

Endring i psykisk velvære etter gjennomført 12-trinnsbasert rusbehandling

-en sammenligning av dag- og døgnbehandling.

Pål Solhaug

Veiledere

Førsteamanuensis Magnhild Mjåvatn Høie (hovedveileder)

Ph.d John-Kåre Vederhus (biveileder)

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2014

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Forord

Mitt første møte med rusbehandling var da jeg som ung sykepleierstudent i 1996 hadde praksis ved den gang Vest Agder klinikkene, nå Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand. Jeg ble da introdusert for 12-trinnsbehandlingen gjennom en kort observasjonspraksis, og ble allerede den gang fasinert av hvor store forbedringer i psykisk velvære enkelte av pasientene så ut til å ha i løpet av ett relativt kort behandlingsforløp. Dette ble bekreftet da jeg hadde min fordypningspraksis i psykisk helsearbeid ved avdelingen i 2002.

I perioden 2007 til 2013 arbeidet jeg i samme enhet både som kliniker og leder. Igjen lot jeg meg berøre og fascinere av enkeltpersoners betydelige endring. Deres erfaringer har vært en viktig rettesnor for meg som terapeut, og i stor grad påvirket meg til å være positivt nysgjerrig i forhold til den enkeltes historie. Det har og gjort meg nysgjerrig på å finne ut om de betydelige positive endringer finnes igjen på gruppenivå i forhold til de som gjennomfører behandlingen, eller om jeg har latt meg «blende» av enkelthistoriene slik at jeg har mistet blikket for helheten i behandlingsmodellen.

Ett annet perspektiv som har påvirket meg, er at fokuset i evaluering av 12-trinns rusbehandling etter min oppfatning, har handlet om pasientene forblir rusfrie eller ikke. Evaluering har i mindre grad fokusert på hvordan pasientene opplever sitt psykiske velvære etter gjennomført behandling.

Når jeg da fikk mulighet til å skrive denne masteroppgaven var i utgangspunktet problemstillingen gitt. Jeg ville, på et gruppenivå, finne ut om pasienter i 12-trinns rusbehandling opplever bedring i psykisk velvære etter gjennomført primærbehandling. For å finne ut av det var en kvantitativ metode det naturlige valget. For en kvalitativt orientert mann som meg ble det en brattere læringskurve enn forventet, men til min glede har jeg også lært at kvantitative undersøkelser også har kvalitative valører. Med en erkjennelse om at hovedformålet med masteroppgaven er å lære meg forskningsverktøyet, har det blitt en spennende reise.

Som kliniker gjennom mange år har overgangen til å forske vært relativt stor. Jeg har ett iboende ønske om å se og forstå kompleksiteten i det enkelte menneskes liv, både som forklaring og løsning på livsproblemer. Det har derfor vært både lærerikt og utfordrende med en forskningsmessig nøytralitet. I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg flere ganger

måtte minne meg selv på at dette er som å bygge puslespill: «Jeg må ha fokus på min lille brikke blant tusentalls andre». Det har medført lettelse i arbeidet når jeg har klart det, men også stor fortvilelse når jeg har tatt meg i å søke å forstå kompleksiteten i endringsarbeidet til pasientgruppen, ved at fokuset har endret seg til mange andre «brikker» en min egen. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg gjort meg mange betraktninger som handler om metode, design og måleinstrumenter. Ikke minst om betydningen av ett grundig forarbeid og oppfølging gjennom datainnsamlingsprosessen. Forhåpentligvis har det vært en læringsprosess som kommer til nytte for meg både som kliniker, fagformidler og eventuell fremtidig forsker.

Takk!

Som inspirasjon for arbeidet med denne oppgaven vil jeg trekke fram alle dere flotte mennesker som har vært i rusbehandling ved ARA, enhet for gruppebehandling i de syv årene jeg arbeidet der. Den livskraften og det motet dere viste meg i deres endringsarbeid, når livet buttet som mest imot, ga meg lysten og motet til å se nærmere på om behandlingsformen bidro til bedret psykisk velvære. Det ligger mange enkelthistorier bak en analyse på gruppenivå. Med en visshet om at dere har fått fortalt deres historie til terapeuter, venner og familie, eller faddere i selvhjelpsgrupper, kan jeg med varsomhet løfte små elementer opp til en kvantitativ analyse. Uten deres velvillighet ville det ikke vært mulig å gjennomføre studien.

En stor takk også til min forrige arbeidsgiver, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus som både oppmuntret meg, og la til rette for arbeidet. Den samme takken går til min nåværende arbeidsgiver; Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-sør), som har gitt meg rom, frihet og inspirasjon til å ferdigstille arbeidet.

Det er også mange enkeltpersoner som fortjener en stor takk, mine tidligere kollegaer ved ARA som bidro i datainnsamlingen. Her må Ann-Irene og Unni fremheves, deres bidrag har vært uvurderlig. En takk også til mine nåværende kollegaer ved RVTS-Sør, som gjennom deres oppmuntring og positive nysgjerrighet har gitt meg inspirasjon.

Så til mine to eminent veiledere. Førsteamanuensis Magnhild Mjåvatn Høie ved Universitetet i Agder og Ph.d. John-Kåre Vederhus ved ARA, Sørlandet sykehus. Uten dere hadde jeg aldri kommet i mål. Tusen takk for all oppmuntring og korreksjoner, og ikke minst for deres engasjement og kunnskapsrikdom.

De som allikevel fortjener den største takken er mine nærmeste. Min flotte kone Heidi, som har vist meg en tålmodighet langt utover hva som kan forventes. Våre tre fantastiske barn; Live, Thea og Eivind, som har måttet dele pappa med artikler, bøker og PC alt for lenge. Uten deres støtte hadde ikke denne masteroppgaven vært mulig å ferdigstille.

Tusen takk!

Sammendrag

Bakgrunn

Det har i de senere år vært ett økende fokus på poliklinisk dagbehandling innen rusfeltet. Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet, og i Stortingsmelding 30 «Se Meg» vektlegges helhetlige og integrerte tjenester på lavest mulig effektivt omsorgsnivå. Det understrekes også i nevnte opptrappingsplan at behandlingstilbudet til de som har rusproblemer og samtidige psykiske lidelser, som faller utenfor definisjonen av dobbeltdiagnose, må styrkes. 12-trinnsbehandling er en internasjonalt anerkjent behandlingsform når det gjelder behandling av alkoholisme og rusavhengighet, men det har i mindre grad vært fokusert på om behandlingsformen bidrar til bedring i psykisk velvære.

Hensikt og problemstilling

Studien er basert på 136 pasienter innlagt til døgn- eller dagbehandling ved enhet for gruppebehandling ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand. Det undersøkes om pasienter i 12-trinns basert rusmiddelbehandling opplever bedring i psykisk velvære ved bruk av Outcome Rating Scale. Og om ett relativt nyetablert dagbehandlingstilbud kan sammenlignes med det eksisterende døgnbaserte.

Metode

Dette er en naturalistisk kohortstudie. Studien har to måletidspunkter, før (T1) og etter (T2) primærbehandling.

Resultater

Pasientene i begge gruppene hadde signifikante og klinisk gyldige forbedringer på ORS med en gjennomsnittlig differanse på 8,6 for døgngruppen og 10,5 for daggruppen. Kontrollert for forskjeller ved T1 hadde daggruppen en gjennomsnittlig 3,4 poengs høyere ORS enn døgngruppen ved T2.

Konklusjon

Funnene indikerer at dagbehandlingsformen bør satses videre på. De indikerer også at 12-trinnsbehandling, både dag- og døgnbasert, kan være nyttig for mennesker med samtidige rusmiddel- og psykiske lidelser som ikke kommer innenfor dobbeltdiagnosebegrepet.

Nøkkelord: Psykisk velvære, 12-trinnsbehandling, Outcome rating scale, Rusbehandling, Psykiske lidelser.

Summary

Background

There has been an increasing focus on intensive outpatient treatment in drug rehabilitation. Through Government papers, the Norwegian authorities emphasize holistic and integrated services at the lowest effective level of care. And that the treatment of those with co-occurring substance abuse and mental disorders, which is defined out of dual diagnosis, must be strengthened. 12-step treatment is an internationally recognized therapy form treating alcoholism and substance abuse, but it is less focused on whether the treatment form contributes to improved mental health.

Aims

The study is based on 136 patients admitted to the unit for substance abuse- and addiction at Sørlandet sykehus, Kristiansand. We investigated whether patients in a 12-step based substance abuse treatment, experienced improvement in mental well-being, using the Outcome Rating Scale. An intensive outpatient unit is compared with an inpatient unit

Method

This is a naturalistic cohort study. It has two measurement points, before (T1) and after (T2) primary treatment.

Results

Patients in both groups had significant and clinically valid improvements in ORS with an average difference of 8.6 points for the inpatient group, and 10.5 points for the intensive outpatient group. Controlled for differences at T1, the intensive outpatient group had an average of 3.4 point higher ORS than the inpatient group at T2.

Conclusion

The results indicate that the intensive outpatient form should be continued, and that the 12-step treatment can be helpful for patients with co-occurring substance abuse- and mental disorders, that do not fall within the concept of dual diagnosis.

Keywords

Mental well-being, 12-step treatment, Outcome rating scale, Substance Abuse Treatment, Mental disorders.

Innhold

| | |
|---|----|
| 1.0 Introduksjon..... | 1 |
| 2.0 Bakgrunn | 1 |
| 2.1 Problemstilling | 2 |
| 2.2 Utdypende om studiens relevans | 2 |
| 2.3 Forståelse av rusmiddelavhengighet..... | 3 |
| 2.4 Psykisk helse og psykisk velvære..... | 5 |
| 2.5 Psykiske lidelser | 5 |
| 2.6 Rusmiddel- og psykiske lidelser..... | 6 |
| 2.7 Rusmiddelavhengighet i et 12-trinns perspektiv | 6 |
| 2.8 Tidligere forskning på 12-trinnsbehandling og psykisk velvære | 8 |
| 2.8.1 Tidligere forskning om dagbehandling..... | 8 |
| 3.0 Materiale og metode..... | 9 |
| 3.1 Valg av metode..... | 9 |
| 3.2 Utvalgstrategi | 9 |
| 3.2 Hypoteser..... | 10 |
| 3.3 Intervensjonen: | 10 |
| 3.4 Måleinstrumenter..... | 10 |
| 3.5 Praktiske prosedyrer/forskningsprotokoll: | 11 |
| 3.6 Statistikk..... | 11 |
| 3.7 Utvidede etisk betraktninger..... | 11 |
| 4.0 Resultater..... | 11 |
| 4.1 Frafall | 12 |
| 4.2 Kjønn | 12 |
| 5.0 Metodiske betraktninger | 12 |
| 5.1 Seleksjonsbias. | 12 |
| 5.2 Informasjonsbias: Reliabilitet og validitet..... | 13 |
| 5.3 Konfundere..... | 15 |
| 5.4. Ekstern validitet..... | 15 |
| 5.5 Styrker og begrensninger ved valgt metode | 16 |
| 5.6 Min egen rolle som forsker..... | 16 |
| 6.0 Diskusjon av resultater | 17 |
| 7.0 Utfyllende om styrker og begrensninger | 18 |
| 8.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning..... | 19 |

| | |
|-----------------------|----|
| 9.0 Avslutning | 19 |
| Litteraturliste | 21 |

Artikkel

Tabeller: 2

Antall vedlegg: 10

1.0 Introduksjon

Denne masteroppgaven er skrevet i artikkelform. Oppsettet er derfor lagt opp ut fra det, og hovedtrekkene fra studien finner leseren igjen i artikkelen som er plassert etter sammenbindingen. Sammenbindingen er bygd opp for å gi leseren utfyllende teoretisk bakgrunn for studien. I tillegg utdypes metodediskusjonen og enkelte resultater utover innholdet i artikkelen. Jeg har i den delen vektlagt metodekritikk og refleksjoner rundt det å forske på/i egen organisasjon. Det har vist seg som en vanskelig øvelse å unngå gjengivelser fra artikkelutkastet når jeg i sammenbindingen utdyper innhold. Enkelte steder vil det også være overlappinger. Dette gjør at sammenbindingen enkelte steder kan oppleves som litt «oppstykket». Leseren anbefales derfor å lese artikkelen først.

2.0 Bakgrunn

De individuelle, relasjonelle og samfunnsmessige konsekvensene av rusmiddelbruk er store. Barn vokser opp i kaotiske forhold, familier splittes, sosiale og økonomiske problemer rammer hardt. Voksnes rusmiddelavhengighet bidrar til store psykiske vansker for barn, og andre pårørende, og den rusavhengige selv får ofte sterkt redusert psykisk helse. Det er økt forekomst av rusmiddelavhengighet og psykiske vansker hos personer som har vokst opp med tilsvarende lidelser i hjemmet (Anda et al., 2002; Dube et al., 2003). I tillegg til å hjelpe den alkohol- eller rusavhengige er det god forebygging å gi den voksne generasjonen ett godt og integrert behandlingstilbud. Den enkeltes og familiens lidelser er store. Det er også de samfunnsmessige kostnadene i form av sykefravær, ulykker, for tidlig død, kriminalitet etc. I følge Folkehelseinstitutt (2010) er det så mye som 5 % av den norske befolkningen som er alkoholavhengige, og 8000-15000 som injiserer rusmidler. Samtidig er det økende bruk av vanedannende medikamenter, og alkoholkonsumet øker. Folkehelseinstituttet definerer psykiske lidelser som en av våre største helseutfordringer, og fremhever da spesielt at angst, depresjon og rusmiddelrelaterte lidelser er de som står for mest lidelse. Det vektlegges at pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser skal gis et integrert og sammenhengende behandlingstilbud (Prop. 1, 2007-2008).

Minnesotabehandling, også kalt 12-trinns behandling, er en internasjonalt anerkjent behandlingsform for mennesker som strever med rusmiddelproblematikk, og spesielt alkoholproblemer. Behandlingsformen har hatt relativt liten utbredelse i Norge, sammenlignet med våre naboland, og ikke minst USA (Vederhus, Hjemdal, & Kristensen, 2010). Dermed er det å anta at innholdet i den heller ikke er særlig kjent i behandlingsfeltet i Norge. 12-

trinnsbehandling har vært utviklet med tanke på å hjelpe spesifikt med rusmisbruket. Med de store helseutfordringene samfunnet står ovenfor når det gjelder samtidige rusmiddel- og psykiske lidelser er det av betydning å finne gode integrerte behandlingsformer for begge typer lidelser. Det er derfor nyttig å se nærmere på om behandlingsformen kan tenkes å bidra til bedring i pasientenes egen opplevelse av psykiske velvære, og derigjennom bedret psykisk helse.

2.1 Problemstilling

Studien er en del av et evalueringsarbeid ved Enhet for gruppebehandling ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet sykehus, Kristiansand. Den fokuserer på endring i hvordan den enkelte pasient vurderer sitt psykiske velvære etter gjennomført primærbehandling, som er en intensiv del av et lengre behandlingsforløp. Videre sammenlignes en relativt nylig oppstartet dagbehandling med en eksisterende døgnbehandling for å evaluere om denne er nyttig. Ut fra dette er følgende forskningsspørsmål formulert:

- Hvordan vurderer pasientene selv sitt psykiske velvære, før og etter hovedintervensjonen i behandlingsmodellen?
- Er dagbehandlingen sammenlignbar med den eksisterende døgnbehandlingen når det gjelder hvordan pasientene vurderer sitt psykiske velvære?

2.2 Utdypende om studiens relevans

I tråd med faglige anbefalinger og myndighetenes ønsker (Prop. 1, 2007-2008), er det viktig å finne fram til gode integrerte behandlingstilbud for pasienter med samtidige rusproblemer og psykiske vansker. Det gjelder også for de som faller utenfor definisjonen av dobbeltdiagnoser (Aakerholt, 2006; Prop. 1, 2007-2008). Nåværende behandlingstilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling kan synes ganske fragmenterte i forhold til denne pasientgruppen. Å ha fokus på de enkelte lidelsene er nyttig. Samtidig kan det være av like stor betydning å se nærmere på om ulike behandlingsformer bidrar til bedret psykisk velvære og samtidig god rusmestring noe mer uavhengig av diagnosene. I så måte er denne studien relevant ved at den tar for seg en tradisjonell rusmiddelbehandling og evaluerer den i forhold til hvordan pasientene selv vurderer sitt psykiske velvære. Resultatene av den kan forhåpentligvis være et bidrag når det gjelder å kunne gi denne pasientgruppen et bedre behandlingstilbud.

2.3 Forståelse av rusmiddelavhengighet

Det er forskjellige oppfatninger av begrepet rusmiddelavhengighet, og fagmiljøene er ikke enige om en klar definisjon. Det kan derfor forstås på flere måter, og det finnes ulike forklaringsmodeller.

Definisjonen som brukes i ICD-10, diagnosesystemet som brukes i Norge, er: «Spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi. Et typisk beskrivende kjennetegn ved avhengighetssyndromet er behovet (ofte sterkt eller uimotståelig) for psykoaktive stoffer som kan være medisinsk foreskrevet eller ikke. Det kan synes som om gjenopptak av substansbruken etter en avholdsperiode fører til raskere utvikling av andre symptomer ved syndromet enn tilfellet er for ikke-avhengige personer» (WHO, 2014).

I følge samme diagnosesystem skal en endelig avhengighetsdiagnose vanligvis bare stilles hvis tre eller flere av følgende kriterier har inntruffet samtidig i løpet av det foregående året (WHO, 2014):

- (a) Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen.
- (b) Problemer med å kontrollere substansinntaket, med hensyn til innledning, avslutning og mengde.
- (c) Fysiologisk abstinensstilstand når substansbruken har opphørt eller er redusert.
- (d) Toleranseutvikling, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga.
- (e) Økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer.
- (f) Substansbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser

Når det gjelder avhengighet av ulike typer rusmidler opererer man gjerne med en tredelt oppdeling knyttet til den psykiske virkningen (Amundsen et al., 2010). Det er de dempende, de oppkvikkende, og de hallusinogene stoffene. Eksempler på substanser i den første gruppen kan være alkohol og heroin. I den andre gruppen finner vi blant annet kokain og amfetamin, og i den tredje; LSD, ecstasy eller lignende.

Årsaker til at noen utvikler avhengighet, og andre ikke, er uklare. At mennesker utvikler rusavhengighet, og utenfra sett «velger» å ødelegge livet sitt og skade de rundt seg, er for de fleste svært vanskelig å forstå. Kraften som ligger i ønsket om å innta rusmidler på tross av alle skadelige konsekvenser det gir, er enorm. Det er dermed forståelig at årsaksforholdene diskuteres i fagmiljøene. Det er utenfor denne oppgavens omfang å redegjøre grundig for de ulike forståelsesmodeller, men jeg velger å ta med en kort oversikt over noen sentrale forståelsesmodeller, hentet fra SIRUS rapport 4, 2010 (Amundsen et al., 2010).

- 1) Den klassiske sykdomsmodellen, kjennetegnet ved en tvangsmessig bruk, og en uimotståelig trang til rus. Den var spesielt fremtredende på 50-60 tallet.
- 2) Avhengighet som ett resultat av valg, hvor den avhengige simpelthen ses på som en storkonsument som bruker stoffet fordi han eller hun liker det.
- 3) Avhengighet som selvregulering, hvor den avhengige personen beskrives å foretrekke den største belønningen på lang sikt, for eksempel god helse, men gir etter for mindre belønning på kort sikt, for eksempel rusmiddelet.
- 4) Avhengighet forstått fra ett nevrobiologisk perspektiv, hvor en ser at gjentatt misbruk over lang tid fører til nevralt endringer i hjernestrukturen.

Ingen av disse forklaringsmodellene gir det hele og fulle svaret, og de er ulikt vektlagt i forskjellige behandlingstradisjoner.

I følge Sellman (2010) har forskningen de siste tiårene vist at avhengighet har en betydelig arvelig komponent. Samtidig erkjennes i større og større grad kompleksiteten i forhold til gener og miljø. Gener og miljø er ikke lenger sett på som separate enheter, men nært sammenknyttede elementer. Kompleksiteten på dette området synliggjøres gjennom forskningen på epigenetiske prosesser, og det er god dokumentasjon på at en må se på den genetiske sårbarheten for psykiske lidelser og rusavhengighet i ett annet lys enn tidligere (Fosse, 2009). En kan derfor vanskelig si hva som skyldes «arv» og hva som skyldes «miljø». Uansett årsaksforhold når det gjelder rusmiddelavhengighet, er det ingen tvil om at dette er et «komplekst landskap», og at det ikke finnes enkle forklaringer eller raske løsninger. Det samme kan sies om psykiske lidelser generelt. Å vokse opp i familier med alkohol- eller rusmisbrukende foreldre øker risikoen betydelig for selv å utvikle alkohol- eller rusavhengighet og andre psykiske lidelser (Anda et al., 2002; Dube et al., 2003). Andelen som utsettes for krenkende barndomsopplevelser er også betydelig høyere i denne gruppen, enn for de som vokser opp i hjem uten rusmisbruk (Anda et al., 2002). Gjentatte krenkelser som vold,

overgrep og neglekt påvirker hele hjernes utvikling og organisering (Anda et al., 2006). Oppgavens omfang gir ikke anledning til å gjøre grundigere rede for dette, men det er nevnt for ytterligere å synliggjøre kompleksiteten når det gjelder årsaksforhold til rusavhengighet og andre psykiske lidelser.

2.4 Psykisk helse og psykisk velvære

Det finnes ulike definisjoner på psykisk helse, i denne oppgaven har jeg valgt å ha WHO's definisjon som et bakteppe; «En tilstand av velvære, der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte, og er i stand til å bidra overfor andre og samfunnet» (World Health Organization, 2007). En slik definisjon er vid, og vanskelig å operasjonalisere, men slik jeg tolker den legger den til grunn en subjektiv forståelse. Denne tilstanden av velvære, hvor hver enkelt kan håndtere livet og bidra i samfunnet ut fra sine muligheter, vil nødvendigvis måtte defineres ut fra den enkeltes subjektive oppfatning. I artikkelen er livskvalitet som psykisk velvære brukt, og kort gjort rede for. I Nova rapport 3/2001 er det gjort rede for at livskvalitet er et begrep det kan være vanskelig å forske på (Næss, 2001). Dette fordi man vektlegger begrepet ulike kvaliteter i ulike sammenhenger. Begrepet må altså defineres for at det skal kunne brukes på en god måte i forskning. I Nova-rapporten argumenteres det for å bruke begrepet livskvalitet som psykisk velvære, og det beskrives som en opplevelseskvalitet. Det defineres slik: «En persons livskvalitet er høy i den grad personens kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens kognitive og affektive opplevelser er negative» (Næss, 2001, p. 10). Denne definisjonen er relevant i forhold til denne oppgaven. Dette fordi det er pasientenes subjektive oppfatning av hvordan de opplever sitt psykiske velvære som brukes som utfallsmål. Gullstandarden for å måle livskvalitet er spørreskjemaet World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) og en kortere versjon WHOQOL-BREF (Laudet, 2011). Disse måler bredt ulike deler av livskvalitetsbegrepet, i denne sammenheng kun nevnt for å sette studiens anvendte måleinstrument i perspektiv. Outcome Rating Scale som brukes i studien er ikke et instrument for å måle livskvalitet i hele sin bredde, men er funnet å gi pålitelige mål på endring i terapi, hvor psykisk velvære er en sentral faktor (Duncan, 2012).

2.5 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er et bredt sammensatt spekter av ulike tilstander, beskrevet med deskriptive diagnoser i ICD-10 (WHO, 2014). Avhengighetslidelsene regnes også som psykiske lidelser. I rapporten Psykiske lidelser i et folkehelseperspektiv beskrives psykiske lidelser slik:

«Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. (...) Det omfatter alt fra mildere plager som fobier og lettere angst og depresjonslidelser til omfattende og alvorlige tilstander av schizofreni» (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009, s. 10 og 15). I følge folkehelseinstituttet regner en med at omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år. Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/misbruk er de tre vanligste gruppene psykiske lidelser i den norske befolkningen (Mykletun et al., 2009, s. 10).

2.6 Rusmiddel- og psykiske lidelser

Pasienter med avhengighetslidelser har ofte store psykiske belastninger (Isorna, Fernández-Ríos, & Souto, 2010). Bakken, Landheim, og Vaglum (2003) viste en livstidsforekomst av psykiatriske symptomlidelser hos 91 prosent av klientene i sin undersøkelse av 287 rusavhengige pasienter. Angstlidelser (83 %) og depresjoner (44 %) var de vanligste symptomlidelsene. Så mange som 71 % hadde i løpet av livet hatt en eller flere alvorlige psykiske lidelser. Evjen (2007) fremhever at de aller fleste undersøkelser viser at forekomsten av depresjon og angst er høy blant de som misbruker rusmidler, dette gjelder uansett type rusmiddel. Livstidsprevalensen varierer mellom 10-80 %. Når det gjelder pasienter i psykisk helsevern henvises her til Sintef-rapport, Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne (Gråwe, 2006). I rapporten oppgis det at i 2004 hadde 11 % av pasientene i psykiatriske poliklinikker en samtidig rusmiddeldiagnose, 9 % i døgnavdelingene. Det antas at både innen psykisk helsevern og i rusbehandlingstiltak var det mangler når det gjaldt å diagnostisere differensialdiagnoser i form av ruslidelser i psykisk helsevern, og psykiske lidelser i rustiltak (Gråwe, 2006).

2.7 Rusmiddelavhengighet i et 12-trinns perspektiv

Historisk sett har 12-trinnsbehandling vært basert på erfaringsbasert kunnskap omkring rusmiddelavhengighet, og en har forstått rusmiddelavhengighet ut fra en sykdomsforståelse. Sykdomsforståelsen har imidlertid vært omstridt og behandlingsmodellen har i enkelte fagmiljøer vært oppfattet som kontroversiell (Duckert, 2007; Fekjær, 2004). Nyere 12-trinns behandling kombinerer den erfaringsbaserte kunnskapen med nevrobiologisk og psykososial forståelse av lidelsen, og det mest dekkende begrepet i moderne 12-trinns-tenkning er at man forstår rusavhengighet som en bio-psyko-sosial lidelse (Vederhus et al., 2010). Anonyme Narkomane (2001, s. 3) gir følgende erfaringsbaserte beskrivelse av lidelsen: «Vi valgte ikke å

bli rusavhengige», og mener med det at selv om man har valgt å bruke rusmidler i utgangspunktet, har man ikke hatt noen intensjon om å bli avhengig av dem.

Innholdet i behandlingen varierer mellom de ulike 12-trinnsklinikkene (Bodin, 2006), men hovedsakelig inneholder de elementene beskrevet av Cook (1988), der hoved intervensjonen, eller primærbehandlingen gjerne strekker seg over 4-6 uker, som oftest på døgnbasis. Denne følges opp med et oppfølgingsprogram som varer fra 6 til 24 måneder. Personalet skal være tverrfaglig sammensatt, og kan omfatte leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, etisk rådgiver og erfaringsterapeuter. Sistnevnte er som oftest rehabiliterte alkoholikere eller rusavhengige (Vederhus et al., 2010). De første klinikkene som startet med 12-trinns behandling var Pioneer House, Hazelden og Willmar State Hospital i Minnesota, USA i mellom 1948 og 1950 (Bodin, 2006). Den gang fikk erfaringsterapeutene en sentral plass i det tverrfaglige teamet, og de var tidlig ute med å verdsette denne kompetansen i profesjonell behandlingssammenheng. Det åndelige eller spirituelle perspektivet har også en sentral plass (Cook, 1988). I 12-trinns behandlingens filosofi har det historisk sett vært fire sentrale elementer (Cook, 1988):

1. Rusavhengighet kan behandles, altså behandling nytter og endring er mulig.
2. Rusavhengighet er en sykdom.
3. Behandlingsmål: De langsiktige målene er totalavhold fra alle rusmidler og forbedret livskvalitet. Han påpeker også at avhold fra rusmidler i seg selv ikke nødvendigvis er likestilt med ett suksessfullt resultat.
4. Deltagelse i 12 trinns baserte selvhjelpsgrupper.

Denne filosofien må ses i sammenheng med tiden den oppsto, hvor alkoholikere gjerne ble sett på som moralsk forfalne, og hvor en så liten mulighet for bedring. Men allerede den gang vektla man bedret livskvalitet som et relevant behandlingsmål, og hovedelementene er fortsatt gyldige og sentrale i moderne 12-trinnsbehandling.

Som tidligere nevnt har sykdomsforståelsen nå fått en noe annen betydning enn den hadde opprinnelig, men avhengighetslidelsen blir fortsatt sett på som en primærlidelse. Det betyr at selv om underliggende faktorer som Adverse Childhood Experiences (Anda et al., 2006), eller psykiske lidelser kan ha bidratt til utviklingen av avhengigheten, så ser en på avhengigheten som en lidelse i seg selv. Dette er i tråd med WHO's beskrivelser i ICD-10 (WHO, 2014). I denne sammenheng er det viktig å påpeke at her er det uenighet i fagfeltet.

2.8 Tidligere forskning på 12-trinnsbehandling og psykisk velvære

Det har vært vanskelig å finne litteratur som spesifikt tar for seg denne behandlingsmodellen og psykisk velvære. I litteratursøket har det vært fokusert på studier som tar for seg 12-trinns/minnesotabehandling og psykisk velvære eller livskvalitet. Da det meste av litteratur vedrørende 12-trinnsbehandling med stor sannsynlighet er produsert i USA og publisert i medisinske tidsskrifter valgte jeg primært Pubmed som database. Ett søk med mental well-being and minnesota treatment and alcohol ga 57 treff. To ble vurdert som relevante (Berglund et al., 2004; Polimeni, Moore, & Gruenert, 2010). Samme søk hvor alcohol ble erstattet med substance use disorder ga 89 treff. De samme to artiklene viste seg relevante. Samme søk, hvor mental well-being ble erstattet med quality of life ga 16 treff, kun Berglund et al's artikkel viste seg relevant. Ved søk i OvidSp; quality of life or mental well-being and minnesota treatment and substance abuse var det kun et treff, igjen Berglund et al's artikkel. Quality of life or mental well-being and 12-step treatment and substance abuse gav 11 treff. Ingen ble vurdert som relevante. For å finne aktuell litteratur ble det også gjort mindre spesifikke søk i Oria, Swemed, Scopus og Idunn. I tillegg har jeg brukt litteraturlister i aktuelle artikler

2.8.1 Tidligere forskning om dagbehandling

Søk i de ulike databasene ga betraktelig flere treff når det gjaldt dagbehandling og dobbeltdiagnoser, samt dagbehandling og ruslidelser. Søk som ble brukt var intensive outpatient programs and dual diagnosis, og substance abuse disorder and intensive outpatient program. Jeg fant flere relevante artikler, men mye av litteraturen tar for seg pasienter med de såkalte alvorligste psykiske lidelsene og samtidig rusavhengighet. Når det gjelder dagbehandling som behandlingsmodell uavhengig av eventuell teoretisk forankring, er det gjort flere studier som tyder på at dagbehandling er en god behandlingsmodell, også sammenlignet med tradisjonell døgnbehandling. McCarty et al. (2014) konkluderer i sin metastudie med at dagbehandling er en viktig del av ulike behandlingsnivåer for pasienter med rusproblemer, og at det for mange pasienter kan være like bra som døgnbehandling. Wise (2010) konkluderte med at pasienter med dobbeltdiagnoser kan få trygg og effektiv hjelp i dagbehandling i privat praksis. I sin metastudie, konkluderte Kelly, Daley, og Douaihy (2012) med at den mest effektive behandlingsformen for dobbelt-diagnosepasienter var strukturert intensiv dagbehandling kombinert med god rådgivning og atferdsterapeutiske intervensjoner. Brooks og Penn (2003) sammenlignet 12-trinns behandling og SMART (Self-Management and Recovery Training) i form av gruppebasert dagbehandling/delvis innleggelse for pasienter med alvorlige dobbeltdiagnoser og fant at begge tilnærmingene gir positive effekter for

pasienter med dobbeltdiagnoser. De anbefaler en blanding av tilnærmingene. I en studie av behandling for kokainavhengige sammenlignet man et gruppebasert dagbehandlingsprogram med mer tradisjonell poliklinisk tilnærming kombinert med noe gruppeterapi. De fant ingen forskjell i resultat mellom dagbehandlingen og et mer tradisjonelt behandlingsprogram (Gottheil, Weinstein, Sterling, Lundy, & Serota, 1998). Når det gjelder psykiske lidelser har man i Norge hatt gode resultater med gruppebasert dagbehandling blant annet for pasienter med personlighetsforstyrrelser (Leirvåg, Pedersen, & Karterud, 2010; Wilberg, Karterud, Pedersen, Urnes, & et al., 2003). Nyere forskning har vist at selv om dagbehandling fulgt opp med kombinert poliklinisk gruppe og individualterapi, og tradisjonell individuell psykoterapi gav gode resultater, så gav individuell psykoterapi enda bedre resultater (Gullestad et al., 2012). I den studien var pågående alkohol og rusavhengighet ett av eksklusjonskriteriene. Det finnes altså ulike funn, og ingen entydige konklusjoner.

3.0 Materiale og metode

3.1 Valg av metode

I denne studien var det ønskelig å måle om behandlingstilnærmingen bidrar til endring i psykisk velvære på et gruppenivå. Derfor ble det brukt en kvantitativ metode. Det er brukt spørreskjema der pasientene oppgir sin subjektive beskrivelse av sentrale mål på psykisk velvære. Det mest hensiktsmessige designet ble vurdert å være en naturalistisk kohortstudie med to måletidspunkter. I en naturalistisk studie (Malt, n.d) følges uselekterte pasienter i sitt ordinære behandlingsforløp for å kunne måle eventuelle endringer. Resultatene av en slik studie vil til en viss grad kunne generaliseres innenfor samme populasjon, og gi grunnlag for eventuell videre forskning. Det gir kun svar på om intervensjonen eventuelt har bidratt til endring, ikke hvilke kvaliteter ved intervensjonen som eventuelt har ført til det. Polit & Beck (2010, s. 234) fremhever at styrken ved et slikt design er at det er praktisk, og det er langt fra i alle sammenhenger man kan og bør gjøre ett eksperiment.

3.2 Utvalgstrategi

Utvalget ble rekruttert fra Enhet for gruppebehandling, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus Kristiansand, og besto av 136 pasienter fordelt på 23 i dag- og 113 i døgnbehandling. De hadde en gjennomsnittsalder på om lag 42 år og spredningen var fra 22 til 74 år, i daggruppen var snittalderen snaut 49 år, mens i døgngruppen var den nesten 40 år. Andelen kvinner var for hele utvalget 26,5 %. Alle

pasientene tilfredsstilte de diagnostiske kriteriene for avhengighetslidelser i ICD 10 (WHO, 2014). Viser for øvrig til grundig redegjørelse av demografiske data i artikkelen.

3.2 Hypoteser

Følgende hypoteser ble formulert og testet:

Den første (H_0) var: «Gjennomsnittskåren før intervensjonen er lik gjennomsnittet etter intervensjonen», og den alternative hypotesen (H_1) var: «Gjennomsnittskåren før og etter intervensjonen er ulik»

Og den andre (H_0) var: «Gjennomsnittskåren for dag og døgnbehandlingen er lik etter intervensjonen», mens den alternative hypotesen (H_1) da ble: «Gjennomsnittskåren er ulik etter intervensjonen»

3.3 Intervensjonen:

Det følgende er en kort utdypende informasjon om intervensjonen som det ikke ble plass til i artikkelen. I forberedelsesfasen til primærbehandlingen arbeides det aktivt med motivasjon for endring. Pasientenes gruppefunksjon vurderes og kartlegging av rusbruk og nedtrapping på rusmidler inkludert eventuell avgiftning/avrusing gjennomføres. Avgiftningen skjer enten som innleggelse eller ved at pasientene følges tett poliklinisk. Samarbeid med familie, nettverk og hjelpeapparat er en sentral del av forberedelsen. I primærbehandlingen blir det vektlagt at pasientene skal kjenne seg trygge, blant annet gjennom å holde et rusfritt miljø. Dersom pasientene bruker rusmidler i primærbehandlingen skrives de ut av gruppa, og gis tilbud om en alternativ behandling. Det er i utgangspunktet en medikamentfri behandlingsform, og man er svært restriktive i forhold til medikamentbruk, men det finnes enkelte unntak. Blant annet sentralstimulerende medikamenter for pasienter med ADHD, stemningsstabiliserende ved bipolare lidelser, og unntaksvis antidepressiva for deprimerte pasienter. Benzodiazepiner, eller andre angstdempende medikamenter brukes ikke. Om medikamenter for søvn blir brukt, gis det i form av antihistaminer, f. eks Vallergan.

3.4 Måleinstrumenter

Scl 90-r (Anonsen, 2009; Derogatis, 1994), ORS (Miller, Duncan, Brown, Sparks, & Claud, 2003), SYRAAP (Kingree, Simpson, Thompson, McCrady, & Tonigan, 2007), AUDIT (Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente, & Grant, 1993) og DUDIT (Berman, Bergman, Palmstierna, & Schlyter, 2005) er valgt fordi de er vurdert å være valide og reliable. Samtidig er de enkle å administrere, og er derfor «brukervennlige» i en hektisk klinisk hverdag.

Ingen av skjemaene, er ment å være diagnostiske verktøy i seg selv. Og er valgt for å gi et mer «oversiktsbilde» i forhold til psykisk helse og alvorlighet av rusproblemet.

3.5 Praktiske prosedyrer/forskningsprotokoll:

Datainnsamlingen har vært gjennomført av ansvarlig terapeut som en del av den forventede kartleggingen ved inntak til, og avslutning av, primærbehandlingen. Det var ikke utarbeidet noen skriftlig protokoll på hvordan datainnsamlingen skulle foregå, men alle terapeutene var godt kjent med skjemaene og hadde fått muntlig instruksjon om at pasientene ikke skal være ruspåvirket ved utfylling (klinisk vurdering og eventuell urinprøvekontroll). Alle hadde også fått instruksjon om at Scl-90-r, ORS og SYRAAP skulle gjøres som selvutfylling, og det var tydelig presisert at Scl-90-r og ORS handlet om siste uke. I forkant av primærbehandlingen skulle skjemaene fylles ut nærmest mulig inntaksdato. Etter gjennomført primærbehandling fylte pasientene ut skjemaene 1 til 3 dager før utskrivelse, dette med erfaring fra at det ofte ble glemt på utskrivelsesdagen.

3.6 Statistikk

Alle statistiske analyser og bearbeidinger av data ble gjort med Statistical Package for the Social Sciences versjon 19 (SPSS).

3.7 Utvidede etisk betraktninger

I all forskning er det et grunnleggende prinsipp at personvernet ivaretas. Aidentifisering av personopplysninger og anonymisering av data ved at personalia erstattes med ett eget id nummer bidrar til å sikre dette (Dalland, 2007). I dette prosjektet har innsamling av data vært administrert av terapeutene, mens data er plottet og aidentifisert av merkantilt personale. Kodebok med id.nr. har vært låst i sikret arkivskap. Et annet grunnleggende prinsipp i forskning er frivillighet og informert samtykke (Førde, 2013). I tråd med Helsinkideklarasjonen fikk alle deltagerne skriftlig informasjon om undersøkelsen. Hensikten med det informerte samtykke er at deltagerne i studien ikke skal bli utsatt for press om å delta og/eller bli ført bak lyset ved manglende informasjon (Førde, 2013). I tillegg til godkjenning fra SND og at den er framlagt for REK, er studien godkjent av fakultetets etiske komite.

4.0 Resultater

De mest relevante resultatene er beskrevet i artikkelen, og gjøres ikke nærmere rede for her. Derimot presenteres frafallsanalysen grundigere, samt funn som kan omhandle kjønnsmessige forskjeller. Sentraltendens og spredningsmål i sentrale variabler er presentert med

gjennomsnitt og standardavvik der det er vurdert relevant, og med median og interkvartil range der det er relevant.

4.1 Frafall

I frafallsanalysen så vi at 36 (69 %) av 52 kvinner, og 100 (77 %) av 136 menn fullførte. Forskjellen mellom kjønnene var ikke signifikant ($\chi^2 = 1,16$, $p = 0,28$). I dagbehandlingen fullførte 23 (68 %) av 34, og 113 (76 %) av 148 fullførte døgntillegget. Forskjellen mellom dag- og døgntillegget var ikke signifikant ($\chi^2 = 1,11$, $p = 0,29$).

Tabell 1.

Tabellen viser sentraltendens og spredningsmål, samt p verdi på de ulike variablene det ble kontrollert for i frafallsanalysen.

| Frafallsanalyse. | | | Mean (SD) | P* |
|-------------------------|---------------|-----|--------------|-------|
| Alder | Ikke fullført | 46 | 39,3 (12,8) | 0,407 |
| | Fullført | 136 | 41,1 (12,3) | |
| ORS SUM | Ikke fullført | 46 | 22,66 (9,34) | 0,643 |
| | Fullført | 136 | 21,91(9,54) | |
| SCL- GSI | Ikke fullført | 46 | 0,87 (0,62) | 0,802 |
| | Fullført | 136 | 0,89 (0,60) | |
| | | | Median (IKR) | P** |
| Alvorlighet-rus (Syråp) | Ikke fullført | 45 | 4,2 (1,05) | 0,09 |
| | Fullført | 135 | 4,4 (0,8) | |
| Sum Audit | Ikke fullført | 46 | 19 (16) | 0,82 |
| | Fullført | 136 | 20,5 (22) | |
| Sum Dudit | Ikke fullført | 46 | 6 (26) | 0,11 |
| | Fullført | 135 | 19,5 (35) | |

Signifikansnivå: $p < 0,05$

*Independent sample t-test på normalfordelte data.

**Mann-Whitney U på ikke normalfordelte data.

4.2 Kjønn

Kvinnene hadde en gjennomsnittlig endring på 8,1 (SD = 10,8), og mennene 9,3 (SD = 10). Dette utgjorde ingen signifikant forskjell i endring mellom kjønnene ($t = 0,58$; $df = 134$; $p = 0,57$).

5.0 Metodiske betraktninger

5.1 Seleksjonsbias.

I en naturalistisk kohort studie følges en uselektert pasientgruppe gjennom behandlingsforløpet (Laake, Olsen & Benestad, 2008, s.124). Det er gjort i denne studien i form av at alle som var henvist og vurdert å kunne nyttiggjøre seg behandlingen ble inkludert. I en slik studie vil det allikevel kunne være seleksjoner i forkant, og det kan forekomme systematiske skjevheter eller «bias» i utvalget. Dette kan i så fall medføre uønskede resultater

av forskningen (Staff, 2010). Det kan i denne sammenheng være elementer i henvisningsprosessen som er viktig å ha i mente. Gruppebehandling i seg selv gjør at det kan være enkelte aktuelle pasienter som ikke har søkt seg inn, fordi de har tenkt at det ikke passer for dem. Det kan også være slik at enkelte valgte bort behandlingsformen på grunn av at det er 12-trinnsbehandling, eller på den annen side at det kan være en spesiell pasientgruppe som ønsket denne type behandlingsform. Det kan også være pasienter som var henvist, men som før inntak ble vurdert ikke å kunne nyttiggjøre seg behandlingen.

Det har av enkelte vært argumentert for at 12-trinnsbehandling har et gjennomgående mer ressurssterkt klientell enn andre behandlingsformer. Dette fordi de fleste 12-trinnsklinikker i landet er private og tar seg godt betalt (Fekjær, 2004). Alvorlighetsgraden av rusproblemene og pasientenes oppgitte psykiske vansker, samt at enheten i denne studien er en del av et offentlig sykehus, gjør at det ikke er noe som tyder på at pasientene skal være mer ressurssterke enn i andre offentlige behandlingsopplegg.

Om det var andre kjennetegn ved gruppen som var administrativt manglende enn for gruppen som ble inkludert har ikke vært undersøkt nærmere. Det er allikevel ikke grunn til å tro at det er forskjeller, da de administrativt manglende pasientene har vært fordelt på flere terapeuter. Sannsynligvis handlet de administrative manglene om en manglende tydelig forskningsprotokoll og en travel hverdag. Det har for gruppen som falt fra under behandlingsforløpet, ikke vært registrert årsaker til det frafallet. Om frafallet skyldes bruk av rusmidler i behandling, at de opplevde å ikke få noe utbytte av behandlingen, eller om det var andre faktorer vet vi ikke. Samtidig viser frafallsanalysen at det ikke er noen signifikante forskjeller på de variablene det ble kontrollert for, mellom gruppen som fullførte og de som av ulike årsaker falt fra. Noe som reduserer faren for skjevheter.

5.2 Informasjonsbias: Reliabilitet og validitet

Reliabilitet referer til påliteligheten og konsistensen i informasjonen samlet inn i studien (Polit & Beck, 2010, s 106). Når en snakker om validitet, eller gyldighet, er tre typer validitet sentrale. Det er begrepsvaliditet som handler om gyldigheten av begrepet som studeres, og intern og ekstern validitet som handler om konklusjonene som trekkes er gyldige (Laake et.al, 2008, s. 135).

ORS (Miller & Duncan, 2000) er utviklet som et kort alternativ til Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) utviklet av (Lambert et al., 1996). ORS er validert, og vurdert til å være ett reliabelt

måleredskap sensitivt for endring (Duncan, 2012; Janse, Boezen-hilberdink, Van Dijk, Verbraak, & Hutschemaekers, 2013; Miller et al., 2003). I følge utviklerne måler det sentrale områder som er regnet som valide når det gjelder å måle framgang i behandling.

Måleinstrumentet er ikke ett direkte mål på psykisk velvære, men utviklerne selv bruker velvære begrepet i sin presentasjon av måleinstrumentet (Duncan, 2012). I studien ønsket en å få fram pasientenes subjektive mål på dette, og endring i ORS gir en god indikasjon på endring i psykisk velvære.

I sin valideringsstudie av Scl-90-r i en norsk ruspoliklinikk konkluderte Anonsen med at Scl-90-r er et reliabelt kartleggingsverktøy for psykisk symptombelastning i en ruspoliklinisk populasjon, og en valid indikator på en «her og nå» psykisk lidelse. Han påpeker at det er en mer generell enn spesifikk indikator på psykisk helse (Anonsen, 2009, s. 64). GSI ble valgt da den gir en skåre på den totale symptombelastningen, og er den mest brukte indikatoren på det (Anonsen, 2009, s. 17). At målet er en mer generell enn spesifikk indikator passer godt i denne studien, da det var den psykiske symptombelastningen ved T1 vi ønsket å måle, ikke den spesifikke diagnosen.

Valget om å bruke alvorlighetskalaen i SYRAAP for å få fram pasientenes egen vurdering av alvorligheten av sitt rusproblem styrker vurderingen av alvorligheten i tillegg til de diagnostiske vurderingene. SYRAAP er også et validert måleinstrument (Kingree et al., 2007). Det passet også godt inn i designet da det var pasientenes subjektive opplevelser vi ønsket å måle.

Selv om instrumentene er validerte er det allikevel slik at det er klare begrensninger ved bruk av slike måleverktøy. Pasientene kan ha underrapportert eller overrapportert. Tidspunkt for innsamling av data ved T1 varierte noe fra at det ble gjort fra 1 til 2 uker før, til samme dag som innleggelse. Det betyr at her kan det være variasjoner som ikke ble fanget opp. Vi kan heller ikke være sikre på at alle pasientene var rusfrie ved T1, da det kun var en klinisk vurdering som ble gjort, det ble ikke systematisk kontrollert med innåndings eller urinprøver. Flere studier påpeker at psykometriske testers validitet og reliabilitet påvirkes når pasienter har rusmiddelproblematikk (Bryant, Rounsaville, Spitzer, & Williams, 1992; Carey & Correia, 1998). I en studie viste resultatene at psykiatriske pasienter som tidligere misbrakte rusmidler, men som nå var avholdende, var like pålitelige når det gjaldt å rapportere om nåværende og tidligere symptomer, som de som aldri hadde misbrukt rusmidler. De som

misbrukte rusmidler viste svakere pålitelighet (Bryant et al., 1992). Dette tatt i betraktning, gjør at enkelte skjevheter i svarene ved T1 ikke kan utelukkes grunnet mulig aktivt rusmisbruk. Ved bruk av skalaer må en også huske på det Staff (2010) beskriver som skalabias. Det innebærer at forskjellige mennesker kan ha forskjellige normer for hva som skalaen for et fenomen egentlig måler.

5.3 Konfundere

Når effekten av den variabelen vi ønsker å kontrollere blandes sammen med effekten av andre variabler oppstår konfundering (Laake et al., 2008). En forsøker å redusere antall konfunderende variabler ved å ha et sterkest mulig design på studien. I en naturalistisk studie som denne vil det alltid være konfunderende variabler, og effekten av de konfunderene vi kjenner må kontrolleres for (Polit & Beck, 2012, s. 16). I sammenligningen mellom dag- og døgngruppen denne studien ble det statistisk gjort ved bruk en generell lineær modell (Gray, 2012, s. 499). I den ble det kontrollert for de konfunderende variablene som ble ansett som viktigst av de pasientrelaterte konfunderene. Det var ORS som mål på psykiske velvære, SCL-90-GSI som mål på psykisk symptombelastning, alvorlighet-rus, singelstatus, samt alder og kjønn. Det ble ikke kontrollert for terapeutvariabler, da vi ikke hadde mulighet til det i våre data. Når man forsker på menneskelige og mellommenneskelige prosesser vil det nødvendigvis være konfunderende variabler vi ikke kjenner til, og/eller ikke kan kontrollere for. Eksempler på det kan være ekstraterapeutiske faktorer som relasjoner til familie og venner. Relasjonelle forhold mellom pasienter og terapeuter, medikamenter eller spirituelle/åndelige faktorer. En sannsynlig konfunder i denne studien, er terapeutisk allianse eller relasjon pasient-terapeut. Det var forskjellige terapeuter i de ulike gruppene, og de ulike terapeutene har nødvendigvis sine ulike styrker og svakheter. Ulikt samhold i de forskjellige gruppene kan også ha påvirket resultatet (Burlingame, McClendon, & Alonso, 2011). Det er kun kontrollert for konfunderende variabler i sammenligningen mellom dag- og døgngruppen, ikke i forhold til selve endringen etter gjennomført intervensjon.

5.4. Ekstern validitet

Studiens funn når det gjelder bedring i psykisk velvære for pasienter med sammensatte rusmiddel- og psykiske lidelser i 12-trinnsbehandling, samsvarer med annen forskning som har gjort tilsvarende funn (Berglund et al., 2004). Funnene som viser at dagbehandlingen minst er sammenlignbar med døgntilleggsbehandlingen når det gjelder endring i psykisk velvære samsvarer også i noen grad med internasjonal forskning som har evaluert dagbehandlingsformen (Kelly et al., 2012; McCarty et al., 2014; Wise, 2010). Her er det ulike

utfallsmål som er vurdert, så resultatene må sammenlignes med varsomhet. I den grad studiens funn er generaliserbare er det i forhold til aktuell pasientgruppe. Altså pasienter med sammensatte rusmiddel- og psykiske lidelser, som ikke er definert inn under begrepet dobbeltdiagnose.

5.5 Styrker og begrensninger ved valgt metode

Studiens design har gitt mulighet til å se sammenhenger om behandlingsintervensjonen bidrar til endring i psykisk velvære hos den aktuelle pasientgruppen. Den har ikke styrken til ett randomisert kontrollert studie (RCT) for å kunne trekke kausale slutninger. Samtidig kan det stilles spørsmål ved om RCT studier alltid er det beste designet for å forske på denne type behandlingsintervensjoner. Ledende forskere har tatt til orde for at naturalistiske forløpsstudier er ett godt alternativ til RCT (Ravndal, 2008). Dette fordi å forske på behandlingsintervensjoner for mennesker med sammensatte lidelser ikke kan reduseres til ett rent eksperiment. Hverken rent praktisk eller i en etisk forsvarlig ramme. Ved et kvantitativt design sier resultatene kun noe om at det har vært en endring for gruppen som helhet. For å få fram hva det eventuelt er ved intervensjonen som har bidratt til endringen måtte det vært valgt et kvalitativt design. Det ville også gitt mulighet til å se nærmere på de ekstraterapeutiske variablene som tidligere har vært nevnt.

5.6 Min egen rolle som forsker

Den naturvitenskaplige forskningens ideal om nøytralitet i forhold til det man forsker på er et utfordrende ståsted når en skal forske på menneskelige mentale endringsprosesser. Spesielt når en forsker på endringer hos pasienter i en enhet man selv jobber. Det er allikevel et nødvendig perspektiv å ha dersom man skal komme fram til mest mulig generaliserbare resultater. Det er i forhold til denne oppgaven viktig å presisere at jeg har selv vært ansatt i enheten i en årrekke, både som kliniker og leder. Det setter meg selvsagt i en dobbeltrolle. Denne dobbeltrollen har sine styrker og svakheter. Jeg kjenner enheten og pasientgruppen godt og kan slik sett se elementer det bør forskes på en annerledes måte enn utenforstående, samtidig kan mine subjektive oppfatninger hindre meg i å se helheten. Repstad (1993, s 351) fremholder subjektiviteten som en feilkilde, men at den også har sine fordeler ved at man kjenner organisasjonen godt. Utfordringen er å skape nok distanse, eller som Repstad skriver, gå fra «frø til fugleperspektiv» Min forforståelse er derfor ikke uten betydning i denne sammenhengen, selv om jeg har valgt et kvantitativt design. Når det gjelder mine egne refleksjoner omkring dette, så er at det er naturlig at jeg ønsker å vise at pasientene opplever bedring i løpet av behandlingsoppholdet, samtidig er jeg som kliniker opptatt av å skape ett

best mulig behandlingstilbud, og vil derfor ha reelle og pålitelige svar. Det å bruke en kvantitativ undersøkelse med relativt mange respondenter, som ble gjort i denne studien, bidrar til å redusere muligheten for falske positive resultater. Det samme ved å bruke validerte tester og måleverktøy (Repstad, 1993, s. 363). Jeg har i liten grad vært involvert i det kliniske arbeidet i denne perioden og kun samlet inn data på en håndfull pasienter. Etter at datainnsamlingen var ferdig skiftet jeg arbeidsgiver. Jeg har dermed fått en noe større distanse til materialet, noe som har vært nyttig i tolkningen av resultatene. Sundet (2014) henviser til Bjørkly (1996) som introduserte begrepet den kliniske forsker og den forskende kliniker. «En måte å forstå denne forskjellen på er at den første «står utenfor» det som skal forskes på, mens sistnevnte begrep handler om å være «innenfor» det en forsker på, enten ved å forske ut fra egne kliniske erfaringer eller ved å forske på noe en er del av mens forskningen pågår» (Sundet, 2014). Han trekker fram fordeler og ulemper ved de ulike posisjonene, og påpeker at avstanden til praksis for den kliniske forskeren kan bli for stor slik at forskningen ikke blir relevant for klinisk praksis. Den andre rollen som den forskende kliniker kan bidra til mer praksisnær forskning, med mer relevans for klinikerens. Selv om Sundet sine vurderinger er gjort i forhold til kvalitativ forskning, er det elementer av dette som også må anses å være gyldig i kvantitativ forskning. I første rekke handler det om å være så nær klinikken at det blir relevant forskning, samtidig som en har avstand nok til at det blir gyldige resultater. Så er det som Sundet påpeker, i likhet med Repstad, en balansegang mellom nærhet og distanse (Sundet, 2014). I denne studien har jeg ikke direkte vært en forskende kliniker, men har allikevel designet studien for å undersøke elementer jeg mener er relevante for klinisk praksis.

6.0 Diskusjon av resultater

I frafallsanalysen så vi at noen færre kvinner enn menn fullførte behandlingen, og at noen færre totalt sett fullførte dagbehandlingen enn døgnbehandlingen. Det er ikke statistisk signifikante forskjeller, men kan allikevel være grunn til å reflektere over i en klinisk sammenheng.

Det at kvinner var i mindretall i gruppene kan tenkes å ha en betydning for hvor mange av kvinnene som fullførte. De hadde færre av samme kjønn å identifisere seg med, noe som blant annet kan ha påvirket samholdet i gruppen. Maktforhold mellom menn og kvinner kan også være en mulig faktor som har spilt inn. Flere har argumentert for kjønns spesifikk rusbehandling (Bjerke-Skar, 2008), og studier har vist at det kan være fordeler med det, men at det viktigste er å rette tiltak mot det kjønns spesifikke i den behandlingen man er i

(Greenfield et al., 2007). Muligens bør kjønnsespesifikke tiltak styrkes ytterligere for å bidra til å redusere frafallet blant kvinnene. Det at det kjønnsmessig ikke var signifikante forskjeller på endring i psykisk velvære, selv om kvinnene hadde 1,3 poeng lavere ORS, kan gi støtte til blandede grupper. Samtidig gir det også grunnlag for refleksjon over praksis, hvor en muligens bør se nærmere på de kjønnsespesifikke tiltakene i behandlingsmodellen, jamfør konklusjonen til Greenfield et al. (2007).

En forklaring på at dagbehandlingen hadde litt større frafall kan være at det er vanskeligere å være rusfri i en intensiv behandling, som ikke har døgnbehandlingens trygge rammer på kveld og helg. Det kan være at enkelte pasienter burde vært i døgnbehandling i stedet for dagbehandlingen i utgangspunktet, samtidig er ikke frafallet mye større enn i døgngruppen, så det blir litt løse spekulasjoner. Det ble rapportert fra terapeutene som forberedte pasientene til dagbehandlingen at enkelte kom for raskt inn i behandling, og at vurderingene i forkant på om det var egnet behandlingsform enkelte ganger var mangelfulle.

Selv om det ikke er signifikante forskjeller på målte variabler mellom gruppen som fullførte og de som falt fra, er det en tendens til at de som har vurdert sin alvorlighet av rusproblemet høyt fullfører behandlingen. Det er i seg selv et interessant funn. Det kan sammen med at frafallsgruppen oppga noe lavere SCL-90-GSI og høyere ORS ved T1, indikere at det var pasienter som ikke selv opplevde problemet så alvorlig som ikke fullførte. De befant seg kanskje i det man kan beskrive som en føroverveielsesfase med tanke på om de egentlig ønsket hjelp (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992). Dette funnet gir også grunnlag for refleksjon i klinisk praksis, og kan i seg selv være nyttig å utforske videre.

7.0 Utfyllende om styrker og begrensninger

Det ville styrket studien å kunne redegjort for årsaker til avslutning for pasientene i frafallsgruppen, samt om de også hadde fylt ut samme måleinstrumenter ved avslutning som pasientene som avsluttet ordinært. Frafaller totalt sett reduserer den statistiske styrken i materialet, og svekker dermed studiens validitet.

Det ville også for gyldigheten av studien vært gunstig å diagnostisere andre psykiske lidelser enn avhengighetslidelsene. Flere pasienter tilfredsstilte de diagnostiske kriteriene til ulike affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser. Da dette ikke har vært systematisk diagnostisert for alle, er det utelatt som variabler i studien. En systematisk kontroll i forhold til eventuell bruk av rusmidler ville også styrket studien.

8.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Studiens funn gir grunnlag for å anbefale videre forskning hvor en sammenligner behandlingsmodellen med andre modeller. Det anbefales også kvalitativ forskning for å finne mer ut av hva som bidrar til endring.

Masteroppgaven er bygd på materiale hentet fra en større datainnsamling igangsatt for å evaluere behandlingen ved enheten. Dermed er resultatene fra studien interessante for avdelingen i forhold sin planlegging og gjennomføring av tjenestene. Derfor har jeg utover hovedfunnene i studien pekt på ett par funn som kan gi grunnlag for refleksjon i praksis selv om de ikke er statistisk signifikante funn. De skrives her kun som spørsmål til refleksjon og inspirasjon til eventuelle forbedringstiltak ved enheten. Har kvinnene like godt utbytte som menn? Bør det gjøres enda grundigere forberedelser til inntak? Har pasientene som avbryter mindre problemer enn de som fullfører? Dette er også relevante problemstillinger å forske videre på.

9.0 Avslutning

Studien har gitt noen klare funn i form av at pasienter i en tradisjonell rusbehandling opplever en klar forbedring av psykisk velvære etter gjennomført primærbehandling. Man ser altså at en behandling som tradisjonelt har vært oppfattet som ren rusmiddelavhengighetsbehandling, har viktige elementer i seg som bidrar til bedret psykisk velvære hos pasienter med sammensatte rusmiddel- og psykiske lidelser. Dagbehandlingsformen ser ut til å ha livets rett som ett godt supplement til eksisterende behandlingsformer. Når man vurderer resultatene av studien er det viktig å se de i lys av at primærbehandlingen er en intensiv, men kort del, av et behandlingsforløp som strekker seg over ett drøyt år.

I denne studien har ORS vært brukt for å måle psykisk velvære før og etter behandlingen, og ikke brukt i hver terapitime som verktøyet i utgangspunktet er designet for (Miller, Duncan, Sorrell, & Brown, 2005). Slik kontinuerlig tilbakemelding gjennom behandlingsforløpet har vist å forbedre resultater i psykoterapi og redusere frafall fra behandling. (Duncan, 2012; Miller et al., 2003; Reese, Norsworthy, & Rowlands, 2009). Bruk av en slik jevnlig feedback i en slik intensiv behandlingsform, f. eksempel ukentlig, vil muligens kunne være med å heve kvaliteten og redusere frafallet i behandlingen ytterligere.

PS. En nyttig bieffekt av studien var påminnelsen om at det ikke alltid gjøres differensialdiagnostiske vurderinger når det gjelder psykiske lidelser i enheten. Det gir grunnlag for endring i praksis.

Litteraturliste

- Aakerholt, A. (2006). Rus og psykisk lidelse – faglige og organisatoriske utfordringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(03).
- Amundsen, E. J., Lund, I., Bretteville-Jensen, A. L., Skretting, A., Rise, J., & Nordlund, S. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet?* SIRUS rapport 4/2010. Oslo. Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., . . . Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009.
- Anonsen, P.-E. (2009). *SCL-90-R anvendt som indikator på psykisk lidelse i DPS-ruspoliklinikk: validering og tolkning*. (Hovedoppgave ved psykologisk institutt, Universitetet i Oslo). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18530>
- Anonyme Narkomane. (2001). *Anonyme Narkomane*. California: Narcotics Anonymous World Services, inc.
- Bakken, K., Landheim, A. S., & Vaglum, P. (2003). PRIMARY AND SECONDARY SUBSTANCE MISUSERS: DO THEY DIFFER IN SUBSTANCE-INDUCED AND SUBSTANCE-INDEPENDENT MENTAL DISORDERS? *Alcohol and Alcoholism*, 38(1), 54-59.
- Berglund, K., Berggren, U., Bokström, K., Eriksson, M., Fahlke, C., Karlsson, M., & Balldin, J. (2004). Changes in mental well-being during Minnesota treatment. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 58(5), 383-388.
- Berman, A., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *Eur Addict Res*, 11(1), 22 - 31.
- Bjerke-Skar, B. (2008). KVINNER OG RUSBEHANDLING fra et brukerperspektiv. *Rus & Samfunn*, 2(05).
- Bjørkly, S. (1996). Praksisstyrt forskning – et møtepunkt for universitet og lokale klinikere? . *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33(4), 343–345.
- Bodin. (2006). The Minnesota model treatment for substance dependence: program evaluation in a Swedish setting. <http://hdl.handle.net/10616/39929>: Institutionen för folkhälsovetenskap / Department of Public Health Sciences - Karolinska Institutet 2006-12-01.
- Brooks, A. J., & Penn, P. E. (2003). Comparing treatments for dual diagnosis: Twelve-step and self-management and recovery training. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 359-383.
- Bryant, K. J., Rounsaville, B., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1992). Reliability of dual diagnosis. Substance dependence and psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(4), 251-257.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34-42. doi: 10.1037/a0022063
- Carey, K. B., & Correia, C. J. (1998). Severe mental illness and addictions: Assessment considerations. *Addictive Behaviors*, 23(6), 735-748.
- Cook, C. C. H. (1988). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. *British Journal of Addiction*, 83(6), 625-634.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R: administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, Minn: NCS Pearson.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.

- Duckert, F. (2007). THERAPY AS A BLACK BOX. *Addiction*, 102(6), 865-866. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01838.x
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53(2), 93-104.
- Evjen, R. (2007). *Dobbelt opp*. Oslo: Universitetsforl.
- Fekjær, H. O. (2004). *Rus : bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*: Oslo : Gyldendal akademisk, 2004.
- Folkehelseinstitutt, N. (2010). Helsetilstanden i Norge. *Folkehelse rapport 2010*.
- Fosse, R. (2009). Ingen gener for psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 20(46), 596-600.
- Friis, S. (1999). Fra idé til prosjekt: en innføring i klinisk forskning. In P. Vaglum (Ed.), (pp. book). Oslo: Tano Aschehoug.
- Førde, R. (2013). "Helsinkideklarasjonen". *De nasjonale forskningsetiske komiteer*. [Online]. . Hentet 30. Mars, 2014, fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Gottheil, E., Weinstein, S. P., Sterling, R. C., Lundy, A., & Serota, R. D. (1998). A randomized controlled study of the effectiveness of intensive outpatient treatment for cocaine dependence. *Psychiatr Serv*, 49(6), 782-787.
- Gray, C. D. (2012). IBM SPSS statistics 19 made simple. In P. R. Kinnear (Ed.), (pp. book). Hove: Psychology Press.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., . . . Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug Alcohol Depend*, 86(1), 1-21.
- Gråwe, R. W. (2006). Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. In T. Ruud (Ed.), (pp. book). Trondheim: SINTEF Helse.
- Gullestad, F. S., Wilberg, T., Klungsoyr, O., Johansen, M. S., Urnes, O., & Karterud, S. (2012). Is treatment in a day hospital step-down program superior to outpatient individual psychotherapy for patients with personality disorders? 36 months follow-up of a randomized clinical trial comparing different treatment modalities. *Psychother Res*, 22(4), 426-441.
- Isorna, M., Fernández-Ríos, L., & Souto, A. (2010). TREATMENT OF DRUG ADDICTION AND PSYCHOPATHOLOGY: A FIELD STUDY. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 2(1), 3-18.
- Janse, P., Boezen-hilberdink, L., Van Dijk, M. K., Verbraak, M. J. P. M., & Hutschemaekers, G. J. M. (2013). Measuring Feedback From Clients: The Psychometric Properties of the Dutch Outcome Rating Scale and Session Rating Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, journal.
- Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 37(1), 11-24.
- Kingree, J., Simpson, A., Thompson, M., McCrady, B., & Tonigan, J. (2007). The predictive validity of the survey of readiness for alcoholics anonymous participation. *J Stud Alcohol*, 68, 141 - 148.
- Laake, P. , Olsen, B. R. , & Benestad, H. B. r. (Red.). (2008). *Forskning i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lambert , M. J., Hansen , N. B., Umphress , V., Lunnen , K., Okiishi , J., Burlingame , G. M., . . . Reisinger , C. R. (1996). Administration and Scoring Manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2).
- Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addict Sci Clin Pract*, 6(1), 44-55.
- Leirvåg, H., Pedersen, G., & Karterud, S. (2010). Long-term continuation treatment after short-term day treatment of female patients with severe personality disorders: Body awareness group therapy versus psychodynamic group therapy. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 64(2), 115-122. doi: doi:10.3109/08039480903487525

- Malt, U. (n.d). Naturalistisk studie. *Store Norske Leksikon*. Retrieved 15.04, 2014, from <http://sml.snl.no/naturalistisk>
- McCarty, D., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Substance Abuse Intensive Outpatient Programs: Assessing the Evidence. *Psychiatr Serv*. doi: 10.1176/appi.ps.201300249
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). The Outcome Rating Scale. *Institute for the Study of therapeutic Change*. Chicago, Illinois
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199-208. doi: 10.1002/jclp.20111
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Rapport (Nasjonalt folkehelseinstitutt : online) (pp. book). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>.
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Oslo: Nova.
- Polimeni, A. M., Moore, S. M., & Gruenert, S. (2010). Mental health improvements of substance-dependent clients after 4 months in a Therapeutic Community. *Drug Alcohol Rev*, 29(5), 546-
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Prop. 1. (2007-2008). *Opptappingsplanen for rusfeltet*. Oslo: Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 14. september 2007, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II) Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008-/9.html?id=483775>.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 418-431. doi: 10.1037/a0017901
- Repstad, P. (Red.). (1993). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: TANO.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Sellman, D. (2010). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, 105(1), 6-13. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02673.x
- Staff, A. (2010). Bias. Hentet 30. Mars, 2014, fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Spesielle-problemomrader/Bias/>
- Sundet, R. (2014). Forsker og terapeut - Sammenfletting av roller som grunnlag for en forskende klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(01).
- Vederhus, J. K., Hjemdal, B., & Kristensen, Ø. (2010). 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper og 12-trinnsbehandling. In Bramness JG, Blindheim M & C. T. e. al. (Eds.), *Følelser og fornuft. Festskrift til Helge Waal*. (pp. 179-195). Oslo: Seraf, UiO.
- WHO. (2014). ICD-10, Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer Hentet 10.04., 2014, fra <http://finnkode.kith.no/#|icd10|ICD10SysDel|1|flow>
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., Urnes, O., & et al. (2003). OUTPATIENT GROUP PSYCHOTHERAPY FOLLOWING DAY TREATMENT FOR PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDERS. *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 510-521. doi: 10.1207/s15327752jpa5503&4_10
- Wise, E. A. (2010). Evidence-based effectiveness of a private practice intensive outpatient program with dual diagnosis patients. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(1), 25-45.
- World Health Organization. (2007). WHO. Hentet 15.04.2014 fra <http://www.who.int/features/qa/62/en/>

Artikkel

Forfatter: Pål Solhaug, Født 1970

Tittel og arbeidsforhold: Seniorrådgiver ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. RVTS Sør

Utdanning: Psykiatrisk sykepleier, Masterstudent i Psykisk helsearbeid,

Adresse: Asperøyveien 16, 4625 Flekkerøy.

E-postadresse: pal.solhaug@bufetat.no

Tittel:

**Endring i psykisk velvære etter gjennomført 12-trinnsbasert rusbehandling
-en sammenligning av dag og døgnbehandling**

Antall tegn i manus: 29098 tegn inkludert mellomrom, to tabeller.

Artikkelen skal fagfellevalueres som en vitenskapelig artikkel.

[Forfatterveiledning Tidsskrift for psykisk helsearbeid.](#)

Sammendrag

I den senere tid har det vært økt fokus på poliklinisk dagbehandling innen rusfeltet. Politiske føringer vektlegger helhetlige og integrerte tjenester på lavest mulig effektivt omsorgsnivå, og Norske myndigheter understreker at behandlingstilbudet til de som har samtidige rusmiddel- og psykiske lidelser må styrkes. I denne studien ser vi nærmere på om pasienter i 12-trinns rusmiddelbehandling opplever bedring i psykisk velvære. Et nyetablert dagbehandlingstilbud sammenlignes med eksisterende døgnbaserte tilbud. Resultatene i studien indikerer at dagbehandlingsformen bør satses videre på, og at 12-trinnsbehandling kan være nyttig for pasienter med sammensatte tilstander av rusmiddel- og psykiske lidelser.

Abstract

In recent years there has been an increasing focus on intensive outpatient treatment in drug rehabilitation. Norwegian authorities emphasize that treatment of those with co-occurring substance use and mental disorders must be strengthened. In this study, we investigate whether patients in a 12-step substance abuse treatment, experience improvement in mental well-being. An intensive outpatient unit is compared with an inpatient unit. The results of the study indicate that the intensive outpatient form should be continued, and that the 12-step treatment can be helpful for patients with co-occurring substance use- and mental disorders.

Nøkkelord: Psykisk velvære, rusmiddelavhengighet, 12-trinnsbehandling, Outcome rating scale,

Bakgrunn.

Det har i de senere år vært ett økende fokus på poliklinisk dagbehandling innen rusfeltet. I opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 1, 2007-2008), så vel som i Stortingsmelding 30 «Se Meg» (2011), vektlegges helhetlige og integrerte tjenester på lavest mulig effektivt omsorgsnivå. Det å ha perspektiv på å kunne behandle både ruslidelser og psykiske lidelser i samme tiltak er i pasientenes interesse og i samsvar med myndighetenes ønsker. I nevnte opptrappingsplan understrekes det at behandlingstilbudet for pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser, som faller utenfor definisjonen av dobbeltdiagnose, må styrkes.

Dobeltdiagnosebegrepet er hovedsakelig brukt i forhold til pasienter med alvorlige psykiske lidelser kombinert med alvorlig rusmiddelmisbruk (Helsedirektoratet, 2011). Med alvorlig psykisk lidelse menes da schizofreni og schizofrenilignende tilstander, affektive psykoser og enkelte alvorlige personlighetsforstyrrelser (Aakerholt, 2006). Pasienter med rusproblemer og andre psykiske lidelser er således ikke definert inn i dobbeltdiagnosegruppen. Aakerholt (2006) bruker betegnelsen pasienter med sammensatte tilstander av rusmiddel- og psykiske lidelser om denne pasientgruppen, denne betegnelsen brukes også i artikkelen.

Mange pasienter med rusmiddelavhengighet har psykiske vansker i tillegg til/eller som en del av sitt rusproblem (Bakken et al., 2003; Evjen, 2007). Risikoen for selvmord er om lag 10 ganger høyere for personer med alkoholmisbruk enn for befolkningen for øvrig (Rossow, 2013). Dette sier noe om livsbelastningene ved alvorlig rusmiddelmisbruk, og denne pasientgruppens psykiske belastninger. På tross av dette har evaluering av rusbehandling i stor grad studert rusfrihet som effektmål. Det har i mindre grad vært fokus på pasientenes psykiske velvære, men de senere årene har det likevel blitt noe større oppmerksomhet omkring livskvalitet som utfallsmål (Laudet, 2011). Livskvalitet har mange definisjoner, og det er ulikt hva som er vektlagt i ulike sammenhenger. I Nova rapport 3/01 (Næss, 2001), brukes begrepet livskvalitet som psykisk velvære, og det defineres som et psykologisk/subjektivt fenomen. I tråd med Nova-rapporten definerer vi begrepet psykisk velvære som en subjektiv opplevelse av å ha det bra.

Ved enhet for gruppebehandling, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand (ARA), ble det i 2010 startet opp et gruppebasert dagbehandlingstilbud for alkohol- og rusmiddelavhengige (i det følgende omtalt under fellesbetegnelsen rusmiddelavhengige) i tråd med nasjonale føringer. Målet var å tilby adekvat behandling til personer med alvorlige rusmiddelproblemer som av ulike årsaker ikke ønsket, eller ikke

opplevde at de trengte døgnbehandling. Og som samtidig var for dårlig fungerende til at tradisjonell poliklinisk behandling førte til ønskede endringer. Tidligere evalueringer av døgnbehandlingen har vist gunstige resultater i forhold til rusfrihet (Vederhus & Kristensen, 2005a). ARA ville, i samsvar med myndighetenes ønske om helhetlige og integrerte tjenester, evaluere nytten av tiltaket ved å se på pasientenes egen vurdering av sitt psykiske velvære etter gjennomført rusbehandling.

Hensikt med studien

Vi ville undersøke: 1) Hvordan pasientene selv vurderte sitt psykiske velvære, før og etter behandlingstiltaket, 2) og om det fantes forskjell i funnene mellom dag- og døgnbehandlingen.

Om behandlingen

Behandlingen ved enheten er hovedsakelig gruppebasert, og forankret i Minnesotamodellen (Cook, 1988), også kalt 12-trinnsbehandling. Dette er en bio-psyko-sosial behandlingsmodell som bygger på sentrale elementer fra Anonyme Alkoholikers 12 trinn (Anonyme Alkoholikere, 2000). Selv om behandlingen er forankret i Minnesotamodellen, har den en eklektisk tilnærming. Klinikeren vil kunne kjenne igjen elementer fra flere terapeutiske retninger, bl.a. narrativ tradisjon (White, 2006), psykodynamiske grupper (Karterud, 1999), og fokus på følelsesbevissthet (Monsen, 1997). Erfaringskompetanse er vektlagt ved at rusterapeuter er en sentral del av behandlingsteamet. Rusterapeuter er ansatte med egenerfaring som alkohol- eller rusmiddelavhengige. De er utdannet med fokus på 12-trinnsbehandling (Vederhus et al., 2010). Målet med behandlingen er todelt; å legge grunnlag for en rusfri livsstil, samt å få bedret livskvalitet (Cook, 1988).

Behandlingsforløpet er delt inn i følgende faser:

1) poliklinisk forberedelse, 2) primærbehandling på døgn eller dag, 3) et eventuelt 3 måneders opphold ved rehabiliteringspost, 4) elleve måneders poliklinisk oppfølging i gruppe for alle. Hovedintervensjonen (primærbehandlingen) varer i 6-8 uker på døgnbasis eller 8-12 uker på dagbasis. Det brukes åpne grupper med rullerende inntak. Behandlingen består av en kombinasjon av gruppeterapi, undervisning, miljøterapi, fysisk aktivitet, familieprogram, og deltakelse i selvhjelpsgrupper. Gruppeterapien er det bærende elementet i behandlingen, og som ved andre 12-trinns klinikker vektlegges erfaringsdelinger (Bodin, 2006). Pasientene blir

oppfordret til å finne løsninger på sitt problem i samråd med andre i tilsvarende situasjon, og skaffe seg avholdsspesifikk støtte, utover det profesjonelle tilbudet (Beattie & Longabaugh, 1999). Essensielt i behandlingen er derfor å motivere for deltagelse i selvhjelpsgrupper allerede mens de er i behandling. Det tilrettelegges derfor slik at alle pasientene kan delta på 1-2 ukentlige møter i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper, som Anonyme Alkoholikere (2000) og Anonyme Narkomane (2001). Rusavhengighet er en lidelse som påvirker hele familien (Hansen, 2008). I primærbehandlingen inviteres derfor familie, og eventuelt andre med nære relasjoner til pasientene til et fire dagers psykoedukativt familieprogram. Døgn- og dagbehandlingen er forankret i samme behandlingsfilosofi, og har noenlunde samme innhold. Det miljøterapeutiske aspektet er i mindre grad til stede i dagbehandlingen, siden disse pasientene ikke oppholder seg ved enheten på ettermiddag/kveld.

Metode:

Design: Dette er en naturalistisk kohortstudie. Studien har to måletidspunkter, før (T1) og etter (T2) primærbehandling.

Deltagere og prosedyre:

Studien er basert på pasienter innlagt til døgn- og dagbehandling ved enheten i perioden 1. februar 2011 – 31. august 2013. Pasientene fylte diagnosekriteriene for avhengighetsdiagnose i ICD-10 (1999), og det var avhengighetslidelsen de primært var i behandling for. Ved enheten blandes pasienter med ulike avhengighetslidelser i gruppene, og en har god erfaring med dette (Vederhus & Kristensen, 2005b). Ingen pasienter ble ekskludert fra studien, men i inntakskriteriene for behandlingen ligger at man ikke skal være nærpsykotisk, psykotisk eller selvmordstruet.

Forskningsetiske overveielser:

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) med ref. nr. 25940. Den har også vært framlagt for Regional Etisk komite i Helse Sør-Øst. Fordi studien ble betraktet som kvalitetsevaluering av en allerede eksisterende behandlingsform, ble den ikke vurdert meldepliktig. Alle deltagerne er inkludert gjennom informert samtykke. De ble informert om muligheten til å trekke seg når som helst i forløpet, og det ble understreket at det ikke ville få noen konsekvenser for behandlingen

Måleinstrumenter:

Følgende instrumenter ble anvendt:

Outcome-rating-scale (ORS). Instrumentet er utviklet for å følge med på klientens fremgang i løpet av behandlingsforløpet, og er det primære utfallsmålet i studien. ORS er et kort, fire skalaers selvrapporterings skjema, hvor pasientene oppgir hvordan siste uke har vært med tanke på; 1) personlige plager eller velvære 2) nære mellommenneskelige relasjoner, 3) sosial fungering og 4) generell følelse av velvære. Sammenfattet til pasientens subjektive funksjonsvurdering (Miller & Duncan, 2000). I denne artikkelen brukes ORS som en indikasjon på psykisk velvære. Hver skala er ti cm, og pasienten setter en strek på skalaen som går fra «dårlig til bra». Skalaene skåres ved å måle avstanden mellom venstre ende og pasientens merke, og oppgis i centimeter med en desimal. Scoringene legges sammen, dårligste score er 0, og beste score er på 40. En behandlingspopulasjon vil ha en forventet skåre mindre enn 25, og en økning på over 5 poeng er å anse som en pålitelig bedring (Anker, Duncan, & Sparks, 2009; Miller et al., 2003).

Symptom Check List; Scl-90-r (Derogatis, 1992), ble anvendt for å måle psykisk symptombelastning ved T1 basert på siste 7 dager.. Det er ett selvrapporterings skjema med 90 spørsmål, og hvert spørsmål besvares på en fempoengsskala (0=ikke i det hele tatt, 1=litt, 2=måtelig, 3=ganske mye og 4=veldig mye). I analysen brukes Global Symptom Index (GSI) som regnes ut ved at svarene på alle spørsmålene summeres, og deles på antall besvarte spørsmål. En verdi på over 1, regnes som ett klinisk nivå (Derogatis, 1992).

The Survey of Readiness for AA Participation (SYRAAP) (Kingree et al., 2007; Vederhus, Timko, Kristensen, & Clausen, 2011) ble brukt som mål på hvordan pasientene selv vurderte sin alvorlighet av rusmiddelmisbruket. Instrumentet er i det følgende kalt alvorlighet-rus, og består av 5 påstander om rusmiddelbrukets alvorlighet som besvares på en 5 punkts skala, der ytterpunktene er; 1= «svært uenig» og 5= «svært enig», 3 = «hverken enig eller uenig». Påstandene er: 1) Mitt rusproblem er alvorlig, 2) Mine vennskap har blitt skadet på grunn av mitt rusmiddelmisbruk, 3) Jeg har lidd økonomiske tap på grunn av mitt rusmiddelbruk, 4) Mitt rusmiddelbruk har såret andre mennesker og 5) Bruk av rusmidler har påvirket min evne til å håndtere hverdagsproblemer mine. Totalskåren er gjennomsnittsskåren av de fem spørsmålene. Pasienter ved en norsk avgiftningspost hadde et gjennomsnitt på 4,3 og en skåre > 4 anses som at pasienten opplever å ha et alvorlig rusproblem (Vederhus et al., 2011).

Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT (Saunders et al., 1993), og *Drug Use Disorders Identification Test; DUDIT* (Berman et al., 2005), ble brukt for å kartlegge rusbruk siste året. For AUDIT regnes en skåre på over 20 som indikasjon på avhengighet (Durbbeej et al., 2010), og for DUDIT en skåre på over 25 for samme indikasjon (Voluse et al., 2012).

Rusdata: Bakgrunnsinformasjon omkring bruk av rusmidler, livssituasjon og psykisk helse er hentet fra et semi-strukturert intervju kalt Rusdata. Det er en modifisert versjon av et klient-kartleggingsskjema som er benyttet i rusfeltet siden 1998 (Gerds & Iversen, 2000).

Bakgrunnsinformasjonen som fremkommer er selvrapportert, og er ikke uttrykk for formelle diagnoser. Fra enkelte pasienter manglet hele eller deler av skjemaet, og det ble da supplert med opplysninger fra anamnesen i deres pasientjournal.

Statistiske analyser.

Variablene er presentert med deskriptiv statistikk. Paired sample t-test er brukt for å måle endring i ORS fra T1 til T2. For å sammenligne resultatet på ORS ved T2 mellom dag- og døgngruppen, ble det gjort en statistisk analyse med en generell lineær modell der ORS ved T2 var avhengig variabel. Det ble kontrollert for kjønn, alder, singelstatus, alvorlighet-rus, GSI og ORS ved T1. En slik prosedyre kontrollerer statistisk for forskjeller i gruppenes utgangspunkt og gir svar på spørsmålet: "Hva ville forskjellen i ORS mellom dag- og døgnbehandling vært, gitt at forskjellene ved T1 var utjevnet?". Frafallsanalysene ble gjort med independent sample t-test, Mann-Whitney U ved data som ikke var vurdert normalfordelte og chi square test på kategoriske variabler. P-verdi ble satt til $<0,05$. Analysene ble gjort med SPSS versjon 19.

Resultater

Beskrivelse av pasientene inntak (T1). N= 136

Av det opprinnelige utvalget på 208 manglet vesentlige data på 26 (12,5 %), grunnet svikt i administrative rutiner. Av de resterende 182 var det 46 (25,3 %) som av ulike årsaker ikke fullførte primærbehandlingen, og som det derfor mangler data på ved T2. Dermed ble 136 pasienter inkludert i analysen. Av disse var 113 i døgnbehandling, mens 23 var i dagbehandling. I frafallsanalysen ble det kontrollert for forskjeller ved T1 i forhold til ORS, Scl90-GSI, alvorlighet-rus, AUDIT og DUDIT, samt alder og kjønn. Det var ingen

signifikante forskjeller ved T1 på gruppen som fullførte, og gruppen som avsluttet behandlingen før planlagt.

[Tabell 1 omtrent her](#)

Gjennomsnittsalderen var 42 år, pasientene i daggruppen var i gjennomsnitt 9 år eldre enn i døgngruppen (Tabell 1), og omlag en fjerdedel av utvalget var kvinner. Omtrent fire av ti var enten alkoholavhengige eller stoffavhengige, mens to av ti hadde både alkohol og stoffavhengighet. Det var en større andel alkoholavhengige i daggruppen enn i døgngruppen. Seks av ti var enslige. Gruppen som helhet beskriver sitt rusproblem som alvorlig med en median skåre > 4 på SYRAAP (Tabell 1). For gruppen som helhet hadde de med alkoholavhengighet, og alkohol- og stoffavhengighet en AUDIT-skåre på gjennomsnitt 25 (SD = 8). De med stoffavhengighet hadde en DUDIT-skåre på gjennomsnitt 29 (SD = 12).

En stor andel av pasientene har hatt relativt store psykiske vansker i løpet av livet (Tabell 2). Om lag to av tre oppga å ha hatt alvorlig angst, nesten tre av fire fortalte at de har lidd av alvorlig depresjon, og en av fire har minst en gang forsøkt å ta livet sitt.

[Tabell 2 omtrent her](#)

Endring i ORS

Hele utvalget hadde en gjennomsnittlig bedring i ORS på 9,0 fra; 21,9 til 30,9. ($t = 10,3$, 95 % KI; 6,7-11,2, $p < 0,001$). Endringen for døgngruppen var gjennomsnittlig 8,6; fra 21,6 til 30,2. ($t = 9,0$, 95 % KI; 6,1-11,2, $p < 0,001$), og endringen for daggruppen var gjennomsnittlig 10,5; fra 23,5 til 34 ($t = 4,9$, 95% KI; 4,5-16,5, $p < 0,001$). Differansen mellom gruppene ved T2 var dermed på 3,8 poeng.

Regresjonanalyse

I en regresjonsanalyse, der det statistisk ble kontrollert for forskjeller på daggruppen og døgngruppen ved T1, var det fortsatt en 3.4 poengs bedre ORS ved T2 hos daggruppen (3,4 (SE = 1.6), 95 % KI = 0,2 – 6,6, $p = 0,035$)

Diskusjon:

Pasientene i studien kan defineres i gruppen av pasienter med sammensatte rusmiddel- og psykiske lidelser, og studien viser en signifikant bedring i psykisk velvære etter gjennomført primærbehandling for pasientene både i dag- og døgnbehandlingen. Pasientene i daggruppen rapporterte en signifikant høyere skåre på psykisk velvære enn pasientene i døgngruppen, selv etter å ha kontrollert for forskjeller ved inntak i behandling.

Den ene hensikten med studien var å undersøke om pasientene i 12-trinnsbehandling opplevde bedring i psykisk velvære. Funnene bekreftet dette, og bedringen kan anses som klinisk relevant. Den var nesten det dobbelte av hva som ansees som en pålitelig bedring, og gikk fra under klinisk nivå til å være på nivå med en normalpopulasjon (Anker et al., 2009). Den positive endringen i ORS tyder på at pasientene opplevde en betydningsfull nytte av behandlingen i forhold til psykiske velvære. Funnene samsvarer med Berglund et al. (2004) hvor pasientene i Minnesota-behandling viste signifikante forbedringer i psykisk velvære. Mulige forklaringer på endringen kan for eksempel være gruppeterapeutiske faktorer. I det vektlegges samholdet i gruppen, både mellom pasientene og mellom pasient og gruppeleder som en viktig faktor for endring (Burlingame et al., 2011). Dette finner man igjen i 12-trinnsbehandlingens filosofi, hvor erfaringsdeling og oppfordring til å finne løsninger på sine problemer i samråd med de andre i gruppen er sentralt (Bodin, 2006). Enheten gjennomfører hvert år en pasienttilfredshetsundersøkelse (ikke publisert). I 2012 svarte drøyt 85 % av pasientene på undersøkelsen. Pasientene var blant annet svært fornøyd med miljøet i gruppen, kontakten med de andre pasientene og deltagelse i selvhjelpsgrupper. Høsten 2013 deltok enheten også i en pasienttilfredshetsundersøkelse utført av Kunnskapsenteret (Haugum, Iversen, & Holmboe, 2013). Resultatene fra denne undersøkelsen er ikke direkte sammenlignbare, men enheten skåret godt over landsgjennomsnittet blant annet når det gjaldt tillitt til terapeutene, at de har blitt forstått, samarbeid med pårørende, og over å ha hatt innflytelse på egen behandling. Begge disse undersøkelsene gir grunn til å reflektere over om de relasjonelle faktorene Norcross (2011, s. 13) henviser til, er av betydning for resultatet. Relatert til de samme faktorene er det grunn til å anta at tilrettelegging for deltagelse i selvhjelpsgrupper (Humphreys & Moos, 2001; Vederhus et al., 2011), hvor pasientene blant annet kan finne avholdsspesifikk støtte også har betydning. Modellens kombinasjon mellom ulike terapeutiske intervensjoner som gruppeterapi, undervisning, miljøterapi og fysisk aktivitet kan muligens også ha betydning. I studien sammenlignes det imidlertid ikke med andre behandlingsmodeller, så en må ta høyde for at en kunne ha sett tilsvarende bedring i

andre behandlingstilnæringer, noe blant annet A.-M. Polimeni, S. M. Moore, and S. Gruenert (2010) gjorde i terapeutisk samfunn.

Studiens andre hensikt var å sammenligne resultatene mellom dag- og døgnbehandlingen. Selv om man statistisk kontrollerte for ulikheter ved innkomst, hadde pasientene i daggruppen en signifikant høyere skåring på psykisk velvære ved utskriving. Det indikerer at pasientenes opplevelse av bedring i dagbehandlingen var godt sammenlignbar med den døgnbaserte. Det kan støtte opp om at dagbehandling er en viktig del av ett variert behandlingstilbud i tråd med konklusjonen til McCarty et al. (2014). I sin metastudie har de dog brukt rusmestring som utfallsmål. De konkluderte også med at dagbehandling kan være like effektivt som døgnbehandling for de fleste (McCarty et al., 2014). Funnene i vår studie gir imidlertid ikke grunnlag for å trekke slike slutninger. Pasienter som vurderes å trenge døgnbehandling kan ikke nødvendigvis forventes å få samme positive resultat hvis de tilbys dagbehandling istedenfor. Det ligger nødvendigvis en klinisk vurdering av alvorlighetsgrad til grunn for valg av behandlingstiltak, og for noen vil døgnbehandlingens rammer, innhold og støtte være nødvendig for å kunne gjennomføre ett behandlingsforløp de kan ha nytte av. Funnene i studien må likevel kunne tolkes dit hen at dagbehandlingen synes å være et godt supplement til den døgnbaserte når det gjelder endring i psykisk velvære for pasientene. Wise (2010) har vist at dagbehandling kan fungere godt for dobbeltdiagnosepasienter både når det gjelder rusmestring og reduksjon i psykiske symptomer. Det gir sammen med funnene i denne studien støtte til at dagbehandlingsformen også passer for pasienter med sammensatte tilstander av rusmiddel- og psykiske lidelser.

Tanken bak dagbehandling er at ved å legge til rette for at pasienten har mer kontakt med familie, venner og øvrig nettverk parallelt med behandling, vil han/hun ha mulighet til å leve ett tilnærmet normalt liv. Dette er ment å gjøre terskelen for å velge behandling lavere, og det er viktige faktorer som kan tenkes å spille inn på pasientenes opplevelse av velvære. Jamfør Norcross og Lambert sin modell hvor ekstraterapeutiske faktorer beregnes å stå for ca 40 % av endringen i psykoterapi (Norcross, 2011). Dagbehandling kan være en behandlingsform som spesifikt legger til rette for å utnytte ekstraterapeutiske faktorer, eksempelvis de relasjonsmessige. Dette ved at pasienten i størst mulig grad kan opprettholde et relativt vanlig liv kombinert med en intensiv behandling.

Metodiske betraktninger:

En styrke ved studien er bruk av validerte måleinstrumenter. Det er og en styrke at den aktuelle avdelingen er opptatt av å gjøre kvalitetsvurderinger ved utprøving av en ny behandlingsmetode (Waal, 1986). Studien har likevel flere begrensninger. Administrativt manglende data, frafall, og at det var færre pasienter i dag- enn i døgnbehandlingen har redusert den statistiske styrken i materialet. Om de positive endringene vedvarer i tiden etter fullført primærbehandling må følges opp med ytterligere evaluering.

Implikasjoner for videre forskning: Det anbefales videre forskning hvor en følger pasientene over tid både i forhold til rusmestring og psykisk helse. En naturlig oppfølger til studien kan også være en mer kvalitativt orientert tilnærming, hvor en ser nærmere på hva pasientene selv opplever virkningsfullt og meningsfullt ved behandlingsformen.

Implikasjoner for praksis:

Det å finne fram til gode integrerte behandlingsmodeller for denne pasientgruppen er en prioritert oppgave, jfr. Opptappingsplanen (Prop. 1, 2007-2008). Studiens funn gir grunnlag for å vurdere om 12-trinnsbehandling, i form av både dag- og døgnbehandling, kan være ett godt behandlingsalternativ for pasienter med sammensatte tilstander av rusmiddel- og psykiske lidelser. Da i første rekke de som ikke kommer under definisjonen av dobbeltdiagnoser.

Interessekonflikter

Forfatteren var ansatt ved enheten i perioden datainnsamlingen ble foretatt.

Konklusjon:

Sett i lys av de senere års politiske føringer med fokus på å gi hjelp på lavest mulig omsorgsnivå, indikerer studien at dagbehandlingsformen bør satses videre på som ett supplement til døgnbehandling og tradisjonell poliklinikk. I tillegg ser man at 12-trinnsbehandling kan bidra til økt psykisk velvære for pasienter med sammensatte rusmiddel- og psykiske problemer.

Litteraturliste

- Aakerholt, A. (2006). Rus og psykisk lidelse – faglige og organisatoriske utfordringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(03).
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4),
- Anonyme Alkoholikere. (2000). *Anonyme Alkoholikere. Historien om hvordan tusener av menn og kvinner har gjenvunnet helsen etter alkoholmisbruk*. New York: A.A. World Services, Inc.
- Anonyme Narkomane. (2001). *Anonyme Narkomane*. California: Narcotics Anonymous World Services, inc.
- Bakken, K., Landheim, A. S., & Vaglum, P. (2003). PRIMARY AND SECONDARY SUBSTANCE MISUSERS: DO THEY DIFFER IN SUBSTANCE-INDUCED AND SUBSTANCE-INDEPENDENT MENTAL DISORDERS? *Alcohol and Alcoholism*, 38(1), 54-59.
- Beattie, M. C., & Longabaugh, R. (1999). General and alcohol-specific social support following treatment. *Addict Behav*, 24(5), 593-606.
- Berglund, K., Berggren, U., Bokström, K., Eriksson, M., Fahlke, C., Karlsson, M., & Balldin, J. (2004). Changes in mental well-being during Minnesota treatment. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 58(5), 383-388.
- Berman, A., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *Eur Addict Res*, 11(1), 22 - 31.
- Bodin. (2006). The Minnesota model treatment for substance dependence: program evaluation in a Swedish setting. <http://hdl.handle.net/10616/39929>: Institutionen för folkhälsovetenskap / Department of Public Health Sciences - Karolinska Institutet 2006-12-01.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34-42.
- Cook, C. C. H. (1988). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. *British Journal of Addiction*, 83(6), 625-634.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R. Administration, scoring & procedures. Manual-II.* . Towson. Maryland: Clinical Psychometric Research.
- Durbeej, N., Berman, A. H., Gumpert, C. H., Palmstierna, T., Kristiansson, M., & Alm, C. (2010). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Use Disorders Identification Test in a Swedish sample of suspected offenders with signs of mental health problems: Results from the Mental Disorder, Substance Abuse and Crime study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 364-377.
- Evjen, R. (2007). *Dobbelt opp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gerds, S., & Iversen, E. (2000). Implementation of the Client Assessment Form in Norway, Final Report Bergen: Bergen clinics.
- Hansen, F. (2008). Feige hjelpere og glemte barn - rus og familieliv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(10), 1266-1267.
- Haugum, M., Iversen, H. H., & Holmboe, O. (2013). Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2013. Resultater for Sørlandet Sykehus HF: Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Enhet for gruppebehandling. *Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 8-2013*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.
- Helsedirektoratet. (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser Nasjonale faglige retningslinjer / Helsedirektoratet (pp. book). Oslo: Helsedirektoratet.
- Humphreys, K., & Moos, R. (2001). Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasi-experimental study. *Alcohol Clin Exp Res*, 25(5), 711-716.

- Karterud, S. (1999). *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Oslo: Pax.
- Kingree, J., Simpson, A., Thompson, M., McCrady, B., & Tonigan, J. (2007). The predictive validity of the survey of readiness for alcoholics anonymous participation. *J Stud Alcohol*, 68, 141 - 148.
- Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addict Sci Clin Pract*, 6(1), 44-55.
- McCarty, D., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Substance Abuse Intensive Outpatient Programs: Assessing the Evidence. *Psychiatr Serv*.
- Meld. st. nr 30 (2011-2012). (2011). *Se Meg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012.html?id=686014>.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). The Outcome Rating Scale. *Institute for the Study of therapeutic Change*. Chicago, Illinois
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91.
- Monsen, J. T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. In S. Karterud & J. T. Monsen (Eds.), *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut* (pp. 90-136). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (J. C. Norcross Ed. 2 ed.). New York: Oxford University Press.
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Oslo: Nova. Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2001/Livskvalitet-som-psykisk-velvaere>
- Polimeni, A.-M., Moore, S. M., & Gruenert, S. (2010). Mental health improvements of substance-dependent clients after 4 months in a Therapeutic Community. *Drug Alcohol Rev*, 29(5), 546-550.
- Prop. 1. (2007-2008). *Opptrappingsplanen for rusfeltet*. Oslo: Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 14. september 2007, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II) Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008-9.html?id=483775>.
- Rosow, I. (2013). Sammenhenger mellom alkoholbruk og suicidal adferd på individnivå: en oversikt. *Suicidologi*, Vol 18 nr. 3, 3-9.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Vederhus, & Kristensen. (2005a). *Resultater av Tolvtrinnsbehandling ved rusmiddelavhengighet*. Forskningsserie fra A-klinikken. Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand.
- Vederhus, & Kristensen. (2005b). Stoffmisbrukere i 12-trinnsbehandling. *rus & avhengighet*, 8(01).
- Vederhus, J.-K., Timko, C., Kristensen, O., & Clausen, T. (2011). The courage to change: Patient perceptions of 12-Step fellowships. *BMC Health Services Research*, 11(1), 339.
- Vederhus, J. K., Hjemdal, B., & Kristensen, Ø. (2010). 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper og 12-trinnsbehandling. In Bramness JG, Blindheim M & C. T. e. al. (Eds.), *Følelser og fornuft. Festskrift til Helge Waal*. (s. 179-195). Oslo: Seraf, UiO.
- Voluse, A. C., Gioia, C. J., Sobell, L. C., Dum, M., Sobell, M. B., & Simco, E. R. (2012). Psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) with substance abusers in outpatient and residential treatment. *Addictive Behaviors*, 37(1), 36.
- Waal, H. (1986). Evaluering som bevisstgjøringsmetode. In O. A. Halhjem (Ed.), *Norsk behandlingsforskning* (s. 105-120). Oslo: Sentralrådet for narkotikaproblemer.
- White, M. (2006). *Narrativ praksis*. København: Hans Reitzel.
- Wise, E. A. (2010). Evidence-based effectiveness of a private practice intensive outpatient program with dual diagnosis patients. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(1), 25-45.

WHO. (2014). ICD-10, Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer Hentet 10.04., 2014, fra <http://finnkode.kith.no/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>

Tabell 1. Demografiske data.

| Deskriptive data av pasientene ved oppstart av behandling. | | Antall (%) | | |
|--|---------------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| | | Alle n=136 | Døgn n=113 | Dag n=23 |
| Andel kvinner | | 36 (26,5) | 32(28,3) | 4(17,4) |
| Alder | Mean (SD) (Range) | 41,7 (12,3)(22-74) | 39,6(11,6)(22-74) | 48,5(12,3)(24-72) |
| Singel | | 85(62,5) | 74(65,5) | 11(47,8) |
| Hovedrusmiddel (Icd-10) n=135 | | | | |
| | • Alkohol | 55(40,4) | 40(35,4) | 15(65,2) |
| | • Alkohol og stoff | 27(19,9) | 23(20,4) | 4(17,4) |
| | • Kun stoff* | 53(39) | 49(43,4) | 4(17,4) |
| Boligforhold siste 4 uker | | | | |
| | • Andel med egen/leid bolig. | 102 (75) | 80(70,8) | 22(95,7) |
| Utdanningsnivå | | | | |
| | • Grunnskole | 43(31,6) | 41(36,3) | 2(8,7) |
| | • Videregående / yrkesskole | 70(51,5) | 54(47,8) | 16(69,6) |
| | • Høyere utdanning | 23(16,9) | 18(15,9) | 5(21,7) |
| Viktigste inntektskilde siste 4 uker | | | | |
| | • Andel med arbeidsinntekt/sykepenger | 48(35,3) | 40(35,4) | 8(34,7) |
| | • Andel med trygdeytelser | 71(52,3) | 59(52,2) | 12(52,3) |
| | • Annet/ukjent | 17(12,4) | 14(12,4) | 3(13) |
| ORS SUM | mean (SD) | 21,9(9,54) | 21,58(9,44) | 23,50(10,07) |
| SCL- GSI | mean (SD) | 0,89(0,59) | 0,92(0,61) | 0,74(0,51) |
| Alvorlighetsskår (Syraap) | median (IKR) n=135 | 4,4(1) | 4,4(1,15) | 4,18(1,2) |

* Av de stoffavhengige var det flere med diagnosen F.19.2, avhengighetsyndrom som skyldes bruk av flere stoffer, det kan også inkludere alkohol uten at det er nærmere beskrevet.

Tabell 2: Psykiske helseproblemer

Tabellen viser pasientoppgitte data ved T1.

Antall (%)

| | N* | Alle | N* | Døgn | N* | Dag |
|---|-----|-----------|----|----------|----|---------|
| Prøvd å ta livet sitt | 105 | 27 (25,7) | 87 | 26(29,9) | 18 | 1(5,6) |
| Alvorlige tanker om suicid i livet | 117 | 60(51,3) | 97 | 52(53,6) | 20 | 8(40) |
| Alvorlig angst i livet | 115 | 78(67,8) | 95 | 65(68,4) | 20 | 13(65) |
| Alvorlig depresjon i livet | 118 | 87(73,7) | 98 | 73(74,5) | 20 | 14(70) |
| Vrangf. /Hallusinasjoner i livet | 110 | 44 (40) | 90 | 39(43,3) | 20 | 5(25) |
| Brukt sprøyter noen gang | 116 | 38(32,8) | 94 | 36(38,3) | 22 | 2(9,1) |
| Mottatt prof. hjelp for psyk. problemer i livet | 111 | 68(61,3) | 94 | 62(66) | 17 | 6(35,3) |

*På grunn av manglende data er N oppgitt på hver linje.



Sørlandet sykehus HF
Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling
Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Kristiansand

Evaluering av gruppebehandling ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)

Bakgrunn/formål

Dette er forespørsel om du er villig til å delta i en evaluering av gruppebehandling ved ARA. Vi er spesielt opptatt av å sammenligne den nyoppstarta dagbehandlingen med vår døgnbaserte gruppebehandling. Formålet er å få mer kunnskap om forløp og nytte for pasienter som går gjennom en slik gruppebehandling og å undersøke om det er noe vi kan gjøre for å forbedre tilbudet.

Hva innebærer studien?

Som et ledd i din behandling ved ARA har du fylt ut forskjellige kartleggingsskjema (AUDIT, DUDIT, SCL-90 og bruk av selvhjelpsgrupper), samt et det er gjort et kort intervju (nasjonalt kartleggingsskjema for rusfeltet). Dette gjøres både ved innkøst og utskrivning, samt ved fullført poliklinisk oppfølging. Denne forespørselen gjelder om vi får din tillatelse til å bruke disse dataene i et kvalitetssikringsprosjekt.

Mulige fordeler og ulemper

Nytten av studien vil være at erfaringene vil kunne bedre behandlingstilbudet og derved kunne hjelpe andre som senere kommer til samme behandling. Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke når som helst uten at det påvirker behandlingen på sykehuset.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien. Opplysningene blir senest helt anonymisert ved utgangen av år 2017.

Organisering / kontaktinformasjon

Sørlandet Sykehus, Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, er ansvarlig for studien.

Planlagt oppstart er januar 2011.

Prosjektleder er overlege Øistein Kristensen, tlf. 38148000.

Ved behov for informasjon kontakt prosjektmedarbeider John-Kåre Vederhus, tlf 38148024 eller ta kontakt med avdelingen på tlf. 38148000.

Postadresse

Sørlandet sykehus HF
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
Serviceboks 416
4604 KRISTIANSAND

Besøksadresse:

Poliklinikk: Bispegata 50
Avgiftnings- og Basisposten
Kongsgård Allè 71
Rehabiliteringsposten:
Gyldenløvesgt. 56

Telefon:

+47 38 14 80 00
Telefaks:
+47 38 09 73 90

Bankkonto:

1644.06.08284

Admin. adresse

Sørlandet sykehus HF
Serviceboks 416
4604 KRISTIANSAND
Telefon:
+47 38 07 44 00

Foretaksreg.

NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside:
www.sshf.no
e-post:
postmottak@sshf.no



Sørlandet sykehus HF
Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling
Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Kristiansand

***Evaluering av gruppebehandling ved Avd. for rus- og
avhengighetsbehandling (ARA)***

Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i denne evalueringen

(Signert av deltager, dato)

Kontaktinformasjon:

Tlf: _____

Mobil: _____

E-post: _____

Adr pr dato: _____

Evt. andre vi kan kontakte for å nå deg (pårørende e.l.): _____

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Avdeling for rus- og
avhengighetsbehandling
Serviceboks 416
4604 KRISTIANSAND

Besøksadresse:
Poliklinikk: Bispegra 50
Avgiftnings- og Basisposten
Kongsgård Allè 71
Rehabiliteringsposten:
Gyldenløvesgt. 56

Telefon:
+47 38 14 80 00
Telefaks:
+47 38 09 73 90
Bankkonto:
1644.06.08284

Admin. adresse
Sørlandet sykehus HF
Serviceboks 416
4604 KRISTIANSAND
Telefon:
+47 38 07 44 00

Foretaksreg.
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside:
www.sshf.no
e-post:
postmottak@sshf.no

2. Hvordan vurderer du selv alvorlighet av ditt rusproblem?

* Her er noen utsagn som handler om hvordan du ser på ditt eget rusproblem. Vennligst angi i hvilken grad du er enig i hvert utsagn ved å sette et kryss på svarskaalen:

+

| | 1 - Svært uenig | 2 - Uenig | 3 - Verken enig eller uenig | 4 - Enig | 5 - Svært enig |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mitt rusproblem er alvorlig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mine vennskap har blitt skadet på grunn av mitt rusmiddelmissbruk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jeg har lidd økonomiske tap på grunn av mitt rusmiddelbruk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mitt rusmiddelbruk har såret andre mennesker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bruk av rusmidler har påvirket min evne til å håndtere hverdagsproblemene mine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\

+

NAVN: _____ F. DATO: _____ DATO: _____ FORBEREDELSE +

AUDIT – skjema vedrørende alkoholbruk

Testen nedenfor handler om ditt forbruk av alkohol **DET SISTE ÅRET**. Svar på spørreskjema er et viktig grunnlag for din behandling. Det er derfor viktig at du svarer så ærlig og oppriktig du kan. Sett ett kryss for hvert spørsmål.

Forklaringsboks: En alkoholenhet (AE) tilsvarer:
 - 1 flaske pils (33cl), 1 vanlig glass rød/hvit vin (12cl), 1 glass hetvin (8cl), 1 drink brennevin (4cl)
 - 1/2 liter pils = 1.5 AE, 1/1 flaske rød/hvit vin = 6 AE, 1/1 flaske brennevin = 18 AE +

| Spørsmål | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | Aldri | Månedlig eller sjeldnere | 2 - 4 ganger i måneden | 2 - 3 ganger i uka | 4 eller fler ganger i uka |
| 1. Hvor ofte drikker du alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - 2 | 3 - 4 | 5 - 6 | 7 - 9 | 10 eller mer |
| 2. Hvor mange alkoholenheter (øl, vin-glass, drinker; se forklaringsboks over) drikker du på en "typisk" drikkedag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Aldri | Sjeldnere enn månedlig | Månedlig | Ukentlig | Daglig eller nesten daglig |
| 3. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer på en gang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hvor ofte i løpet av siste år var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hvor ofte i løpet av siste år unnlot du å gjøre ting du skulle gjøre på grunn av drikking? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hvor ofte i løpet av siste år har du trengt alkohol om morgenen for å komme i gang etter en sterk drikking dagen før? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hvor ofte i løpet av siste år har du hatt skyldfølelse eller samvittighetsnag på grunn av drikking? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hvor ofte i løpet av siste år har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før på grunn av drikking? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nei | | Ja, men ikke siste år | | Ja, i løpet av siste år |
| 9. Har du eller noen blitt skadet som følge av din drikking? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 10. Har en slektning eller venn, eller lege (eller en annen helsearbeider) engstet seg over drikkingen din, eller antydnet at du burde redusere? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

* SUM: _____ (føres på av behandler) +

NAVN: _____ F. DATO: _____ DATO: _____ /

DUDIT – skjema om bruk av andre rusmidler enn alkohol

Spørsmålene nedenfor handler om ditt forbruk av rusmidler (narkotiske stoff og legemidler) **DET SISTE ÅRET**. Svar på spørreskjema er et viktig grunnlag for din behandling. Det er derfor viktig at du svarer så ærlig og oppriktig du kan. Sett ett kryss for hvert spørsmål.

| Spørsmål | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | Aldri | Månedlig eller sjeldnere | 2 - 4 ganger i måneden | 2 - 3 ganger i uka | 4 eller fler ganger i uka |
| 1. Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol? (Se listen over narkotiske stoffer og legemidler på neste side). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bruker du flere enn ett rusmiddel ved ett og samme tilfelle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 0 | 1 - 2 | 3 - 4 | 5 - 6 | 7 eller flere |
| 3. Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff/legemidler, når du tar rusmidler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Aldri | Sjeldnere enn månedlig | Hver måned | Hver uke | Daglig eller nesten daglig |
| 4. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av rusmidler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du det siste året opplevd at lengselen etter rusmidler har vært så sterk at du ikke kunne stå i mot? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta rusmidler når du først hadde begynt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt rusmidler og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta rusmidler etter stort inntak dagen før? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt rusmidler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nei | | Ja, men ikke siste år | | Ja, i løpet av siste år |
| 10. Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av rusmidler? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 11. Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av rusmidler, eller sagt til deg at du bør slutte med rusmidler? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

+ SUM: _____ (føres på av behandler) *
 Se neste side for å se listen over rusmidler



LISTE OVER NARKOTISKE STOFFER (OBS! IKKE ALKOHOL)

| Cannabis | Amfetamin, sentralstim. | Kokain | Opiater | Hallucinogener | Løsningsmiddel | GHB og øvrige |
|--------------|----------------------------|------------|---------|-----------------|----------------|--|
| Cannabis | Amfetamin | Crack | Heroin | 2C-B, DOB | Bensin | Amylnitritt (poppers) |
| Cannabisolje | Betelnøtt | Freebase | Opium | DMT (mimosa) | Gass | Anabole steroider |
| Hasj | Concerta | Kokablod | Røyke- | Ecstasy (MDMA) | Lim | Antikolinergika (Disipal, Akineton) |
| Marihuana | Dexamin | Kokain | heroin | Fleinsopp | Løsemidler | GHB, GBL |
| | Equasym | Kokainbase | | Ketalar/Ketamin | Trikloretylen | Lystgass |
| | Fenmetralin | Kokapasta | | LSD | Tynner | |
| | Khat | | | Magic mushrooms | | |
| | Metamfetamin | | | Meksikansk sopp | | |
| | Metylfenidat | | | Meskalin/Peyote | | |
| | Modafinil | | | Muskat | | |
| | Modiodal | | | PCP | | |
| | Ritalin | | | Piggeple | | |
| | | | | Psilocybin | | |

LEGEMIDLER

Legemidler regnes som rusmiddel når du tar det:

- mer eller oftere enn legen har foreskrevet
- for å ha det moro, føle deg bra, bli "høy", eller prøve ut effekten av dem
- og har fått det av en slektning eller venn
- og har kjøpt det "svart" eller stjålet det

Beroligende legemidler og/eller sovetabletter

| | | |
|---------------|--------------|------------|
| Alopam | Karisoprodol | Stilnoct |
| Aprazolam | Klometiazol | Valium |
| Apodorm | Klonazepam | Vival |
| Ativan | Lorazepam | Xanor |
| Barbital | Midazolam | Xanor dep. |
| Diazepam | Mogadon | Zolpidem |
| Dormicum | Nitrazepam | Zopiclone |
| Fenemal | Oxazepam | Zopiklon |
| Fenobarbital | Rivotril | |
| Flunitrazepam | Rohypnol | |
| Flunipam | Sobril | |
| Heminevrin | Somadril | |
| Imovane | Stesolid | |

Smertestillende legemidler

| | | |
|------------------|-------------|---------------------|
| Actiq | Ketalar | OxyNorm |
| Anervan | Ketamin | Pallodon |
| Aporex | Ketobemidon | Paralgin |
| Apotekets sterke | Ketogan | Paralgin- |
| -Hostesirup | Ketorax | - Forte/Major/Minor |
| Buprenorfin | Kodein | Petidin |
| Cosylan | Leptanal | Pinex |
| Dekstopropoxyfen | Matrifen | Pinex- |
| Dolcontin | Meprobamat | - Forte/Major |
| Durogesic | Metadon | Solvipect Comp |
| Etylmorfin | Morfin | Suboxone |
| Fentanyl | Morfin- | Subutex |
| Fortralin | scopolamin | Temgesic |
| Hydrokon | Nobligan | Tramadol |
| Hydromorfon- | Norspan | Tramagetic |
| klorid | Oksykodon | |
| Kapanol | OxyContin | |

Legemidler regnes IKKE som rusmiddel når de er foreskrevet av lege og du tar dem slik legen sier at du skal (både mengde og hyppighet).

SCL-90-R

* På de følgende sidene finner du listet opp en rekke plager og problemer som man av og til har. Les nøye gjennom hvert enkelt spørsmål - eller påstand, og sett kryss i det svaralternativet som best beskriver HVOR MYE HVERT ENKELT PROBLEM HAR PLAGET DEG ELLER VÆRT TIL BESVÆR I LØPET AV DE SISTE 7 DAGER. Sett ett kryss pr. linje. +

| | Ikke plaget.... 0 | Litt plaget.... 1 | Måtelig plaget 2 | Ganske mye plaget ... 3 | Veldig mye plaget ... 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Hodeverk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nervøsitet eller indre uro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gjentatte ubehagelige tanker som ikke vil gi slipp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Matthet eller svimmelhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tap av seksuell lyst og interesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Føler deg kritisk mot andre mennesker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tror at en annen person kan kontrollere tankene dine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Føler at andre er skyld i de fleste av, dine problemer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vansker med å huske saker og ting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bekymringer over slurv og uforsiktighet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Blir lett forarget eller irritert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Smerter i hjerteregionen eller bryst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Føler deg redd for åpne plasser eller på gaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Føler deg energifattig eller langsommere enn vanlig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Tanker om å ta ditt liv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Hører stemmer som andre ikke hører | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Skjelvinger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Føler at mennesker flest ikke er til å stole på | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Dårlig matlyst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Gråter lett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Føler deg blyg eller engstelig i forhold til det motsatte kjønn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Føler deg liksom lurt i en felle eller fanget | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Blir plutselig redd uten grunn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

SCL-90-R forts.

* Sett kryss i det svaralternativet som best beskriver hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 7 dager. \

| | Ikke plaget.... 0 | Litt plaget.... 1 | Måtelig plaget 2 | Ganske mye plaget ... 3 | Veldig mye plaget ... 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 24. Ukontrollerbare raseriutbrudd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Føler deg engstelig for å gå hjemmefra alene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Smerter i korsryggen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Føler at det er vanskelig å få ting gjort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Føler deg ensom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Føler deg nedtrykt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Føler deg uten interesse for ting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Føler deg engstelig og redd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Føler deg lett såret | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Føler at noen mennesker leser dine private tanker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Føler at andre ikke forstår deg eller bryr seg om deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Føler at andre mennesker er uvennlige eller at de misliker deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Må gjøre ting meget langsomt for å være sikker på at det blir riktig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Har hjertebank eller føler at hjerteslagene nærmest løper av gårde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Har kvalme eller urolig mage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Føler deg underlegen eller mindreverdigg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Verk eller ømhet i musklene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Føler at andre iakttar eller snakker om deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Har vanskeligheter med å sovne. \ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Må kontrollere det du gjør en eller flere ganger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Problemer med å kunne bestemme deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Føler deg engstelig for å reise med buss, trikk, tog, o.l. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\

SCL-90-R forts.

* Sett kryss i det svaralternativet som best beskriver hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 7 dager.

+

| | Ikke plaget.... 0 | Litt plaget.... 1 | Måtelig plaget 2 | Ganske mye plaget ... 3 | Veldig mye plaget ... 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 48. Pustebesvær eller besvær med å få luft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Varme- eller kuldetokter gjennom kroppen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Må unngå bestemte saker, plasser eller situasjoner fordi de gjør deg engstelig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Blir «tom» i hodet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Nummenhet og prikking i deler av kroppen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Klump i halsen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Føler håpløshet med henblikk på fremtiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Konsentrasjonsproblemer. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Føler deg svak i deler av kroppen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. Føler deg anspent eller oppjaget | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. Føler deg tung i armer og ben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. Tanker om døden eller hvordan det er å dø | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Spiser for mye. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. Føler ubehag når andre mennesker iakttar eller snakker om deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62. Har tanker som ikke er dine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. Føler trang til å slå, skade eller gjøre andre vondt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. Våkner tidlig om morgenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65. Føler en slags tvang mht. å måtte utføre visse handlinger flere ganger eller å måtte utføre dem på en helt bestemt måte – f.eks. berøre visse ting, telle eller vaske | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. Urolig eller forstyrret søvn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67. Kjenner impulser til å slå i stykker eller smadre ting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. Har tanker eller ideer som andre ikke har, eller ikke forstår seg på | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

/

SCL-90-R forts.

* Sett kryss i det svaralternativet som best beskriver hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 7 dager. +

| | Ikke plaget.... 0 | Litt plaget.... 1 | Måtelig plaget 2 | Ganske mye plaget ... 3 | Veldig mye plaget ... 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 69. Føler deg meget sjenert eller forsagt når du er sammen med andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. Føler ubehag når du omgås mange mennesker på en gang, f. eks i butikker eller på kino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. Føler det som om alt mulig er anstrengende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72. Angst eller panikkanfall. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73. Føler ubehag ved å spise eller drikke ute blant folk, f. eks. på kafé, bar eller restaurant. \ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74. Havner ofte i heftig diskusjoner eller i krangel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75. Føler deg nervøs når du må være alene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76. Synes at andre ikke setter nok pris på det du gjør | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 77. Føler deg ensom, selv når du er sammen med andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 78. Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 79. Føler deg verdiløs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 80. Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 81. Skriker og kaster ting. / | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 82. Er redd for å skulle besvime når du er ute blant folk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83. Føler at folk vil komme til å utnytte deg om de får sjansen til det | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. Har seksuelle tanker og forestillinger som bekymrer deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85. Har tanker om at du bør straffes for syndige ting du har gjort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86. Har skremmende tanker og forestillingsbilder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 87. Tanker om at det er noe alvorlig feil med kroppen din | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 88. Føler deg aldri nær noe annet menneske | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89. Skyldfølelse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 90. Tror at det er noe i veien med din forstand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Øistein Kristensen
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)
Sorlandet sykehus HF
Serviceboks 416
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 07.02.2011

Vår ref: 25940 / 4 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.01.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 27.01.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|---|
| 25940 | <i>Evaluering av gruppebehandlingen ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Sorlandet sykehus HF, ved institusjonens overste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Øistein Kristensen</i> |

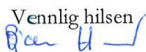
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25940

Prosjektet er meldt som et kvalitetssikringsprosjekt. Personvernombudet legger til grunn at prosjektet oppfylder vilkårene i Helsepersonelloven § 26 og følgelig er å anse som et kvalitetssikringsprosjekt med forankring i virksomhetens ledelse. Behandlingen utløser meldeplikt jf. personopplysningsloven § 31 med hjemmelsgrunnlag i §§ 8 første ledd ved lov, og 9 punkt b).

På bakgrunn av helsepersonellovens krav om forankring i virksomhetens ledelse anbefaler ombudet at oppdraget formaliseres skriftlig og rettes til navngitt(e) person(er).

Hensikten med prosjektet er å få mer kunnskap om forløp og nytte for pasienter som går gjennom en dagbasert gruppebehandling for rusavhengighet, samt sammenligne resultatene med tilsvarende døgnbasert behandling.

Prosjektleder opplyser at prosjektet er meldt til REK og vurdert som ikke fremleggelsespliktig i henhold til helseforskningsloven.

Utvalget består av samtlige pasienter som innlegges til gruppebasert dag- eller døgnbehandling ved Avdeling for Rus- og Avhengighetsbehandling (ARA, basis-posten). Dette vil utgjøre ca. 100 personer årlig. Inklusjon i prosjektet vil pågå ut 2016.

Personvernombudet finner informasjonsskriv av 27.01.2011 tilfredsstillende. Det innhentes skriftlig samtykke.

Det registreres navn, fødselsnummer og kontaktinformasjon. Øvrige data innhentes fra pasientjournal og består av spørreskjema som inngår i ordinær klinisk kartlegging: (AUDIT, DUDIT, SCL-90, spørreskjema om alvorlighet og selvhjelpsgruppebruk). Skjema basert på personlig intervju angir demografiske og oversiktsdata om problemomfang (intervju gjøres både ved innkommst og utskrivning); Nasjonal Klientkartleggingsskjema (KKS). En vil registrere diagnosedata fra journal, samt antall reinnleggelser i samme avdeling.

Ombudet legger til grunn at opplysningene som registreres er relevante for formålet med kvalitetssikringen.

Data plottes og analyseres ved hjelp av programmet SPSS.

Data er sikret i sykehusnettverk. Manuelle data oppbevares i låst skap.

Ansatt som ordinært fører opplysninger inn i journal samt prosjektmedarbeider John-Kåre Vederhus vil i tillegg til prosjektleder Øistein Kristensen ha tilgang til data.

Prosjektslutt er 31.12.2017. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.

Vedlegg 9

Fra: post@helseforskning.etikkom.no

Sendt: 06.01.2011

Til: oistein.kristensen@sshf.no; oistein.kristensen@sshf.no

Emne: REK sør-øst Kvalitetssikring av gruppebehandling

Hei

Vi viser til henvendelse av 9.12.2010 om framleggingsplikt angående prosjektet "Kvalitetssikring av gruppebehandling". Formålet med opplegget er å kvalitetssikre behandlingen av rusmisbrukere i dagbehandling sammenlignet med standard døgnbasert gruppebehandling gitt i parallell avdeling. Det skal benyttes allerede registrerte opplysninger fra ordinær kartlegging ved hjelp a AUDT, DUDIT SCL90, diagnose osv. Det skal også innhentes samtykke til å bruke opplysningene fra behandling og klinisk kartlegging til dette prosjektet.

Slik dette er beskrevet dreier det seg om en systematisk gjennomgang av gitt behandling. En beskrivelse av hva som er gjort og oppsummering av resultater kan ligge innenfor det som kan gjøres uten godkjenning av REK. En slik retrospektiv undersøkelse kan komme inn under det som ofte kalles "kvalitetssikring". Det er heller ingenting i veien for at slike beskrivelser av framgangsmåter og resultater kan publiseres.

Vi oppfatter derfor dette tiltaket som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud, og at det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Vi gjør oppmerksom på at det for behandling av personopplysninger i prosjektet er nødvendig med tillatelse fra personvernombud evt. NSD. Beklager at saken er blitt liggende så lenge.

Mvh

Jørgen Hardang

Skjema: Fremleggingsplikt

Skjema mottatt 09.12.2010 i SPREK - saksportalen for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) på helseforskning.etikkom.no

2010/3173-1

1. Generelle opplysninger

a. Prosjekttittel

| | |
|----------------------|--------------------------------------|
| Prosjekttittel | Kvalitetssikring av gruppebehandling |
| Vitenskapelig tittel | |

b. Prosjektleder

| | |
|--------------------|---|
| Navn | Øistein Kristensen |
| Akademisk grad | M.D. |
| Klinisk kompetanse | Psykiaer |
| Stilling | Overlege/forskningsleder |
| Arbeidssted | Avd. for rus- og avhengighetsbehandling |
| Arbeidsadresse | P.h. 416 |
| Postnummer | 4604 |
| Sted | Kristiansand |
| Telefon | 38148000 |
| Mobiltelefon | |
| E-postadresse | oistein.kristensen@sshf.no |

c. Forskningsansvarlig

| | |
|-----------------------------|---|
| Forskningsansvarlig er | Institusjon eller annen juridisk person |
| Institusjon/juridisk person | AVd. for rus- og avhengighetsbehandling |
| Gateadresse/postboks | pb 416 |
| Postnummer | 4604 |
| Sted | Kristiansand |

| | |
|----------------|----------------------------|
| Kontaktperson | Øistein Kristensen |
| Stilling | Overlege/forskningsleder |
| Telefon | 38148000 |
| Mobiltelefon | |
| E-post adresse | oistein.kristensen@sshf.no |

2. Prosjektopplysninger

a. Bakgrunn og formål

| | |
|---|---|
| Bakgrunn for og formål med prosjektet | Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet Sykehus, har startet opp med en gruppebehandling av rusmisbrukere i dagbehandling. En ønsker å kvalitetssikre denne behandlingen og sammenligne med standard døgnbasert gruppebehandling gitt i parakell avdeling. |
| Hvordan skal resultatene av prosjektet presenteres? | Nasjonal eller internasjonal artikkel |

b. Prosjektdata

| | |
|--|--|
| Allerede registrerte opplysninger | Ja |
| Redegjør nærmere for hvilke opplysninger det gjelder og hvor de hentes fra | Data registrert ved ordinær kartlegging; AUDIT, DUDIT, SCL90, diagnose (MINI), bruk av selvhjelpsgrupper og standard nasjonalt kartleggings skjema ved rusproblematikk (KKS). Dette gjøres både ved innkomst, etter avsluttet døgn-/dagbehandling og ved avsluttet poliklinisk oppfølging. |
| De registrerte opplysningene er avidentifiserte | Ja |
| Skal identifiserings skjema utleveres til prosjektet? | Ja |
| Skal det innhentes samtykke fra dem opplysningene gjelder? | Ja |
| Redegjør nærmere for informasjon og samtykke | Skjemaene inngår i vanlig klinisk kartlegging. Pasienten bes om å gi informert samtykke til å bruke data til kvalitetssikringsprosjektet. |

c. Varighet

| | |
|--------------------|------------|
| Prosjektstart dato | 03.01.2011 |
|--------------------|------------|

| | |
|---|--------------|
| Prosjektslutt dato | 31.12.2017 |
| Re deggjtr for hva som skal skje med prosjektdata etter prosjektslutt | Anonymiseres |

3. Begrunnelse for spørsmål og framleggingsplikt

Hei

c. Varighet

| | |
|---|---|
| Begrunn hvorfor det er reist tvil om hvorvidt prosjektet må godkjennes av REK | Prosjektet gjelder en kvalitetsikring av nyoppstartet behandling. |
|---|---|

4. Vedlegg

1. KKS.pdf - Samlet skjema B (KKS) - 09.12.10
2. Samla skjema.pdf - Samlet skjema A - 09.12.10
3. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet basis.doc - Informert samtykke - 09.12.10
4. Prosjektbeskrivelse_gruppebehandling Krs.doc - Prosjektbeskrivelse - 09.12.10