

Faktorer som virker inn ved frafall i døgnbehandling for pasienter med ruslidelser. En case-studie med vekt på både pasient- og behandlerperspektivet

Helga A.K. Ormbostad, Karl Yngvar Dale, Eva Johanne Gjengedal og Marianne Stallvik

Helga A.K. Ormbostad, Msc, Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, Molde behandlingssenter, Helga.Ormbostad@helse-mr.no

Karl Yngvar Dale, førsteamanuensis, Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk, avdeling for helse og sosialfag

Eva Johanne Gjengedal, professor, Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk, avdeling for helse og sosialfag

Marianne Stallvik, forskningsrådgiver, St.Olavs Hospital, klinikk for rus og avhengighetsmedisin, forskningsavdeling

Abstract

Factors affecting dropout from residential treatment for patients with substance use disorders. A case study with emphasis on both patient and clinician perspectives

Retention in substance abuse treatment is one of the most consistent predictors of successful treatment. Despite drop-out rates from 17-57 % for inpatient treatment, little is known of potential risk factors related to treatment programs and processes. The aim of this study is to obtain knowledge of this phenomenon by studying underlying processes and conditions associated with dropout. The case study method is chosen because of the scant literature and the ability of this method to gain in-depth information. The data material consists of qualitative interviews of patients and clinical staff together with journal material. The results indicate complex conditions associated with attrition and that the patients left treatment despite positive experiences and perceived usefulness of the program. It is suggested that there might be a process prior to the decision of leaving and that special attention should be paid to patients at higher risk for drop-out.

Keyword/Nøkkelord:

dropout; attrition; inpatient; substance abuse treatment; patient's perspective, dropout; frafall; døgnbehandling; rusbehandling; pasienters perspektiv

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4076>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Introduksjon

Rusavhengighet kan forstås ut i fra interaksjonen mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Denne kompleksiteten krever en bred faglig tilnærming (Stallvik 2009) og effektiv rusbehandling kjennetegnes av en presis psykososial oppfølging av adekvate og individuelt tilpassede støttetjenester (Stallvik, Gastfriend og Nordahl 2015).

Sykdom, tidlig død, kriminalitet og lidelser, både for individet selv samt familie og nettverk er forbundet med rusavhengighet. Mellom 20-70 % av dem som mottar rusbehandling i poliklinikk eller institusjon fullfører som planlagt (Simpson, Joe, Broome, Hiller, Knight og Rowan-Szal 1997; Ravndal, Vaglum og Lauritzen 2005; López-Goñi, Fernández-Montalvo, Illescas, Landa og Lorea 2008). Studier har dokumentert at det forekommer mellom 17-57 % frafall ved døgntilrettelagt behandling (Deane, Wooton, Hsu og Kelley 2012; Samuel, LaPaglia, Marcarelli, Moore og Ball 2011).

Sammenlignet med det å gjennomføre hele behandlingsprogrammet, vil det å velge å avslutte før fullført behandling, statistisk sett være forbundet med risiko for økt kriminalitet, dårligere helse, dårligere økonomi og tilbakefall til rusatferd (Stark, 1992; Ravndal et al. 2005). Fullført døgntilrettelagt behandling er i så måte en av de mest konsistente faktorer for positivt utfall av rusbehandling (Dalsbø, Hammerstrøm, Vist, Gjermo, Smedslund, Steiro og Høie 2010). Frafall øker risikoen for tilbakefall til rus og fare for overdose, idet toleransen synker etter innkomst til behandling. Ravndal og Amundsen (2010) viste til at mortaliteten ved frafall for opioidavhengige i medisinfri behandling før fire uker, var så dramatisk forhøyet at strakstiltak burde iverksettes. Det å gjøre systematiske undersøkelser av den sosiale og psykologiske dynamikken i frafall kan være ett tiltak. En mer nyansert forståelse vil komme fagfeltet til gode ved at man i større grad kan identifisere hvilke pasienter, i hvilke faser, som er sårbare for behandlingsbrudd.

Forskningen på årsakene til frafall i rusbehandling har gått i mange retninger med til dels motstridende resultater. I følge Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen og Duckert (2013) har forskning siden 1992 i overveiende grad hatt fokus på demografiske og pasientrelaterede faktorer som alder, kjønn, diagnose, rusmiddelprofil, tidligere behandling, psykisk helse, kognitiv fungering og endringsvillighet. Med unntak av ung alder, er funnene med hensyn til demografiske risikofaktorer lite entydige og videre forskning her av begrenset verdi. I mindre grad har forskningen fokusert på behandlingsrelaterede faktorer som metode, terapiformer, tid og intensitet i behandling samt miljøet i avdelingen og egenskaper hos behandlere. Etter hvert har behandlingsprosesser som for eksempel motivasjon, allianse og tilfredshet med behandling fått økt oppmerksomhet og fremtidig forskning bør i større grad fokusere på

behandlingsrelaterte risikofaktorer og behandlingsprosesser med fokus på tilrettelegging og tilpasninger ut i fra pasientenes behov (Brorson et al. 2013). Tidligere studier har også vist at psykiske tilleggs lidelser er assosiert med tidlig frafall (Ravndal et al. 2005). Ved å overse tilleggs lidelser og ikke møte pasienters reelle behov, øker faren for frafall, manglende oppmøte og dårligere utfall av behandling (Magura, Staines, Kosanke, Rosenblum, Foote, Deluca og Bali 2003; Schulte, Meier, Stirling og Berry 2010; Angarita, Reif, Pirard, Lee, Sharon og Gastfriend 2007).

Forskning på frafall sett fra pasientens perspektiv med fokus på egne tanker, opplevelser og erfaringer har også vært mangelfull (Ball, Carroll, Canning-Ball og Rounsaville 2006; Coulson, Ng, Geertsema, Dodd og Berk 2009; Laudet, Stanick og Sands 2009). I tillegg er studier der en søker å fange opp både pasient- og behandlerperspektivet i tilknytning til frafall begrenset (Palmer, Murphy, Piselli og Ball 2009). I en undersøkelse utført av Kunnskapscenteret (Dahle og Iversen 2011) ble det fanget opp at frafall kunne relateres til en viss grad av misnøye med deler av innholdet i behandlingen. Craig (1985) hevdet tidlig at interaksjonen mellom pasient og innholdet i behandling hadde større betydning enn pasientrelaterte faktorer alene og at effektive tiltak for å redusere frafall først kan skje når frafall blir ansett som en utfordring for ansatte fremfor et pasientproblem. Dette finner man også i Brorson et al. (2013), hvor det er tydelig at behandlingsrelaterte faktorer bør fokuseres på i denne sammenhengen.

I denne studien defineres frafall når døgnbehandling avsluttes ensidig fra pasientens side. Gjennom direkte henvendelse til pasienter og deres behandlere ved brudd søker en ny kunnskap som kan medføre økt innsikt på området. Hensikten er å fokusere på hvordan behandlingsrelaterte faktorer og prosesser sammen med pasientrelaterte faktorer påvirker frafall tanker, tanker relatert til behandlingsbrudd og når disse oppstår, og hvordan behandlerne opplever pasientene.

Metode

Studien er en eksplorativ kollektiv case-studie av instrumentell type (Creswell 2013) med fokus på frafall i behandling. Case'et er i så måte et redskap for å belyse og forstå frafall og fenomenets etiologi (Stake 1995). Kompleks problemstilling og god datatilgang var medvirkende til at case-studie ble valgt som forskningsdesign (Creswell 2013). Metoden anbefales der foreliggende forskning er begrenset (Malterud 2011) og der en ønsker å studere et fenomen i dybden, avgrenset i tid og sted (Creswell 2013). Datamaterialet er innhentet gjennom intervju med pasienter og deres behandlere samt journalmateriale fra henvisninger, miljøobservasjoner, psykologiske utredninger og selvrapporterte data fra behandlingsplaner og Klientkartleggings-skjema. Klientkartleggings-skjemaene inneholder selvrapporterte opplysninger om pasientens rushistorikk

og rusmiddelbruk, psykisk helse, boligforhold og omsorgssituasjon ved oppstart av behandling i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

Innledningsvis ble det foretatt et systematisk litteratursøk i OvidSP med keywords: substance use, narcotic, substance use treatment, patient, client, drop-out, reason. Det ble funnet få aktuelle studier med relevans til frafall sett fra pasientens perspektiv. Det ble søkt gjennom referanselistene til disse artiklene samt enkeltsøk fra aktuelle og relaterte artikler og reviews. Videre ble det søkt på litteratur som omhandler «retention», «perceivment of treatment» og «psychological distress».

Utvalg

Informantene er rekruttert ved et modifisert terapeutisk samfunn for rusavhengige (Dye, Ducharme, Johnson, Knudsen og Roman 2009) med gjennomsnittlig behandlingstid seks måneder. Programmodell og grunnleggende praksis har sitt opprinnelige utspring fra Synanon grunnlagt i 1958 (De Leon 1985; De Leon 2003). Det er et medikamentfritt tilbud til rusavhengige over 18 år, der avhengigheten er så omfattende at døgnbehandling er nødvendig. Pasientene kan ha psykiske tilleggslidelser, men ikke psykoseproblematikk. Den faseindelte behandlingen er i stor grad gruppebasert med obligatoriske og frivillige grupper. Pasientene forventes aktivt å ta del i hverandres behandling og fremlegg av behandlingsplan for medpasienter inngår som en del av behandlingen. Behandlingstiden fastsettes i tverrfaglig sammensatt behandlingsmøte der pasienten er tilstede. En tilstreber å gjøre individuelle tilpasninger ut i fra pasientenes behov basert på psykologisk kartlegging og eller utredning og miljøobservasjoner i samråd med pasientene. Miljøterapien består av et høyt strukturert og tilrettelagt daglig program med muligheter for utvikling av personlig ansvar, selvstendighet og sosiale ferdigheter, blant annet gjennom utstrakt bruk av medpasienter som rollemodeller (Sacks, McKendrick, Sacks og Cleland 2010). Under veiledning av personalet ivaretas den daglige driften av pasientene. Disse bekler ulike roller i et hierarkisk oppbygd system, med ulike forventninger og ansvar knyttet til ledelse og utøvelsen av det daglige arbeidet. God arbeidsmoral, åpenhet og ærlighet ovenfor seg selv og andre, respekt og å bry seg om andre er grunnleggende sentrale verdier (De Leon 2003).

Utvalgs-kriteriene var at bruddet var ensidig ønsket fra pasientens side og behandlingstid på minimum fire uker for å sikre at pasienten hadde tilegnet seg en viss grad av innsikt i behandlingsprogrammet samt egne behov og forventninger. En antok at dette tidsrommet kunne bidra til fylldige og beskrivende caser og mye informasjon. Pasientene ble rekruttert av personalet på vakt og informert samtykke ble undertegnet i forkant av intervjuene.

Utvalget består av to mannlige pasienter som brøt behandlingen etter henholdsvis 28 og 120 dager. Disse danner utgangspunkt for følgende caser:

- Case nummer 1 består av pasient, primærkontakt (miljøterapeut) og sykepleier samt tilhørende pasientjournal.
- Case nummer 2 består av pasient, primærkontakt (miljøterapeut) og psykolog med ansvar for individuell terapi samt tilhørende pasientjournal.

Psykolog og sykepleier ble valgt som deltakere i tillegg til miljøterapeuter for å få et mest mulig utvidet perspektiv. I case nummer 1 ble sykepleier intervjuet, da det ikke var opprettet kontakt med psykolog på intervjutidspunkt.

Frafall forbindes ofte med misnøye eller andre forhold som gjør at pasienten ikke evner eller ønsker å gjennomføre behandling. Vansker og hindringer med rekruttering og datainnsamling av målgruppa kan være blant årsakene til at forskning om pasienters subjektive årsaker til frafall har vært manglende. Enkeltstudier med 5% deltakelse støtter resultatene (Ball et al. 2006). I denne studien representerte manglende motivasjon hos bruddkandidater, få brudd og lav tilgjengelighet ved bruddtidspunkt rekrutteringsvansker. Det ble derfor benyttet et bekvemmelighetsutvalg ved at de to første som responderte positivt ble rekruttert. Det var relativt stor forskjell mellom disse pasientene med hensyn til livserfaring, behandlingens lengde og tidligere behandlingserfaring. Aldersmessig var det stor avstand mellom pasientene. På grunnlag av disse ulikhetene mellom pasientene, ble det vurdert at utvalget gav en fyllestgjørende bredde av observasjoner til å belyse frafall som fenomen på denne spesifikke institusjon.

Individuelle intervjuer av ansatte og pasienter

Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter. Intervjuguiden besto av åpne spørsmål, utarbeidet etter fokusintervju med pasienter vedrørende deres erfaringer. Første hovedspørsmål fokuserte på tanker og følelser forbundet med bruddet. Hovedspørsmål nummer to hadde fokus på det å være pasient på institusjonen og opplevelsen av innhold i programmet. Oppfølgingsspørsmålene ble brukt for å få utdypende informasjon om faktorer som terapeutisk relasjon, innhold i behandling, forventninger og utenforliggende årsaker, samt familie/nettverk. En tilsvarende intervjuguide ble utformet for å fange opp ansattes perspektiv.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og varte i gjennomsnittlig 50 minutter. De ble gjennomført i skjermede omgivelser på institusjonen. Pasienten i case nummer 1 ble intervjuet før han forlot institusjonen, mens de øvrige deltakerne ble intervjuet innenfor fire dager etter bruddet. Deltaker i case nummer 2 ble intervjuet fire dager etter bruddet. Primærkontakt og psykolog ble intervjuet henholdsvis to og fem uker etter bruddet. Miljøterapeut på vakt ved bruddtidspunktet ble intervjuet 6 uker etter bruddet. Deltakerne fremsto som rolige og uten synlige tegn på affekt i forkant av og under intervjuene.

Dataanalyse

En detaljert beskrivelse av personene og settingen rundt fenomenet som studeres er grunnleggende i analysen (Creswell 2013). Intervjuene av pasienter, primærkontakter, sykepleier og psykolog ble analysert etter samme metode. Det ble foretatt en ordrett transkribering med tilføyelser og notater i form av pauser og bemerkninger til stemmebruk. Tanker og spørsmål som dukket opp underveis i prosessen ble notert i marginen. Til slutt ble transkripsjonen kvalitetssikret med ny gjennomgang. Meningsbærende enheter, enkeltstående ord, eller hele setninger med relevans til problemstillingen ble identifisert og markert. Enkeltstående utsagn der det kunne trekkes ut en direkte mening ble identifisert og teksten kondensert og organisert i tabeller utformet for å muliggjøre sammenligning og identifisering av likheter og ulikheter mellom casene. Den kondenserte teksten ble organisert i to hovedkategorier, den ene bestående av to underkategorier. Teksten i underkategoriene ble gruppert i temaer som fremkommer i diskusjonen. Denne delen av analysearbeidet ble gjennomført av to av forfatterne, uavhengig av hverandre. De foreløpige kategoriene var til dels sammenfallende. Endelige kategorier ble utarbeidet med utgangspunkt i diskusjoner i forskerteamet. Det ble gjennomført intervju av ansatte på vakt ved bruddtidspunktet for å innhente mer informasjon og kvalitetssikre dataene fra deltakerne og journalnedtegnelser.

Teksten fra journalnedtegnelser ble gjennomgått og notert i kronologisk rekkefølge sammen med psykologiske utredninger og selvrapportert data fra Klientkartleggingsskjema og behandlingsplaner. Denne gjennomgangen ble gjort for å synliggjøre eventuelle forhold og forløp mot et brudd, og for å finne data som ga understøttende meningsinnhold til temaene som fremkom i intervjuene. Dataene ble organisert i tabeller utformet slik at casene ble sammenlignbare og bidro til å gi et utfyllende og beskrivende bilde av egenskaper, mønster og personlighetstrekk ved pasientene. Til slutt ble det gjennomført en helhetlig analyse av casene sett under ett ut i fra den samlede mengde data fra journal og intervju for å identifisere likheter og ulikheter på tvers av casene.

Etikk

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Pasientene er søkt beskyttet mot gjenkjennelse ved utelatelse og anonymisering av biografiske data. Pasienter befinner seg i en sårbar situasjon ved brudd i behandling med økt fare for tilbakefall og overdose. Informantene ble informert om muligheten for å ta kontakt med undertegnede dersom intervjusituasjonen fremkalte behov for noen å snakke med i ettertid. Det foreligger ingen klinisk relasjon eller bindinger mellom deltakere og intervjuer.

Resultater

Casebeskrivelsene er utformet gjennom datamaterialet fra intervjuene, journalnotater fra henvisninger, miljøobservasjoner, psykologiske utredninger og selvrapporterte data fra behandlingsplaner og Klientkartleggings skjema.

Case nummer 1

Omhandler en mann i midten av 20-årene, heretter omtalt som "Arne". Etter et kort avrusningsopphold ble Arne innlagt til behandling, fortsatt preget av abstinenser. Etter en sammenhengende rusfri periode på åtte måneder, fikk han et tilbakefall av cirka seks ukers varighet. Av journal fremkom det at Arne hadde hatt begrenset kontakt med behandlingsapparatet før inntak, angivelig på grunn av sosial angst og hans usikkerhet med hensyn til valg av behandlingssted. Primærkontakten beskrev Arne som stillferdig, tilbaketrukket og oppvakt, en som tilpasset seg raskt.

Arne har beskrevet egen oppvekst som «grei». Han hadde utagerende atferd en periode i tenårene og diagnosen ADHD hyperkinetisk forstyrrelser. Diagnosen F60.2 dyssosial personlighetsforstyrrelse og symptomlidelsene sosial angst og tilbakevendende depressive episoder ble satt under innleggelse i psykiatrisk akuttavdeling sammen med rusutløste psykoser. I henvisningen ble han beskrevet som «behandlingsresistent» og poliklinisk behandling ble avsluttet begrunnet i manglende nytte av behandling og alvorlige trusler. Av inntakspapirer fremgår det at volds- og aggresjonsutøvelsen har hatt sammenheng med rus i følge foreldrene, noe Arne selv bekrefter. Volds- og aggresjonsutøvelsen har medført avslag på behandling fra flere institusjoner. Arne formidlet at han «brydde seg og følte seg elendig» etterpå. Han forteller at han har ønsket døgnbehandling i flere år, men ifølge eget utsagn har psykologen hans vært uenig:

«Han mener jeg ikke passer til å være sammen med folk på grunn av diagnosene mine.»

Arne formidlet en positiv opplevelse av behandlingen til tross for den sosiale angsten som han beskrev som: «å ha hjertet opp i halsen». Han beskrev gruppene som konstruktive og nyttige:

«Du får et bra selvbilde når du får den tilliten, måten vi styrer avdelingen på. For jeg har aldri fått noen tillit før i livet..»

Arne beskrev kontakten med primærkontakt og personalgruppen som «positiv og alltid tilgjengelige» og medpasientene som «greie», og at han trivdes med enkelte av dem. Primærkontakten opplevde imidlertid at han ikke våget å åpne seg:

«Før han kom inn og helt i starten, tenkte jeg at han ikke passa inn her, men så ble jeg kjent med han og følte vi hadde en fin relasjon. Følte at det var noe mer og var skuffet over at han ikke torde være ærlig og åpen.»

Hun formidlet at Arne på eget initiativ hadde påbegynt arbeidet med behandlingsplanen, jobbet med nettverk og hadde inngått avtale med familieterapeuten for å jobbe med familie. Angsten utfordret han ved å oppsøke fellesrommene når personalet var til stede:

Pasient: *«Jeg klarer ikke starte samtalen, men hvis dere starter så går det veldig greit...»*

To uker etter inntak var stemningen på institusjonen god. I følge journalnedtegnelser viste Arne tegn på trivsel til tross for en tragisk hendelse i nær vennekrets. Etterhvert ble det avdekket rusrelaterte episoder hos medpasienter og primærkontakt observerte Arne mye alene. Hun bekreftet gode tilbakemeldinger fra medpasienter etter et velforberedt fremlegg av behandlingsplan til tross for synlige angstreaksjoner. Tilbakemeldingene bidro til mestringfølelse og Arne ble tilbudt, men avslo økt grad av tilrettelegging. Fire dager etter opplesningen ble det rapportert at Arne hadde «tankekjør». Han ba om å få ta i bruk en spesialdyne, designet for å virke beroligende på blant annet angstproblematikk, dårlig nattesøvn og andre psykiske utfordringer. Fem dager senere rapporterte han migrenesyntomer, og foreldrene formidlet at sønnen ville bryte, da behandlingen ikke passet han. Migrenen var ukjent for foreldrene som mente at dette var noe nytt. Arne slet under fellesmåltidene, spesielt ved mye støy og uro. Etterhvert begynte tilbaketrekkningen til rommet, Arne ble mye sengeliggende og unnlot å delta i gruppene angivelig på grunn av migrene.

Ifølge miljøpersonalet var stemningen på avdelingen preget av tiltagende utrygghet, mistillit blant pasientene og rusmistanker. Inntak av ny pasient medførte økende uro og utrygghet i pasientgruppa. Regler og struktur ble utfordret og det var fremsatt trusler på sosiale medier rettet mot individer på institusjonen. Arne beskrev de iverksatte tiltakene fem dager før bruddet som positive, men tilføyde:

«De andre beboerne har vært litt mer redde enn meg... (lang pause), vet ikke hvor mye mer jeg kan si om det egentlig....» (lang pause, vil ikke si mer).

Dagen før bruddet var Arne oppe hele dagen og deltok på ekstraordinær gruppe som han ikke var forberedt på. Påfølgende dag var fast gruppedag, og Arne var sengeliggende. Han hadde ligget mye våken og grublet over hvorvidt han skulle bryte behandling. Neste morgen ble han bedt om å stå opp: sykepleier formidlet at en tror migrenen er påskudd for å slippe å stå opp og at det er sosial angst som er problemet. Arne beskrev denne tilbakemeldingen som dråpen som fikk begeret til å renne over:

«Sykepleieren leste meg som en åpen bok, og det ble for tøft for meg, mente jeg trakk på rommet på grunn av sosial angst, og at det ikke var bra. Og det var jo sant, har jo prøvd å skjule det, men det hjalp tydeligvis ikke, så jeg gikk og pakka».

Arne formidlet at han har valgt å holde bruddtankene for seg selv de siste fire-fem ukene, og benektet bruddtanker ovenfor personalet. Han har imidlertid diskutert et mulig brudd med rusfrie venner, som har oppfordret han til å fortsette behandling. På spørsmål om hvorfor han ikke har vært i dialog med personalet svarer han:

«Jeg vil finne ut av ting selv. Dem har spurt meg hva det er for noe, men jeg har sagt jeg er sliten. Vært i dialog med meg selv, og det har vært et bevisst valg.»

Far ringer og formidler at Arne har besluttet å avslutte behandling, han ble hentet samme dag og fortalte:

«Hadde det ikke vært for angsten hadde jeg blitt. Det blir befriende å slippe å tenke at nå kommer den sosiale angsten.»

Blant behandlerne var det forskjellige oppfatninger av Arne under oppholdet:

Primærkontakt: *«Han var i hvert fall ikke lik dem dyssosiale vi har hatt før, så jeg stilte spørsmålet til andre ansatte om han hadde den diagnosen.»*

Andre mente at det måtte legges mer press på og stille større krav til Arne, og at mer tilpasning ikke var mulig.

Annet personale via primærkontakt: *«..at han får møte både forståelse og krav og oppleve og ikke kunne manipulere og gjøre som han vil med sine gamle mønstre: trekke seg unna og si at han er syk. Han må begynne å jobbe med seg selv og konfrontere angsten sin, for det er den som er en flaskehals for å komme videre».*

I intervjuet etterlyste Arne større grad av tilpasning til den sosiale angsten, færre grupper og mulighet til å trekke tilbake til rommet oftere. Primærkontakten delte denne oppfatningen.

Case nummer 2

”Odd”, som vi kaller ham her, er en velutdannet mann, men uten arbeid og uten kontakt med sitt barn. Han er betydelig eldre enn sine medpasienter. Til tross for begrenset erfaring med rusbehandling, viste han evne til selvinnsikt og til å se egne handlingsmønstre. Primærkontakten beskrev Odd som hyggelig og ressurssterk. Han ble ansett av personalgruppa som kunnskapsrik, trygg og positiv, også når miljøet på avdelingen var turbulent. Han formidlet en indre motivasjon til å bli rusfri og tilpasset seg raskt. I behandlingsplanen beskrev han seg selv som hjelpsom og løsningsfokuset, sosial, åpen og ærlig, men kunne

også være tilbaketrukket. Han innrømmet tendenser til vegring og til å utsette det som er vanskelig og kan «trenge et spark bak». Aldersforskjellen mellom seg selv og øvrige pasienter beskrev han som «uproblematisk» og ved inntak var det fokus på å unngå å havne i «farsrollen». Odd var reflektert og hjelpsom, men beskrev det at han hadde vansker med å be om hjelp som en utfordring når han hadde det vanskelig eller trengte støtte til gjennomføring av praktiske og utfordrende oppgaver som jobbsøk, kontakt med familie og økonomi. Hans atskillig yngre primærkontakt formidlet et godt samarbeid omkring praktiske ting: forholdet til økonomi, familie og nettverk, men det måtte ofte utøves press for å få ting gjennomført.

Odd rapporterte et mangeårig problematisk forhold til rusmidler og har tidligere mottatt akuttbehandling innenfor psykisk helsevern. I tillegg til alvorlige depresjoner, angst, spenninger og kroppslige smerter, ble det under disse oppholdene stilt diagnosene F-43.1 «posttraumatisk stresslidelse» (PTSD), F60.7 Avhengig personlighetsforstyrrelse, samt Tvangslidelse. PTSD diagnosen ble satt etter soning av en lengre fengselsdom noen år tidligere, der han hjelpeløst ble vitne til voldsutøvelse mot medfanger uten mulighet til å intervensere. Diagnosene ble bekreftet på nytt etter utredning under oppholdet ved anvendelse av Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) (Millon, Millon, Davis og Grossman 2009). En avhengig personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av vansker med å gi uttrykk for uenighet med andre av frykt for å miste støtte eller aksept, passivitet i forhold til å ta ansvar for eget liv og beslutningsvegring. Odd bekreftet at han kjente seg igjen i tilbakemeldingene fra de psykologiske utredningene. Ved inntak slet han med søvnproblematikk og mareritt. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) bekreftet høyt symptomtrykk tre måneder før bruddet. Verktøyet kartlegger psykopatologi og psykisk ubehag i form av somatisering, tvang, interpersonlig sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobi, paranoiditet og psykosesymptomer (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth og Covi 1974; Derogatis 1983). Ny kartlegging en uke etter bruddet viste symptomtrykk innenfor normalen. Odd var dypt deprimert, bruken av rusmidler eskalerte.

Odd hadde i utgangspunktet et positivt inntrykk av institusjonen:

«Jeg kan anbefale dette her til alle jeg... har følt meg trygg og fornøyd med innholdet i behandlingen og følt trygghet i å prate med behandlerne. Ingen problematikk.»

Gjennom intervjuet formidlet Odd økende grad av oppgitthet, motløshet og frustrasjon over forholdene på institusjonen de siste åtte ukene før bruddet:

«Det har vært ganske dårlig stemning på avdelingen, det har vært tung materie, mange som gir blaffen.»

Om behandlingen:

«For å si det kort er det veldig få som egentlig deltar i behandlingen. Jeg fikk mindre og mindre tilbake av behandlingen for meg selv, for mye fokus på avdelingen. Det blir en slags motløshet når du ikke får noe tilbake i gruppene.»

Odd bekymret seg for at frustrasjonene og vanskene med å si fra ville medføre redusert motivasjon og tilbakefall til inntak av alkohol. Psykologen formidlet at Odd ved bruddtidspunktet gikk i individuell terapi og slet med tanker om fortiden, hva han kunne gjort annerledes og følelsen av håpløshet i forhold til fremtiden. Han opplevde flashbacks i form av lukter, lyder og ansikter som fremkalte stress ved episoder og trusler på institusjonen som kunne relateres til tidligere traumer. Livet hadde vært preget av rotløshet og tendenser til å kjede seg eller å søke spenning ved å flytte på seg. I familiegruppa jobbet Odd med forholdet til barnet sitt, et tema som fremkalte sorg, sinne og hjelpeløshet. Han var i en prosess med familierapeuten for å tilnærme seg familien som han hadde hatt et konfliktfylt forhold til over år.

Det fremgikk av journal at Odd slet og viste tendenser til å trekke seg unna medpasienter. Primærkontakt opplevde vansker med å nå inn til Odd følelsesmessig, men gjennom samtaler syntes de etter hvert å finne løsninger på situasjonen. Odd tok et selvpålagt ansvar i forsøk på å skape engasjement i gruppene de neste to ukene. En ekstraordinær gruppe ble etter hvert avholdt i forsøk på å bedre miljøet, men Odd var passiv i gruppen. Tilbaketrekking og passivitet i situasjoner hvor man er redd for å ta opp uenigheter av frykt for å miste aksept og støtte er trekk ved diagnosen avhengig personlighetsforstyrrelse. I intervjusituasjonen fortalte Odd at han ikke hadde diskutert bruddtankene med noen.

«Jeg ville ikke at personalet skulle blande seg inn i avgjørelsen min, jeg vil ta avgjørelsen selv... For det her skulle være min avgjørelse.»

På spørsmål om hvorfor han ikke ville ha innblanding svarte han:

«Det handler om stolthet, selvbilde og evne til å ta egne avgjørelser, alt det der... stå på egne bein.»

Han fortalte at han likevel kunne legge ut «hinter» for på den måten indirekte å be om råd:

«Hvis ikke flere deltar i gruppa her, så hva pokker er dere her for? Jeg skjønner ikke hvorfor jeg skal være her hvis ikke flere deltar og gir tilbakemeldinger i gruppene her.»

Personalet på helgevakt informerte om heftige reaksjoner etter uoverensstemmelser med personalet dagen før bruddet. Odd forfattet et brev til miljøpersonalet der han sa fra seg alt ansvar og nektet å gå i dialog. Påfølgende

dag ble han funnet mens han pakket. Han formidlet at han ikke lenger følte nytte av programmet, beslutningen hadde modnet over tid og siste ord var sagt. I refleksjon sammen med en av miljøterapeutene fortalte han om reaksjoner på det som har skjedd over tid, behovet for å markere seg og følelsen av rastløshet. Hans innstilling var at han kunne greie seg alene, og at han ikke planla å ruse seg når han kom ut av behandlingen. Miljøterapeuten vurderte han som ambivalent og usikker vedrørende beslutningen og motivet for å bryte, men at han selv ønsket å fremstille avgjørelsen som veloverveid. Vakthavende miljøterapeut hadde tanker om at noe plaget Odd uten at dette kom frem. Odd forlot institusjonen og beskrev valget om å bryte som hans eget, og ikke skyldes forhold ved institusjonen eller beboerfellesskapet.

Diskusjon

I analysen fremkom hovedkategoriene: «Forhold som antas å ha relevans for brudd» og ”Beslutningsprosess forut for bruddet”. Førstnevnte består av underkategoriene ”Sårbarhet med hensyn til psykisk helse, rusrelaterte symptomer og mentalt stress”, ”Uro og utrygghet i miljøet på institusjonen ved bruddtidspunktene” og ”Krav og forventninger i behandlingen som oppleves belastende”. Data er en sammensetning av de ulike datakildene som sammen utgjør en helhet.

Forhold som kan antas å ha relevans til brudd

Sårbarhet, psykisk helse, rusrelaterte symptomer og mentalt stress

Overgangen fra et liv preget av mangel på struktur, impulsivitet og manglende selvkontroll til en høyt strukturert hverdag, mindre frihet og begrenset samvær med familie og nettverk og usikkert framtidsperspektiv er stor. I en kvalitativ studie av Marcus (1998) beskriver pasienter deres opplevelse av behandlingen i et terapeutisk samfunn sammen med kravene om et fremtidig rusfritt liv som restriktiv og krevende. Sammen med forventninger om aktiv deltakelse i behandlingen som rusfri antas dette å være en stressende situasjon. I case nummer 1 er Arne fortsatt preget av abstinenser og den tragiske hendelsen i vennekretsen og påfølgende møte med rusvenner har bidratt til en ekstra utfordrende oppstart av behandling. Risikofaktorer i form av psykiske tilleggsbelastninger var fremtredende i begge casene. Tilleggslidelser krever en mer tilpasset behandlingsform. Stallvik og Nordahl (2014) viste til høyere forekomster av frafall de første tre måneder blant dem med psykiske tilleggslidelser. Mental stress, vansker med åpenhet og deling av tanker og følelser samt sårbarhet relatert til pasientenes diagnoser representerer tilleggsbehov i form av psykiske helsetjenester. Å imøtekomme disse behovene på en tilfredsstillende måte for pasientene, ville krevd særlige tilpasninger i behandlingen. Daughters, Lejuez, Bornovalova, Kahler, Strong og Brown (2005) viste til betydningen av evne til å tolerere mental stress som en prediktor

i forhold til tidlig frafall. Det ble påvist signifikant høyere nivåer av biomarkøren kortisol, som fanger stressrespons hos pasienter som brøt døgnbehandling, enn hos dem som fullførte (Daughters, Richards, Gorka og Sinha 2009). Det mentale stresset kan ha vært en konsekvens av gjentagende aktivering av den sosiale angsten forårsaket av eksponering av individet, både enkeltvis og i grupper. Staiger, Kyrios, Williams, Kambouropoulos, Howard og Gruenert (2014) påpekte at høy grad av sosiale interaksjoner, samhandling og intervensjoner i terapeutiske samfunn representerer store utfordringer for individer med sosial angst. En studie foretatt ved et terapeutisk samfunn for voksne fant høyere nivåer av stress assosiert med økt risiko for frafall. Dette gir støtte til hypotesen om en sammenheng mellom stress og retensjon i terapeutiske samfunn (Marcus, Schmitz, Moeller, Liehr, Cron, Swank, Bankston, Carroll og Granmayeh 2009). I case nummer 2 var det påvist forhøyet symptomtrykk tre måneder før bruddet. Ny kartlegging en uke etter bruddet, viste verdier innenfor normalområdet. Summen av det mentale stresset kan relateres til pågående flash-backs fra tidligere traumer og terapien i familiegruppene som fremkalte vanskelige og sårbare følelser. Sammen med kravet om å skaffe arbeid, mye ansvar og plikter i avdelingen, kan summen av belastningene ha overskredet toleransnivået og bidratt til bruddtanker og brudd.

Uro og utrygghet i miljøet på institusjonen ved bruddtidspunktene

Felles i casene var en opplevelse av miljø og atmosfære preget av manglende seriøsitet og utrygghet, mistillit og rusmistanker. Tiltakene som ble iverksatt for å oppklare og avdekke årsakene til uroen kan ha blitt opplevd som belastende, både for dem som forårsaket uroen, men ikke minst for pasientene som kan ha visst, men som ikke våget å snakke. Jørgensen, Rømma og Rundmo (2009) fant klare assosiasjoner mellom opplevelsen av miljøet og pasienttilfredshet, men en mer uklar sammenheng med behandlingsutfall. Carr og Ball (2014) foreslo en mulig økning i fullførte behandlingsforløp gjennom en forbedring av pasientenes opplevelse av atmosfæren ved institusjonen. Studien var gjennomført ved et terapeutisk samfunn med ni måneders behandlingstid. En opplevelse av «ryddighet» i form av et velstrukturert og organisert behandlingsmiljø med tydelig behandlingsinnhold var av vesentlig betydning i så måte.

Krav og forventninger i behandlingen som oppleves belastende

Etter bruddet ga deltaker i case nummer 1 uttrykk for at denne type behandling var feil for ham til tross for at han tidligere hadde avslått forslag fra primærkontakt om mer tilrettelegging og tilpasning. Aktivering av angsten forbundet med gruppene medførte at han ikke fikk jobbet med den eller ruslidelsen. Det kan synes som om behovet for behandling tilpasset høy sosial angst ikke var tilstrekkelig ivaretatt. Resultatene fra en randomisert studie av Staiger et al. (2014) indikerte at man i større grad også bør fokusere på sosial angst for å redusere brudd. Muligens kunne et mer intensivt behandlingsprogram

for hans sosiale angst fremmet retensjon. Chen, Barnett, Sempel og Temko (2006) viste til bedre resultater med hensyn til utfall av behandling der høy grad av komorbiditet og tilleggsproblematikk blir matchet til behandling med høy grad av intensitet. Data fra pasient og ansatte gir ikke svar på hvorfor Arne avslø tilbud om mer tilrettelegging og tilpasning. Primærkontakt beskrev Arnes opplevelser av mestring knyttet til situasjoner der han hadde eksponert seg i pasientfellesskapet. Dette kan ha skapt egne forhåpninger om å klare å håndtere eller overvinne angsten. Ulike holdninger i personalgruppa knyttet til pasientens motivasjon og egnethet kan ha hatt negativ innvirkning i forhold til felles behandlingsstrategier for tilrettelegging og tilpasninger som kunne gjort det mulig å håndtere den sosiale angsten og derved forhindre frafall. Resultater fra RCT studien til Bornoalova, Gratz, Daughters, Hunt og Lejuez (2012), viste signifikant bedring i evne til å tolerere mentalt stress hos pasienter etter å ha gjennomført behandlingsintervensjonen «Skills for Improving Distress Intolerance» (SIDI). Intervensjonen har som mål å øke mestringsevnen hos inneliggende pasienter i rusbehandling med forhøyet mentalt stressnivå. Tilstrekkelige endringer i opplegget av denne typen ble ikke gjort for å tilpasse seg Arnes behov. I tillegg foreligger det mistanke i personalet om unnasluntring og at det ikke er reell angstproblematikk Arne uttrykker. Det kan tenkes at man kunne stoppet Arne fra å falle ut med større individuell tilpasning og mer gradvis tilnærming til grupper på et senere tidspunkt. Ulike oppfatninger av pasienten kan ha medført sprikende krav og forventninger til pasientene som kan ha medført utrygghet og forvirring.

Arne syntes i liten grad integrert i pasientfellesskapet. Disse vanskene kan i noen grad relateres til hans sosiale angst. Samtidig synes han å være tilfreds med få venner: «*jeg trives jo med noen...*». Etter hvert ble det observert økende tendenser til å trekke seg unna. Manglende emosjonell støtte fra medpasienter ved å stå utenfor fellesskapet kan ha bidratt til at krav og forventninger i behandling har blitt for belastende.

Diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse forbindes ofte med betydelige behandlingsmessige utfordringer i institusjonsbehandling. Denne holdningen blant ansatte ble bekreftet gjennom to av intervjuene i case nummer 1. Sammen med voldsepisodene kan dette bevisst eller ubevisst ha påvirket holdninger og derved relasjonen til Arne i negativ retning til tross for at Arne har beskrevet en følelse av elendighet etter handlingene som tydet på empatiske evner. Dette kan ha forringet kvaliteten på arbeidsallianser mellom pasient og behandlere som er en betydningsfull faktor med hensyn til retensjon (Meier, Barrowclough og Donmall 2005). Oppsummert forskning over tid har påpekt betydningen av relasjon til behandler og sammenheng med utfall av behandling (Meier et al. 2005; Kothari, Hardy og Rowse 2010; Nordfjærn, Rundmo og Hole 2010; Brorson et al. 2013).

I case nummer 2 var temaet i den individuelle terapien «redselen for ikke å lykkes». Redsel for ikke å innfri egne forventninger opplevdes belastende og sees i journalnedtegnelser fra terapitimene hos psykolog. Odd har vært utenfor yrkeslivet i flere år. Redselen for ikke å innfri forventningene ved overgangen til livet utenfor institusjonen og utfordringene i forbindelse med kravene til arbeid kan ha opplevdes som ytterligere belastende. Dette samsvarer også med avhengig personlighetsforstyrrelse der redselen for å mislykkes er overhengende og mangelen på selvillit stor. López-Goñi, Fernandez-Montalvo og Arteaga (2011) har sett på sammenhenger mellom frafall og egenskaper ved pasienter i et terapeutisk samfunn. Funnene pekte på signifikant høyere skåre i forhold til arbeidsløshet og eller problemer med arbeidslivet, familie og sosiale problemer kombinert med høyt alkoholforbruk. Funnene var til dels sammenfallende med beskrivelsene av case nummer 2. Odd forklarte selv bruddet ut i fra manglende nytte av programmet, uklarhet om egen rolle og opplevd krav, ansvar og arbeidsbelastningen og uenigheter med personalet om driften på institusjonen. I tillegg uttrykte han redsel for å miste motivasjonen og ruse seg igjen. Ball et al. (2006) fant redusert motivasjon og endringshåp, samt konflikter med behandlere, som noen av forklaringene pasientene oppga som årsak til brudd.

Aldersmessige store forskjeller kan ha vært medvirkende årsak til at Odd etterhvert begynte å gli inn i en «farsrolle». Ved å ta ansvar for å få gruppene til å fungere, blir det mindre fokus på egne behov og for avlæring av gamle mønster og økt selvstendighet. Behandlende psykolog tolket situasjonen dithen at det skjedde en reaktivering av Odds følelse av hjelpeløshet relatert til hendelsen i fengselet, som årsak til traumatiseringen når han ikke lykkes i å få gruppene til å fungere. Til tross for at Odd tidlig uttalte at aldersforskjellene mellom han og de øvrige pasientene var uten betydning, kan det likevel ha vært uheldig i forhold til å ha en betydelig yngre primærkontakt. Denne situasjonen der han trer inn i en type hjelperrolle, kan ha forkludret relasjonen til sin primærkontakt. Rollene og forventningene kan ha blitt uklare. Primærkontakten påpekte i intervjuet at hans tilbøyelighet til å utsette gjøremål og hennes gjentagende etterspørring kan ha vært en medvirkende barriere i forhold til å oppleve mestring og økt selvstendighet. Det kan ha blitt opplevd som en gjentagende påminnelse om krav og forventninger til han ved utflytting fra institusjonen. Psykologen beskriver forholdet mellom pasient og primærkontakt som en «mismatch».

I case nummer 2 viser Odd til opplevd mangel på nytte ved programmet som forklaring på bruddet. I case nummer 1 forklarer Arne bruddet ut fra sin sosiale angst og «for mye folk» fremfor å vise til manglende tilrettelegging av behandlingsprogrammet. Resultatene samsvarer med forskning og praksis de siste 20 årene der frafall har vært forklart ut fra egenskaper og mangler ved pasienten fremfor behovet for bedre tilrettelegging av behandlingen ut fra pasienters behov.

Beslutningsprosess forut for bruddet

Bruddene synes å ha vært gjennomtenkt og ikke-impulsive. Sammenfallende funn fra begge casene kan tyde på en beslutningsprosess i forkant av bruddene. Et «vendepunkt» som har vært etterfulgt av en indre dialog og en direkte utløsende årsak til den endelige avgjørelsen. «Vendepunktet» i case nummer 1 synes å være opplesningen av behandlingsplanen. «Avsløringen» av den sosiale angsten med krav om å stå opp og delta i gruppa kan ha vært utløsende årsak til den endelige beslutningen om å bryte. I case nummer 2 ser «vendepunktet» ut til å ha vært knyttet til opplevelsen av mye plikter og ansvar i avdelingen, mens uoverensstemmelser med personalet vedrørende driften av avdelingen kan ha vært utløsende for den endelige beslutningen. I følge pasientene begynte prosessen mot et brudd fire til fem uker før bruddet. De Weert-Van Oene, Schippers, De Jong og Schrijvers (2001) fant i sin studie at 41 % av respondentene hadde vurdert å bryte behandling en uke før intervjuene i studien. Det er imidlertid ikke kjent hvor stor andel av disse som brøt eller gjennomførte behandling. I begge casene har det i forkant av bruddet pågått en indre dialog der pasientene bevisst har unngått å involvere behandlere i prosessen. I case nummer 1 har Arne vært aktivt benektende ved direkte forespørsler fra behandlerne. Både Arne og Odd formidlet at bestemmelsen var en selvstendig avgjørelse som de ikke meddelte før de var 100 % sikre på avgjørelsen.

Det har vært vanskelig å forutse bruddene ut i fra journalnedtegnelser, og bruddene synes å ha kommet overraskende på personalet. Ved nærmere ettertanke har de imidlertid innsett at bruddene ikke var så overraskende. Arne og Odd hadde vist økende grad av tilbaketrekking og passivitet og etterhvert unngått å ta del i behandlingen i tiden forut for bruddet. Odd opplevde etter hvert stadig mindre nytte av behandlingen og forsøkene hans på å ta ansvar og bidra positivt i gruppene syntes etterhvert nytteløse:

«Jeg skjønner ikke hvorfor jeg skal være her hvis ikke flere deltar og gir tilbakemeldinger i gruppene her».

Gjennom intervjuet beskrev Odd «hintene» som en indirekte måte å be om råd på og kan forstås ut i fra vanskene han hadde for å be om hjelp. I den empiriske baserte makroteorien self-determination theory (SDT) redegjøres det for menneskets behov for å ta egne avgjørelser. I teorien om menneskelig motivasjon står behovet for dekning av grunnleggende psykologiske behov som autonomi, kompetanse og tilhørighet sentralt. Optimal psykologisk trivsel og velvære forutsetter dekning av disse behov (Deci og Ryan 2008). Ved mistanke om fare for brudd, vil retorikken i dialogen med pasient kunne oppfattes som forsøk på å overbevise og påvirke pasienten i hans beslutningsprosess og på den måten fremme psykologisk motstand, jfr. reaktans-teorien (Brehm og Brehm 1981). I følge Barth og Näsholm (2011) reagerer en automatisk med protest når selvbestemmelsen trues. Hos personer med avhengig personlighetsforstyrrelse

hvor ettergivenhet og det å strekke seg er et personlighetstrekk vil en dialog om å bryte behandling når pasient og behandlere er uenige, kunne aktivere ubehag og angst og bidra til at selvbestemmelsen føles truet.

Tilbaketrekking fra pasientfelleskapet til rommet og følelsesmessig tilbake-trekking ved å fordype seg i bøkene, kan ses på som en «fluktstrategi» for å håndtere situasjonen. For Odd har dette vært et kjent og innøvd mønster der utfordringen har vært å unngå isolering og lære å be om hjelp. Hos Arne kan migrenen tolkes som en «overlevelsesstrategi» for å unnsnippe ubehaget ved den sosiale angsten.

Styrker og svakheter ved studien

Datasettet fra intervjuene med pasientene er innhentet ved bruddtidspunktet, eller tett opp til bruddet. Beskrivelsene av tanker og følelser rundt og i forkant av bruddet antas derfor å være nyanserte og detaljerte. De åpne spørsmålene har bidratt til å få frem pasientenes egne erfaringer og opplevelser med begrenset påvirkning av forfatterens egen forforståelse (Creswell 2013; Ryen 2002). Sammenfallende informasjon og opplevelser gjennom intervjuene med pasient, personale, journalføring og samsvar mellom selvrapporterte egenskaper i utarbeidelsen av behandlingsplaner og psykologisk utredning i case 2, styrker troverdigheten til funnene (Ramian 2012). Funnene bidrar til å styrke studien (Postholm, 2010) og understøtter at designet har vært egnet.

Begrensningen ved bruk av case-studier er at funnene ikke er generaliserbare i statistisk forstand. Utfordringene i forhold til faren for å overse eller utelate viktige data har vært gjenstand for diskusjoner i forskerteamet og gjennom dette bidratt til å styrke validiteten av analysen. Samtidig gir den kontekstuelle informasjonen forutsetninger for økt forståelse. Faren for tap eller fordreining av data gjennom reduksjon og meningsfortetning i analyseprosessen, ble forsøkt redusert ved å gå tilbake til transkripsjonen der usikkerhet i analyseprosessen oppsto. Ved intervjutidspunkt i case nummer 1 var det ikke opprettet psykolog-kontakt. Dette har gitt en vesentlig mindre mengde data og muligheter for nyansering enn i case nummer 2, særlig med tanke på Arnes psykiske lidelse. Med unntak for pasientintervjuet, ble intervjuene i case nummer 2 foretatt på et senere tidspunkt enn tilfellet var i case nummer 1. En antar at denne forskjellen ikke har svekket informasjonsgraden fra psykolog vesentlig, da Arne fortsatte i terapi hos samme psykolog etter bruddet. Primærkontakt hadde rike beskrivelser og informasjon, mens intervjuet med miljøterapeut på arbeid ved bruddtidspunktet ikke tilførte caset ny informasjon. Miljøterapeut hadde vansker med å huske detaljer fra bruddet, men journalnedtegnelser bekreftet informasjonen fra de øvrige deltakerne.

Å forske i egen «bakgård» er ikke uten problemer (Creswell 2013). Ethiske dilemmaer ved funn av negativ art som kan sette egen arbeidsplass i et dårlig lys

kan være utfordrende. I denne studien har en søkt å være tro mot egne funn der hvor en har funnet uhensiktsmessig praksis uten at dette går på bekostningen av tilliten som kolleger har vist ved å delta i studien. Intervjuer har ingen klinisk kontakt eller relasjon til deltakerne i studien. Prosjektet er ikke eksternt finansiert, men gjennomført som en del av forskningssettingsingen ved klinikken.

Kliniske implikasjoner av funnene

Frafall i de omtalte casene kan forstås gjennom å studere samspillet og interaksjon mellom pasient og miljø. Pasient- og behandlingsrelatert forhold som psykiske plager og mental stress i interaksjon med uheldige miljømessige forhold, forventninger og krav synes å være en del av forklaringen. Til tross for tilkjennegivelse av positive opplevelse av institusjonen, innhold og opplevd nytte av behandling, tillit til kompetansen ved institusjonen og bra relasjon til behandlere, valgte pasientene å bryte. Det kan tolkes dithen at de var motivert, men ikke evnet å gjennomføre behandlingen uten tilpasninger.

Psykiske symptomer og sårbarhet samt kontinuerlig måling av behandlingsallianse og større grad av individuell tilpasning i programmet med særlig fokus på sosial angst bør vurderes. Opplæringstiltak for utvikling av strategier for stressmestring er et slikt tiltak. I tillegg bør bedre matching mellom pasient og miljøkontakt få økt fokus og være gjenstand for nøyere vurdering. Kontinuerlig observasjon av miljøet i avdelingen og raskt innsettende miljøtiltak etter behov bør prioriteres.

Resultatene fra denne case-studien støtter antakelsen om at frafall kan forekomme som følge av en bevisst avgjørelse og at pasientene forut for bruddet, bevisst unnlater å involvere behandlere. Beslutningsprosessen synes å bestå av en fase med dialog med seg selv, «et vendepunkt» og en endelig utløsende faktor til bruddet. Dette er aspekter ved frafallsproblematikken som fremtidig forskning bør bestrebe seg etter å undersøke nærmere, fortrinnsvis ved at det innhentes et betydelig større mangfold av pasienters egne erfaringer og vurderinger. På samme tid må det også sikres at pasientenes perspektiv og opplevelser i kliniske settinger blir viet oppmerksomhet for å kunne forstå behov og tilpasse tjenestene for å møte disse gjennom et kompetent fagpersonale.

Litteraturliste

- Angarita, G. A., Reif, S., Pirard, S., Lee, S., Sharon, E. og Gastfriend, D. R. (2007). No-show for treatment in substance abuse patients with comorbid symptomatology: Validity results from a controlled trial of the ASAM patient placement criteria. *Journal of Addiction Medicine*, 1(2), 79-87. doi: 10.1097/ADM.0b013e3180634c1d
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M. og Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality,

- and motivation. *Addictive Behaviors*, 31(2), 320- 330. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.05.013
- Barth, T. og Näsholm, C. (2011). *Motiverende samtale - MI: Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Hunt, E. D. og Lejuez, C. W. (2012). Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1), 70-76. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.09.012
- Brehm, S. S. og Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: a theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Brorson, H. H., Arnevik, E.A., Rand-Hendriksen, K. og Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Carr, W. A. og Ball, S. A. (2014). Predictors and treatment outcomes of perceived ward atmosphere among therapeutic community residents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(5), 567. doi:10.1016/j.jsat.2014.01.003
- Coulson, C., Ng, F., Geertsema, M., Dodd, S. og Berk, M. (2009). Client-reported reasons for non-engagement in drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Review*, 28(4), 372-378. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00054.x
- Chen, S., Barnett, P.G., Sempel, J.M. og Timko, C. (2006). Outcomes and cost of matching the intensity of dual-diagnosis in treatment to patients' symptom severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (1), 95-105. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2006.03.015>
- Craig, R.J. (1985). Reducing the treatment dropout rate in drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2(4), 209-219, doi.org/10.1016/0740-5472(85)90003-0.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Los Angeles: Sage.
- Dahle, K.A. og Iversen, H.H. (2011). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling? Notat fra Kunnskapssenteret 2011*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. ISBN 978-82-8121-400-2
- Dalsbø, T. K., Hammerstrøm, K. T., Vist, G. E., Gjermo, H., Smedslund, G., Steiro, A. og Høie, B. (2010). Psychosocial interventions for retention in drug abuse treatment. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD008220
- Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R. og Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 729-734. doi:10.1037/0021-843X.114.4.729
- Daughters, S. B., Richards, J. M., Gorke, S. M. og Sinha, R. (2009). HPA axis response to psychological stress and treatment retention in residential

- substance abuse treatment: a prospective study. *Drug and alcohol dependence*, 105(3), 202-208. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.06.026
- Deane, F.P., Wooton, D.J., Hsu, C.I. og Kelley, P.J. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73 (2), 216-225. PMID:22333329
- De Leon, G., (1985). The therapeutic community: Status and evolution. *Substance Use og Misuse*, 20(6-7), 823-844.
- De Leon G., *Det terapeutiske samfunn: teori, modell og metoder*. Universitetsforl., 2003.
- De Weert-Van Oene, G.H., Schippers, G. M., De Jong, C. A. og Schrijvers, G. J. (2001). Retention in substance dependence treatment: The relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(4), 253-261. doi:10.1016/S0740-547200160-X
- Deci, E. L., og Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 182-185 doi: org/10.1037/a0012801
- Derogatis, L. R. (1983). *Administration, scoring and procedures manual* (2nd edition). New-York: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. og Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1-15. doi: 10.1002/bs.3830190102
- Dye, M. H., Ducharme, L. J., Johnson, J. A., Knudsen, H. K., & Roman, P. M. (2009). Modified therapeutic communities and adherence to traditional elements. *Journal of psychoactive drugs*, 41(3), 275-283. doi: 10.1080/02791072.2009.10400538
- Jørgensen, K. N., Rømma, V. og Rundmo, T. (2009). Associations between ward atmosphere, patient satisfaction and outcome. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16: 113–120. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01333.x
- Kothari, G., Hardy, G., og Rowse, G. (2010). The therapeutic relationship between therapists and substance-using clients: A qualitative exploration. *Journal of Substance Use*, (15)4, 257-271. doi/abs/10.3109/14659890903040060
- Laudet, A. B., Stanick, V. og Sands, B. (2009). What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 182-190. doi: 10.1016/j.jsat.2009.01.001
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J. og Arteaga, A., (2011). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients' Characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 78-85. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N. og Lorea, I. (2008). Determining socio-demographic predictors of treatment dropout:

- results in a therapeutic community. *International Journal of Social Welfare*, 17(4), 374-378. doi: 10.1111/j.1468-2397.2008.00584.x
- Magura, S., Staines, G., Kosanke, N., Rosenblum, A., Foote, J., Deluca, A. og Bali. P. (2003). Predictive validity of the ASAM Patient Placement Criteria for naturalistically matched vs. mismatched alcoholism patients. *The American Journal on Addictions*, 12 (5), 386-397. doi: 10.1111/j.1521-0391.2003.tb00482.x
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marcus, M. T. (1998). Changing careers: Becoming clean and sober in a therapeutic community. *Qualitative Health Research*, 8(4), 466-480. doi: 10.1177/104973239800800403
- Marcus, M. T., Schmitz, J., Moeller, G., Liehr, P., Cron, S. G., Swank, P., Bankston, S., Carroll, D.D. og Granmayeh, L. K. (2009). Mindfulness-based stress reduction in therapeutic community treatment: a stage 1 trial. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 35(2), 103-108. doi: 10.1080/00952990902823079
- Meier, P. S., Barrowclough, C. og Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. D., og Grossman, S. (2009). *MCMI-III: Millon clinicalmultiaxial inventory-III (MCMI-III): manual*. Pearson/PsychCorp.
- Nordfjærn, T., Rundmo, T., og Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), 46-64. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01477
- Palmer, R., Murphy, M., Piselli, A. og Ball, S. (2009). Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A Pilot Study. *Substance Use og Misuse*, 44(7), 1021-1038. doi:10.1080/10826080802495237
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ramian, K. (2012). *Casestudiet i praksis*. Århus: Hans Reitzels Forlag.
- Ravndal, E., Vaglum, P. og Lauritzen, G. (2005). Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: a prospective study from 13 different units. *European Addiction Research*, 11(4), 180-185. doi.org/10.1159/000086399
- Ravndal, Edle, og Ellen J. Amundsen. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug and alcohol dependence*. 108(1), 65-69. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sacks, S., McKendrick, K., Sacks, J. Y. og Cleland, C. M. (2010). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: Single investigator

- meta analysis. *Substance Abuse*, 31(3), 146-161. doi: 10.1080/08897077.2010.495662
- Samuel, D.B., LaPaglia, D.M., Marcarelli, L.M., Moore, B.A. og Ball, S.A. (2011). Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *The American Journal on Addictions*, 20(6), 555-562. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00174.x>
- Schulte, S. J., Meier, P. S., Stirling, J. og Berry, M. (2010). Unrecognised dual diagnosis—a risk factor for dropout of addiction treatment. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 3(2), 94-109. <https://doi.org/10.1080/17523281003705199>
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K. og Rowan-Szal, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 279-293. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.11.4.279>
- Staiger, P. K., Kyrios, M., Williams, J. S., Kambouropoulos, N., Howard, A. og Gruenert, S. (2014). Improving the retention rate for residential treatment of substance abuse by sequential intervention for social anxiety. *BMC psychiatry*, 14 (1), 43. doi:10.1186/1471-244X-14-43
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. CA:Sage: Thousand Oaks, CA.
- Stallvik, M. (2009). Rusavhengighet i et biopsykososialt perspektiv - En bredere tilnærming til en kompleks sykdom. *Psykologisk tidsskrift*, 13. 65-72.
- Stallvik, M. og Nordahl, H.M (2014). Convergent validity of the ASAM criteria in co-occurring Disorders. *Journal of Dual Diagnosis* 10(2). 68-78. doi: 10.1080/15504263.2014.906812
- Stallvik, M., Gastfriend, D. R. og Nordahl, H. M. (2015). Matching patients with substance use disorder to optimal level of care with the ASAM criteria software. *Journal of Substance Use*, 20(6), 389-398. doi:10.3109/14659891.2014.934305
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116. doi: 10.1016/0272-7358(92)90092-M