men det må tas i betraktning når en tolker resultatene.

Det kan tenkes at et behandlingsforberedende tiltak vil kunne fungere som en "silingsmekanisme". Det innebærer at pasientene som vil droppe ut av institusjonsbehandling vil droppe ut på et tidligere tidspunkt i behandlingsforløpet dersom de benytter dette. Studien vil forsøke å møte denne antakelsen.

1.3 Studiens formål, hensikt og hypoteser

Studien tar utgangspunkt i funn fra Kvalitetsprosjektet ved Gauselskogen behandling og rehabiliteringsenhet for unge voksne med rusproblemer og psykiske vansker (innsendt men foreløpig upublisert) som viste at det var en sammenheng mellom fullføring av behandling og om pasientene hadde vært i et behandlingsforberedende tiltak i forkant.

Formålet med denne studien er å beskrive pasienters bevegelsesmønstre i behandlingsforløpet, og undersøke hvorvidt de bekrefter eller avkrefter tidligere funn fra Kvalitetsprosjektet ved Gauselskogen. Årsaker til, eller kjennetegn ved pasientene som kan påvirke om pasientene ble i behandling, eller droppet ut er ikke utforsket i denne studien. Hensikten med studien er å oppnå en bedre forståelse av

behandlingsforberedende tiltaks betydning for fullføring av behandling. Økt kunnskap om mønstre av fullførelse og drop-out i rusbehandling vil kunne bidra til et bedre tjenestetilbud for pasienter og et mer kostnadseffektivt behandlingssystem.

Studien kan gi grunnlag for å si om det er mulig å akseptere følgende hypoteser:

- 1. Pasienter som har hatt en periode uten inntak av rusmidler i et behandlingsforberedende tiltak gjennomfører i større grad institusjonsbehandling sammenlignet med de som ikke har vært i et slikt tiltak.*
- 2. Behandlingsforberedende tiltak fungerer som en "silingsmekanisme" ved at en stor andel av de som tilbys et slikt tiltak, dropper ut av tiltaket og dermed ikke tilbys videre institusjonsbehandling.*

1.4 Presisering og begrensning av hypotesene

Pasientene denne studien baserer seg på har pasientrettigheter på bakgrunn av sin rusmiddelavhengighet. I studien tas det ikke hensyn til type avhengighet (alkohol, medikamenter, illegale rusmidler), eller grad av alvorlighet, kompleksitet og tjenestebehov, fordi dette ikke er avgjørende for funnene.

1.5 Behov for ulike tiltak i et behandlingsforløp

For å møte den nasjonale utfordringen med økt narkotika- og alkoholavhengighet blir forskjellige avhengighetsbehandlinger tatt i bruk, og nye blir stadig utviklet.

Med rusreformen i 2004 ble ansvaret for fylkeskommunale tiltak for rusmiddelavhengige overført til staten ved de regionale helseforetakene. Tjenestene ble hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og fikk betegnelsen TSB. Det betyr at tjenestene både har et sosialfaglig og helsefaglig innhold. I tillegg tilbyr private aktører, ideelle og frivillige organisasjoner tjenester som supplerer de offentlige tjenestene og bidrar til økt variasjon, mangfold og kapasitet i tilbudet. Alle helseforetak skal sørge for at det er tilgjengelig døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling. (Helsedirektoratet, 2016).

Ulike pasienter har ulike behov. For noen vil ikke poliklinisk oppfølging være tilstrekkelig for eksempel i påvente av institusjonsbehandling. Noen pasienter vil kunne være for dårlig fungerende fysisk eller kognitivt til å kunne nyttiggjøre seg behandling i døgninstitusjon direkte etter avrusning. Slik at behovet for et tiltak som kan ha fokus på ambivalens knyttet til behandling og rusfrihet, og forberedelse til videre

behandlingsforløp har de siste årene etablert seg. Denne type tiltak beskrives i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (2016). I Norge i dag er det flere behandlingsforberedende tiltak. Et av dem er representert i denne studien. Tiltakets funksjon beskrives som å ”fille hull” i pasientens behandlingsforløp samt stabilisering, skjerming, vurdering og kartlegging inn mot behandling. Målsettingen er funksjonsøkning hos pasienten i forkant av langtidsbehandling.

1.6 Litteratursøk

I litteratursøket var målet å identifisere hvilke studier som eksisterer på temaet. Jeg tok utgangspunkt i at Brorson et al. (2013) i sin review, hadde undersøkt relevant foreliggende litteratur i en slik utstrekning at jeg ikke trengte å gjøre det samme i det samme tidsrommet. Mitt litteratursøk fyller derfor kun gapet mellom 2013 og 2016. Jeg gjennomførte litteratursøk (Vedlegg 4) ved tre internasjonale helsefaglige databaser; Psycinfo, Academic Search Premier, og Scopus. I tillegg den norske databasen Idunn. dekker forskningslitteratur på rus- og avhengighetsproblematikk. Søkeordene jeg brukte i ulike kombinasjoner var ”drop-out”, ”drugaddiction”, ”addiction treatment”, ”drugabuse treatment”, ”risk-factor” og ”treatmentsystem”. I de norske databasene må søkeordene være mindre spesifikke da en risikerer å gå glipp av relevant litteratur om en er for konkret. Her ble følgende søkeord benyttet ”avbrudd i rus behandling”, ”drop-out fra rusbehandling” og ”risikofaktorer for drop-out i rusbehandling”.

Tidligere funn gjort av Brorson et al. (2013) viser at vi vet mye om drop-out fra behandling i enkeltinstitusjoner. Men rusbehandling handler ofte om gjentakende behandlingsforsøk sammensatt av flere tjenestetilbud fra flere tjenesteytere, både på kommunalt og statlig nivå, samtidig. Etter mine søk er det ikke andre studier som har det samme fokuset på drop-out fra et behandlingssystem. Derfor er det grunn til å si at det er lite forskningsbelegg på drop-out sett i et helt behandlingsforløp.

Selv om det er lite forskningslitteratur på drop-out i et behandlingsforløp er det beskrevet i norske offentlige politiske styringsdokumenter; Prop. Nr. 15 S (2015-2016); Meld. St. 30 (2011-2012) og i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2016). Og selv om drop-out ofte kun blir assosiert med kjennetegn ved pasientene, er det forskningslitteratur (Brorson et al., 2013) og offentlige styringsdokumenter (Prop. Nr.

15 S (2015-2016); Meld. St. 30 (2011-2012); Helsedirektoratet (2016)) som fremhever nødvendigheten av å se på andre forhold ved rusbehandlingssystemet som kan påvirke drop-out fra behandling. En oppsummering av dette kunnskapsgrunnlaget blir presentert i neste kapittel.

2.0 Kunnskapsgrunnlag

2.1 Omfang av rusmiddelavhengighet, behandling og drop-out fra behandling

Tall fra UN World Drug report (2015) antar at 27 millioner mennesker verden over er avhengige av rusmidler. Mer enn 200.000 mennesker dør hvert år på grunn av rusbruk. Tallene for død og funksjonshemminger når det kommer til alkohol er enda høyere, og en WHO studie (Mathers et al., 2009) viser at alkoholisme er ansvarlig for at 2.3 millioner mennesker dør, og at 40.5 millioner mennesker blir funksjonshemmet hvert år.

Data fra Norsk pasientregister viser at i underkant av 27.000 pasienter var i behandling i TSB i 2014. 36 % var registrert med alkoholproblemer, 28 % med opiatproblematikk. 13 % av pasientene var i behandling for cannabisproblemer. Omtrent 1 av 10 av pasientene var i behandling for blandingsmisbruk. Tall fra Samdata (2014) viser at kostnadene til TSB, i 2014 utgjorde 4.6 mrd. Kroner. Det var totalt 586.000 oppholdsdøgn innen TSB, 13.600 innleggelses hvorav en stor andel pasienter hadde flere behandlingsopphold i løpet av året (Prop. Nr. 15 S (2015-2016)).

2.2 Rus-politiske målsettinger for behandlingsstart

Det er et mål å redusere brudd i behandlingsforløpet og de konsekvensene som brudd ofte får i behandlingen. I Meld. St. 30 (2011-2012) presiseres det at behandlingsstart bør ses som en egen fase i behandlingsforløpet, og at alle deler av tjenesteapparatet bidrar i denne fasen. En legger vekt på at det ikke bør oppstå brudd i behandlingsforløpet og at det må legges vekt på involvering fra relevante aktører og at overgangen fra behandlingsstart til aktiv behandlingsfase er friksjonsfri (ibid.). I Prop. Nr. 15 S (2015-2016) står det at regjeringen vil stimulere til samordning av tjenester til personer med rusproblemer ved å opprette tiltak som bidrar til bedre samhandling. Ulike varianter av mottaks- og oppfølgingscenter har som mål å sikre rask tilgang til hjelp og samle forskjellige tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten under samme tak, herunder også behandlingsforberedende tiltak. Helsedirektoratet (2016) anbefaler i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og

avhengighet at behandling bør vurderes og starte opp så raskt som mulig etter at pasienten har formidlet et slikt behov. I denne forbindelse anbefaler Helsedirektoratet (2016) at pasienten kan starte i et behandlingsforberedende tiltak hvor pasienten får mulighet til å jobbe med ambivalens og forberede seg på videre behandlingsforløp. Disse politiske målsettingene legger til rette for at tjenesteutviklingsaktører både på kommunalt og statlig nivå kan utvikle lokale tjenestetilbud tilpasset sine pasientgruppers behov.

2.3 Drop-out fra rusbehandling

Drop-out fra avhengighetsbehandling har vært fokusert på i forskning og har resultert i hundrevis av studier. En av de mest konsistente faktorene relatert til vellykket behandling er *gjennomføring av behandling* (Dalsbø et al., 2010).

Behandlingsgjennomføring er assosiert med avholdenhet, lavere kriminalitet (APA, 2007), færre tilbakefall og høyere grad av sysselsetting (Stark, 1992). På den andre siden, ikke gjennomført behandling, drop-out, er vanlig. Nylige studier på temaet viser en drop-out rate som varierer fra 21,5 % til 43 % i avrusning (Gilchrist, Langohr, Fonseca, Mugo & Torrens, 2012; Specka, Buchholz, Khulmann, Rist & Scherbaum, 2011), 23 % til 50 % i poliklinisk behandling (McHug et al., 2013; Santonja-Gòmez et al., 2010), 17 % til 57% i institusjonsbehandling (Deane, Wootton, Hsu & Kelly, 2012; Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore & Ball, 2011), og 32% til 67.7% i substitusjonsbehandling (Lin et al., 2013; Smyth, Fagan & Kernan, 2012). Tilsvarende tall finnes ikke verken fra Norge generelt eller fra eget regionalt helseforetak så det er vanskelig å vite om overstående er representativt for oss. Men man kan anta at Norge ikke skiller seg fra andre land, og at drop-out tallene er høye også her.

For drop-out pasienter viser flere studier en økt risiko for tilbakefall, juridiske og økonomiske vansker, dårlig helse og reinnleggelser assosiert med drop-out (Alterman, McKay, Mulvaney & McLelland, 1996; Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey & Fleming, 1998; Moos, Pettit & Gruber, 1995; Stark, 1992). I tillegg er drop-out en stor kostnad for samfunnet i form av å undergrave behandlingseffekt (Simpson, 1979), å bidra til kriminalitet, spredning av HIV (UNODC, 2012), og å være en belastning for sine nærmeste (Prop. Nr. 15 S (2015-2016); Meld. St. 30 (2011-2012)).

Årsaker til drop-out er i følge Bækerland og Lundwall (1975), lav alder, kvinnelig kjønn, sosialt isolert, lav sosioøkonomisk status og motivasjon, alkoholproblemer,

kriminell historie og personlighetsforstyrrelser. Behandlingsfaktorer som straffegjennomføring i institusjon, poliklinisk behandling, rusfrie behandlingsprogram og introverte terapeutkvaliteter er andre årsaker til drop-out (ibid).

Brorson et al. (2013) fant at selv om de fleste pasientfaktorene er irrelevante i forhold til å predikere drop-out, er det viktig at klinikere er klar over den økte sårbarheten for drop-out som er assosiert med lav alder, kognitive dysfunksjoner, og diagnose på antisosial- eller dramatisk personlighetsforstyrrelse. Brorson et al. (2013) konkluderer med at om behandlingsgivere skal motvirke drop-out må de begynne å identifisere pasienter med høy risiko for å droppe ut. Denne tilnærmingen krever systematisk bruk av screeningverktøy ved første møte. I tillegg konkluderer Brorson et al. (2013) at tilpasninger bør bli gjort for de pasientene som strever med kognitive vansker ved å tilby individuell terapi heller enn i grupper der personlighetsforstyrrelsen tilsier det. Til slutt, lav behandlingsallianse fremkom som en prediktor på drop-out. Dette understøtter viktigheten av at behandlingspersonell og pasient forplikter seg til gjensidig deltakelse i avhengighetsbehandling.

Selv om drop-out ikke er unikt for avhengighetsbehandling er konsekvensene mer alvorlige sammenlignet med drop-out fra generell psykoterapi. Tidligere undersøkelser viser at pasienter som dropper ut av psykoterapibehandling etter bare et fåtall behandlingssekvenser likevel kan få et positivt resultat. Sammenlignet med pasienter i avhengighetsbehandling ser en at det etter tre måneder i behandling ikke er registrert en signifikant bedring hos pasienten (Eaton, 2004; Hawkins, Baer & Kvilahan, 2008; Simpson, 1981). Dette kan indikere at det er mindre sannsynlig at pasienter i avhengighetsbehandling vil få et positivt resultat i den tidlige fasen av behandling. Gode behandlingsresultater på rus- og avhengighetsfeltet henger nært sammen med hvor lenge pasientene blir i behandling (Mckay og Weiss, 2001; McLelland et al., 1996). Positivt resultat øker lineært med lengden på oppholdet for pasienter i avhengighetsbehandling i mer enn tre måneder (Simpson, 1979). Med drop-out tall normalt på i overkant av 50 % innen den første måneden i behandling (Stark, 1992), er flesteparten av rusavhengige pasienter verken mottakere av adekvat behandling eller i stand til å bli frisk fra avhengigheten. Derfor, å bli i stand til å hjelpe pasienter med å fullføre behandling er viktig klinisk, og får vidtfavnende gevinster for den avhengige, hennes eller hans nærmeste og samfunnet generelt.

Alle disse nevnte studiene er studier på drop-out fra et behandlingstiltak enten fra poliklinisk behandling eller fra døgninstitusjon. Slik som vi i dag forstår rusavhengighet vet vi at behandling innebærer lengre forløp med flere tiltak over tid (Meld. St 30 (2011-2012)). Derfor er det også interessant og se på drop-out i lengre behandlingsforløp enn innenfor rammen av enkeltinntak.

For å forstå hvorfor behandling av rusmiddelavhengighet kan være utfordrende både med tanke på riktig behandlingstiltak, timing på igangsetting av tiltak, og bistå pasienter til å fullføre behandling, er det nødvendig å gjøre rede for hva rusmiddelavhengighet er, og hvordan ulike problemområder som følge av rusmiddelmisbruk kan prege pasienters behandlingsforløp.

2.4 Ulike problemområder- pasienters risiko for drop-out

Rusmiddelavhengighet er en kronisk tilbakevendende lidelse (Fernández-Serrano, Perez- Garcia, Verdejo- Garcia, 2010), som må forstås ut i fra en biopsykososial modell (Bramnes, 2009). Modellen deles opp i et nevrologisk (endringer i hjernens belønning- og motivasjonssystem), psykologisk (kognitive vansker) og sosiokulturelt (den rusavhengiges identitet i møte med det øvrige samfunnet) perspektiv (Nesvåg, 2012). Pasienter blir ofte ikke ferdigbehandlet etter en periode i behandling. Det kan ta mange år før den enkelte mestrer sitt rusproblem (ibid.).

Det er en tydelig sammenheng mellom kognitiv fungering og risiko for drop-out (Brorson et al., 2013). Ved langvarig rusbruk blir evnen til å ta initiativ, til å planlegge og til å motivere seg er redusert (Utne, 2015). Svekket oppmerksomhet, dårligere evne til abstrakt resonnering, dårligere hukommelse og svekket impulskontroll kan bidra til at pasienten opplever frustrasjon over eller manglende utbytte av behandlingen (Stubberud, Åsland og Kristensen, 2007). Restitusjon av hjernefunksjoner har sannsynligvis større betydning for pasientenes mulighet til å gjøre noe med sin livssituasjon, enn hva det tas høyde for i nåværende rusavhengighetsbehandling (Johansen, 2011).

Personer med omfattende rusproblemer har generelt en dårlig helsetilstand (Meld. St. 30 (2011-2012)). De vil ofte ha flere tilleggs diagnoser til rusmiddelavhengigheten; infeksjonssykdommer, alvorlige psykiske lidelser, feil- og underernæring, dårlig tannhelse og opplevd eller vært utsatt for vold (Prop. 15 S. (2015-2016)). Omtrent halvparten av kvinnene med omfattende rusproblem har blitt utsatt for seksuell vold.

Vanskene denne pasientgruppen har opphører ikke fordi en slutter å ruse seg. Dette er personer med omfattende behov. Å bistå pasienter i å *normalisere* fysisk- og kognitiv funksjon vil nødvendigvis ta tid. Og for å kunne dra nytte av, særlig første del, i behandling i institusjon kan *stabilisering*, og *forberedelse* av pasientene i et behandlingsforberedende tiltak være nyttig.

3.0 Metode

For å få undersøke pasienters bevegelsesmønstre i behandlingsforløp ble det foretatt en kvantitativ case- studie med et retrospektivt design.

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Det kan skilles mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative metoder arbeider med tekst og er dybdeorientert, mens kvantitative metoder anvender tall og er breddeorientert. Ved kvantitativ analyse er det utviklet spesielle statistiske prosedyrer. Selv om kvantitativ metode dreier seg om analyse og presisjon er det også et kreativt rom for hvordan datamaterialet kan tolkes (Bjørndal & Hofoss, 2014).

På bakgrunn av studiens hensikt og hypotese, som krevde oversikt over pasienters bevegelsesmønstre i behandlingsforløp, valgte jeg kvantitativ metode som metodisk tilnærming.

Som metoderedskap valgte jeg hypotetisk-deduktiv metode. Denne metoden går ut på at man starter med å fremsette en hypotese basert på for eksempel antakelser, for deretter å teste denne hypotesen opp mot observasjoner på det aktuelle fenomenet. Til slutt avkrefter eller styrker funnene den opprinnelige hypotesen ved hjelp av metoden. Denne metoden kan ikke bekrefte hypoteser, men ved å gjenta prosessen flere ganger luker man bort feilaktige antakelser, og kommer et skritt nærmere sannheten (Bjørndal og Hofoss, 2014). Hypotesen i denne studien er basert på en hypotese utarbeidet etter observasjoner gjort ved Kvalitetsprosjektet ved Gauselskogen.

3.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Studien er inspirert av empirisme og positivisme som er erfaringsorientert og konsentrerer seg om det som er positivt gitt, de fenomener og egenskaper som kan måles og registreres (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2011). Oppmerksomheten rettes mot sanseerfaring, bare det som kan veies, måles og telles betraktes som virkelig i streng forstand. I en empirisk og positivistisk tilnærming kan vitenskapelig kunnskap bare nås gjennom metodisk observasjon av virkeligheten. Og kun på denne måten skal en skille mellom sant og usant. Tradisjonen setter subjektet på utsiden av erkjennelsesprosessen som en passiv mottaker av sanseintrykk (Tornquist, 2003). Det positivistiske forskningsidealet forutsetter at alle typer fenomener, også

samfunnsfenomener, kan og skal undersøkes med den samme vitenskapelige metoden, den naturvitenskapelige.

Hensikten med empirisk samfunnsvitenskap er å få innsikt i sosiale lover om samhandling, slik naturfenomener følger naturlover (Johannesen, Tuft Christoffersen, 2011). Positivismens nøyaktighet og presisjon danner idealet for presentasjonen av kvantitative data. Dataene må gjengis så ufarget og nøkternt som mulig (Aadland, 2011).

3.3 Forforståelse

Alle mennesker møter verden med en forforståelse, med kunnskaper og oppfatninger om virkeligheten, som brukes, svært ofte ubevisst, til å tolke det som skjer rundt oss. (Johannesen, Tuft Christoffersen, 2011). Forskerens forforståelse vil kunne påvirke hva forskeren observerer og hvordan disse observasjonene vektlegges og analyseres.

Min forforståelse i arbeidet med denne studien kan sies å være min yrkesbakgrunn som sosionom og kunnskapsgrunnlaget jeg har etter 12 års arbeidserfaring på rusfeltet. Da jeg startet på masteroppgaven hadde jeg en oppfatning av at behandlingsforberedende tiltak hadde en positiv effekt på retensjon i behandling. Jeg har gjennom arbeidet med studien bestrebet meg å være bevisst min forforståelse og aktivt forsøkt å ikke la denne styre mine metodiske og analytiske valg.

3.4 Utvalg

Det ble strategisk valgt ut to svært forskjellige institusjoner som behandler rusavhengighet som utgangspunkt for studien. Den første institusjonen (A), et *terapeutisk samfunn* og behandlingsinstitusjon innen TSB for kvinner og menn fra 18 år. Institusjonen har 15 behandlingsplasser. Stikkord ved metoden er endringsprosess i et strukturert sosialt læringsmiljø. Ved hjelp av fellesskapet og individuelle tilpasninger gis den enkelte mulighet til å ta kontroll over avhengigheten. Den andre, (B) er en *langtids behandlingsinstitusjon* med plass til 19 pasienter i behandling. Institusjonen tilbyr langtids døgnbehandling for unge voksne med samtidige rusproblemer og psykiske vansker. Behandlingsopplegget er tilpasset kvinner og menn mellom 18 og ca. 30 år.

De to institusjonene har ulik målgruppe og ulik metodikk hva gjelder for eksempel struktur og grad av konfrontasjon. Denne forskjellen vil en kunne tenke seg har betydning for drop-out raten.

Hvor pasientene hadde vært tidligere i forløpet ville gi et bilde av alle de aktuelle behandlingsforløpene. Derfor ble det valgt en institusjon (C) som er definert som *behandlingsforberedende tiltak*.

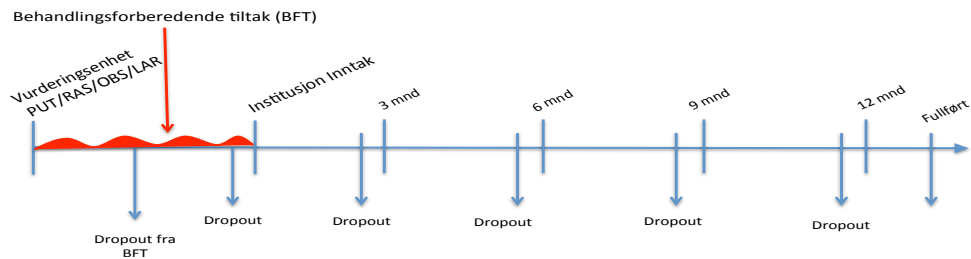
Opplysningene jeg trengte fikk jeg ved å kontakte den enkelte institusjons inntakskontor. For å kunne følge deres behandlingsforløp bakover i tid, hvilke tiltak eller tilbud pasientene hadde hatt før de kom i institusjon var det nødvendig å identifisere pasientene ved personnummer. Ingen andre opplysninger om pasientenes tilstander eller livssituasjon var nødvendig.

Det ble ikke ansett som nødvendig å kontakte kommunale tiltak som ruskonsulenter eller fastleger da det er forventet at deres kontakt med denne pasientgruppen vil være pågående i lang tid før pasienten er klar for å søke behandling. Kommunale tjenester og fastleger benytter heller ikke begrepet drop-out slik det beskrives her, da deres brukere og pasienter ikke kan droppe ut av en tjeneste de ikke er henvist til, men har en rett til å ha. Videre ble det besluttet at denne studien skulle se på behandlingssystemet i et helseforetak, ikke i kommunale tjenester.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Alle pasienter som var henvist til A og B behandlingsinstitusjonene i perioden 01.01.2014-31.12.2014, og til det behandlingsforberedende tiltaket i tidsrommet mellom 01.01.2013-31.12.2014,	Alle pasienter som hadde opphold i institusjon/tiltak gjennom Straffegjennomføringsloven § 12 og ii) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §§ 10-2, 10-3, 10-4.

Figur 1 Eksklusjons og inklusjonskriterier

3.5 Datainnsamling



Figur 2 Målepunkt for datainnsamling

Figuren over viser hvilke målepunkt som ble lagt til grunn for datainnsamlingen. Det røde feltet indikerer tiden før innleggelse i institusjon, og opphold i behandlingsforberedende tiltak. Pilene som peker nedover indikerer drop-out i perioden før neste målepunkt. Det er kjent at et behandlingsopphold i institusjon kan variere i lengde. Om det var slik at noen pasienter var kortere i behandling enn 12 måneder og likevel hadde fullført sin behandlingsplan, ble disse pasientene registrert som fullført over 12 måneder. Grunnen til at datainnsamlingen stoppet på 12 måneder er at det i praksis ofte er dette tidspunktet som settes som mål for lengden på behandlingen.

Følgende spørsmål ble stilt til institusjonene: 1) Hvor mange personer med rusavhengighetslidelse møtte til behandling ved henholdsvis institusjon A og B i 2014? 2) Hvor mange av disse (i) droppet ut før det var gått 3 måneder, (ii) droppet ut før 6 måneder, (iii) droppet ut før 9 måneder og, (iiii) hvor mange fullførte behandlingen? 3) Hvor hadde personene i de ulike drop-out gruppene vært rett før de kom til A og B?.

Dataene ved det behandlingsforberedende tiltaket ble undersøkt for 1) Hvor mange pasienter ble henvist til tiltaket i 2013/2014?, 2) Hvor mange møtte til inntak?, 3) Hvor mange droppet ut?, og 4) Hvor mange fullførte oppholdet? .

Ved alle enheter var det derfor nødvendig å gå inn i journal på hver enkelt pasient og lete i henvisninger og epikriser etter hvem som droppet ut, når, og hvem som fullførte behandling etter planen.

3.6 Analyse

I analysen skilte jeg mellom institusjonene og kartla hvor mange av pasientene som fullførte behandlingen, og hvor mange som droppet ut før det var gått 3, 6, 9 og 12 måneder. Ved det behandlingsforberedende tiltaket registrerte jeg også hvor mange som ikke møtte til inntak.

Regneprogrammet Numbers¹ ble anvendt for å registrere dataene og lage en oversikt over bevegelsesmønstrene til alle pasientene i behandlingssystemet i de to institusjonene. Jeg markerte pasientene som fullførte behandlingen og undersøkte om disse hadde mottatt et behandlingsforberedende tilbud i forkant av institusjonsbehandlingen. Videre gjorde jeg det med samtlige grupper; de som droppet ut før det var gått, 3, 6, 9 og 12 måneder. Også her undersøkte jeg om pasientene hadde fått tilbud om behandlingsforberedende tiltak i forkant av institusjonsbehandlingen.

Analysen inkluderte ikke opplysninger om pasientene kom fra kommunale tjenester eller fastleger om ikke disse var direkte involvert i henvisning til behandling og behandlingsplan. Som nevnt i artikkelens del 1 ble det ikke foretatt en signifikanstest da forskjellene er mer interessant ut fra en klinisk enn en statistisk vurdering.

3.7 Metodekritikk

En vanlig kritikk av kvantitative metoder er at de kritiseres for å redusere erfaringer og relasjoner mellom mennesker til tallstørrelser og statistikk (Thornquist, 2012). I kvantitative metoder kan det være lett å fokusere på forskjeller heller enn å studere likheter. At flere pasienter får et vellykket opphold i behandlingssystemet etter at de har gjennomført et opphold i et behandlingsforberedende tiltak kan få en til å overse at mennesker flest kommer seg ut av rusmiddelproblemer uten hjelp fra spesialisthelsetjenesten. En annen kritikk av kvantitativ metode er at forskeren lett kan glemme viktigheten av negative funn. En studie som viser at et tiltak ikke virker er like viktig som undersøkelsen som viser at den virker (Bjørndal og Hofoss, 2014). For å

¹ Numbers er et regneprogram som kan sammenlignes med Excel

møte denne kritikken har jeg som omtalt tidligere søkt å være bevisst min forforståelse slik at denne ikke skulle styre mine metodiske og analytiske valg.

3.8 Validitet, reliabilitet og generalisering

Forskning er en form for skapende virksomhet og kunnskap er alltid en interaksjon mellom forskeren og forskningsmaterialet. Forskerens forforståelse, valg og vurderinger vil påvirke forskningen (Thornquist, 2012).

Validitet handler om hvor troverdig eller relevante data er, og om det er mulig å generalisere funnene i den enkelte studien, fra utvalg til populasjon (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011). For å kunne konkludere med at den ene behandlingen faktisk er, eller ikke er bedre enn den andre må en kunne synliggjøre at forskjellene ikke skyldes systematiske feil, andre forhold eller tilfeldig variasjon (Bjørndal og Hofoss, 2014). Ved å redegjøre detaljert for skrittene i forskningsprosessen har jeg etterstrebet å unngå feil. Data hentet fra registreringsverktøy kan inneholde feil, og disse vil være umulige å oppdage for lesere av studien. Jeg har så langt det lar seg gjøre kvalitetssikret arbeidet ved å gå gjennom hvert skritt og ledd flere ganger, og finner det rimelig å konkludere at den observerte sammenhengen mellom behandlingsforberedende tiltak og fullføring av institusjonsbehandling er valid.

Reliabilitet knytter seg til nøyaktigheten av studiens data, hvilke data som brukes, måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides. For å bevare reliabiliteten i det innsamlede datamaterialet, forsikret jeg meg før datainnsamlingen om at det var en konsensus mellom meg og de som bistod meg i datainnsamlingen ved institusjonene og ved det behandlingsforberedende tiltaket om betydningen av nøkkelbegrepet drop-out (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011). Jeg gjennomgikk datamaterialet og analyseprosessen flere ganger for å forsikre meg om at oppdagede feil ble rettet opp. Ved usikkerhet kontaktet jeg lederne ved institusjonene/behandlingsforberedende tiltak for oppklaring.

Populasjonen i denne studien er liten, og resultatene det vises til kan på ingen måter generaliseres, men heller antyde en sammenheng mellom fullføring av behandlingsforberedende tiltak og fullføring av behandling i institusjon.

3.9 Etske implikasjoner

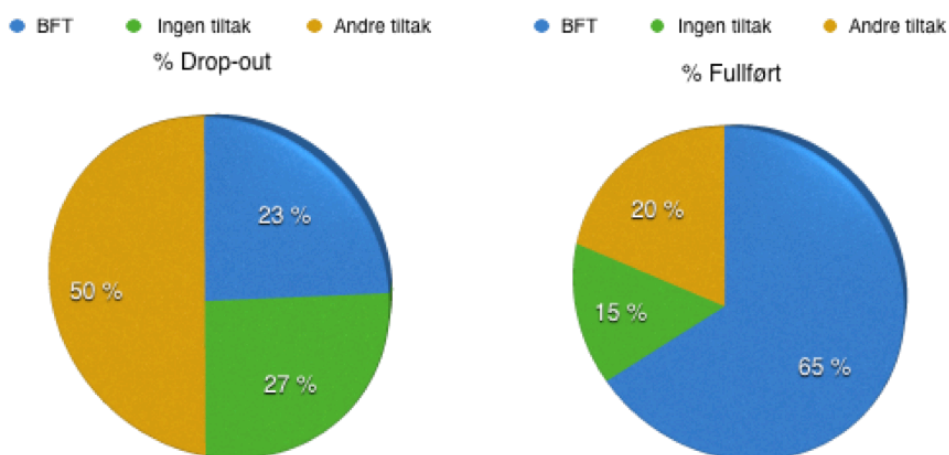
Studien ble, etter godkjenning av Regionalt etisk komité, gjennomført med fritak fra samtykkekravet. Det vil si at ingen pasienter er kontaktet i forbindelse med innhenting av dataene. I Helsinkideklarasjonen heter det blant annet at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter (Malterud, 2011). Jeg la vekt på dette ved kun å ha indirekte tilgang til sensitiv informasjon om pasientene. Leder ved institusjonene, eller en betrodd ansatt gjennomførte all datagjennomgang i DIPS pasientjournal. Ved det behandlingsforberedende tiltaket ble datagjennomgang i Rusdata gjennomført av leder. Klart definerte spørsmål til dataene sikret at jeg ikke fikk mer informasjon enn nødvendig.

Alle pasientopplysninger er forsvarlig oppbevart slik at personopplysninger ikke kan knyttes til opplysningene som er hentet fra DIPS pasientjournal og Rusdata direkte, men ved hjelp av en koblingsnøkkel som er lagret på en lukket server på Universitetssykehuset i Stavanger. Kun prosjektleder har adgang til koblingsnøkkel. Dataene slettes innen 31.12.2016.

4.0 Resultater

Som det fremgår av det samlede resultatene presentert i artikkelens del 1, viser datagrunnlaget to tydelige mønstre. For det første, en stor grad av fullførelse av behandling der pasientene hadde benyttet seg av et behandlingsforberedende tiltak i forkant av innleggelse ved behandlingsinstitusjon. Omtrent 7 av 10 pasienter som gjennomfører behandlingsforberedende tiltak fullfører behandlingen. For det andre viser resultatene at om man tar bort de som har vært i behandlingsforberedende tiltak i materialet, og kun ser på de pasientene som har vært i avrusning og i andre tiltak, er resultatet helt motsatt – da er det 7 av 10 som dropper ut av behandling.

42 personer	Behandlingsforberedende tiltak (BFT)	Ingen tiltak (direkte fra avrusning)	Andre tiltak (døgntilbud)	Total	%
Drop-out	5	6	11	22	52 %
Fullført	13	3	4	20	48 %
% Fullført	72 %	33 %	27 %	48 %	
Antall måneder i behandling					
Mindre en 3 mnd	3	2	9	14	64 %
Mindre en 6 mnd	1	3	1	5	23 %
Mindre en 9 mnd	0	1	1	2	9 %
Mindre en 12 mnd	1	0	0	1	5 %



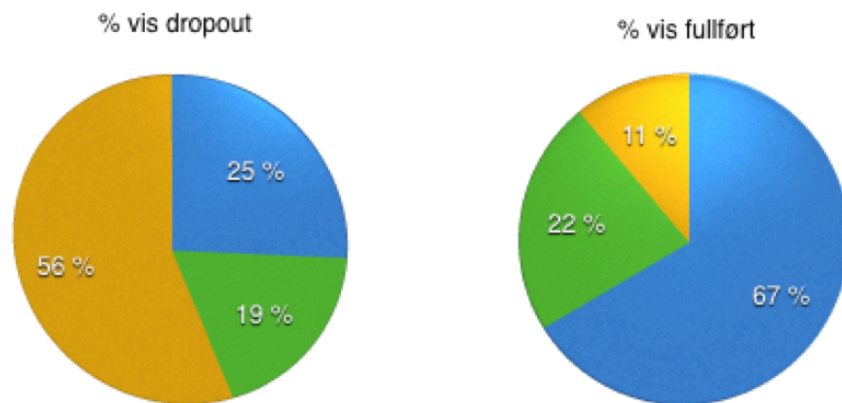
Figur 3 Drop-out og fullføringsmønstre institusjon A og B

De fleste pasientene som dropper ut av behandling dropper ut i løpet av de 3 første månedene. 6 av 10 som dropper ut vil gjøre dette innenfor dette tidsintervallet, uavhengig av hvilket tilbud pasienten har benyttet seg av i forkant av behandling.

Det er en forskjell mellom de to institusjonene når det gjelder drop-out rater. Figurene under viser bevegelsesmønstrene til pasientene innlagt ved institusjon B og A i 2014.

25 personer	Behandlingsforberedende tiltak (BFT)	Ingen tiltak (direkte fra avrusning)	Andre tiltak (døgntilbud)	Total	%
Drop-out	4	3	9	16	64 %
Fullført	6	2	1	9	36 %
% Fullført	60 %	40 %	10 %	36 %	
Antall måneder i behandling					
Mindre en 3 mnd	2	1	8	11	69 %
Mindre en 6 mnd	1	2		3	19 %
Mindre en 9 mnd			1	1	6 %
Mindre en 12 mnd	1			1	6 %

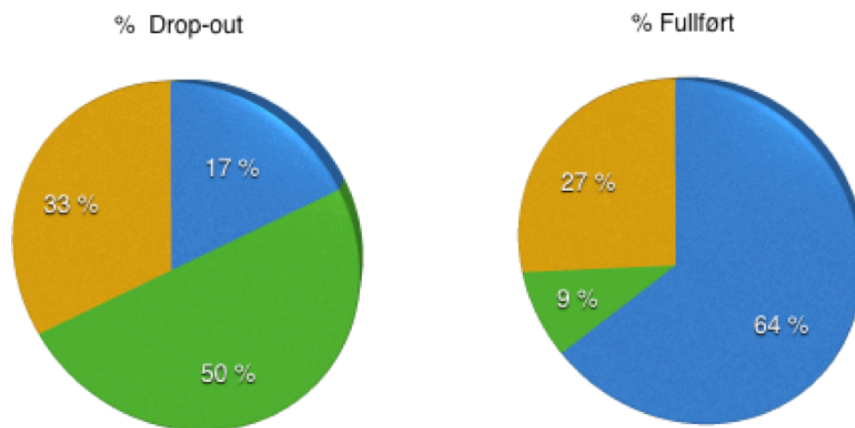
● BFT ● Ingen tiltak ● Andre tiltak ● BFT ● Ingen tiltak ● Andre tiltak



Figur 4 Drop-out- og fullføringsmønstre Institusjon A

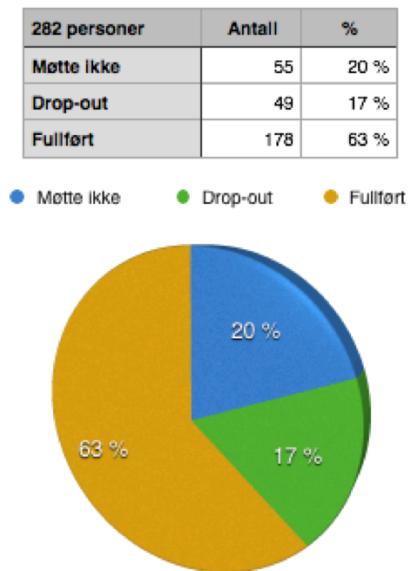
17 personer	Behandlingsforberedende tiltak (BFT)	Ingen tiltak (direkte fra avrusning)	Andre tiltak (døgntilbud)	Total	%
Drop-out	1	3	2	6	35 %
Fullført	7	1	3	11	65 %
% Fullført	87,5 %	25 %	60 %		
Antall måneder i behandling					
Mindre en 3 mnd	1	1	1	3	50 %
Mindre en 6 mnd		1	1	2	33 %
Mindre en 9 mnd		1		1	17 %
Mindre en 12 mnd	0			0	0 %

● BFT ● Ingen tiltak ● Andre tiltak ● BFT ● Ingen tiltak ● Andre tiltak



Figur 5 Drop-out- og fullføringsmønstre institusjon B

Drop-out mønstre ved behandlingsforberedende tiltak (Figur 6), viser at det behandlingsforberedende tiltaket fikk henvist pasienter til 282 pasienter i perioden 1.1-2013-31.12-2014. 55 (20 %) av pasientene møtte ikke til innleggelse, 49 (17 %) pasienter droppet ut av tiltaket før planlagt utskrivelse. 178 (63 %) pasienter fullførte oppholdet ved tiltaket.



Figur 6 Drop-out og fullføringsmønstre Behandlingsforberedende tiltak , C

5.0 Diskusjon

Studiens hypoteser er besvart i artikkelens del 1. Her ønsker jeg å trekke fram, og kort diskutere, forskjellene mellom drop-out ratene i institusjonene. Til slutt vil jeg og kort diskutere et paradoks ved den norske ruspolitikken.

5.1 Forskjeller mellom institusjonene

Ulikhetene (figur 4 og 5) i drop-out- og fullføringsrater ved institusjonene kan skyldes ulike forhold, for eksempel pasientgruppens dynamikk eller andre tilfeldigheter. I denne studien har behandlingsmodellen ved institusjon A en høyere grad av kontroll hvor pasientene må innrette seg i et hierarkisk miljø. Dette kan relateres til McKellar, Kelly, Harris & Moos (2006) funn, at pasienter i behandlingsmiljø med høy grad av kontroll var særlig i fare for å droppe ut. På den andre siden kan også faktorer ved pasientene påvirke drop-out (Brorson et al., 2013). Ved institusjon B har pasientene en høyere grad av psykiske lidelser som kan påvirke drop-out (Bækerland & Lundwall, 1975; Brorson et. al, 2013). Men hvis forskjeller mellom institusjoners drop-out rater skal måles bør man samle inn data over flere år for å oppnå et valid resultat som ikke er en tilfeldig observasjon.

5.2 To motstridende styringssignaler

Den ene styringssignalet som dominerer behandlingsperspektivet på rusfeltet er sterke politiske signaler om at det raskt må tilbys behandling i institusjon når pasient ønsker det, og at pasienten skal fritt kunne velge ved hvilken institusjon behandlingen skal gjennomføres (St. meld 30, (2011-2012); pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette kan tolkes som at en mener det er hensiktsmessig få folk så direkte som mulig inn i døgnbehandling. Funnene i denne studien viser derimot at 7 av 10 av pasientene som rask kom inn i behandling droppet ut av behandling. Selv om årsaker til drop-out ikke ble undersøkt i denne studien er det grunn til å anta at det er en sammenheng mellom ingen eller andre tiltak i forkant av behandling og drop-out senere i forløpet.

Det andre styringssignalet som råder på rusfeltet er at det er bestemt at alle helseforetak skal etablere behandlingsforberedende tiltak slik at pasientene blir bedre forberedt til videre behandling (Prop. Nr. 15 S (2015-2016)). Dette standpunktet indikerer at det ikke

vil være nyttig for pasienten å gå for raskt inn i døgnbehandling. Dette understøtter funn i denne studien hvor 8 av 10 pasienter som gjennomførte behandlingsforberedende tiltak også gjennomførte behandlingen i institusjon etterpå.

Mens vi på den ene siden er i den tro at gode behandlingsresultat, målt i fullførelse av behandling, skulle bli tilgodesett den spesifikke behandlingen, og at pasienters drop-out bekrefter en separat risikofaktor for dårligere resultat. Ser vi på den andre siden at gode behandlingsresultat avhenger av at behandlingsapparatet tilpasser seg pasienten. Den tilgjengelige forskningslitteraturen tillater oss likevel ikke å se bort fra at kognitive vansker kan være den dominante faktoren både for fullførelse av behandling og resultat av behandling (Brorson et al., 2013), selv om det i den senere tid (McKellar et al., 2006) har kommet noe litteratur som fokuserer på den dynamiske prosessen mellom pasientene og behandlingsmiljøet.

6.0 Avslutning

Det kan bli oppfattet som et rus-politisk vendepunkt, å be pasienter som ønsker institusjonsbehandling, om å utsette denne til fordel for et behandlingsforberedende tiltak en periode *før* behandling i institusjon. Rusmiddelavhengige har på lik rett til nødvendig helsehjelp når de trenger det. Men resultatene i denne studien viser likevel at det kan være en god praksis å utsette behandlingen i institusjon inntil pasienten har fått mulighet til å øke sin funksjonsevne tilstrekkelig til å kunne nyttiggjøre seg behandlingen.

For øvrig henvises det til artikkelen for hypotesetesting, implikasjoner for videre forskning og politiske strategier.

7.0 Referanser

Alterman A. L., McKay J. R., Mulvaney F. D., McLellan A. D. (1996)

Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. Drug and Alcohol Dependence, 40 (3) (1996), pp. 227–233

American Psychiatric Association

Treatment of patients with substance use disorders. American Psychiatric Association (2007) Hentet (21.05.16) fra http://www.bmchealthplans.com/app_assets/bmc-healthnet-plan-clinical-guidelines-for-substance-abuse_20130403t161926_en_web_e3dc3396d56440c080301722934dbbe2

Baekeland F.,Lundwall L. (1975)

Dropping out of treatment: A critical review. Psychological Bulletin, 82 (5) (1975), pp. 738–783

Bjørndal A., Hofoss D. (2014).

Statistikk for helse- og sosialarbeidere. Oslo: Gyldendal Akademisk

Blair, R.J., 2003.

Facial expressions, their communicatory functions and neurocognitive substrates. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 2003, Vol.358(1431), pp.561-572.

Brewer D. D., Catalano R.F., Haggerty K., Gainey R. R., Fleming C. B. (1998).

RESEARCH REPORT A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. Addiction, 93 (1) (1998), pp. 73–92

Brorson H. H., Arnevik E. A., Rand-Henriksen K., Duckert F. (2013).

Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. Clinical Psychological review 33 (2013) pp. 1010-1024

Calder, A.J., Young, A.W., 2005.

Understanding the recognition of facial identity and facial expressions. Nat. Rev. Neurosci. 6, 641-651.

Dalland, O., 2007

Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal akademisk, Oslo.

Dalsbø T. K., Hammerstrøm K.T., Vist G. E., Gjermo H., Smedslund G, Steiro A. (2010)

Psychosocial interventions for retention in drug abuse treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews (1) (2010)

Darke S., Sims, J., McDonald, S., & Wickes, W. (2000)

Cognitive impairment among methadone maintained patients. *Addiction*, 95, 687-695.

Deane F., Wootton D., Hsu C-I., Kelly P. (2012).

Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. Faculty of Health and Behavioural Sciences - Papers (Archive) (2012), pp. 216–225

Dennis ML, Scott CK. 2007

Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 2007, Vol.4 (1), p.45-55

Drageseth S., Ellingsen S. 2009

Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* – nr. 2 – 2009, 5 årgang

Eaton L. (2004)

Numbers starting treatment for drug misuse increase by 20% over two years. *BMJ: British Medical Journal*, 329 (7474) (2004), p. 1066

Fernandes- Serrano M. J., Perez-Garcia M. og Verdejo-Garcia A. 2009.

What are the specific vs. Generalized effects of drugabuse on neuropsychological performance? *Neuroscience and biobehavioral Reviews* 2009.

Gilchrist G., Langohr K., Fonseca F., Muga R., Torrens M. (2012)

Factors associated with discharge against medical advice from an alcohol and drug inpatient detoxification unit in Barcelona between 1993 and 2006. Hentet (21.05.15) fra (<http://upcommons.upc.edu/handle/2117/15733> (2012)).

Goldman, A.I., Sripada, C.S., 2005

Simulationist models of face-based emotion recognition. *Cognition* 94, 193-213.

Goldstein, R.Z., Volkow, N.D., 2002.

Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *AM. J. Psychiatry* 159, pp.1642-1652

Grimen, H., 2003

Samfunnsvitenskapelig tenkemåte. Universitetsforlaget AS, Oslo.

Grønmo, S., 2004

Samfunnsvitenskapelige metoder. Fagbokforlaget, Bergen.

Hawkins E. J., Baer J. S., Kivlahan D. R. (2008)

Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35 (2) (2008), pp. 207–216

Helsedirektoratet. 2015. *Prioriteringsveileder tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.

Huseby B. M (Red.) (2015)

Samdata Spesialisthelsetjenesten 2014 (2015). Utgitt av Helsedirektoratet

Johansen J. A. (2011).

Utvikling og opprettholdelse av rusmiddelavhengighet. *Tidsskriftet Mot Rusgift*. Vol. 96.

Johannessen A., Tufte P. A., Christoffersen L. (2011).

Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. Utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Kelly JF, White LV. 2011

Recovery Management and the Future of Addiction Treatment. *Addiction Recovery Management* 2011

Landry M. J. (1996)

Overview of addiction treatment effectiveness. *DIANE Publishing*

Lauritzen G., Ravndal E., og Larsson J. (2012).

Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. SIRUS-rapport nr. 6/2012 Statens institutt for rusmiddelforskning Oslo 2012.

Lin, H.C., Chen, K-Y., Wang, P. W., Yen, C. F., Wu, H. -C., Yen, C-N., et al. (2013).

Predictors for Dropping-Out From Methadone Maintenance Therapi Programs Among Heroin Users in Southern Taiwan. *Substance use & misuse*, 48 (1-2), 181-191.

Malterud K. (2011). *Kvalitativ metode i medisinsk forskning En innføring*. 3. Utgave

Oslo: Universitetsforlaget

Mathers C., Stevens G., Mascarenhas M. (2009)

Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization (2009) Hentet (21.05.16) fra

http://www.google.com/books?hl=no&lr=&id=Ycbr2e2WPdcC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Global+Health+Risks:+Mortality+and+Burden+of+Disease+Attributable+to+Selected+Major+Risks&ots=aeE-UvUh6r&sig=HNoF6mo0jb3yOAuoEj4dwe_F6y4

McHugh, R.K., Murray, H.W., Hearon, B.A., Pratt, E.M., Pollack M.H., Safren, S.A et al. (2013).

Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients. *The American journal on Addictions/American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 22(1), 18-22

McKay, J.R & Weiss, R.V. (2001).

A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups: Preliminary results and methodological issues. Evaluation Review, 25, 113–161.

McLellan, A. T., Woody, G. E., Metzger, D., McKay, J., Alterman, A. I. & O'Brien, C. P. (1996).

Evaluating the effectiveness of treatments for substance use disorders: Reasonable expectations, appropriate comparisons. Milbank Quarterly, 74, 51–85. Hentet fra: <http://www.jstor.org/stable/3350433>

McHugh R. K., Murray H. W., Hearon B. A., Pratt E. M., Pollack M. H., Safren S. A. (2013)

Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients. The American journal on Addictions/American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions, 22 (1) (2013), pp. 18–22

McKellar J., Kelly J., Harris A., Moos R. (2006).

Pretreatment and during treatment risk factors for drop-out among patients with substance use disorders. Addictive Behaviors, 31 (3) (2006), pp. 450-460.

Moos R. H., Pettit B., Gruber V.A. (1995)

Characteristics and outcomes of three models of community residential care for abuse patients. Journal of Substance Abuse, 7 (1) (1995), pp. 99–116

Oslo universitetssykehus 2015.

Kognitiv fungering. Hentet (7/11-2015) fra (http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/_prosjekter/_hindre-drop-out-fra-rusbehandling/_sjekklister/_Sider/Kognitiv-fungering.aspx)

Prop. 15 S (2016-2020) (2015).

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020): Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 13. November 2015, godkjent I statsråd same dag. (Regjeringen Solberg)

Samuel D.B., LaPaglia D.M. , Maccarelli L.M. , Moore B.A., Ball B.A. (2011)

Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. The American Journal on Addictions, 20 (6) (2011), pp. 555–562

Santonja-Gómez F. J., Sánchez-Hervás E., Secades-Villa R., Zacarés-Romaguera F., García-Rodríguez O., García-Fernández G. (2010).

Pretreatment characteristics as predictors of retention in cocaine-dependent outpatients.

Addictive Disorders & Their Treatment, 9 (2) (2010), pp. 93–98.

Simpson D. D., Joe G. W., Rowan-Szal G. A. , Greener J. M. (1997)

Drug abuse treatment process components that improve retention. Journal of Substance Abuse Treatment, 14 (6) (1997), pp. 565–572

Smyth B. P., Fagan J., Kernan K. (2012)

Outcome of heroin-dependent adolescents presenting for opiate substitution treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 42 (1) (2012), pp. 35–44

Specka M., Buchholz A., Kuhlmann T., Rist,F., Scherbaum N. (2011).

Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: Results from a multicenter study. European Addiction Research, 17 (4) (2011), pp. 178–184

Stark M. J. (1992)

Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. Clinical Psychology Review, 12 (1) (1992), pp. 93–116

Stubberud J., Åsland R., Kristensen Ø. 2007.

Hvorfor mislykkes behandlingen? En undersøkelse av kognitiv funksjon og personlighet hos pasienter i legemiddellassistert rehabilitering. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, nummer 8, 2007, side 1012-1018.

Thornquist E. (2012).

Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. Bergen: Fagbokforlaget

UNODC, 2015 UNODC

World Drug Report 2015. United Nations, Austria (2012) (Hentet 21.05.16) fra (<http://www.unodc.org/wdr2015/>)

Utne I. (2015).

Kognitiv fungering. Hentet fra (18.05.16)

http://www.oslouniversitetssykehus.no/aktuelt_/prosjekter_/hindre-drop-out-fra-rusbehandling_/sjekklister_/Sider/Kognitiv-fungering.aspx

Verdejo-Garcia, A., Lopez- Torrecillas, F., Gimenez, C.O., Perez-Garcia, M., 2004.

Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant, and opioid abuse.
Neuropsychol. Rev. 14, 1-41.

Del 2- Artikel

Sammendrag

Bakgrunn: Når pasienter dropper ut fra rusmiddelavhengighetsbehandling kan det være en stor belastning for pasientene og en utfordring for tjenesteapparatet. Å etablere et system som hjelper pasienter til å fullføre behandling er viktig klinisk, og kan få vidtfavnende gevinster for den avhengige, dens nærmeste og samfunnet generelt.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å oppnå en bedre forståelse av behandlingsforberedende tiltaks betydning for fullføring av behandling. Økt kunnskap på området kan bidra til et bedre tjenestetilbud til pasienter og et mer kostnadseffektivt behandlingssystem. **Metode:** For å undersøke pasienters bevegelsesmønstre i behandlingsforløp ble det foretatt en kvantitativ case- studie med et retrospektivt design. **Resultat:** Resultatene viser to tydelige mønstre. For det første, en stor grad av fullførelse av behandling der pasientene hadde benyttet seg av et behandlingsforberedende tiltak i forkant av innleggelse ved behandlingsinstitusjon. For det andre at resultatet er helt motsatt om pasientene ikke hadde benyttet et behandlingsforberedende tiltak i forkant av behandling. **Konklusjon:** Behandlingsforberedende tiltak framstod som en dominerende faktor for at pasientene gjennomførte institusjonsbehandlingen. 8 av 10 pasienter som benyttet seg av tiltaket fullførte.

Nøkkelbegreper

Rusbehandling, drop-out, behandlingsforberedende tiltak, fullføring, behandlingsforløp.

Innledning

Når pasienter dropper ut fra rusmiddelavhengighetsbehandling kan det være en stor belastning for pasientene og en utfordring for tjenesteapparatet. Å etablere et system som hjelper pasienter til å fullføre behandling er viktig klinisk, og kan få vidtfavnende gevinster for den avhengige, dens nærmeste og samfunnet generelt.

Den helsepolitiske strategien til regjeringen er å styrke det samlede behandlings- og tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer ved å legge til rette for at den enkelte pasient møter et sammenhengende og tilgjengelig hjelpetilbud. I opptrappingsplanen for rusfeltet erkjenner regjeringen at mange pasienter i denne målgruppen har behov for *flere forsøk* i behandling for å lykkes (Prop. 15 S. (2015-2016)). I 2014 ble det gjennomført 13.600 innleggelser til tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) hvorav en stor andel pasienter hadde flere behandlingsopphold i løpet av året (ibid). Dette kan ses i sammenheng med at forekomsten av drop-out i døgnbasert rusbehandling er på omtrent 17 % til 57 % (Deane, Wootton, Hsu & Kelly, 2012; Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore & Ball, 2011). Liknende oversikt over drop-out finnes ikke, etter min kjennskap, i norsk forskningslitteratur.

Denne studien har fokus på *pasienters drop-out fra lengre behandlingsforløp* hvor *behandlingsforberedende tiltak* er en del av behandlingstilbudet. Dette innebærer at pasienter, i startfasen av et behandlingsforløp, får tilbud om innleggelse i et behandlingsforberedende tiltak i en periode på ca. 8-12 uker. Der får pasientene mulighet til å *komme seg* i et rusfritt miljø før selve behandlingen starter.

Målsetting og hypotese

Studien tar utgangspunkt i funn fra Kvalitetsprosjektet ved Gauselskogen behandling og rehabiliteringsenhet for unge voksne med rusproblemer og psykiske vansker (Nesvåg et al., 2016, foreløpig upublisert) som viste at det var en sammenheng mellom pasienters drop-out, og om de hadde vært i et behandlingsforberedende tiltak i forkant av institusjonsoppholdet og fullføring av behandling. Formålet med denne studien er å beskrive pasienters bevegelsesmønstre i behandlingsforløpet, og undersøke hvorvidt de bekrefter eller avkrefter tidligere funn fra Kvalitetsprosjektet ved Gauselskogen. Årsaker til, eller kjennetegn ved pasientene eller institusjonene som kan påvirke om pasientene ble i behandling, eller droppet ut, er ikke utforsket.

Hensikten med studien er å oppnå en bedre forståelse av behandlingsforberedende tiltaks betydning for fullføring av behandling. Økt kunnskap på området kan bidra til et bedre tjenestetilbud til pasienter og et mer kostnadseffektivt behandlingssystem.

Studien kan gi grunnlag for å si om det er mulig å akseptere følgende hypoteser:

1. *Pasienter som har hatt en periode uten inntak av rusmidler i et behandlingsforberedende tiltak gjennomfører i større grad institusjonsbehandling sammenlignet med de som ikke har vært i et slikt tiltak.*

Det kan være grunn til å anta at et behandlingsforberedende tiltak vil kunne fungere som en ”silingsmekanisme” hvor pasientene som vil droppe ut av institusjonsbehandling vil droppe ut på et tidligere tidspunkt i behandlingsforløpet dersom de benytter dette. Derfor tillegges følgende hypotese:

2. *Behandlingsforberedende tiltak fungerer som en ”silingsmekanisme” ved at en stor andel av de som tilbys et slikt tiltak, dropper ut av tiltaket og dermed ikke tilbys videre institusjonsbehandling.*

Drop-out fra rusavhengighetsbehandling

50 % av pasientene som dropper ut av behandling dropper ut innen utgangen av den første måneden (Stark, 1992). For pasienter som dropper ut av rusbehandling viser flere studier økt risiko for tilbakefall, juridiske og økonomiske vansker, dårligere helse og reinnleggelse assosiert med drop-out (Alterman et al., 1996; Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey & Fleming, 1998; Moos, Pettit & Gruber, 1995; Stark, 1992). I tillegg er drop-out en stor kostnad for samfunnet i form av å undergrave behandlingseffekt (Simpson, 1979), å bidra til kriminalitet, spredning av HIV (UNDOC, World Drug Report 2012), og er en belastning for pasientens nærmeste (Prop. Nr. 15 S (2015-2016); Meld. St. 30 (2011-2012)).

Det finnes flere hundre studier om årsak, utbredelse og forekomst av drop-out. Brorson, Arnevik, Rand-Henriksen og Duckert's (2013) review på risikofaktorer ved drop-out ved rusavhengighetsbehandling finner en økt sårbarhet for drop-out assosiert med lav alder, kognitive dysfunksjoner, og antisosial- eller dramatisk personlighetsforstyrrelse. Felles for disse studiene er at de basert på pasienters drop-out fra enkelt behandlingstiltak. Slik vi i dag forstår rusmiddelavhengighet vet vi at behandling ofte

innebærer lengre forløp som inkluderer innsatser fra flere tiltak over tid (Meld. St. 30 (2011-2012)). Det er derfor interessant å undersøke mønstre av drop-out i lengre behandlingsforløp.

Etter min kjennskap finnes det ikke studier som undersøker drop-out over et helt behandlingsforløp.

Behandlingstiltak og politiske virkemidler

Lengre behandlingsforløp i TSB vil kunne innebære behandling fra både fra kommunale tjenesteytere og fra spesialisthelsetjenesten (Meld. St. 30 (2011-2012)). I opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S. (2015-2016)) påpekes det at personer med rusmiddelproblemer i for liten grad får individuelt tilpassede, sammenhengende og koordinerte tjenester og hjelpetiltak. Regjeringen vil styrke det samlede behandlings- og tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer, og skape en helse- og omsorgstjeneste som samhandler og som anerkjenner rusmiddelavhengighetens kompleksitet (ibid).

Tradisjonelt starter et behandlingsforløp ved at en får status som pasient ved en vurderingsenhet. Pasientrettigheten utløser ulike behandlingsalternativ, som poliklinisk behandling ved for eksempel psykiatrisk ungdomsteam, eller behandling i døgninstitusjon ved for eksempel et terapeutisk samfunn. Korte avrusningsopphold (fra 4- 12 uker) ved egne institusjoner er en vanlig prosedyre i forkant av videre behandling. Pasienten kan i stor grad selv velge hvor og hvordan behandlingen skal benyttes (pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 2-4).

I Norge er det ofte lange ventelister på institusjonsbehandling og det er kjent at ventetiden kan være vanskelig. Det er i denne perioden fare for at pasientens situasjon forverrer seg, eller at motivasjonen for behandling avtar og pasienten fraskriver seg retten til behandling. Det kan derfor være hensiktsmessig i disse situasjonene å benytte et tilbud om *behandlingsforberedende tiltak*, som har til hensikt å bidra til at pasienten blir i stand til å nyttiggjøre seg behandling (Meld. St. 30 (2011-2012)). Det er kjent at helsesituasjonen til pasienter som skal i behandling for sin rusavhengighet er preget av en rekke helsemessige og sosiale utfordringer som fysisk utmattelse, antisosialitet, døgnrytmeforstyrrelser og en kaotisk livssituasjon (Meld. St. 30 (2011-2012)). Ofte vil det ikke være tilstrekkelig med et kort opphold i en avrusningsinstitusjon for å *komme seg* fysisk, og *normalisere* sin kognitive funksjon (Fernandes-Serrano Perez-Garcia,

Verdejo-Garcia (2011), men et lengre opphold i et behandlingsforberedende tiltak kan være hensiktsmessig.

Begrepet behandlingsforberedende tiltak omfatter aktiv tjenesteyting fra kommune og spesialisthelsetjeneste samtidig.

Behandlingsforberedende tiltak blir omtalt i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2016).

Retningslinjen anbefaler at behandlingen forsøkes startet når pasienten ber om det, slik at en opprettholder motivasjonen til pasienten og forhindrer forverring av tilstanden.

Retningslinjen anbefaler behandlingsforberedende tiltak hvor det arbeides med ambivalens og forberedelse til videre behandlingsforløp. Denne form for tiltak har de siste årene blitt et sentralt virkemiddel i rusavhengighetsbehandling. Selv om innholdet i tiltaket ikke er beskrevet i særlig detalj i offentlige dokumenter, er tiltaket beskrevet tydeligere ved de ulike tiltakene som tilbyr dette. I det behandlingsforberedende tiltaket som er inkludert i denne studien er formålet blant annet å tilby pasientene mulighet til å øke sitt funksjonsnivå, både fysisk og kognitivt, i forkant av behandling (Frelsesarmeen, 2016). Funksjonsnivået vil øke blant annet ved rusfrihet, regelmessige måltider og ved å etablere en adekvat døgnrytme.

Ulike problemområder- pasienters risiko for drop-out

Den tydelige sammenheng mellom kognitiv fungering og risiko for drop-out (Brorson et al., 2013). Ved langvarig rusbruk blir evnen til å ta initiativ, planlegge og til å motivere seg redusert (Utne, 2015). Svekket oppmerksomhet, dårligere evne til abstrakt resonnering, dårligere hukommelse og svekket impuls kontroll kan bidra til at pasienten opplever frustrasjon over eller manglende utbytte av behandlingen (Stubberud, Åsland og Kristensen, 2007). Johansen (2011) sier at restitusjon av hjernefunksjoner sannsynligvis har større betydning for pasientenes mulighet til å gjøre noe med sin livssituasjon, enn hva det tas høyde for i nåværende rusavhengighetsbehandling.

Personer med omfattende rusproblemer har generelt en dårlig helsetilstand (Meld. St. 30 (2011-2012)). De vil ofte ha flere tilleggs diagnoser til rusmiddelavhengigheten; infeksjonssykdommer, alvorlige psykiske lidelser, underernæring, dårlig tannhelse og opplevd eller vært utsatt for vold (Prop. 15 S. (2015-2016)). Omtrent halvparten av kvinnene med omfattende rusproblem har blitt utsatt for seksuell vold (ibid). Vanskene denne pasientgruppen har opphører ikke fordi en slutter å ruse seg. Dette er personer

med omfattende behov. Å bistå pasienter i å *normalisere* fysisk- og kognitiv funksjon kan ta tid. For å kunne dra nytte av særlig første del av behandling i institusjon kan *stabilisering* og *forberedelse* i et behandlingsforberedende tiltak være nyttig.

Metode

For å undersøke pasienters bevegelsesmønstre i behandlingsforløp ble det foretatt en kvantitativ case- studie med et retrospektivt design.

Case- studier brukes gjerne til å beskrive en enhet inngående for å trekke deskriptive slutninger, gi innsikt eller dra kausale slutninger. En fordel med case- studier er at de tillater forskeren å gå i dybden av en enhet, og dermed komme frem til detaljerte og inngående beskrivelser av et fenomen. På den andre siden kan det være utfordrende å utlede generelle betraktninger om gruppen på bakgrunn av en studie av en enhet (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2011).

Rekruttering

To behandlingsinstitusjoner og ett behandlingsforberedende tiltak ble valgt for rekruttering til studien. Å inkludere forskjellige institusjoner sikrer variasjoner i behandlingsforløp mellom de ulike institusjonene. Valg av behandlingsforberedende tiltak ble basert på hvilke tiltak som i denne regionen forstås som dette. Andre tiltak som distriktpsikiatrisk senter (DPS), psykiatrisk sengepost, avrusningsklinikker og omsorgsinstitusjoner som i denne artikkelen og tilhørende figurer er kategorisert under *andre tiltak* og *ingen tiltak* (avrusning) antas å ha andre hovedfunksjoner eller målsettinger for pasienten enn den som definerte behandlingsforberedende institusjoner har.

Lederne ved de utvalgte institusjonene og ved det behandlingsforberedende tiltaket ble kontaktet per e-post. E- posten inneholdt relevant informasjon om studien, en prosjektbeskrivelse, og en kopi av de formelle godkjennelsene fra REK, og Personvernombudet ved sykehuset. Institusjonene og det behandlingsforberedende tiltaket gav informert samtykke til deltakelse i studien.

Kjennetegn ved institusjonene

Den første institusjonen er et terapeutisk samfunn og behandlingsinstitusjon innen TSB. Målgruppen er kvinner og menn over 18 år og har 15 behandlingsplasser. Stikkord ved

behandlingsmetoden er endringsprosess i et strukturert sosialt læringsmiljø. Ved hjelp av fellesskapet og individuelle tilpasninger gis den enkelte mulighet til å ta kontroll over avhengigheten. Den andre institusjonen er en langtids behandling sinstitusjon med 19 behandling plassen. Institusjonen tilbyr døg nbehandling for unge voksne med sam tidige rusproblemer og psykiske vansker. Behandlingen er tilpasset kvinner og menn mellom 18 og ca. 30 år. Begge institusjonene tilhører Universitetssykehuset i Stavanger.

Det behandling sforberedende tiltaket er organisert under Frelsesarmeen, og omfatter døgntilbud i påvente av videre behandling, og er et tilbud med 8 døg nplasser hvor det tilbys blant annet stabilisering i påvente av behandling i rusinstitusjon, ”fyll e hull” i pasientens behandling sforløp og stabilisering, skjerming, vurdering og kartlegging inn mot behandling i rusinstitusjon.

Utvalg

Utvalget bestod av to grupper: a) 41 pasienter (11 kvinner og 30 menn i alderen 22 til 40 år) fordelt mellom to *behandling sinstitusjoner*, og b) 282 pasienter (86 kvinner og 190 menn i alderen 20 til 62 år) i det *behandling sforberedende tiltaket*. Utvalget ble delt i to grupper fordi studien undersøker i hvilken utstrekning pasientene i gruppe A hadde gjennomført et opphold i gruppe B. Utvalget i gruppe B ble deretter undersøkt for drop-out og fullførings rater.

Demografiske variabler utover kjønn og alder ble ikke innhentet ettersom eventuelle individuelle egenskaper knyttet til årsaker til bevegelsesmønstre ikke utforskes i denne studien.

Alle pasienter som var henvist til de to behandling sinstitusjonene i perioden 01.01.2014-31.12.2014, og til det behandling sforberedende tiltaket i tidsrommet mellom 01.01.2013- 31.12.2014 ble inkludert i studien. Alle pasienter som hadde opphold i institusjon/tiltak etter Straffegjennomføringsloven § 12 og etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §§ 10-2, 10-3, 10-4 ble ekskludert.

For å dekke alle henvisningene i 2014 (også de tidlig på året) i institusjonene var det nødvendig å inkludere henvisninger i behandling sforberedende tiltak også i 2013.

Datainnsamling

Datamaterialet ble hentet fra den enkelte behandling sinstitusjons journalsystem, henholdsvis DIPS pasientjournal og Rusdata. Det var nødvendig å identifisere

pasientene ved navn og personnummer for å kunne følge behandlingsforløpene prospektivt.

Rapportene både ved institusjonene og ved det behandlingsforberedende tiltaket var noe ufullstendige og det var derfor nødvendig å undersøke i journal og hente ut opplysninger om hver enkelt pasients behandlingsforløp ved hjelp av henvisninger, inntaksnotat og epikriser.

Materialet ved behandlingsinstitusjonene ble stilt følgende spørsmål:

- 1) Hvor mange personer med rusavhengighetslidelse møtte til behandling ved institusjonen i 2014?
- 2) Hvor mange pasienter (i) droppet ut før det var gått tre måneder, (ii) droppet ut før det var gått seks måneder, (iii) droppet ut før det var gått ni måneder, (iiii) droppet ut før det var gått tolv måneder, og (iiiii) hvor mange fullførte behandlingen?
- 3) Hvor hadde personene i de ulike drop-out gruppene vært rett før de kom til institusjonen?

For å undersøke i hvilken grad behandlingsforberedende tiltak kunne fungere som en "silingsmekanisme" til videre behandlingsforløp, i tillegg til å undersøke bevegelsesmønstre, ble følgende spørsmål stilt det behandlingsforberedende tiltaket:

- 1) Hvor mange ble henvist til det behandlingsforbedrende tiltaket i 2013/2014?
- 2) Hvor mange av disse (i) møtte ikke opp? (ii) droppet ut før planlagt tid? (iii) hvor mange fullførte oppholdet?

Analyse

Datamaterialet ble kategorisert etter hvor mange pasienter som fullførte behandlingen ved de ulike institusjonene og ved det behandlingsforberedende tiltaket. Det ble kartlagt hvor mange som droppet ut før det var gått 3, 6, 9 og 12 måneder. Videre ble det registrert hvilke type *andre tiltak* pasienten hadde vært i. I dette materialet var evangeliesenter, omsorgsinstitusjon, fengsel og DPS representert. Om pasienten kom direkte fra avrusning eller uten tilbud i forkant av innleggelsen ble dette registrert som *ingen tiltak*. I det behandlingsforberedende tiltaket ble det kartlagt hvor mange som ble

henvist til tiltaket, hvor mange som droppet ut etter inntak og hvor mange som fullførte etter planen.

Regneprogrammet Numbers² ble brukt til å registrere dataene og lage en oversikt over bevegelsesmønsteret til alle pasientene. Pasientene som fullførte behandlingen ble markert og det ble kartlagt om disse hadde mottatt et behandlingsforberedende tilbud i forkant av institusjonsbehandlingen. Videre ble samme metode brukt på gruppen som hadde droppet ut av behandling; de som droppet ut før det var gått 3, 6, 9 og 12 måneder. Også her ble det undersøkt om pasientene hadde fått tilbud om behandlingsforberedende tiltak i forkant av institusjonsbehandlingen. For å kartlegge bevegelsesmønsteret i det behandlingsforberedende tiltaket ble samme metode anvendt med målepunkt kun på antall drop-out og fullførte løp.

Så lenge studien omfatter en komplett pasientpopulasjon fra tre institusjoner i en definert periode, vil forskjellene være mer interessant ut fra en klinisk enn en statistisk vurdering. Det er derfor ikke foretatt noen form for signifikans-testing av forskjellene.

Etikk

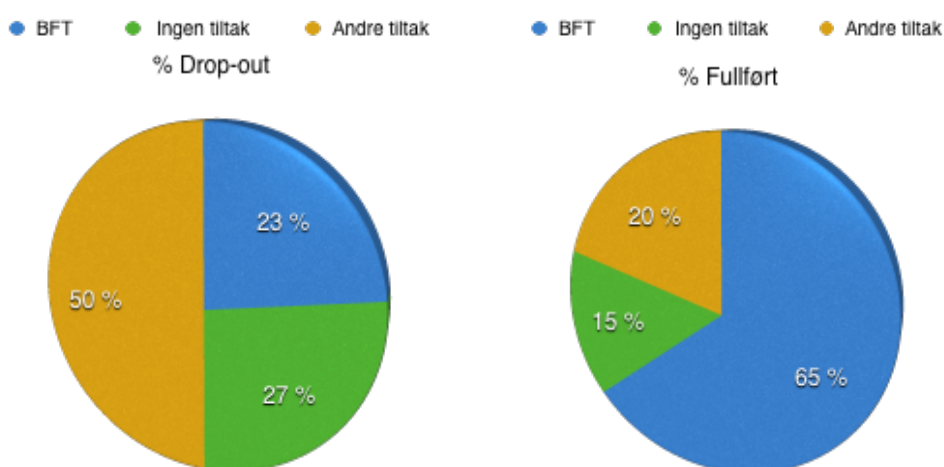
Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK vest (2015/2345), og ble gjennomført med fritak fra samtykkekravet. Det innebærer at pasientene ikke har gitt sitt samtykke til bruk av journalopplysninger.

Funn

Som det fremgår av figur 2, drop-out- og fullføringsmønstre i behandlingsforløp, viser datagrunnlaget to tydelige mønstre. For det første, en stor grad av fullførelse av behandling der pasientene hadde benyttet seg av et behandlingsforberedende tiltak i forkant av innleggelse ved behandlingsinstitusjon. Omtrent 7 av 10 pasienter som gjennomfører behandlingsforberedende tiltak fullfører behandlingen. For det andre viser resultatene at om man tar bort de som har vært i behandlingsforberedende tiltak i materialet og kun ser på de som har vært på avrusning og andre tiltak, er resultatet helt motsatt, da er det 7 av 10 som dropper ut av behandling.

² Numbers er et regneprogram utviklet av Macintosh og kan sammenlignes med Microsoft Excel.

42 personer	Behandlingsforberedende tiltak (BFT)	Ingen tiltak (direkte fra avrusning)	Andre tiltak (døgntilbud)	Total	%
Drop-out	5	6	11	22	52 %
Fullført	13	3	4	20	48 %
% Fullført	72 %	33 %	27 %	48 %	
Antall måneder i behandling					
Mindre en 3 mnd	3	2	9	14	64 %
Mindre en 6 mnd	1	3	1	5	23 %
Mindre en 9 mnd	0	1	1	2	9 %
Mindre en 12 mnd	1	0	0	1	5 %



Figur 1 Drop-out- og fullføringsmønstre i behandlingsforløp

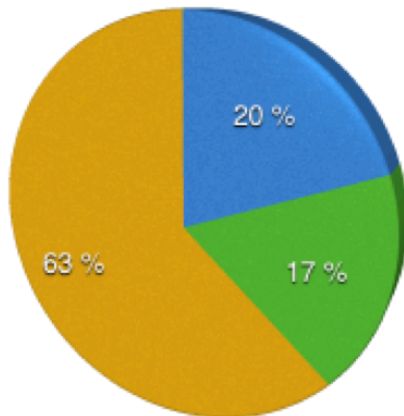
Det er en klar majoritet av pasientene som dropper ut av behandling i løpet av de 3 første månedene. 6 av 10 droppet ut innenfor et tidsintervall på 3 måneder, uavhengig av hvilket tilbud pasienten benyttet seg av i forkant av behandling.

Det er en forskjell mellom de to institusjonene når det gjelder drop-out rater. Det kan skyldes ulike forhold ved for eksempel pasientgruppens dynamikk eller andre tilfeldigheter. Hvis dette skal måles bør man samle inn data over flere år for at dette skal være en valid observasjon og ikke en tilfeldighet.

Figur 3, viser at det behandlingsforberedende tiltaket fikk henvist 282 pasienter i perioden 1.1-2013-31.12-2014. 55 (20 %) av pasientene møtte ikke til innleggelse, 49 (17 %) pasienter droppet ut av tiltaket før planlagt utskrivelse og 178 (63 %) pasienter fullførte oppholdet ved tiltaket. Figuren viser at 6 av 10 pasienter fullførte oppholdet i dette tiltaket.

282 personer	Antall	%
Møtte ikke	55	20 %
Drop-out	49	17 %
Fullført	178	63 %

● Møtte ikke ● Drop-out ● Fullført



Figur 2, Drop-out- og fullføringsmønstre behandlingsforberedende tiltak

Diskusjon

Funnene viser to mønstre. For det første viser resultatene en tydelig sammenheng mellom fullføring av behandling og det å ha benyttet et behandlingsforberedende tiltak i forkant av behandling. For det andre, at drop-out tallene stiger når pasientene ikke har benyttet seg av behandlingsforberedende tiltak i forkant av behandling. Videre viser funnene at det ikke er høyere drop-out fra behandlingsforberedende tiltak enn fra de andre institusjonstiltakene. Slike tiltak kan dermed ikke sies å fungere som en sterk ”silingsmekanisme” i behandlingsforløpet. ”Silingen” må i så fall skje før inntak i slike tiltak.

På bakgrunn av den begrensede litteraturen som finnes om mandatet til, og innholdet i behandlingsforberedende tiltak, og fordi vi ikke vet hva som egentlig gis i tilbudet, er det utfordrende å forsøke å forstå resultatene i denne studien. Behandlingsforberedende tiltak følger ingen spesifikk modell, og innhold og struktur defineres ulikt i ulike kommuner og helseforetak. Derimot kan funnene diskuteres opp mot andre tiltak og ingen tiltak og begrepet behandlingsforberedende tiltak kan diskuteres i lys av den nasjonale strategien omkring et behandlingsforløp.

Behandlingsforberedende tiltak - hva tilbys pasientene?

Funnene i denne studien indikerer at behandlingsforberedende tiltak gjør pasientene bedre rustet til å fullføre behandling i institusjon. For pasienten kan det bety færre behandlingsforsøk og -brudd og flere mestringsopplevelser knyttet til å bli i behandling. Derfor er det interessant å diskutere på hvilken måte innholdet i behandlingsforberedende tiltak skiller seg fra andre tiltak. Særlig når en ser at flertallet av pasientene i materialet har blitt henvist til andre tiltak enn det behandlingsforberedende.

Et behandlingsforberedende tiltaks intensjon er å bidra til å sette pasienten i stand, fysisk og kognitivt, til å nyttiggjøre seg behandling for sitt rusmiddelproblem i institusjon (Meld. St. 30 (2011-2012)). Tiltakets innhold og struktur innebærer at pasientene må forholde seg til strukturelle rammer som vil kunne bidra til å øke muligheten for pasienten til å gå inn i endringsprosesser. Det er kjent at døgnrytme, søvn, faste måltider, fysisk aktivitet og rusfrihet er positivt for den generelle fysiske og psykiske helsen. Og det er noe av det som tilbys i et behandlingsforberedende som antas å ha en positiv effekt på bedring av pasientens kognitive funksjon. Andre tiltak som er nevnt i denne studien (DPS, psykiatrisk sengepost, avrusningsklinikker og omsorgsinstitusjoner), og som benyttes i forkant av opphold i behandling sinstitusjon representerer på lik linje med det behandlingsforberedende tiltaket ulike former for strukturelle rammer som skal bidra til rusfrihet, døgn- og søvnrytme og faste måltider. Likevel, viser dette materialet at 7 av 10 pasienter som har vært i *andre tiltak*, avrusning, eller *ingen tiltak* dropper ut av behandling. En kan hevde at pasientpopulasjonen i disse tiltakene er ulik den som representeres i det behandlingsforberedende tiltaket fordi det er grunn til å tro at pasientene som kommer for eksempel fra DPS har psykiatriske tilleggslidelser som påvirker drop-out tallene. Det er også grunn til å anta at en ved disse tiltakene ikke har det samme fokuset på å forberede pasienten på neste ledd i behandlingsforløpet. I et søk gjort i nettsidene er det vanskelig å se at de i sitt mandat har et fokus på neste ledd i behandlingsforløpet. De ulike tiltakene definerer seg selv som egne behandlingstiltak med fokus på behandling av rusmiddelavhengighet og rehabilitering (Kriminalomsorgen, 2016; Evangeliesenteret, 2016; Fjordhagen 2016; Stavanger universitetssykehus, 2016). For eksempel ved Evangeliesenteret, Anonyme alkoholikere (AA) inspirerte tiltak eller ved en avdeling i et fengsel vil fokuset mest sannsynlig være på nyttiggjørelse av det

aktuelle tiltakets tilbud, heller enn på forberedelse til neste ledd i forløpet. En kan, med alle forbehold, i den forbindelse hevde at selv om tiltakene blir brukt i forkant av behandling, så betyr ikke det nødvendigvis at tiltakene arbeider for å forberede pasientene til behandling i spesialisthelsetjenesten. På en annen side er det grunn til å anta at disse tiltakene likevel har en effekt som behandlingsforberedende tiltak. Funnene i denne studien viser at omtrent 3 av 10 pasienter som kommer fra disse tiltakene også fullfører langtidsbehandling i institusjon i etterkant.

Er forberedelse til behandling ikke behandling?

En tradisjonell forståelse som står sterkt i rusbehandling er at endring skjer i en behandlingssammenheng hvor effekten måles etter endt opphold i behandling eller etter en bestemt behandlingsmetode, og at motivasjon til endring i hovedsak har blitt relatert til atferdsendring hos *pasienten* (Prescott & Børtveit, 2012). Dette reflekterer hvordan behandlingssystemet ikke har tatt høyde for at den kan være faktorer ved deres virksomhet som påvirker drop-out fra behandling (Gjengedal, 2014).

De senere årene kan man se en utvikling i synet på organiseringen av behandling av rusmiddelavhengige hvor en i større grad går bort fra isolert behandling i enkelttiltak til å tenke behandling i forløp med tilbud fra flere tjenestetilbydere samtidig. I stedet for å forholde seg til et lineært og fragmentert tjenestetilbud, kan det være mer relevant å betrakte behandlingsforløpene som dynamiske med flere reinnleggelses, flere ulike behandlingsintervensjoner, og med bredde i hva man definerer som nyttig behandling (Meld. St. 30 (2011-2012)). Behandlingsstart omtales som en egen fase i behandlingsforløpet hvor kommune, spesialisthelsetjenesten, pasientene, pårørende og andre bidrar. Her presiseres viktigheten av at det ikke oppstår brudd i behandlingsforløpet og at det ved vurdering av nytte av rusbehandling må det tas hensyn til den sammensatte problembelastningen som mange personer med rusmiddelproblemer har (ibid.).

Behandlingsforberedende tiltak hører naturlig hjemme i behandlingsstart-fasen. Men behandlingsforberedende tiltak som begrep i denne sammenheng kan være problematisk da behandlingens start- og slutt punkt ikke er klart definert i et helt behandlingsforløp. Det er problematisk å definere et tilbud som behandling og et som ikke behandling. Det er ikke gitt hvilke deler av et behandlingssystem som bidrar med til pasientens endringsprosesser (Nesvåg et al., 2016).

Tidligere undersøkelser viser at pasienter som dropper ut av psykoterapibehandling etter bare et fåtall behandlingssekvenser, kan få et positivt resultat. Dette er ikke overførbart til rusavhengighetsbehandling, hvor forskning viser at det etter tre måneder i behandling ikke er registrert en signifikant bedring hos pasienten, og at positivt resultat øker lineært med lengden på oppholdet for pasienter i avhengighetsbehandling, i mer enn tre måneder (Eaton, 2004; Hawkins, Baer & Kvilahan, 2008; Simpson, 1981; Simpson, 1979). Derfor vil gode behandlingsresultater på rus- og avhengighetsfeltet henge nært sammen med hvor lenge pasientene blir i behandling. Med drop-out tall normalt på i overkant av 50 % innen den første måneden i behandling (Stark, 1992), og at nær 6 av 10 pasienter i denne studien dropper ut av behandling før det har gått 3 måneder, er flesteparten av rusavhengige pasienter verken mottakere av adekvat behandling eller i stand til å bli frisk fra avhengigheten. Derfor er det klinisk viktig å tilby et behandlingsforløp som hjelper/bistår til å fullføre behandling, og vil kunne få positive konsekvenser for den avhengige, hennes eller hans nærmeste og samfunnet generelt.

Begrensninger ved studien

Dette er en enkeltstående kvantitativ case-studie med en liten populasjon. Studien kan på ingen måte generaliseres, men man kan antyde betydningen av behandlingsforberedende tiltak har for å redusere drop-out. Årsaker til drop-out kan være mange, og de har ikke blitt utforsket i denne studien, ei heller institusjonenes håndtering av pasienter som har en risiko for drop-out.

Men funnene i studien kan være interessante både for det kliniske fagmiljøet, i å utvikle nye tiltak for å holde pasienten i behandling, og rusmiddel-politisk med tanke på måloppnåelse av nasjonale strategier og målsettinger.

Konklusjon

På bakgrunn av studiens funn er det grunn til å akseptere hypotesene.

Behandlingsforberedende tiltak framstod som en dominerende faktor for at pasientene gjennomførte institusjonsbehandlingen. 7 av 10 pasienter som benyttet seg av tiltaket fullførte. Derimot er det ikke det behandlingsforberedende tiltaket i seg selv som er ensbetydende med fullførelse. Ved langvarig rusfrihet, særlig tidlig i behandlingsforløpet, kan man anta at pasientens fysiske- og kognitive fungering øker slik at ferdigheter som er nødvendige i en behandlingssituasjon er tilgjengelige hos pasienten.

Studiens implikasjoner for framtidige politiske strategier og forskning

Hvis det er slik at behandlingsforberedende tiltak i forkant av behandling øker muligheten for pasientene til å fullføre behandling, vil det være av stor interesse å utvikle et behandlingssystem som, i tråd med nasjonale faglige retningslinjer og norsk rusmiddelpolitikk, legger til rette for skreddersydde, individuelle behandlingsforløp for hver enkelt pasient.

Fra et kost-nytte perspektiv er langtids døgnbehandling svært kostbart. Rus-politisk kan det være av interesse å redusere antall drop-out (særlig i den tidligste fasen i behandlingen), og dermed øke kapasiteten i behandlingsinstitusjonene.

Det vil være nyttig å gjøre større studier på bevegelsesmønstre i behandlingsforløp og drop-out i behandlingssystemer for å undersøke om funnene fra denne studien lar seg generalisere. En kvalitativ undersøkelse som rettet søkelyset mot pasientenes egne meninger om hva som er gode behandlingsforløp og som reduserer drop-out er særlig interessant.

Referanseliste

- Alterman A. L., McKay J. R., Mulvaney F. D., McLellan A. D. (1996). *Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men*. *Drug and Alcohol Dependence*, 40 (3) (1996), pp. 227–233
- Brewer D. D., Catalano R.F., Haggerty K., Gainey R. R., Fleming C. B. (1998). *RESEARCH REPORT A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction*. *Addiction*, 93 (1) (1998), pp. 73–92
- Brorson H. H., Arnevik E. A., Rand-Henriksen K., Duckert F. (2013). *Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors*. *Clinical Psychological review* 33 (2013) pp. 1010-1024
- Deane F., Wotton D., Hsu C-I., Kelly P. (2010). *Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample*. Faculty of Health and Behavioural Sciences - Papers (Archive) (2012), pp. 216–225
- Eaton L. (2004). Numbers starting treatment for drug misuse increase by 20% over two years. *BMJ: British Medical Journal*, 329 (7474) (2004), p. 1066.
- Evangeliesenteret (2016) *Om oss, serviceerklæring*. Hentet (18.05.16) fra <http://www.evangeliesenteret.no/om-oss/serviceerklaering>
- Fernandes- Serrano M. J., Perez-Garcia M. og Verdejo-Garcia A. 2009. *What are the specific vs. Generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance?* *Neuroscience and biobehavioral Reviews* 2009.
- Fjordhagen (2016). *Om Fjordhagen*. Hentet (18.05.16) fra http://fjordhagen.no/?page_id=7
- Frelsesarmeen (2016). *Vårt arbeid*. Hentet (18.05.15) fra http://www.frelsesarmeen.no/no/vart_arbeid/rusomsorgen/hoyre_kolonne/vare_tilbud/rusomsorgen_region_vest/hoyre_kolonne/vare_tilbud/behandlingssenteret_stavanger/hoyre_kolonne/vare_tilbud/stabiliseringsenhet/STABILISERINGSAVDELING.b7C_wRbS4x.ips
- Gjengedal K. (2014). *Rusforskning på villspor*. Hentet fra <http://www.sv.uio.no/psi/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2014/rusforskning-pa-villspor.html>
- Hawkins E. J., Baer J. S., Kivlahan D. R. (2008). *Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35 (2) (2008), pp. 207–216
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Trykksaksekspedisjonen.
- Helse Stavanger (2016). *Om oss*. Hentet (18.05.16) fra <http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/sandnes-dps/Sider/varatun.aspx>
- Johannessen A., Tufte P. A., Christoffersen L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. Utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

- Johansen J. A. (2011). *Utvikling og opprettholdelse av rusmiddelavhengighet*. Tidsskriftet Mot Rusgift. Vol. 96.
- Kriminalomsorgen (2016). *Helsetilbud og rusavhengighet*. Hentet (10.05.16) fra <http://www.kriminalomsorgen.no/helsetilbud-og-rusavhengighet.237860.no.html>
- McKellar J., Kelly J., Harris A., Moos R. (2006). *Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders*. Addictive Behaviors, 31 (3) (2006), pp. 450-460.
- McKay, J.R og Weiss, R.V. (2001). *A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups: Preliminary results and methodological issues*. Evaluation Review, 25, 113–161. DOI: 10.1177/0193841X0102500202
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Metzger, D., McKay, J., Alterman, A. I. og O'Brien, C. P. (1996). *Evaluating the effectiveness of treatments for substance use disorders: Reasonable expectations, appropriate comparisons*. Milbank Quarterly, 74, 51–85. Hentet fra: <http://www.jstor.org/stable/3350433>
- Meld. St. 30 (2011-2012). (2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. juni 2012, godkjent i statsråd samme dag.(Regjeringen Stoltenberg II) (Oslo).
- Moos R. H., Pettit B., Gruber V.A. (1995). Characteristics and outcomes of three models of community residential care for abuse patients. Journal of Substance Abuse, 7 (1) (1995), pp. 99–116
- Nesvåg S. (2014). *Rusreformen 10 år etter*. Rus & Samfunn, Årg.8, nr. 1, pp 26-31
- Nesvåg S., Scott B. E., Knutsen H. H., Myhre C., Moe M., Njå A-L. (Foreløpig upublisert)(2016). *Drop-out fra langtids døgnbasert rusbehandling: en case-studie*. Stavanger: Stavanger universitetssykehus.
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-2015-05-22-32. (2015). Lokalisert 13 april 2016, på Lovdata.
- Prescott P., Børtveit T. (2012). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Prop. 15 S (2016-2020) (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*: Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 13. November 2015, godkjent i statsråd same dag. (Regjeringen Solberg). (Oslo).
- Samuel D.B., LaPaglia D.M. , Maccarelli L.M. , Moore B.A., Ball B.A. (2011). *Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence*. The American Journal on Addictions, 20 (6) (2011), pp. 555–562
- Simpson D.D (1979). *The relation of time spent in a drug abuse treatment to posttreatment outcome*. The American Journal og Psychiatry, 136 (11) (1979), pp. 1449-1453.

Simpson D. D., Joe G. W., Rowan-Szal G. A. , Greener J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (6) (1997), pp. 565–572.

Simpson D. D. (1981). *Treatment for drug abuse: Follow-up outcome and length of time spent*. *Archives of General Psychiatry*, 38 (8) (1981), pp. 875-880.

Stark M. J. (1992). *Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review*. *Clinical Psychology Review*, 12 (1) (1992), pp. 93–116

Stubberud J., Åsland R., Kristensen Ø. (2007). *Hvorfor mislykkes behandlingen? ; en undersøkelse av kognitiv funksjon og personlighet hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2007, Vol 44, nr. 8, pp. 1012-1018 : port.

United Nations Office on Drugs and Crime (2012). *World Drug Report 2012*. United Nations, New York (2012) (Hentet fra: http://www.undoc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_smallpdf)

Utne Ingvild (2015, 12.05). Kognitiv fungering. Hentet fra http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt_/prosjekter_/hindre-drop-out-fra-rusbehandling_/sjekklister/Sider/Kognitiv-fungering.aspx

Vedlegg 1



Region: REK vest	Sakbehandler: Arne Salbu	Telefon: 55978498	Vår dato: 01.02.2016	Vår referanse: 2015/2345/REK vest
			Deres dato: 08.12.2015	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Sverre Nesvåg
Stavanger universitetssykehus

2015/2345 Drop-out mønster i rusbehandlingsforløp

Forskningsansvarlig institusjon: Stavanger Universitetssykehus
Prosjektleder: Sverre Nesvåg

Vi viser til søknad om dispensasjon fra taushetsplikt i ovennevnte prosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 14.01.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 d første ledd.

Prosjektomtale

Å gjennomføre planlagt behandling er en av de sterkeste prediktorene for positivt utkomme i behandling av rusmiddelavhengighet. Tidligere studier har vist at både kjennetegn ved pasientene, men i enda høyere grad, kjennetegn ved behandlingstilbudet er korrelert med høy drop-out-rate og dermed dårligere utkomme. Tidligere forskning har imidlertid vært avgrenset til drop-out fra enkelt-tiltak. Dette prosjektet vil studere drop-out mønsteret gjennom lengre behandlingsforløp som involverer flere instanser. Hypotesen er at fullførte innledende tiltak (ofte omtalt som behandlingsforberedende tiltak) øker sannsynligheten for fullføring ved senere tiltak, men også at pasienter som har høy risiko for drop-out, faller tidligere fra i forløpet. Gjennom å kartlegge forløpene til alle pasienter som var i to institusjonstiltak i 2014 og ved de tiltak som inngår tidlig i disse forløpene, vil en få kunnskap om mønster i drop-out som kan komme til nytte i planleggingen av hele behandlingsforløp.

Vurdering

Prosjektet dreier seg om å studere drop-out mønster gjennom lengre behandlingsforløp hos pasienter som behandles for rus-problemer. Man vil kartlegge forløpene til alle pasienter som var i to institusjonstiltak i 2014, og de tiltakene som inngår i forløpene.

Det antas at kartleggingen vil omfatte maksimum 300 pasienter.

De opplysningene man ønsker er:

1. Navn på vedkommende
2. Hvor pasienten var innlagt i 2014.

Opplysningene ønskes utlevert fra inntaksansvarlig ved de aktuelle institusjonene.

Opplysningene skal oppbevares indirekte identifiserbart (avidentifisert). Etter prosjektslutt skal data slettes.

Søknaden er begrunnet med at man regner det som umulig å gjennomføre prosjektet dersom man skal hente

Decksadresse:
Armauer Hansens Hus (AHH),
Tverrløy Nord, 2 etasje, Rom
281, Haukelandsveien 28

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uhb.no
Web: <http://helseforskning.etikk.com.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
vest, not to individual staff

inn samtykke.

Det er åpenbart at studien ikke kan gjennomføres uten et fritak fra samtykkekravet. Komiteen mener at studien er samfunnsnyttig og at deltakernes integritet blir ivaretatt. Vi forutsetter da at kun prosjektleder Nesvåg har adgang til koblingsnøkkel.

Vedtak

REK vest godkjenner søknad om fritak fra samtykkekravet, i samsvar med søknad.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg
Prof. Dr.med
Komitéleder

Arne Salbu
rådgiver

Kopi til: stein.tore.nilsen@sus.no

Vedlegg 2



Notat

Til:
Sverre Martin Nesvåg

Fra:
Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:
Helle Schøyen, Juridisk rådgiver Ina Trane, Sølve Braut, Randi Mobæk, Rolf Haaland,
Lars Conrad Moe

Dato: 19.02.2016
Arkivref: 2010/4836 - 18630/2016

Godkjennelse masterprosjekt - MA81 (Anne Lill Njå)

Masterprosjektet: «Drop out – mønster i rusbehandlingsforløp»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA81.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 3

Forfatterveiledning for Tidsskrift for psykisk helsearbeid

E-post: redaksjonen.tph@gmail.com

Manuskriptstandard

Alle manuskripter må være skrevet i tråd med kravene som er beskrevet her. Manus som ikke er i tråd med de følgende retningslinjer, vil dessverre bli avvist. Våre retningslinjer ligger også på www.idunn.no/tph.

Språk

Redaksjonen ønsker å unngå tingliggjørende og sykeliggjørende språk og begrepsbruk og oppfordrer alle forfattere til en kritisk gjennomgang av språk og begrepsbruk i egne tekster før de sendes til redaksjonen. Generelt ønsker vi å understreke at manuskripter til tidsskriftet skal fokusere på psykisk helsearbeid. Redaksjonen ønsker at forfattere bruker dette begrepet som fellesbetegnelse for det arbeidet som gjøres i psykisk helsefeltet. Ellers ber vi om at forfatterne bruker de offisielle betegnelse på tjenestene – for eksempel "psykisk helsevern".

Alle manuskripter skal inneholde en tittelside med:

- Forfatternavn og yrkestittel
- Fødselsår
- Nåværende utdanning og arbeidssted
- Adresse
- E-postadresse
- Tittel på teksten
- Hvilken sjanger

Alle tekster leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 1,5.

Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter: Artikkelens tittel/undertittel, avsnittstittel og undertittel. Forfattere skal levere manuskripter med ren tekst, som betyr ingen bruk av innrykk, tabulator, fet skrift, understrekning, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskrifter.

Antall tegn brukt i manus og antall tabeller og figurer skal også angis på tittelsiden.

Fag- og vitenskapelige artikler

Fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde inntil 5000 ord.

Litteraturliste og noter

regnes som en del av artikkelen, mens norsk og engelsk sammendrag ikke inngår. Alle fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde:

- Kort norsk sammendrag på max. 100 ord.

- 4–6 nøkkelord på norsk og engelsk.

Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet etter APA 6. versjon – se eget punkt.

Engelsk versjon av det norske sammendraget inkludert engelsk tittel – dette skal plasseres etter det norske sammendraget – max. 100 ord.

Alle artikler, både fag- og vitenskapelige, skal oppgi referansenummer fra behandlingen i REK eller NSD. Dette skal oppgis på tittelsiden, ikke i teksten.

Dersom innsendt artikkel har blitt publisert tidligere i et nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift, skal dette opplyses om ved førstegangskontakt med TPH. Kilden skal også oppgis i tekstens innledning med referanse i litteraturlisten.

Vitenskapelige manuskripter kan utformes i ulike genre. De som er basert på egne undersøkelser, kan organiseres etter overskriftene Bakgrunn, Metode (studiens design, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og forskningsetikk), Funn, Diskusjon og Konklusjon.

Vitenskapelige manuskripter vil først bli vurdert av redaktør og vitenskapelig redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, vil det bli vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle. Tidsskrift for psykisk helsearbeid praktiserer «lukket» fagfellevurdering, det vil si at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

Fagartikler vurderes av redaksjonen med tanke på relevans, innhold og form.

På tittelsiden skal forfatterne angi om artikkelen skal fagfellevurderes som en vitenskapelig artikkel eller om den skal vurderes som en fagartikkel.

Det er redaktøren som til slutt avgjør om en fagartikkel eller vitenskapelig artikkel kan publiseres.

Gode eksempler/Essay/Fortellinger skal inneholde inntil 3000 ord. Kritisk blikk//Bokanmeldelser skal inneholde inntil 1500 ord.

Tabeller og illustrasjoner

Tabeller og figurer markeres i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges manus som separate dokumenter.

Tidsskriftet ønsker ikke bruk av fot- eller sluttnoter i manus.

Litteraturhenvisninger i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og årstall for publisering i parentes, eksempel: (Sundelin, 1987 – det skal være komma mellom forfatter og årstall). Hvis det er seks eller flere forfattere skal du kun bruke førsteforfatter, etterfulgt av «et

al.,»). Ved direkte sitat føres forfatter, årstall og sidetall rett etter sitatet, eksempel: (Andersen, 2007, s. 12). Henvvisninger til flere verk føres på følgende måte: (Andersen, 2007; Waaktar, 2000). Se ellers:

<http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>.

Referanseliste

Referanselisten skrives til slutt etter hovedteksten. Tidsskriftet bruker 6. utgave av referansesystemet til Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Se nettstedet over som gir en god innføring i hvordan referanser føres i dette systemet.

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI- koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://kildekompaset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>.

Eksempel på plassering av DOI-kode med APA-referansestilen:

Müller, J. (2011). The Sound of Silence. Historische Zeitschrift, (292), 1–29. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1524/hzhz.2011.0001>.

Eksempler på referanser til artikler: (NB: innrykk andre linje på alle referanser)

Ervik, R., Sælør, K.T., & Biong, S. (2012). «Å gripe øyeblikket» Om hvordan miljøansatte ved et lavterskelhybelhus erfarer samarbeidet mellom seg og beboerne. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 9(4), 302–313.

Eksempel på referanser til bøker:

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J.A. (2009). Perspektiver på psykisk lidelse

- å forstå, beskrive og behandle. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elektronisk bok med forfatter:

Franzen, J. (2010). Freedom [Kindle reader versjon]. Hentet fra <http://www.amazon.com>

Bøker med redaktør:

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2008). Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal akademisk.

Merk: For redigerte bøker skal du vanligvis vise til kapittelet du har brukt!

Kapittel i bok med redaktør:

Ranhoff, A. H. (2008). Søvn og søvnproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 311–318). Oslo: Gyldendal akademisk.

Merk: Redaktørens fornavn skrives med initialen før etternavnet.

Kapittel i elektronisk bok med redaktør:

Kohn, S. (2009). The future of innovation is in our hands. I B. v. Stamm, & A. Trifilova (Red.), *The future of innovation* [Ebrary versjon]. Hentet fra <http://site.ebrary.com/>

Doktoravhandlinger og masteroppgaver:

Fevang, K. L. (2010). *Grammatikkens språk: Hvilke språklige trekk karakteriserer fransk grammatikk for norske elever? En kvalitativ studie (Masteroppgave)*. Høgskolen i Vestfold, Tønsberg.

Askeland, N. (2008). *Lærebøker og forståing av kommunikasjon: Om forståing av begrepet kommunikasjon gjennom metaforar og metaforsignal i seks læreverk i norsk for ungdomstrinnet 1997-99 (Doktoravhandling)*. Universitetet i Oslo. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-20888>.

Merk: Når stedsnavnet er del av institusjonsnavnet, trenger du ikke gjenta stedsnavnet.

Artikler i tidsskrift

Ervik, R., Sælør, K.T., & Biong, S. (2012). «Å gripe øyeblikket» Om hvordan miljøansatte ved et lavterskelhybelhus erfarer samarbeidet mellom seg og beboerne. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 302–313.

Elektronisk artikkel med URL:

Helleve, I. (2013). Social networking sites in education - governmental recommendations and actual use. *Nordic journal of digital literacy*, 7(4), 91–207. Hentet fra <http://http://www.idunn.no/>

Offentlige dokumenter

Kunnskapsdepartementet. (2013). *Lange linjer - kunnskap gir muligheter (Meld. St. 18 (2012-2013))*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Eller:

Meld. St. 18 (2012–2013). (2013). *Lange linjer - kunnskap gir muligheter*. Oslo:

Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

NOU:

Voldtekstutvalget (2008). *Fra ord til handling: Bekjempelse av voldtekt krever handling: Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 1. september 2006*:

Avgitt til Justis- og politidepartementet 24. januar 2008 (NOU 2008:4). Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Publikasjoner, fra direktorater el.lign:

Trykt utgave:

Helsedirektoratet (2013). Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer: nasjonal oppfølging av WHO's mål. Oslo: Helsedirektoratet.

Elektronisk utgave:

Utdanningsdirektoratet (2011). Skolemiljøutvalg: veileder til medlemmene. Hentet fra

<http://www.udir.no>

Lover:

Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Hentet fra <http://www.lovdata.n>

Forskrifter:

Forskrift til opplæringslova (2006). Forskrift til opplæringslova. Hentet fra <http://www.lovdata.no/>.

Rundskriv:

Utdanningsdirektoratet (2012). Udir-8-2012 Endringer i faget kroppsøving. Hentet fra <http://www.udir.no/>.

Internettkilder

Carlsen, K. H. (2008). Kosthold for fotballspillere. Hentet fra <http://www.trenerforeningen.no>.

Utdanningsdirektoratet (u.å.). Veiledninger til Kunnskapsløftet. Hentet fra <http://www.udir.no/>.

Blogg:

Olsen, H. K. (2011, 19.06). Lære. Verk - videre [Bloggpost]. Hentet fra

<http://heidiko.wordpress.com>.

Se også:

<http://kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>.

Vedlegg 4

Søkemotor	Søkeord	Resultat
Academic Seach Premier	Pretreatment AND drugabuse, treatment AND drugabuse, pretreatment AND drugabuse AND treatmentsystem, drugabuse AND treatment AND dropout	Ingen treff i perioden 2013-2016
Idunn	”drop-out fra rusbehandling”, ”dropout fra rusbehandling”	Ingen treff i perioden 2013-2016
Scopus	Drug addiction AND Treatment AND Risk factor AND Drop out, Pretreatment AND drugabuse AND treatmentsystem	Ingen treff i perioden 2013-2016
PsycInfo	Drugabuse AND dropout AND treatment, Drugtreatment AND pretreatment AND treatmentsystem	Ingen treff i perioden 2013-2016