

# Hva hindrer unge voksne i å møte til rusbehandling?

## Forfattere

Anne Lene Årseth  
Sykepleier og prosjektleder  
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand

Erik Torjussen  
Brukerrepresentant  
A-larm

Berit Johannessen  
Førsteamanuensis  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Overganger

Pasienterfaringer

Frafall fra behandling

Sykepleien Forskning 2019 14(76440)(e-76440)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76440>

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Mellom 10 og 60 prosent av dem som starter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), dropper ut av behandlingen før den er fullført. Overganger fra et behandlingssted til et annet kan ofte være sårbare, og kliniske erfaringer viser at det er fare for frafall når pasienter henvises fra et behandlingssted til et annet.

Et dropout-prosjekt ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus avdekket at 48 prosent av pasientene under 30 år droppet ut i overgangene fra et behandlingssted til et annet (3). Det høye frafallet førte til et behov for å innhente mer kunnskap fra pasientene om hvorfor de ikke møtte opp til behandling. Det er få studier som har undersøkt denne pasientgruppens opplevelser og erfaringer knyttet til frafall.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å få innsikt i hva som hindrer unge voksne pasienter i å møte til rusbehandling i privat døgninstitusjon innen TSB.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design. Vi foretok semistrukturerte livsverdensintervjuer av fem informanter som ikke møtte til rusbehandling i privat institusjon. Vi analyserte dataene ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Resultatene viser til opplevelser av manglende medvirkning, usikkerhet, uro og synkende motivasjon i ventetiden og en følelse av press på å søke og ta imot behandlingstilbudet.

**Konklusjon:** Funnene indikerer at det innen TSB er behov for å øke kunnskapen om brukermedvirkning og ha mer oppmerksomhet på individuell behandling, relasjoner og tett oppfølging i overgangene. Det er behov for videre forskning som belyser brukernes egne erfaringer og opplevelser av behandlingen de mottar innen TSB.

Mellom 10 og 60 prosent av dem som starter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), dropper ut av behandlingen før den er fullført (1). De har større sannsynlighet for blant annet flere reinnleggelser, dårligere fysisk og psykisk helse og tilbakefall (2). For å øke andelen som fullfører, bevilget Helse- og omsorgsdepartementet i 2014 prosjektmidler til hvert av de regionale helseforetakene (RHF).

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF) fikk midler til et dropout-prosjekt hvor et av delprosjektene hadde undersøkt overgangene mellom ARA og private døgninstitusjoner. Her ble «dropout» definert som både det å avslutte behandlingen før den er fullført, si fra seg tilbudt plass og ikke møte opp til behandlingsstart.

ARA tilbyr flere ulike behandlinger, og private, ideelle døgninstitusjoner benyttes for de fleste av pasientene som skal videre på langtidsopphold. De private institusjonene har ulike metoder og behandlinger som varer mellom seks og tolv måneder. Ventetiden fra innvilget plass til behandlingen starter, var i gjennomsnitt 72 dager i 2013 (3).

## **Variierende pasientforløp**

Pasientforløpet frem mot innleggelse i privat institusjon varierer. Pasienter kan henvises fra fastlegen, den kommunale rusoppfølgingen, Nav eller spesialisthelsetjenesten. Søknaden sendes til vurderingsteamet i ARA, som avgjør hvorvidt pasienten har krav på behandling, og hvilket behandlingsnivå som er aktuelt. Deretter sendes søknaden til vurdering ved den aktuelle private institusjonen. Pasientene har fritt valg innenfor innvilget behandlingsnivå.



## **«Overgangen fra et behandlingssted til et annet kan sette pasienten i en sårbar situasjon.»**

Overgangen fra et behandlingssted til et annet kan sette pasienten i en sårbar situasjon. Delprosjektet ved ARA avdekket at 48 prosent av pasientene droppet ut i overgangene fra et behandlingssted til et annet (3). Det høye frafallet førte til et behov for å innhente mer kunnskap fra pasientene om hva som hindret dem i å møte opp.

### **Tidligere forskning på temaet**

I politiske føringer understrekes betydningen av at brukernes egne erfaringer får større plass når gode og effektive tjenester skal utvikles (4).

Brukermedvirkning og en god allianse mellom pasienten og behandleren anses som helt sentralt for å forhindre frafall (5). Det er likevel få studier som har undersøkt pasienters egne erfaringer og opplevelser knyttet til frafall.

En nylig oversiktsartikkel viste, med unntak av økt sårbarhet ved lav alder, at det ikke var noen forhold ved pasientene som entydig kunne forklare frafallet. Kun 6 av de 122 studiene undersøkte forhold knyttet til terapeuten. Disse studiene viste at en god allianse mellom terapeuten og pasienten kan føre til lavere frafall.

I oversiktsartikkelen til Brorson og medarbeidere etterlyser de mer forskning på behandlingsprosesser, som for eksempel hvor tilfredse pasientene er med behandlingen (1).

Vi har ikke funnet noen studier som har undersøkt manglende oppmøte til behandling sett fra pasientenes perspektiv. Studier som har undersøkt pasientenes grunner til å avslutte behandling før den er fullført, viser blant annet til utilfredshet med behandlingsopplegget og mangel på fleksibilitet i planleggingen (6, 7).

Studier som har undersøkt pasienters oppfatninger av behandlingstilbud de har mottatt, viser til ulike behov og meninger, men medvirkning, terapeutisk allianse og det å bli tatt på alvor og respektert gikk igjen (8–10).

### **Hensikten med studien**

Hensikten med studien var å få innsikt i hva som hindrer unge voksne pasienter i å møte til rusbehandling i privat døgninstitusjon.

### **Metode**

Studien har et kvalitativt design. Fordi vi ønsket en dypere innsikt i hver enkelt brukers historie, benyttet vi semistrukturerte livsverdensintervjuer, som verken er preget av helt åpne eller helt lukkede spørsmål (11). Vi utarbeidet en intervjuguide med temaer vi ønsket svar på: informantenes erfaringer i prosessen frem mot innleggelse, deres positive og negative opplevelser og begrunnelser for ikke å møte opp.

### **Utvalg**

Informantene som skulle inkluderes, måtte ha samtykkekompetanse, ikke være for ruset til å gjennomføre intervjuet og ikke være innlagt til behandling eller i fengsel.

For å finne frem til informantene søkte vi i sykehusets journaler. Av 20 personer var 6 aktuelle, og førsteforfatteren kontaktet dem på telefon. Vi oppnådde kontakt med fem informanter, som alle ønsket å stille til intervju. To av informantene møtte likevel ikke opp, og etter en ny gjennomgang av aktuelle informanter tok førsteforfatteren kontakt med to som var innlagt til døgntil behandling. Begge ønsket å delta i studien, og begge møtte opp til intervju.

Informantene var tre menn og to kvinner mellom 18 og 30 år som hadde hatt forskjellige behandlingsforløp frem til de ble søkt inn til en av fire ulike private institusjoner i 2013. Alle hadde lang erfaring med å motta hjelp for sitt rusproblem, og alle hadde tidligere erfaring med behandling på privat institusjon.

Da de ble henvist til privat institusjon i 2013, mottok alle en eller annen form for hjelp fra instanser som spesialisthelsetjenesten, Nav, kommunen, fastlegen og barnevernet, og det var en av disse instansene som hadde søkt dem inn. Tre av informantene var avhengige av rusmidler da de fikk henvisning, en hadde holdt seg rusfri i noen uker, mens en hadde vært rusfri i en lang periode.

På intervjutidspunktet var to av informantene i en behandling de ønsket, en var i stabil legemiddelassistert behandling, mens to hadde holdt seg nyktre over mange måneder.

Informantene uttrykte at det var viktig for dem å få formidlet sin historie, slik at de kunne være med og bidra til at andre fikk en bedre opplevelse av behandlingsprosessen enn det de selv hadde hatt.

## **Gjennomføring**

Førsteforfatteren og andreforfatteren gjennomførte intervjuene. Intervjuene foregikk på ulike steder etter informantenes ønsker og varte fra 50 til 80 minutter. Flere av informantene sa at det var positivt at en brukerrepresentant var med under intervjuene. Vi gjorde lydopptak, som vi senere transkriberte til 115 sider tekst. Teksten ble så gjennomlest og analysert av alle forfatterne.

## **Analyse**

Førsteforfatteren gjennomførte analysen ved å bruke systematisk tekstkondensering etter Malteruds (12) firetrinnsmodell. Først leste vi gjennom intervjuene i det Malterud (12) omtaler som et fugleperspektiv for å danne oss et inntrykk av aktuelle temaer. Så leste vi gjennom intervjuene på nytt, kodet og sorterte ved å sette sammen tekstbiter som passet under hvert tema. Vi la bort tekst som ikke passet inn.

Deretter skrev vi om tekstbitene til et mindre muntlig språk og skrev sammen de som hadde samme innhold. Vi beholdt sitater som kunne utfylle innholdet. Etter dette ble hvert tema igjen gjennomgått, og hver tekstbit satt sammen igjen under hvert tema. Til slutt gjennomgikk samtlige forfattere alle intervjuene på nytt for å se om beskrivelsen stemte med det informantene hadde sagt. Analysen munnet ut i tre hovedtemaer.

## **Etiske aspekter**

Vi la frem studien for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som konkluderte med at prosjektet ikke var søknadspliktig. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien. Konfidensialiteten ble ivarettatt ved at vi oppbevarte alle dataene på en minnepenn som var innelåst og passordbeskyttet. Kun forfatterne hadde tilgang til minnepennen. Alle dataene ble anonymisert slik at ingen kunne gjenkjennes.

Informantene skrev under på en samtykkeerklæring og kunne trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi noen grunn, og uten at det fikk konsekvenser for behandlingen de eventuelt mottok. Ingen valgte å trekke seg. Alle hadde noen de kunne snakke med i etterkant av studien.

## **Resultater**

Resultatene viser at informantene opplevde manglende medvirkning, usikkerhet, uro og synkende motivasjon i ventetiden og følte press til å ta imot behandlingstilbudet, noe som hindret dem i å møte opp til behandling.

### **Manglende medvirkning**

Alle informantene hadde hatt tanker om hva de ønsket seg av hjelp for å bli rusfri. Fire hadde sagt fra om sine behov og ønsker før de ble søkt inn. Alle hadde likevel opplevd å bli søkt inn til en annen oppfølging eller institusjon enn den de ønsket seg:

«Jeg ville egentlig opp på en bestemt institusjon, det var vel det, men så søkte Nav meg inn på en annen. De mente det var der jeg burde dra, så, det endte for meg at jeg ikke [...] at jeg takket nei til den, da.»

Informantene hadde fått ulike begrunnelser for hvorfor de ikke fikk innvilget ønsket: Institusjonen hadde for lang ventetid, de var ikke klare for den typen behandling eller oppfølging, de oppfylte ikke kriteriene, eller hjelpen de ønsket seg, fantes ikke.

### **Ble ikke hørt eller sett**

At de ikke fikk innvilget den hjelpen de ønsket, førte til at de ikke følte at behovene deres ble hørt eller trodd. De satt igjen med en følelse av at behandlingen de fikk, var lite individuelt tilrettelagt:

«Jeg føler at de gjorde det som står i boka deres som er riktig at de skal gjøre, på en måte, for altså. De gjorde sikkert det de mente var riktig ut fra hvordan de var vant til å gjøre ting, men jeg mener at det ikke nødvendigvis var riktig, i hvert fall ikke i vårt tilfelle.»



**«De satt igjen med en følelse av at behandlingen de fikk, var lite individuelt tilrettelagt.»**

Fire av informantene fortalte at det var en gjennomgående opplevelse gjennom hele behandlingsforløpet at de ikke ble hørt eller sett. En kom med følgende hjertesukk:

«Jeg har hørt flere [...] Det er rett og slett det at de ikke blir hørt når de sier noe, og faktisk de som er ærlige på hva de hører og sier, og selvfølgelig, det er noen som prøver seg, men de fleste som legger seg inn, de legger seg inn fordi de har lyst til å prøve, men når de ikke blir hørt, så er det ikke særlig lett.»

### **Manglende tiltro fra hjelpeapparatet**

Flere av informantene hadde opplevd at hjelpeapparatet hadde liten tiltro til at de kunne klare å gjennomføre det de ønsket. En fortalte om hvordan hun opplevde den manglende tilliten:

«[...] og det er igjen det der at du må prøve å gi noen tillit og støtte dem på en måte, istedenfor å liksom 'men tenk om det og det skjer'. Altså, ja, man blir ganske stresset av sånt.»



En av informantene, som var gravid og i aktiv rus, ble møtt med for stor tiltro til at hun skulle klare å slutte å ruse seg på egen hånd. For henne hadde det vært viktig at behandlingsapparatet så at hun løy om at hun kunne klare seg selv.

### **Sinte og fortvilte**

Fire av informantene beskrev hvor sinte og fortvilte de ble når de ikke ble hørt og tatt på alvor. En av informantene, som hadde vært tydelig på hva han trengte av hjelp, beskrev det slik:

«Det jeg husker, er følelsen det ble da jeg på en måte strekker ut og vil ha hjelp, og så får jeg ikke hjelp. Jeg husker jeg ble griseforbannet. Tenkte da er det ikke noen vits. Kan like godt holde på sånn jeg gjør. Jeg får ikke hjelp, selv om jeg ber om det.»

Det at han ikke ble hørt og tatt på alvor, førte til at han tenkte at det ikke var noen vits i å be om mer hjelp.



**«Jeg får ikke hjelp, selv om jeg ber om det.»**

Informant

### **Usikkerhet, uro og synkende motivasjon**

Informantene opplevde usikkerhet, uro og synkende motivasjon frem mot innleggelsen. For mange var ventetiden for lang, og de følte at de fikk lite oppfølging. En hadde holdt seg nykter i lang tid og var usikker på hvor lenge han kom til å klare å holde seg:

«Det var rett og slett [sånn] at motivasjonen gikk rett i dass, så hentet jeg alt opp igjen [...] var liksom så irritert over at jeg måtte vente så lenge, for jeg visste ikke hvor lenge jeg klarte å holde meg nykter til jeg skulle inn.»

I tillegg opplevde han å få lite oppfølging fra den institusjonen han skulle til. Til sammen førte dette til at motivasjonen for behandling sviktet.

### **Mistet troen på seg selv**

En annen informant ble urolig og mistet troen på at hun kunne klare behandlingen:

«Jeg fikk panikk, rett og slett. Jeg tror jeg i grunn ble redd for å gi opp rusen, for å møte på de følelsene jeg visste jeg måtte møte på [...], for jeg trodde rett og slett at jeg kanskje ikke kom til å klare det. Så jeg mistet troen.»

Informantene syntes også at de fikk for lite informasjon i ventetiden. En sa følgende:

«Egentlig så hadde det vært greit å vite litt om plassene man reiste til da, og hvilke opplegg og litt hvordan ting fungerer, for det har jeg aldri visst når jeg har reist en plass.»

En annen hadde fått noe informasjon, men følte seg ikke mottakelig for den. Manglende informasjon påvirket motivasjonen negativt.

### **Føle seg presset til å ta imot tilbud om plass**

Fire av informantene hadde følt seg presset til å takke ja da de fikk innvilget plass på den institusjonen som hjelpeapparatet hadde foreslått, selv om det ikke var det de ønsket. Flere begrunnet det med at de ikke hadde følt seg klare for den typen behandling.

En av informantene fortalte hvordan hun i 2013 og flere andre ganger hadde blitt presset til å ta imot behandling på institusjon. Hun hadde takket ja for ikke å miste omsorgen for barna sine:

«[...] kanskje jeg ikke var mottakelig de andre gangene jeg har vært til behandling, da har jeg gjort det bare fordi jeg har følt at jeg har måttet, for jeg hadde kniven på strupen med tanke på at jeg ble fratatt barna mine hvis jeg ikke gjorde det.»

Presset fra behandlingsapparatet førte til at hun gjorde et halvhjertet forsøk på å bli rusfri.

## **Følte press fra Nav**

En annen fortalte om press knyttet til økonomi, og om hvordan han hadde opplevd at Nav hadde overtaket på ham:

«Nav, de hadde jo på en måte overtaket på meg, de kunne jo ta pengene hvis jeg ikke fulgte planen, og jeg var avhengig av de pengene, og jeg klarte ikke å holde på en jobb eller, for å få den inntekten. Så jeg måtte liksom gjøre det jeg måtte for å få pengene.»

Fire av informantene hadde takket nei etter at de fikk innvilget plass. De fortsatte å gå sin egen vei for å bli rusfri, selv om de opplevde at de fikk lite støtte fra hjelpeapparatet, og at det var en kamp å få gjennomslag for ønsket sitt.

## **Diskusjon**

Hensikten med studien var å få innsikt i hva som hindrer unge voksne pasienter i å møte til rusbehandling på privat døgninstitusjon. Resultatene viser at de opplevde manglende medvirkning, usikkerhet, uro og synkende motivasjon i ventetiden og følelsen av press til å ta imot behandlingstilbud.

## **Brukeren har rett til medvirkning**

Funnene viser at informantene opplevde manglende medvirkning. Brukermedvirkning på individnivå vil si at pasienten medvirker gjennom å velge mellom forsvarlige og tilgjengelige behandlings- og undersøkelsesmetoder, og at deres meninger skal tillegges stor vekt. Denne medvirkningen er en lovfestet rettighet og inngår i kravet om forsvarlige tjenester (13).

Informantenes opplevelser ser ut til å stå i kontrast til kravet om brukermedvirkning, noe som gjenkjennes fra andre undersøkelser (8–10). Det er flere utfordringer før potensialet til brukermedvirkning er fullt utnyttet (14). Kravet om brukermedvirkning representerer en endring i tanken om at det er pasienten som skal tilpasse seg tjenestene, og ikke omvendt (15).

I tillegg må helsepersonellets rolle som ekspert endres. Helsepersonell har motforestillinger mot at pasienter innen rusbehandling skal medvirke i sin egen behandling, og argumenterer med at rusmisbrukerens «kaotiske» hverdagsliv og selve avhengigheten begrenser vedkommendes kapasitet til å medvirke (16).

Studier viser derimot at brukermedvirkning innen TSB har gitt positive resultater: Pasientene blir lenger i behandling, heroinbruken reduseres, kriminaliteten minskes, og pasientenes myndiggjøring øker (16–18).

### **Følte ikke at de ble tatt på alvor**

Flere informanter fortalte om sinne og fortvilelse da de opplevde at deres ønsker ikke ble hørt, og at de ikke ble tatt på alvor. De få studiene som har undersøkt hva pasienter selv mener er avgjørende for et godt behandlingstilbud, viser at høy tilfredshet assosieres med at de ansatte tar pasientene på alvor (8–10).

Å bli tatt på alvor og respektert er ansett som spesielt viktig for personer med rusavhengighet fordi mange har opplevd å bli behandlet nedlatende og respektløst (8).

Informantene følte at de ble presset til å takke ja til en behandling de ikke ønsket. Pasienten gis makt for å hindre en følelse av avmakt og lite kontroll over eget liv i møte med hjelpeapparatet (15).



## «Informantene følte at de ble presset til å takke ja til en behandling de ikke ønsket.»

I en nylig utgitt bok forteller 14 personer sin historie om å komme seg ut av rusavhengighet. Historiene understøtter at det viktigste hjelpeapparatet kan gjøre for å hjelpe mennesker mot rusfrihet, er å ta utgangspunkt i den enkeltes preferanse, verdier og kontekst (19).

En god allianse kjennetegnes ved at behandleren og pasienten samarbeider og er enige om mål og hvordan samarbeidet skal foregå. Flere studier viser at kvaliteten på relasjonen mellom behandleren og pasienten er en av de største indikatorene for utfallet av behandlingen (1, 20, 21).

### **Må motivere og hindre at de dropper ut**

Informantene trakk frem lite oppfølging og synkende motivasjon i ventetiden. Motivasjon er sentralt i alt endringsarbeid. Det er naturlig at motivasjonen svinger; ambivalens og endringsmotstand er en del av prosessen frem mot rusfrihet (22). Å bli rusfri er et endringsarbeid som foregår over flere år, og som stadig må vedlikeholdes (20).

Å droppe ut av behandling fordi man ikke er klar, gjenkjennes fra tidligere studier (23). Likevel trenger ikke det å droppe ut å være slutten på behandlingen (24). God behandling kan være å følge og støtte pasientene i deres prosesser, som er tilpasset deres tempo, behov og mål, og som er oppmerksom på deres ressurser og drømmer (19).

### **Metodiske betraktninger**

Studien har få informanter, og alle ble rekruttert fordi de hadde mottatt behandling fra samme sykehus og ikke møtt opp til behandling i privat institusjon i 2013. Studien kan ikke generaliseres, men forstås som et bidrag til å få mer kunnskap om hva som hindrer unge pasienter i å møte til behandling.

Styrken ved studien er at vi brukte en lik intervjuguide til alle informantene. Guidens åpne spørsmål ga informantene mulighet til å fortelle fritt. Informantenes opplevelser og erfaringer varierte. Alle var engasjerte og hadde mange tanker og meninger om temaet. Opplevelsene informantene omtaler, ligger likevel noe tilbake i tid, og det kan ha påvirket resultatene.

Det var også en styrke at en brukerrepresentant samarbeidet om utformingen og gjennomføringen av studien, slik at både «fagblikket» og «brukerblikket» ble representert gjennom hele prosessen. Forfatternes for forståelse preger intervjuene og analyseprosessen, og vi etterstrebet refleksivitet siden alle forfatterne jobber innen fagfeltet.

Informantene sa at det føltes trygt at brukerrepresentanten var med. Denne følelsen av trygghet kan ha gjort at informantene ga andre svar enn hvis førsteforfatteren hadde intervjuet dem alene.

## **Konklusjon**

Det som hindret informantene i å møte opp til behandling i privat institusjon, var følelsen av manglende medvirkning, synkende motivasjon og press til å ta imot en behandling de ikke ønsket.

Studien viser at det er økt behov for å implementere brukermedvirkning og mer oppmerksomhet på individuell behandling. Den viser også at det er viktig med en god relasjon mellom hjelperen og brukeren samt tett oppfølging i overgangene. Det er behov for videre forskning som belyser brukernes egne erfaringer og opplevelser av behandlingen de mottar innen TSB.

## **Referanser**

1. Brorson H, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. Clin Psychol Rev. 2013;33(8):1010–24.

2. Stark MJ. Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*. 1992;12(1):93–116.
3. Gallefoss L, Årseth AL. Drop-out prosjektet. Delrapport 2. Pasientforløp og drop-out i overgang fra Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) Sørlandet Sykehus HF til videre behandling i private døgninstitusjoner. Kristiansand: Sørlandet sykehus HF, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling; 2016.
4. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2007-2008-/id483671/sec1> (nedlastet 08.01.2019).
5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet> (nedlastet 02.11.2015).
6. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*. 2006;31:320–30.
7. Laudet AB, Stanick V, Sands B. What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009;37:182–190.
8. Dahle KA, Iversen HH. Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling? Notat fra Kunnskapssenteret. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011.

9. Nordfjærn T, Rundmo T, Hole R. Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;17(1):46–64.
10. Hackman A, Brown C, Yang Y, Goldberg R, Kreyenbuhl J, Lucksted A, et al. Consumer satisfaction with inpatient psychiatric treatment among persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*. 2007;43:551–64.
11. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
12. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
13. Helsedirektoratet. *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator> (nedlastet 08.01.2019).
14. Torjussen E, Harwiss HL, Havenes IA. *Brukermedvirkning i TSB – en myte? En nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)*. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2014:1. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/SkriftserieNrENTilNett.pdf> (nedlastet 25.03.2019).
15. Dahl T. *Brukeren som veileder. Ambulant brukerstyrt tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011.



16. Fischer J, Neale J. Involving drug users in treatment decisions: an exploration of potential problems. *Drugs Educ Prev Policy*. 2008;15(2):161–75.
17. Nabitz U, van der Brink W, Walburg J. A quality framework for addiction treatment programs. *Addict Behav*. 2005;30:1254–60.
18. Ning AM. Games of truth: rethinking conformity and resistance in narratives and heroin recovery. *Med Anthropol*. 2005;24(4):349–82.
19. Landheim A, Wiig FL, Brendbekken M, Brodahl M, Biong S. Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske problemer. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
20. Meier PS, Donmall MC, McElduff P, Barrowclough C, Heller RF. The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006;83(1):57–64.
21. Miller MR, Moyers TB. The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*. 2014;110:401–13.
22. Biong S, Ytrehus S. Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Akribes; 2012.
23. Palmer RS, Murphy MK, Piselli A, Bali SA. Substance abuse treatment drop-out from client and clinical perspectives. *Substance Use Misuse*. 2013;44(7):1021–38.
24. Nordheim K, Walderhaug E, Alstadius S, Kern-Godal A, Arnevik E, Duckert F. Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qual Soc Work*. 2018;17(1):24–40. DOI: [10.1177/1473325016654559](https://doi.org/10.1177/1473325016654559)

