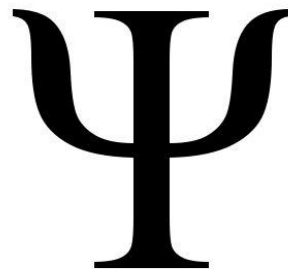




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



DROP-OUT OG DROP-IN I RUSBEHANDLING:
Hvor mange dropper ut og hvor mange kommer tilbake?

HOVEDOPPGAVE
Profesjonsstudiet i psykologi

Ann Kristin Meberg
Høst 2017

Forord

Først og fremst skal takken rettes til min hovedveileder Ingrid Dundas. Takk for at du alltid er positiv og alltid har tid til meg. Slike gode forhold og vinger skulle jeg gjerne forblitt under. Så vil jeg takke min biveileder Arvid Skutle, forskningssjef ved Stiftelsen Bergensklinikken. Jeg vil også gjerne takke de uvurderlige hjelperne Kari Wik Ågotnes og Anders Ohnstad. Takk for at jeg har fått mulighet til å jobbe med Stiftelsen Bergensklinikkens datamateriale, samtidig som jeg har fått jobbe klinisk med pasientene som har vært utgangspunktet for både motivasjonen og innsikten som har vært nødvendig for å skrive denne oppgaven.

Manus er tiltenkt Norsk sosiologisk tidsskrift. Dette tidsskriftets retningslinjer opplyser at manus skal følge APA 6. manualen. Jeg har derfor fulgt APA 6. standard. Tidsskriftet og retningslinjer for innlevering av manus finnes på nettsiden:

https://www.idunn.no/norsk_sosiologisk_tidsskrift#authors.

Gjennom denne prosessen har jeg lært mye om hvordan data kan samles inn og hva som bør tas hensyn til. Selv om jeg ikke har gjort innsamlingen selv, har jeg omstrukturert og ryddet i data. Dataene var ikke generert for å svare på en spesifikk problemstilling. Jeg ville jobbe med drop-out og utviklet problemstillingen etter gjennomførte søk på tidligere forskning og litteratur og en gjennomgang av tilgjengelig data fra Bergensklinikken. Jeg har gjennomført alle beregninger selv og skrevet hele oppgaven.

Abstract

Patients seeking therapy for addiction related issues have a high drop-out rate compared to other categories of patients. Psychological treatment is typically conceptualized as having a single beginning and end, where prevention of drop-out is a common goal to ensure a positive outcome from treatment. Less research has been conducted to understand and predict the process of patients returning to treatment after dropping out. This study aims to describe the drop-out frequency and the frequency of re-entry into treatment after drop-out, and the chances for a positive outcome when they do. Drop-out statistics were evaluated for 978 patients at Stiftelsen Bergensklivikken who ended treatment during the year 2016. There were a total of 1208 terminations for all patients, with each termination assigned to one of three categories: did not attend first session, planned termination, and drop-out. The total number of terminations was greater than the number of patients due to some patients re-registering for treatment up to six times. Of the 1208 terminations registered, 119 (9.9%) were due to drop-out. Of the 108 patients who dropped out of treatment during their first treatment, 16 patients (14,8%) re-entered treatment at least once. Of those 16 patients, 14 (12,9%) successfully completed treatment the second time. These results suggest that treating addiction should be viewed as a long-term undertaking with greater focus on increasing re-entry among patients who have dropped out. Additional longitudinal studies are needed to examine the factors for patients to decide to re-enter a treatment program.

Keywords: Drop-out, addiction treatment, longitudinal studies, frequency, re-entry to treatment.

Abstrakt

Pasienter i rusbehandling har en høy drop-out rate sammenlignet med pasienter i andre typer behandling. Rusbehandling oppfattes typisk som å ha en begynnelse og slutt, hvor et av målene er å forebygge drop-out for å sikre et godt utfall. Mindre forskning har vært gjort for å forstå og forutse prosesser der pasienter gjenopptar behandling etter drop-out. Denne undersøkelsen har som mål å undersøke hvor mange som dropper ut av rusbehandling og hvor mange som kommer tilbake til behandling etter at de har droppet ut, og hvordan det går med dem da. Statistikk relatert til drop-out ble utforsket for 978 pasienter som hadde avsluttede henvisninger i 2016 ved Stiftelsen Bergensklubben. Når henvisningen ble lukket ble pasienten registrert enten som «ikke møtt til første time», «avtalt avslutning» eller «drop-out». Det var 1208 lukkede henvisninger totalt for de 978 pasientene, fordi noen pasienter var henvist til behandling for andre opp til sjette gang. Av de 1208 lukkede henvisningene, var totalt 119 (9,9%) drop-out. Det var 108 pasientene som droppet ut av deres første behandling, og av dem var det 16 pasienter (14,8%) som kom tilbake til minst en ny behandling. Av disse var det 14 (12,9%) som da lukket henvisningen ved avtalt avslutning ved annen gangs henvisning. Dette tyder på at rusbehandling bør ses som en langtidsoppgave med større fokus på å øke gjenopptak av behandling for dem som har droppet ut. Flere longitudinelle studier er nødvendig for å belyse hvilke faktorer som kan bidra til at pasienter kommer tilbake i behandling.

Nøkkelord: Drop-out, avhengighetsbehandling, longitudinelle studier, frekvens, returnere til behandling.

Rusavhengighet er en risikofaktor for å droppe ut av behandling og rusfeltet er hardt rammet av dette til dels fortsatt uforståtte fenomenet, drop-out (Bækeland & Lundwall, 1975). Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, og Duckert (2013) rapporterer i sin metaanalyse av forskning på drop-out i rusbehandlingsinstitusjoner i perioden 1993 til 2013, en drop-out frekvens 23 til 43% i avrusning (Gilchrist, Langohr, Fonseca, Muga, & Torrens, 2012), 23 til 50% i dagbehandling (McHugh et al., 2013; Santonja-Gómez et al., 2010) og 17 til 57% i døgnbehandling (Deane, Wootton, Hsu, & Kelly, 2012; Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore, & Ball, 2011).

En av de mest konsistente faktorene for en vellykket behandling innen rus- og avhengighetsbehandling er om pasienten fullfører behandlingen (Dalsbø et al., 2010). De som fullfører har større sannsynlighet for å holde seg avholdende, de har færre reinnleggelser, større sysselsetting, høyere lønn, mer stabil økonomi, mindre kriminell aktivitet, mindre kontakt med rettsvesenet og bedre helse (Alterman, McKay, Mulvaney, & McLellan, 1996; Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey, & Fleming, 1998; Brorson et al., 2013; Craig, 1985; Moos, Pettit, & Gruber, 1995; Stark, 1992). Samtidig ser vi at pasienter i rusbehandling ofte ikke har effekt av behandlingen før etter 2-3 måneder, i motsetning til andre former for terapeutisk behandling der en ofte ser positive effekter fra første time. Dette understreker viktigheten av å fullføre rusbehandling (Pekarik, 1983). Av slike grunner blir drop-out gjerne forstått som et korrelat til kvaliteten på rusbehandling, der en antar at god behandling kjennetegnes av lav drop-out og omvendt, at høy drop-out tyder på at det er mangler ved behandlingen (Domínguez-Salas, Díaz-Batanero, Lozano-Rojas, & Verdejo-García, 2016).

Definisjoner av drop-out

Drop-out blir definert på mange måter, og en ser en enorm variasjon i frekvens på drop-out i ulike studier (Brorson et al., 2013). Definisjonen av drop-out kan variere med

pasientens eller behandlerens intensjon og forståelse, behandlingseffekt, avholdenhet og når det skjer i behandlingsforløpet. For eksempel kan noen behandlere tenke at så lenge pasienten gir beskjed om avslutning er det ikke drop-out, mens andre igjen tenker at så lenge pasienten avslutter uten at behandlingen er fullført eller målet er oppnådd er det drop-out. Dette kan for noen bety at pasienten slutter å ruse seg og for andre kan det bety at pasienten har det bedre eller kun har fått testet en behandlingstilnærming. I tillegg er det enkelte som kun kaller det drop-out når behandlingen er i gang, mens andre kaller det også drop-out hvis pasienten ikke møter til behandling. Disse eksemplene viser ulike måter en behandler kan sette en grense for drop-out og det gjør at det er naturlig at ulike studier finner både ulik frekvens og ulike risikofaktorer. Bækeland og Lundwall (1975) fremstiller noen ulike grupper som kan defineres som drop-out: når pasienten ikke returnerer eller nekter å returnere til behandling eller når pasienten blir utvist på grunn av manglende samarbeid eller har liten effekt av behandlingen.

For å kunne inkludere flest mulig aktuelle artikler til en metaanalyse av risikofaktorer for drop-out, brukte Brorson og kolleger (2013) en bred definisjon. De definerte drop-out som «prematur avslutning av behandling». Denne definisjonen førte til at en samlet analyse av datamaterialet ble utfordrende. Felles for disse brede definisjonene er at det ikke nødvendigvis handler om pasientens rusinntak eller avholdenhet. Det handler oftere om pasientens og beholders kommunikasjon om behandlingsplan og målsetting. Det betyr at definert mål for behandling kan variere fra avholdenhet til en liten reduksjon i rusatferd eller en oppnådd innsikt, og behandlingen kan avsluttes og anses som vellykket uavhengig av en standardisert «vellykkethet».

Det er gjennomført få kvalitative studier for å undersøke pasientens forståelse og definisjon av sin egen avslutning. Nordheim og kolleger (2016) viser i en kvalitativ undersøkelse at beholders definisjon av drop-out ikke alltid stemmer overens med

pasientens, og at drop-out har ulik betydning for forskjellige pasienter. Drop-out ble beskrevet av pasienter som både en pause fra behandling, en avslutning på behandling og som et middel for å redusere behandlingsintensitet.

Wierzbicki og Pekarik (1993) gjorde en metastudie av 125 studier av prediktorer for drop-out i psykoterapi. De ønsket å se om de kunne predikere drop-out frekvens ut fra klientfaktorer, behandlingsmetode, (som for eksempel gruppe- eller individuell behandling) eller behandlingssetting. De fant at drop-out ikke varierte signifikant med noen av disse variablene, men varierte signifikant som en funksjon av definisjonen på drop-out. Gjennomgangen av tidligere definisjoner og operasjonaliseringer på drop-out viser at det er en betydelig diskrepans som utgjør en utfordring for forskning og klinisk virksomhet.

Tidligere forskning på drop-out i rusbehandling

Viktigheten og aktualiteten av temaet drop-out fremkommer tydelig av det store antall forskningsartikler produsert i håp om å forutsi, forstå årsakene til, og forebygge drop-out. Det er produsert over 500 forskningsartikler skrevet over 64 år om temaet drop-out i rusbehandling. Siden 1985 er det gjort tre litteraturgjennomganger for drop-out i avhengighetsbehandling (Brorson et al., 2013; Craig, 1985; Stark, 1992).

Gjennomgående i disse tre litteraturgjennomgangene er en konklusjon som tilsier at forskningen fokuserer for mye på personkarakteristikker og egenskaper ved pasienten, heller enn andre faktorer som behandler kontrollerer og har ansvar for. Craig (1985) oppsummerte 40 studier på risikofaktorer for drop-out som var publisert i perioden 1973 til 1985, og konkluderte med det mest konsistente i denne forskningen er at det ikke finnes en konsensus og at forskningen ikke gir informasjon som er til hjelp for behandlere og rusinstitusjoner for å redusere drop-out. I tillegg gjennomførte han en egen undersøkelse som viste at en ved hjelp av tett oppfølging av pasientene under behandlingen, samt brukerinnflytelse, kunne institusjonen og behandlerne redusere drop-out fra 70 til 20%. Han

fant også, gjennom intervjuer, stor variasjon mellom det pasienten beskrev som årsak for drop-out og det behandleren kalte den «virkelige» grunnen. Pasientene oppga at de «følte seg bedre» og «hadde økonomiske problemer» og «hadde problemer hjemme» som hovedgrunnene for å at de droppet ut. Behandlerne oppga at pasientene «ikke var klare for behandling» som den «virkelige grunnen». Videre utgjorde demografiske variabler ingen prediktor for drop-out, mens hjelp til å kjenne behag gjennom medisinsk behandling, lite sosialt og emosjonelt press, og passelig oppmerksomhet (få nye medpasienter), utgjorde prediktorer for å bli i programmet. Han hevdet på dette grunnlaget at personale og behandlerne må inkorporere drop-out som et behandlerproblem og ikke et pasientproblem, og argumenterte for at først når det skjer, kan arbeidet med å hindre drop-out begynne.

Stark (1992) konkluderte med at en kan forstå drop-out som en funksjon av både pasientkarakteristikk, behandler og behandlingsform. Disse forholdene interagerer med hverandre, og bestemmer om en pasient dropper ut eller ikke. Ifølge denne interaksjonsmodellen kan behandler redusere sjansene for drop-out ved for eksempel å organisere transport hvis behandlingsinstitusjonen ligger langt fra bostedet til pasienten eller ved å tilby flere telefonsamtaler for å ta høyde for pasientens behov for forutsigbarhet og trygghet. Ved å ta i bruk denne interaksjonsmodellen settes det ekstra krav til behandlerens evne til å lytte til pasientens behov og imøtekomme individuelle forskjeller hos pasientene.

Brorson og kolleger (2013) gjennomgikk 122 studier fra 1992-2013 som inkluderte 199 331 pasienter. På tross av anbefalinger fra tidligere litteraturgjennomganger om å blant annet anse drop-out som et behandlerproblem, var det i denne litteraturgjennomgangen 91% av artiklene som tok for seg varige pasientfaktorer som behandler ikke kan gjøre noe med. Brorson (2014, 24 Mars) beskriver denne trenden i rusforskning som «rusforskning på villspor», og hevder at forskningen heller bør fokusere på behandlingsfaktorer som behandlingsmetode, behandlingssetting, pasient-ansatt ratio,

allianse og behandlingstilfredshet. Brorson og kolleger (2013) hevder at dette er lovende forskningsområder og en mer hensiktsmessig retning for feltet. Selv om også Brorson og kolleger (2013) konkluderer med en signifikant sammenheng mellom drop-out og individfaktorer som lav kognitiv kapasitet, lav allianse, ung alder og personlighetsforstyrrelser, er resultatene ikke entydige, og pasientfaktorene er kanskje ikke den mest fruktbare tilnærmingen i den videre forskningen. På mange måter kan det synes som at forskning på behandlingseffekt og drop-out i rusforskningen ligger etter relativt annen forskning på terapi og behandling. I psykoterapiforskningen har det vært en tendens til økt fokus på behandler og samspillet mellom behandler og pasient, mens i rusforskning, og kanskje særlig forskningen som omhandler drop-out, er fokuset fortsatt på feil ved pasienten. Brorson (2014, 24 Mars) spekulerer om denne forskjellen bunner i at det er først i de senere årene at rusavhengighet er blitt ansett som et helseproblem. Tidligere har det vært mer vanlig å se på det som et moralsk og sosialt problem, og således også noe rusbrukeren selv måtte ta ansvar for.

Et longitudinelt perspektiv

Som vist gjennom innledningen har forskningen, og således også tilhørende intervensjoner, vært begrenset av en forståelse av rusbehandling som tilsier at pasienten kommer til behandling med en begynnelse og en slutt. Det blir antatt at å forhindre drop-out øker sjansene for at behandlingen blir vellykket. Lite er gjort for å undersøke drop-out i et lengre perspektiv både med tanke på behandlingseffekt og hvorvidt pasienten kommer tilbake i behandling.

I realiteten har flertallet av de som er rusbehandling flere behandlingsforløp (Grella, Hser, & Hsieh, 2003). Ifølge data fra behandlingsregistreringer i offentlige rusbehandlingsinstitusjoner i USA har 60% av dem som blir henvist til avhengighetsbehandling vært i behandling tidligere (Office of applied research, 2002, 26

April). Dennis, Scott, Funk, og Foss (2005) fant at en gjennomsnittlig ruskarriere varer i 27 år og at en gjennomsnittlig behandlingskarriere varer i 9 år. Dette er med på å styrke argumentet om å se på drop-out i avhengighetsbehandling i et lengre perspektiv. Vi vet lite om de som går flere ganger i rusbehandling, og enda mindre om dem som dropper ut og kommer tilbake.

Hser, Grella, Hsieh, Anglin, og Brown (1999) fant i en longitudinell studie basert på data fra *Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS)* forskjeller mellom pasienter som går for første gang i behandling og de som har erfaring fra tidligere behandlingsforløp. DATOS inneholder oppfølgingsintervjuer fra 1 til 5 år etter første behandling. Forfatterne fant at de som har vært i behandling tidligere hadde dårligere effekt av rusbehandlingen, men samtidig anerkjente de i større grad at de hadde et rusproblem, de ønsket hjelp og kjente seg mer klare for å motta det. De rapporterte at de hadde behov for hjelp til å opprettholde en relasjon med familie og beholde eller skaffe arbeid. Grella og kolleger (2003) fant, basert på samme datamateriale, at det var 44% som returnerte til behandling i gjennomsnitt 2,6 år etter de avsluttet behandlingen. En tidlig studie viste også at 41,3% av de som gjennomførte en metadonavrusning måtte ha minst to forsøk for å oppnå en varig effekt av behandlingen (Lloyd, Katon, DuPont, & Rubenstein, 1973). Grella og kolleger (2003) postulerer at et langtidsperspektiv på behandlingseffekt trengs for å adressere kronisk avhengighet og problemene som er assosiert med det.

Oppsummert viser longitudinell forskning at mange personer med rusmiddelmissbruk har gjentatte behandlingsforløp. Dette tyder på at det er urealistisk å tro at en kan behandle alle individer med rusproblemer med kun et behandlingsforsøk. Det er få som har sett på effekter av flere behandlingsforløp og behandling i et longitudinelt perspektiv, men enda færre som har sett på hvordan en kan få pasienter tilbake til behandling etter drop-out, og hvordan neste behandlingsrunde da vil arte seg da. Et søk på

databasen PsykInfo på hovedtemaene «Drop-out» og «Addiction» med begrensningen at det må være et longitudinelt studie resulterte i kun 21 treff (søket avsluttet 17.11.2017). Av disse 21 var det ingen som ser på om de som dropper ut kommer tilbake og hvordan dette påvirker resultatet av behandlingen. Litteraturgjennomgangen viser at det er store utfordringer med å bruke drop-out som en kvalitetsindikator, og at det har vært vanskelig å konkludere med intervensjoner basert på forskningen på drop-out som gir direkte kliniske implikasjoner.

Det er på bakgrunn av funnene i denne litteraturgjennomgangen nyttig å undersøke hvor vanlig det er for pasienter å droppe ut og begynne i behandling på nytt, og pasientenes muligheter for å lykkes etter drop-out av behandling. Dataene i denne studien ga mulighet til å undersøke drop-out i et års perspektiv med fokus på frekvens og hvorvidt de som dropper ut kommer tilbake i behandling. I denne eksplorerende pilotundersøkelsen vil derfor problemstillingene være:

1. Hvor mange av henvisningene endte med at pasienten droppet ut av behandling?
2. Hvor mange av pasientene kommer igjen etter at de har droppet ut av behandling, og hvordan avslutter de behandlingen da?

Metode

Datamaterialet

Avdeling for rusmedisin (AFR) har ansvaret for alle henvisninger til Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB) i Helse Bergens opptaksområde. Stiftelsen Bergensklubben er en ideell stiftelse som er en del av TSB og har ulike behandlingstilbud som inkluderer avrusning, stabilisering, døgnbehandling og poliklinikk. Pasientene blir i hovedsak henvist til Bergensklubben fra fastlege eller NAV. Pasientgruppen utgjør en gruppe med et bredt spekter i rus- og avhengighetsproblematikk kombinert med ulike komorbide diagnoser som for eksempel personlighetsforstyrrelser, depresjon og angst.

Bergensklubben registrerer demografisk, sosial- og behandlingsrelatert informasjon i en felles database som kalles *rusdata*. Denne databasen er Bergensklubbens pasientadministrative program. Når henvisningene lukkes registreres det hvorvidt pasienten droppet ut, ikke møtte eller det ble avtalt en avslutning mellom pasient og behandler. Denne registreringen danner derfor grunnlaget for operasjonaliseringen av drop-out. De som registreres som drop-out er de som avsluttet behandlingen ensidig uten å gi beskjed. De som registreres som ikke møtt, kom aldri til behandling. De som er registrert som avtalt avsluttet, er de pasientene der pasient og behandler har gjort en avtale om å avslutte behandlingen. En avtalt avslutning vil dermed ikke si at pasienten nødvendigvis er rusfri eller frisk, men det betyr at det er en avtale mellom behandler og pasient om å avslutte. Denne operasjonaliseringen ekskluderer avslutninger som skyldes at pasienten har uteblitt fra første time, og der pasient og terapeut har avtalt å avslutte behandlingen.

Datamaterialet for denne undersøkelsen er alle registrerte avsluttede henvisninger i 2016. Hver pasient kan ha blitt henvist og registrert flere ganger. Det registreres en ny

henvisning både a) når pasienten henvises til en annen type behandling innen Bergensklinikken, for eksempel fra avrusnings- til stabiliserings-avdelingen, og b) når pasienten har droppet ut eller har avtalt en avslutning med behandler og henvises til ny behandling fra for eksempel fastlegen eller NAV.

Etikk

Prosjektet ble lagt frem for og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD-prosjekt 27 131) som et kvalitetssikringsprosjekt for å kunne registrere drop-out i behandling. Data har blitt lagret på sikker server i Helse Vest IKT, som tilfredsstiller alle lovmessige krav til personvern og datasikkerhet. Anonymisering av data vil skje etter prosjektslutt.

Analyse

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24 er brukt til å gjennomføre analysene. Data var opprinnelig organisert i en «*long-file*», der alle henvisninger var organisert som en rad, uavhengig av om samme pasient hadde flere henvisninger. For å gjennomføre analysen for problemstilling 1, ble filen brukt som den forelå. For å gjennomføre analysen for sammenhenger mellom to variabler for samme pasient, ble filen omorganiserte til en «*wide-file*». Da representerte hver rad en pasient.

Resultater

Bergensklinikken hadde i 2016 registrert 1208 lukkede henvisninger. Det er 230 registrerte henvisninger for andre, tredje, fjerde, femte eller sjette henvisning for samme pasient. Det er således 978 pasienter i datamaterialet.

Frekvens på drop-out

Den første problemstilling var hvor mange som droppet ut av rusbehandling. Tabell 1, Drop-out fordelt på 1.- 3. henvisning, viser hvordan henvisningene ble lukket i første, andre og tredje henvisning. Når registreringene for alle lukkede saker for 2016 legges sammen, er det 119 (9,9%) av de 1208 henvisningene som avsluttes med drop-out, fra første til sjette henvisning. Det er til sammen 106 (8,8%) av 1208 henvisninger som ble avsluttet fordi pasienten ikke møtte til første time. Den største andelen (81,4%) av alle lukkede henvisninger for 2016 er de henvisningene som ender i en avtalt avslutning.

Som vist i tabell 1, er det 174 henvisninger der pasientene har vært henvist to eller flere ganger til behandling. Det synes å være en liten tendens til økning i antall saker der det ble avtalt avslutning for andre og tredje henvisning, og en tilsvarende reduksjon i drop-out. Det er 108 (11%) av de 1208 henviste sakene som dropper ut under første henvisning, 8 (4,6%) som dropper ut av de 174 henviste sakene under andre henvisning og 2 (4,3%) som dropper ut av de 47 henviste sakene under tredje henvisning.

Nye henvisninger etter drop-out

Den andre problemstilling var hvorvidt pasienter som droppet ut fra sitt første behandlingstilbud kom tilbake i behandling. Det var også interessant om det var noen av dem som var registrert som droppet ut fra første behandling, som ble registrert som «avtalt avsluttet» fremfor droppet ut neste gang de fikk et behandlingstilbud. Som vist i tabell 2, Hvordan 1. og 2. henvisning lukkes for samme pasient, var det 16 (14,8%) av de pasientene som droppet ut fra sitt første behandlingstilbud, som ble henvist på nytt til behandling.

Dette betyr at ca. 85% av de som droppet ut ikke ble henvist til ny behandling i løpet av 2016. Av de 16 som ble henvist til ny behandling, var det 14 som hadde en «avtalt avslutning» i sin andre henvisning.

Diskusjon

Totalt av alle lukkede henvisninger i 2016 var det 119 (9,9%) som endte med drop-out. Av de 108 som droppet ut i første behandlingsforløp var det 16 pasienter som kom tilbake til behandling og de aller fleste (14 av 16) fullfører da behandlingen med en avtalt avslutning.

Frekvens på drop-out

Kun en liten andel (9.9%) av henvisningene som ble lukket i 2016 endte med at pasienten droppet ut. Sammenlignet med Brorson og kollegers (2013) oppsummering av frekvens er dette et veldig lavt tall. Brorson og kolleger (2013) fant at drop-out varierte fra 17 til 57% i døgnbehandling.

Det er vanskelig å vite hvorfor drop-out frekvensen er såpass mye lavere ved Bergensklinikken, enn i Brorson og kollegers (2013) undersøkelse. Det kan være at behandlere ved Bergensklinikken har større ferdigheter i å holde pasienter i behandling. Alternativt kan forklaringen ligge i at definisjonen og således registreringen av drop-out er annerledes ved Bergensklinikken. Som nevnt i innledningen, kan det synes som at definisjonen av drop-out har avgjørende betydning for hvilke frekvens en finner i ulike undersøkelser (Wierzbicki & Pekarik, 1993). En viktig forskjell mellom definisjonen av drop-out slik det ble gjort i denne studien, og definisjonen brukt i Brorson og kollegers (2013) litteraturgjennomgang, var at sistnevnte brukte en definisjon som også inkluderte pasienter som ikke møtte til første time. I denne studien ble de som ikke møtte til første time registrert som «ikke møtt» og inngikk dermed ikke i frekvens på drop-out. Hvis vi inkluderer gruppen som ikke møtte i vår definisjon av drop-out (N=106, dvs. 8,8% av totalt 1208 henvisninger) får vi en total drop-out prosent på 18,7%. Denne totalfrekvensen er innenfor variasjonen som Brorson og kolleger (2013) beskriver i døgnbehandling. I lys av tendensen i forskningen mot å forstå trekk ved behandlingen som risikofaktorer for drop-out, vil det

kunne argumenteres for at et skille mellom drop-out og ikke møtt, er legitimt.

En annen forklaring på hvorfor frekvensen er lav i forhold til andre undersøkelser kan være at behandlere ved Bergensklinikken kan ha hatt en høyere terskel for å vurdere en avslutning som en drop-out. Det er ikke en tydelig standardisering av definisjonen for de ulike kategoriene, avtalt avslutning, drop-out og ikke møtt. Dermed blir det i stor grad opp til behandler sin subjektive oppfatning hvorvidt en skal definere en pasient som droppet ut, og lukke henvisningen. Det kan også være tilfeller som vil være vanskelig å kategorisere som drop-out eller ikke, for eksempel at pasienten ikke møter, men enten ringer eller blir ringt og gir beskjed om avslutning, eller at pasienten tester positivt på et rusmiddel eller utøver vold under innleggelse og blir bortvist. Det er også variasjon i beholders toleranse for å ha pasienter i behandling som ikke møter til timene. Enkelte kan forstå fravær fra behandling som at pasienten ikke er klar for forandring og registrere det som drop-out, mens andre igjen kan forstå dette som en del av prosessen mot bedring, og vente på at pasienten skal møte eller ta kontakt. I døgnbehandling blir fravær forstått i større grad som en del av arbeidsmetodikken. Således kan noen behandlere ha pasienter registrert i behandling uten at pasienten møter eller har kontakt jevnlig.

Oppsummert er det sannsynlig at iallfall noe av forklaringen på den lave drop-out raten ved Bergensklinikken har sammenheng med definisjonen av drop-out.

Ny henvisning etter drop-out og muligheten for å lykkes på andre forsøk

Det var 108 (11,5%) pasienter som droppet ut av behandling første gang de ble henvist. Av dem var det kun 16 (14,8%) som ble henvist på nytt til behandling. Dette viser at det ikke er så vanlig å komme tilbake til behandling i løpet av ett år etter å ha droppet ut. Det ble ikke funnet studier å sammenlikne dette tallet med, da tidligere studier kun har oppgitt hvor mange av dem som ble henvist til behandling hadde vært i behandling tidligere, uten å skille mellom dem som droppet ut eller fullførte behandlingen.

Vi kan kanskje anta at hvis vi hadde et datamateriale for et lengre tidsintervall enn kun 2016, ville vi funnet at flere kommer tilbake i behandling. Det er flere momenter som gjør dette plausibelt. For eksempel, når en behandler lukker en henvisning blir det skrevet en epikrise til henviser som sier noe om muligheten for at pasienten nyttiggjør seg behandling og anbefalinger for hva av andre hensyn som bør tas før en ny henvisning sendes. Det kan være at pasienten må ha kontakt med førstelinjetjenesten eller at det må være en stabil bosituasjon. Det lave tallet kan også handle om lang ventetid på behandling. Ventetiden varierer over tid og behandlingstilbud, men kan utgjøre store forsinkelser på behandling og derfor også øke antall som ikke kommer tilbake i behandling etter å ha droppet ut i ett års perspektiv.

Dersom vi ser på de få pasientene som ble henvist på nytt etter å ha droppet ut, ble de fleste (14 av 16) pasientene avsluttet gjennom en avtale neste gang de fikk et tilbud. Det betyr at de aller fleste som kommer tilbake innen et år etter å ha droppet ut i første henvisning, gjør en avtalt avslutning under andre henvisning. Dette kan tolkes på ulike måter. Det kan bety at de aller fleste som fikk en ny sjanse, benyttet denne sjansen godt og fullførte behandlingen andre gang. Det kan være, i tråd med Hser og kolleger (1999), at de som droppet ut første gangen likevel har mottatt noe i den første behandlingen, som de kan ha nytte av neste gang de henvises. For eksempel kan de ha utviklet en anerkjennelse av at de har et rusproblem, et større ønske om hjelp og en opplevelse av å være klar til å motta hjelp, og slik ha en bedre forutsetning for å nyttegjøre seg behandlingen neste gang de henvises. Resultatene samsvarer også med Lloyd og kolleger (1973) resultater som viste at 41,3% gjennomgikk flere behandlinger før de fikk en varig effekt.

Kliniske implikasjoner

For klinisk virksomhet er det interessant at 85% av de som droppet ut under første henvisning, ikke kom tilbake innen et år. Som diskutert er det mulig at ett års tidsintervall er for kort til å avgjøre om de kommer tilbake til behandling, men samtidig er det en langt

tidsintervall å gå uten behandlingstilbud hvis de har et behandlingsbehov. Her tyder resultatene på en virkelighet som tilsier at spørsmålet om hva samfunnet og behandler kan gjøre for at veien tilbake i behandling kan bli raskere og lettere, bør stilles.

En side ved det å droppe ut, som kanskje kan være noe av forklaringen på hvorfor det er få som kommer tilbake i behandling, er den subjektive opplevelsen av manglende nytteverdi og håp om tilfriskning dersom drop-out defineres som et mislykket behandlingsforsøk. Både behandler og pasient kan ha noen fantasier om hva drop-out betyr. Noen pasienter vil kanskje oppleve det som et nederlag og føle at de er tilbake til start, noen vil kanskje oppleve en enorm skam ovenfor familie og venner som har blitt lovet et annet resultat og noen kan kanskje miste håpet om å noen gang kunne bli bedre. Kari Lossius, fagdirektør i Bergensklinikken, skriver i anledning Verdens overdosedag 31.08.17 en kronikk i Bergens tidende om en viktig side ved å forstå en ruslidelse. "Hvis du vil forstå rusavhengighet, må du forstå betydningen av skam" (Lossius, 2017, 31. August). I den samme kronikken peker Lossius på hvordan skam kan stå i veien for god behandling. Resultatene som viser at pasienter har mindre sannsynlighet for å lykkes i andre behandlingsforsøk kan tolkes som at hvis ikke pasienten klarer å bli friskere i første behandlingsforløp, er det lite håp for tilfriskning under videre behandling. Alternativt kan behovet for flere behandlingsforløp tolkes som at de pasientene som i utgangspunktet er sykere gjerne må gå i flere behandlingsforløp for å bli bedre. Å anse flere behandlingsforløp som en nødvendighet for noen pasienter, er i tråd med funnene fra denne undersøkelsen, og tidligere forskning, som viser at flere behandlingsforløp kan ende med et godt utfall. I samsvar med det Brorson (2014, 24 Mars) uttaler ser vi i denne diskusjonen behovet for et perspektivskifte. Funnene tyder på at veien til god rusbehandling krever et perspektiv der vi forstår rusavhengighet som et helseproblem og ikke er moralsk og sosialt problem, og således drop-out som et symptom på dette helseproblemet heller enn en karakterfeil hos pasienten.

Det er som nevnt funnet at en gjennomsnittlig ruskarriere er 27 år og en gjennomsnittlig behandlingskarriere er 9 år (Dennis et al., 2005) Dette gir rom for flere intervensjoner, men det setter også krav til livskvalitet og livskontinuitet mens behandlingen pågår. En konseptualisering av rusavhengighet som en kronisk lidelse forutsetter en klinisk praksis som tillater og oppmuntrer til flere behandlinger over tid. Et lengre perspektiv på rusbehandling er mer konsistent med en kontinuerlig omsorgstilnærming som vi finner i helsevesenet ved andre kroniske lidelser (McLellan, Lewis, O'brien, & Kleber, 2000). Et eksempel på en kronisk lidelse som krever oppfølging over tid er diabetes. De menneskene som har diabetes er kontinuerlig registrert på et sykehus og tar jevnlig blodprøver og får innkalling til konsultasjon med et fast tidsintervall. Resultatene i denne undersøkelsen tilsier at lignende teknikker kunne være interessante også i rusbehandling.

Dette er på mange måter i tråd med den prosessfokuserete behandlingstilnærmingen som kalles *Recovery*. *Recovery* kjennetegnes av å være en prosess som setter fokus på egenkontroll i behandlingsprosessen, subjektivitet, frivillighet, personlig forandring og en gjenvunnet sosial identitet som utfoldes i arbeid og i sosiale arenaer. Dette perspektivet er og har vært i fremmarsj som behandlingsparadigme i den vestlige verden (Best, De Alwis, & Burdett, 2017). Fordelene med denne modellen er et økt fokus på ettervern og tiltak rettet mot sysselsetting og bolig i nettopp et lengre perspektiv. Det legges vekt på å leve så godt som mulig med en kronisk lidelse, fremfor å vente til lidelsen er «kurert» før en takler andre utfordringer som arbeid og bolig.

Som forklart i innledningen tyder tidligere forskning på at drop-out er negativt for prognosen, og fullføring av behandling er assosiert med gode resultater, både med hensyn til rusmestring og andre områder i livet. Intervensjonene som er igangsatt som en del av TSBs program for å hindre drop-out har vist gode resultater gjennom at

behandlingsapparatet godtar drop-out som et behandleransvar ("Reduserte drop-out med sjekklister," 2016, 28. November). Det er allikevel, basert på den foreliggende undersøkelsen, viktig å finne en balansegang mellom det å anse og kommunisere drop-out som et dårlig resultat og å anse drop-out som en del av en større helhet, og kanskje en nødvendig del av den helheten. Det kan være et nyttig perspektiv for både behandler og pasienten å få validert drop-out som noe annet enn kun et nederlag. I et longitudinelt perspektiv er det som nevnt i mange studier vist at det er mer vanlig å droppe ut av behandling enn det motsatte (Brorson et al., 2013), dermed er den ekstra byrden av skam og reduksjon av håp som ilegges pasientene som dropper ut, kanskje en fordel å minimere. Dette perspektivet vil kanskje bidra til at det vil være lettere å komme tilbake etter å ha droppet ut av behandling. I denne undersøkelsen fant jeg at de fleste som kom tilbake i behandling etter drop-out ble registrert som avsluttet andre gang, noe som gir grunn til forsiktig optimisme. For noen kan drop-out være en del av en lengre vellykket behandling. Både for pasienter og behandlere kan et alt-eller-ingen perspektiv være ødeleggende. Hvis vi ser på drop-out som et symptom, vil det å forhindre drop-out (med for eksempel alternativt oppmøtested eller økte kostnader knyttet til manglende oppmøte) skjule noen av de underliggende årsakene som avhengighetsbehandling søker å behandle. En null-visjon for drop-out kan i dette perspektivet sees på som å pynte på problemene. Et mer nøkternt og balansert perspektiv vil bidra til å få frem disse problemene.

Forskningsmessige implikasjoner

Ved planlegging av forskningsprosjekt som undersøker drop-out i rusbehandling er det viktig med klare kriterier for hva som kjennetegner de ulike kategoriene av avslutninger, og kategoriene må være fullt ut drøftet med dem som skal gjøre registreringen. Det er gjerne behandlerne som tar valgene for registrering og de bør derfor ha tilstrekkelig kunnskap om grenseverdiene og formålet. Det kan være nyttig å ha en standardisert nøye utformet

skåringsguide som kan redusere tvil rundt definisjon av kategoriene. Dessuten trenger forskningsfeltet å enes om definisjonene av ulike typer avslutninger på tvers av behandlingsinstitusjoner. For eksempel vil en institusjon som slår sammen «avslutninger på grunn av fullført behandling» med «avslutninger som ble bestemt i fellesskap av behandler og pasient fordi behandlingen sto i stampe», få klart ulike drop-out frekvenser enn institusjoner som skiller mellom disse to avslutnings-måtene.

Arbeidet med dette prosjektet har også vist betydningen av å ha datasett som er systematisk innsamlet over lengre tidsperioder. Slike datasett er vanskelige å oppnå, men muliggjør mer sofistikerte analyser som svarer på spørsmål om hver enkelt pasient sin utvikling over tid. Det er flere områder som kunne være relevante for klinisk forskning på feltet, både med kvantitative og kvalitative design. For eksempel er det nyttig å undersøke hvilke intervensjoner som kan øke sjansene for at pasienter kommer tilbake etter å ha droppet ut. Andre relevante kliniske spørsmål er om en behandler bør ringe pasienter som har droppet ut, eller om en får et like godt resultat om en bare lar pasienten være i fred og, upåvirket av behandlingsapparatet, får bestemme selv når ny kontakt skal opprettes. En vet heller ikke om pasienter som dropper ut, bør henvises til en ny type behandling, når de henvises på nytt. Videre forskning er nødvendig for å undersøke hindringer og muligheter for å nå ut med behandling som kan omfatte flere behandlingsforløp, og muligheter for å behandle også mellom behandlingsomgangene.

Det hadde også nyttig å undersøke forskjeller i pasienters og behandleres forståelse av og årsaker for drop-out over et lengre perspektiv. Her ville en kvalitativ tilnærming, med intervju med behandler og pasient ved oppstart, like etter drop-out og ved gjenopptagelse av behandlingen kunne være nyttig, for å undersøke hva som skjer i denne prosessen. Sannheten er at vi vet veldig lite om effekten av behandling i longitudinelt perspektiv når pasienten dropper ut. En interessant studie ville være å sammenligne de som fullfører behandling og de

som dropper ut, men så kommer tilbake til behandling både en og flere ganger i en form for logistisk regresjonsanalyse. Der en kunne se på virkningen av ulike behandlingsrelaterte- og prosessrelaterte faktorer over tid og behandlingsforløp. Det ville også være interessant å undersøke om det er mulig, over tid, å øke sjansene for at pasienter som dropper ut, kommer tilbake og avslutter en vellykket behandling.

Styrker og begrensninger ved dette pilotprosjektet

En styrke ved dette pilotprosjektet er at det fokuserer på et lite utforsket spørsmål, hvordan avslutter pasienter som kommer tilbake etter først å ha droppet ut. Fokuset og inspirasjon er hentet fra en klinisk hverdag der temaet drop-out og ny oppstart av behandling er svært relevant. Begrensningene har ligget hovedsakelig i at definisjoner av drop-out har vært uklare, og at behandling og behandlingsstart har vært usystematisk og ikke standardisert registrert. I tillegg blir ett års perspektiv for kort tid for å gi en endelig konklusjon på hvor mange pasienter som kommer tilbake i behandling. Siden dette er et pilotprosjekt, danner det grunnlag for å samle data mer systematisk for å belyse gjennom mer avanserte analyser flere sider av drop-out i et langtidsperspektiv.

Oppsummering og konklusjon

Problemstillingen for denne oppgaven var hvor mange som dropper ut av behandling i løpet av 2016, hvor mange som kom tilbake til behandling og hvordan de avsluttet andre gang. Analysene viste at av de som dropper ut var det få som kom tilbake i behandling i løpet av ett års tidsintervall, men hvis pasientene først kom tilbake var det stor sannsynlighet for at de avsluttet etter en avtale med behandler, noe som kan bety at behandlingen førte fram. Dette kan tyde på at for iallfall noen pasienter, er drop-out ikke et nederlag, men et steg på veien mot vellykket behandling.

En konklusjon som kan trekkes på basis av litteraturgjennomgangen og funnene i dette prosjektet er at drop-out begrepet kan bety en vid rekke ting, og at forskningsfeltet kan

dra fordel av å enes om hvordan en skal definere de ulike typene drop-out for å kunne forske på det samme. Videre vil større kjennskap til pasienters ulike grunner til drop-out, gi større forståelse for hvilke følelser det kan vekke i pasienter så vel som behandlere når pasienter dropper ut, og gi større forståelse for hvordan en kan hjelpe pasienter som dropper ut til å gjenoppta og fullføre behandling. Som således vil være en avgjørende faktor for å gi et bedre behandlingstilbud til rusmisbrukere. Som behandler er det viktig å se at rusbehandling ikke alltid er noe en blir frisk av etter ett behandlingsforløp. Noen blir heldigvis rusfri etter en, to eller tre behandlinger. For andre vil rusmisbruket være som en kronisk lidelse der en alltid vil være sårbar for tilbakefall, og kan trenge et sted å vende tilbake til for ny behandling i de stadier i livet der det er nyttig og kan ha effekt.

Oppsummert blir drop-out kanskje et fattig begrep når veien ut av rus er et livsprosjekt. Kanskje er det ikke noe som heter ferdigbehandlet og kanskje gir det ikke mening å snakke om å begynne på nytt i behandling. Med en annen konseptualisering av behandling (et lengre forløp med flere faser) vil drop-out kanskje i mindre grad fremstå som en indikator for god behandling. Dermed vil det i mindre grad være et godt verktøy for måling av kvalitet, men kanskje et fenomen som har potensiale som forskningsområde hvis formålet er å øke kvaliteten av behandling. Derfor må vi kanskje utvide vår forståelse av både drop-out og god behandling.

Referanser

- Alterman, A. I., McKay, J. R., Mulvaney, F. D., & McLellan, A. T. (1996). Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. *Drug and Alcohol Dependence*, 40(3), 227-233. doi:10.1016/0376-8716(95)01212-5
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/fulltext/1975-32159-001.pdf>
- Best, D., De Alwis, S. J., & Burdett, D. (2017). The recovery movement and its implications for policy, commissioning and practice. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(2), 107-111. doi:10.1177/1455072517691058
- Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R. R., & Fleming, C. B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93(1), 73-92. doi:10.1080/09652149836241
- Brorson, H. H. (2014, 24. Mars). Rusforskning på villspor. Hentet fra <http://www.sv.uio.no/psi/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2014/rusforskning-pa-villspor.html>
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & 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
- Craig, R. J. (1985). Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2(4), 209-219. doi:10.1016/0740-5472(85)90003-0
- Dalsbø, T. K., Hammerstrøm, K. T., Vist, G. E., Gjermo, H., Smedslund, G., Steiro, A., & Høie, B. (2010). Psychosocial interventions for retention in drug abuse treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). Doi:10.1002/14651858.CD008220

- Deane, F. P., Wootton, D. J., Hsu, C.-I., & Kelly, 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.
doi:10.15288/jsad.2012.73.216
- Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R., & Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(2, Supplement), S51-S62. doi:10.1016/j.jsat.2004.10.013
- Domínguez-Salas, S., Díaz-Batanero, C., Lozano-Rojas, O. M., & Verdejo-García, A. (2016). Impact of general cognition and executive function deficits on addiction treatment outcomes: Systematic review and discussion of neurocognitive pathways. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 71*(Supplement C), 772-801.
doi:10.1016/j.neubiorev.2016.09.030.
- Gilchrist, G., Langohr, K., Fonseca, F., Muga, R., & Torrens, M. (2012). Factors associated with discharge against medical advice from an inpatient alcohol and drug detoxification unit in Barcelona during 1993-2006. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 14*(1), 35-44. Hentet fra <http://hdl.handle.net/2117/15733>.
- Grella, C. E., Hser, Y.-I., & Hsieh, S. C. (2003). Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment, 25*(3), 145-154. doi:10.1016/S0740-5472(03)00128-4.
- Hser, Y.-I., Grella, C. E., Hsieh, S.-C., Anglin, M. D., & Brown, B. S. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*(2), 137-150. doi:10.1016/S0376-8716(99)00081-2.
- Lloyd, R., Katon, R., DuPont, R., & Rubenstein, R. (1973). *Detoxification: what makes the difference?* Paper presented at the Proceedings. National Conference on Methadone Treatment.

- Lossius, K. (2017, 31. August). 638 dødsfall og et stortingsvalg. *Bergens Tidende*. Hentet fra <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/Wr0gj/638-dodsfall-og-et-stortingsvalg>
- McHugh, R. K., Murray, H. W., Hearon, B. A., Pratt, E. M., Pollack, M. H., Safren, S. A., & Otto, M. W. (2013). Predictors of Dropout from Psychosocial Treatment in Opioid-Dependent Outpatients. *The American Journal on Addictions*, 22(1), 18-22.
Doi:10.1111/j.1521-0391.2013.00317.x
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-1695. Doi:10.1001/jama.284.13.1689
- Moos, R. H., Pettit, B., & Gruber, V. (1995). Longer episodes of community residential care reduce substance abuse patients' readmission rates. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4), 433-443. Doi:10.15288/jsa.1995.56.433
- Nordheim, K., Walderhaug, E., Alstadius, S., Kern-Godal, A., Arnevik, E., & Duckert, F. (2016). Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qualitative Social Work*, 0(0), 1473325016654559.
Doi:10.1177/1473325016654559
- Office of applied research. (2002, 26 April). *New and repeat admissions to substance abuse treatment*. Hentet fra Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Washington, DC.
- Pekarik, G. (1983). FOLLOW-UP ADJUSTMENT OF OUTPATIENT DROPOUTS. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53(3), 501-511. Doi:10.1111/j.1939-0025.1983.tb03394.x
- Reduserte drop-out med sjekklister. (2016, 28. November). Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/prosjekter/prosjekter-for-kompetanseutvikling-og-spredning/hindre-drop->

out-fra-rusbehandling/redusertere-drop-out-med-sjekkliste

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

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

Doi:10.1111/j.1521-0391.2011.00174.x

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), 93-98. Doi:10.1097/ADT.0b013e3181bff7ec

Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review.

Clinical psychology review, 12(1), 93-116. doi:10.1016/0272-7358(92)90092-M

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout- American

Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24 (2), 190-195. Doi:10.1037/0735-7028.24.2.190

Appendiks

Tabell 1: Drop-out fordelt på 1., 2. og 3. henvisning.

Status	1.Hen.	2.Hen.	3. Hen.	Totalt
Avtalt avslutning	781 (79,9%)	154 (88,5%)	40 (85,1%)	983 (81,4%)
Drop-out	108 (11%)	8 (4, 6%)	2 (4, 3%)	119 (9, 9%)
Ikke møtt	89 (9, 1%)	12 (6, 9%)	5 (10, 6%)	106 (8, 8%)
Totalt	978 (100%)	174 (100%)	47 (100%)	1208 (100%)

Note: Tabellen viser antall henvisninger som endte med en «avtalt avslutning», «drop-out» eller «ikke møtt» ved pasientens første, andre eller tredje henvisning i 2016. Det vil si at tallene i tabellen representerer lukkede henvisninger og ikke antall pasienter. De ni henvisningene som ikke er gjort rede for i tabellen er noen pasienters lukkede henvisning nummer fire til seks.

Tabell 2: Hvordan 1. og 2. henvisning lukkes for samme pasient.

	Hvordan 2. henvisning lukkes				Totalt
	Ikke henvist for 2. gang.	Avtalt avsluttet	Drop-out	Ikke møtt	
Avtalt avsluttet	636 81,4% 79%	129 16,5% 83,8%	6 0,7% 75%	10 1,3% 83,3%	781 100% 79,8%
Drop-out	92 85,1% 11,5%	14 12,9% 9,0%	2 1,9% 25,0%	0 0,0% 0,0%	108 100% 11,1%
Ikke møtt	76 85,4% 9,4%	11 12,4% 7,1%	0 0,0% 0,0%	2 2,2% 16,7%	89 100% 9,1%
Totalt	804 82,2% 100%	154 15,8% 100%	8 0,8% 100%	12 1,2% 100%	978 100% 100%

Note: Tabellen viser hvordan henvisninger er lukket for samme pasient første og eventuelt andre gang de henvises. Det er 978 pasienter i datamaterialet og 174 av henvisningene blir lukket for andre til sjette gang. Av de 1208 henvisningene er det gjort rede for 1152 av dem i tabellen. De resterende 56 henvisningene er de der henvisningen er lukket for tredje- til sjette gang. Den første kolonnen viser de lukkede henvisningene der pasienten ikke kommer tilbake med en ny henvisning. De neste tre kolonnene viser hvordan henvisningen lukkes når pasienten ble henvist for andre gang.