

Grete Lauritzen

**European Addiction Severity Index
(EuropASI) i en oppfølgingsstudie av
narkotikabrukere i behandling**
Refleksjon om kvaliteter ved instrumentet
for forskning og praksisformål

SIRUS-Rapport nr. 6/2010
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2010

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS

Oslo 2010

ISBN 978-82-7171-351-5 (trykt)

ISBN 978-82-7171-352-2 (PDF)

ISSN 1502-8178

SIRUS

Pb. 565 Sentrum

0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B

Telefon: 22 34 04 00

Fax: 22 34 04 01

E-post: sirus@sirus.no

www.sirus.no

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2010

www.07.no

Forord

Addiction Severity Index (ASI) er et internasjonalt svært utbredt kartleggingsverktøy innenfor behandlingsforskning i rusmiddelfeltet og for klinisk bruk. En europeisk tilpasning (EuropASI) er gjort av den 5. versjonen av ASI.

I denne rapporten legger jeg til grunn erfaringer fra en longitudinell SIRUS studie av nærmere 500 narkotikamisbrukere for å vise hvordan EuropASI er benyttet og kan gi beskrivelse av klientene ved inntak i behandling og ved to oppfølgingstidspunkter. Erfaringer fra undervisning i EuropASI og tilbakemeldinger fra behandlingsenheter danner i tillegg et grunnlag for å reflektere over styrker og svakheter ved instrumentet.

Rapporten henvender seg spesielt til de mange innenfor rusmiddelfeltet og psykisk helsevern som har tatt EuropASI i bruk for utredning og behandling av pasienter, og i evaluering og forskningsprosjekter.

Takk til kolleger ved SIRUS, SERAF UiO, og Tyrili FoU for felles innsats.

Oslo, 16. oktober 2010

Grete Lauritzen

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn	10
1.2 Problemstillinger	11
1.3 Rapportens oppbygging	12
2 Addiction Severity Index	13
2.1 Rasjonale for utviklingen av ASI	13
2.2 En flerdimensjonal tilnærming	14
2.3 Strukturelle elementer i ASI	14
2.4 Betegnelsen Addiction Severity Index	16
2.5 Metoder for å måle rusmiddelmisbruk/avhengighet	17
2.6 Noen teoretiske forankringspunkter for ASI	19
2.7 ASI-intervjuet og empirisk forskning	20
3 Metode og materiale	23
3.1 Metodisk tilnærming	23
3.2 Materialet	24
3.3 «Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?» Bakgrunn, problemstillinger og design	24
3.4 Utvalg og materiale fra nytte-kostnadsstudien	25
3.5 Valg av EuropASI som hovedinstrument i nytte- kostnadsstudien	27
3.6 Andre benyttede instrumenter i nytte-kostnadsstudien	28
3.7 Datainnsamling – intervjuene	28
3.8 Innledende kommentarer om reliabilitet i inntaksmaterialet	31
3.9 Innledende kommentarer om validitet i inntaksmaterialet	32
4 EuropASI som instrument for å beskrive klientutvalg	33
4.1 Inntaksmaterialet	33
4.2 Demografiske data	34
4.3 Fysisk helse	35
4.4 Utdanning/arbeid/økonomi	38
4.5 Bruk av alkohol, narkotiske stoffer og medikamenter	41
4.6 Kriminalitet	46
4.7 Familiehistorie/Familie og sosiale relasjoner	47
4.8 Psykisk helse	53

5 EuropASI som instrument for å måle endring i problembelastning	58
5.1 Oppfølgingsundersøkelsene	58
5.2 Oppfølgingsmaterialet	60
5.3 Endringsmålene i EuropASI	60
5.4 Måling på utvalgte siste 30 dagers variabler	61
5.5 Severity rating (SR)	67
5.6 Composite Score (CS)	68
6 EuropASI i praksisfeltet	72
6.1 EuropASI til behandlingsformål	72
6.2 Opplæring	73
6.3 Utbredelse og implementering	74
6.4 Ledelse og struktur	76
6.5 Motstand mot det standardiserte, strukturerte intervjuet	76
6.6 Motivasjon for implementering	77
6.7 Elektronisk program	78
6.8 Betragtninger fra behandlingsfeltet	79
6.9 Intervjuers alvorlighetsvurdering (SR) og klientens vurderingsskalaer brukt i klinisk sammenheng	80
6.10 Fra EuropASI til behandlingsplan	81
7 Drøfting	82
7.1 Innledning	82
7.2 EuropASI som instrument for å beskrive klientgrupper	83
7.3 EuropASI som instrument for å måle endring	86
7.4 EuropASI som verktøy for utredning og behandling	88
7.5 Videre utvikling	89
Referanser	91
English summary	98
Vedlegg 1 EuropASI inntaksintervju	101
Vedlegg 2 Tilbakemeldingsskjema til klient	120

Sammendrag

SIRUS rapport 6/2010 beskriver og vurderer kartleggingsverktøyet European Addiction Severity Index (EuropASI) i en forskningssammenheng og for klinisk bruk. Materialet som danner grunnlag for rapporten er oppfølgingsstudien: «Hvilken nytte for hvem og til hvilken kostnad» der nærmere 500 narkotikamisbrukere rekruttert fra 20 norske behandlingstiltak er intervjuet i perioden 1998 til 2009. Intervjutidspunktene er ved inntak i behandling og etter ett, to, syv og ti år. EuropASI er valgt som hovedinstrument for denne studien, det vil si for beskrivelse av klientene ved inntak og for måling av endring i problembelastning. Erfaringer og data fra de tre første måletidspunktene inngår i rapporten. I tillegg utgjør undervisning i bruk av EuropASI og tilbakemeldinger fra behandlingstiltak som har implementert instrumentet, bakgrunnsmateriale og bidrar til vurdering og refleksjon.

Hovedproblemstilling i den foreliggende rapporten er:

Hva er styrker og svakheter ved EuropASI med hensyn til å kartlegge narkotikamisbrukere i behandling og evaluere endringer i problembelastning?

1. Hvordan er EuropASI egnet som instrument for å beskrive klientutvalget i en forskningsstudie?
2. Hvordan er det egnet til å måle endring i klientenes situasjon etter behandling?
3. Hvordan vurderes nytten av EuropASI i utrednings- og behandlingsarbeid?

EuropASI betegnes gjennom sin konstruksjon og form som et standardisert, strukturert kartleggingsverktøy og plasseres i hovedsak innenfor en kvantitativ kunnskapstradisjon. For å vurdere kvaliteter ved instrumentet brukes begrepene reliabilitet og validitet som analytiske akser. Materiale fra forskningsstudien trekkes inn for å belyse variabler og skala mål. Hovedvekten er lagt på en detaljert gjennomgang av utvalgte variabler i inntaksintervjuet for å vise psykometriske kvaliteter og svakheter ved spørsmål som utgjør baseline i undersøkelsen. De ulike

endringsmålene i EuropASI blir belyst og vurdert ved hjelp av data fra to oppfølgingsmålinger.

EuropASI er et flerdimensjonalt kartleggingsverktøy med syv hovedområder i tillegg til demografiske opplysninger:

1. Fysisk helse
2. Utdanning/arbeid og forsørgelse
3. Alkohol
4. Narkotiske stoffer og medikamenter
5. Kriminalitet
6. Familie- og sosiale relasjoner
7. Psykisk helse

Mange av variablene er kontinuerlige, slik at alvorlighetsgraden av problemer kan måles. Det stilles spørsmål både av objektiv, verifiserbar karakter, spørsmål som kun er basert på subjektiv rapportering og av klientens egen opplevelse av problemtyngde og vurdering av hjelpebehov.

Den flerdimensjonale tilnærmingen vurderes som en styrke ved instrumentet. I beskrivelsen av klientene sees rusmiddelbruk som et element i et ofte svært sammensatt problembilde. Endring i problembelastning er, gjennom det store spekteret av variabler innenfor de ulike dimensjonene, mulig å analysere slik at viktige samvariasjoner kan fremstilles. Innenfor klinisk virksomhet kan EuropASI nettopp benyttes til å belyse hvor mangefasettert misbruksproblemet ofte er, og derfor begrunne behovene for en bred intervensjon og tverrfaglig kunnskap.

Inntaksintervjuet har i hovedsak tidsreferanser som «siste 30 dager» og «tidligere i livet». Både det aktuelle problembildet, men også vansker som har en lang historie blir kartlagt. «Siste 30 dager» er den gjennomgående tidsreferansen for måling av endring. Svakheter ved et så kort tidsvindu drøftes. Likeså at baselineinformasjon fra «tidligere i livet» ikke er supplert med en måleperiode på ett år eller seks måneder slik at den kan matches med informasjon fra oppfølgingsintervjuene og gi et mer stabilt endringsuttrykk enn siste 30 dagers målet. Vi drøfter også ambisjonen om det detaljerte målenivået på mange av variablene innenfor bredden av temaer som instrumentet dekker. Prosedyrer og kvalitetssikring for å oppnå størst mulig grad av reliabilitet i intervjusituasjonen og gjennom databehandling

gjøres rede for og innholdsvaliditet i de ulike dimensjonene og i enkeltvariabler diskuteres. Det anbefalte endringsmålet, Composite Score vurderes kritisk.

Erfaringer fra klienter som er intervjuet med ASI er gjennomgående svært positive, og både behandlere og klienter legger vekt på at bruker/aktørperspektivet står sentralt i intervjuet. Nyttene for utrednings- og behandlingsarbeid fremheves og forklares.

I et samarbeidsprosjekt mellom SIRUS, SERAF og Tyrili FoU er det utviklet en nasjonal opplæringsstandard for bruk av instrumentet og undervisningen er forankret ved SERAF. En faggruppe vil i løpet av 2011 vurdere om den 6. versjonen av ASI skal anbefales for bruk i Norge.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Denne rapporten er ett av mange bidrag som publiseres fra den longitudinelle SIRUS studien av en kohort narkotikamisbrukere i behandling (n=481). Studien var opprinnelig kalt: «Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?» En overordnet målsetting var å utvikle kunnskap om utfall av behandling relatert til kostnadene ved behandlingsinnsatser (Melberg et al., 2003). Studien er avsluttet i 2009 etter en ti års oppfølging av klientene. I tillegg til kostnad/nytte perspektivet har en målsetting vært å følge narkotikamisbrukere over tid for å beskrive endringer i deres livssituasjon og bruken av behandlingstiltak. I denne rapporten drøftes ikke problemstillinger knyttet til kostnadsanalyser, men studien omtales i rapporten som nytte-kostnadsstudien.

Forut for studien hadde det daværende Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) gjennomført en landsomfattende kartleggingsundersøkelse av stoffmisbrukere i behandling (Lauritzen et al., 1997). Det ble den gang lagt ned et betydelig arbeid i å konstruere et eget intervjuinstrument. En gruppe klinikere og forskere tok utgangspunkt i behandlingsstudier som var gjort i Norge og forsøkte å legge til rette for en sammenligning av klientdata mellom disse. Selv om vi oppsummerte at det kartleggingsverktøyet vi utviklet på mange måter var velegnet til formålet, ville det vært ønskelig å kunne sammenligne data fra en nasjonal studie med internasjonale funn.

Erfaringen av hvor komplisert og tidkrevende det er å utvikle skreddersydde verktøy, ønske om best mulige psykometriske kvaliteter, en internasjonal orientering og tidligere deltakelse i et europeisk komparativt prosjekt ga føringer i valget av EuropASI og andre instrumenter til den nye prospektive behandlingsstudien.

Fra 2004 er behandling av rusmiddelmissbrukere blitt del av norsk spesialisthelsetjeneste (Rusreform I og II 2002–2003). Det innebærer blant annet et sterkere krav til individuelle behandlingsplaner, diagnostisering, dokumentasjon av virksomheten, resultatrapporteringer, nytte-kostnadsvurderinger osv. Fagfeltet er på leting etter verktøy som kan bidra til å oppfylle disse kravene. Likeledes har både barnevern og psykisk helsevern for barn og unge fått klarere kvalifikasjonskrav i sitt arbeid med rusmiddelproblemer. Det er med andre ord uttalte ønsker om verktøy som kan brukes til vurdering av hjelpe/behandlingsbehov, legge grunnlag for behandlingsplaner og evaluering av virksomhet. Et overordnet mål fra behandlingsfeltet er å kunne hjelpe den enkelte klient best mulig.

I kjølvannet av vår studie har det vokst fram en betydelig interesse for EuropASI og ungdomsversjonen, Adolescent Assessment Dialogue (ADAD, Friedman & Utada 1989) fra ulike forskningsmiljøer i Norge, og for bruk i utrednings- og behandlingsarbeid. Dette har selvsagt også sammenheng med den internasjonale anerkjennelse disse instrumentene har.

SIRUS har gjennom de senere årene hatt samarbeid med Universitet i Oslo, seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, nå SERAF og Tyrili FoU med formål blant annet å systematisere erfaringer om bruken av ASI/ADAD for å bidra til et kunnskapsgrunnlag for anbefalinger av instrumenter. Forhåpentligvis kan denne rapporten være ett bidrag i en slik sammenheng. Det er ønskelig at rapporten vil gjøre oppmerksom på hvilke prosedyrer og kvalitetssikringskrav som søkes oppfylt for å sikre pålitelighet av et datamateriale, ikke minst er dette viktig hvis målet er å gjøre komparative undersøkelser. Den fremstillingsformen som er gjort av tabeller i rapporten er kun på gruppenivå, uten frafallsanalyser og statistiske beregninger og er i hovedsak ment å illustrere EuropASI spørsmål og endringsmål. Selv om et instrument som ASI er anbefalt utenfor Norge i stor målestokk har det vært viktig også å formidle de svakhetene vi har erfart og de åpenbare forbedringspunktene vi ser i forhold til en ny revisjon (ASI 6).

1.2 Problemstillinger

Følgende hovedproblemstilling vil bli belyst:

Styrker og svakheter ved EuropASI som instrument for å kartlegge narkotikamisbrukere i behandling og evaluere endringer i problembelastning.

1. Hvordan er EuropASI egnet som hovedinstrument for å beskrive klientutvalget i en oppfølgingsstudie?
2. Hvordan er EuropASI egnet til å måle endring i klientenes situasjon etter behandling?
3. Hvordan vurderes nytten av EuropASI i utrednings- og behandlingsarbeid?

1.3 Rapportens oppbygging

Etter innledningskapittelet følger en beskrivelse av ASI. Deretter redegjøres det i kapittel 3 for metodisk tilnærming og det materiale som ligger til grunn for rapporten. Kapittel 4 og 5 omhandler EuropASI som et evaluerings- og forskningsverktøy. I kapittel 6 redegjøres det for EuropASI som instrument for behandlingsarbeid og bruk i praksisfeltet, før drøftingen av problemstillingene samles i kapittel 7.

2 Addiction Severity Index

ASI er et standardisert, strukturert kartleggingsverktøy som ble utviklet i USA for mer enn 25 år siden ved Center for Studies of Addiction, Departement for Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia (McLelland et al., 1980). ASI er utviklet både for forskningsformål og for bruk i utrednings- og behandlingsarbeid og har fått en omfattende, internasjonal utbredelse. Det er den europeiske versjonen av Addiction Severity Index (EuropASI) som beskrives og drøftes her. Den er konstruert på bakgrunn av 5. ASI revisjon (Kokkevi & Hartgers 1995).

2.1 Rasjonale for utviklingen av ASI

Gruppen som konstruerte ASI henviste i sine første publikasjoner til diagnostisk klassifisering innenfor psykisk helsevern (McLelland 1979,1980). I følge deres erfaring hadde oppdelingen basert på symptomatologi bidratt til å differensiere behandling og stimulere klinisk forskning. Rusmiddelfeltet hadde derimot etter deres oppfatning lite nyttige tilnærminger for å vurdere klienter og behandlingsintervensjoner. Noe av forklaringen la de i den rådende definisjonen av avhengighet, med sterk vekt på en kjemisk agent knyttet til avhengighetsbegrepet. Rusmiddelproblemet ble utredet og beskrevet gjennom mengden av rusmidler brukt, varighet og frekvens. Når utredning i den grad fokuserte på, og ble begrenset til rusmidlene, førte dette til en oppdeling mellom alkoholavhengige og avhengige av narkotiske stoffer. Denne dikotome typologien ble betraktet som lite hensiktsmessig og overforenklet. De så ikke oppdelingen som relevant i forhold til rådende misbruksmønstre, verken for kliniske tilnærminger eller for evaluering av behandlingsutfall. Det sterke fokuset på kjemisk avhengighet bidro, ut fra McLelland-gruppens betraktninger, dessuten til å ekskludere, eller i beste fall begrense oppmerksomheten på andre viktige problemområder relatert til rusmiddelbruken. De anså imidlertid også de kategoriske variablene i diagnosesystemene delvis som begrensende med hensyn til å måle endring av problembelastning.

2.2 En flerdimensjonal tilnærming

Gjennom ASI knyttet McLelland-gruppen avhengighets-/misbruksbegrepet opp mot en flerdimensjonal problemkartlegging. Informasjonen deles inn i syv strukturerte temaer. Rusmiddelmisbruk/avhengighet sees som ett element innenfor et større problemområde der både psykososiale, somatiske og sosioøkonomiske perspektiver er viktige. Dette innebærer et eklektisk teoretisk utgangspunkt. Sammenhengen mellom psykiske vansker og rusmiddelproblemer ble tidlig løftet frem og spørsmål om psykisk helse inkludert som en akse i instrumentet.

Som behandlingsforskere er McLelland-gruppen opptatt av faktorer som både predikerer problembelastning og utfall av behandling. Spørsmålene i ASI er relatert til «risikofaktorer», et velkjent begrep innen helseforskning. I noen sammenhenger gjøres et skille mellom direkte og indirekte risikofaktorer. De første kan sies å ikke påvirke direkte, men opptre medierende. Slike faktorer kan være ulike sider ved lav sosioøkonomisk status, lav utdanning, arbeidsledighet osv., mens psykiske vansker, lavt selvbylde, vold, ulike former for overgrep osv. regnes som direkte risikofaktorer når det gjelder utvikling av rusmiddelmisbruk. Den europeiske versjonen av ASI (vedlegg 1) skiller seg ikke fra den amerikanske i form eller struktur. Det er i hovedsak variabler knyttet til de vesteuropeiske velferdssystemene som er forsøkt innpasset i EuropASI. Begrepene EuropASI/ASI benyttes i denne rapporten derfor i noen grad om hverandre. De syv dimensjonene som er bygget inn i instrumentet er følgende:

- Fysisk helse
- Utdanning- arbeid- forsørgelse
- Alkohol
- Narkotiske stoffer og medikamenter
- Kriminalitet
- Familiehistorie- familie og sosiale relasjoner
- Psykisk helse

2.3 Strukturelle elementer i ASI

Hver dimensjon (eller hvert område) er bygget opp med en identisk struktur. Først en del med såkalte faktaspørsmål, i hovedsak innenfor to tidsvinduer for indeksintervjuet; «siste 30 dager» og «tidligere i livet». Noen av spørsmålene har en tidsreferanse til siste seks måneder og siste tre år. Mange av variablene har et detaljert målenivå, eksempelvis «antall dager (av siste 30) brukt de ulike rusmidlene».

Etter såkalte faktaspørsmål i hver dimensjon stilles klienten spørsmål om hvor mange av de siste 30 dagene han eller hun har opplevd problemer innenfor det enkelte området. Klienten skal deretter vurdere sin opplevelse av problemet på en fem-punkts skala (0 til 4) og likeledes sitt behov for hjelp innenfor det enkelte problemområdet på samme differensierte skala:

Klientens opplevelses/vurderingsskala:

- 0 – ingen problemer/behov for hjelp
- 1 – lite problemer/behov for hjelp
- 2 – moderate problemer/behov for hjelp
- 3 – betydelige problemer/behov for hjelp
- 4 – svært store problemer/behov for hjelp

Neste element er intervjuers alvorlighetsvurdering (Severity Rating). Denne skal skåres for hvert av problemområdene på bakgrunn av en tipunkts skala (0–9). Skalaen er delt inn i følgende tallpar:

Severity Rating (SR)

- 0–1 ingen reelle problemer, behandling ikke nødvendig
- 2–3 lite problemer, behandling trolig ikke nødvendig
- 4–5 moderate problemer, noe behandling nødvendig
- 6–7 betydelige problemer, behandling nødvendig
- 8–9 svært store problemer, behandling absolutt nødvendig

Punktskåren oppnås gjennom en to-trinns prosedyre, hvorav første trinn er å velge ut et tallpar eller tre sifre på skalaen. Dette gjøres ved at all informasjon innenfor problemområdet tas i betraktning. Manualen veileder på hvilke forhold som skal tillegges vekt:

- den aktuelle situasjonen
- vedvarende og kroniske plager/symptomer
- «critical items» definert for hver problemseksjon
- graden av livstruende situasjon
- den hjelp klienten allerede har

Trinn 2 er å trekke inn klientens subjektive vurdering av hjelpebehov. Dersom denne skåren er lav (dvs. 0 eller 1 for tallpar), velges laveste siffer innenfor tallparet. Hvis klienten derimot har en høy skåre (2 – 4) velges høyeste siffer.

Alvorlighetskårer og klientens subjektive skårer for opplevelse av problem og behov for hjelp/behandling overføres så til et rutenett i intervju skjemaet og profiler trekkes opp.

Informasjonen som kodes innenfor hver seksjon avsluttes med to spørsmål om vurdering av tiltro:

Er informasjonen betydelig fordreid av:

1. klientens/pasientens feilaktige fremstilling?
2. klientens/pasientens manglende evne til å forstå?

I tillegg til disse strukturelle elementene er det et tekstfelt for hvert av temaområdene for utdypende kommentarer, oppsummering av aktuell situasjon og begrunnelse for skåringer.

ASI inneholder følgende endringsmål for bruk ved oppfølgingsundersøkelser:

1. Klientens rapportering av antall problemdager siste 30 dager innenfor hver dimensjon eller utvalgte enkeltspørsmål innenfor dimensjonene
2. Severity Rating (SR), intervjuers alvorlighetsvurdering (skala 0–9) innenfor hver dimensjon
3. Composite Score (CS), sammensatt skåre innenfor hver dimensjon (skala 0–1)

Composite Score er utviklet spesielt for forsknings- og evalueringsformål og inkluderer kun spørsmål som er gjenstand for endring fra indeksintervju til oppfølgingstidspunkt. Antall spørsmål som går inn i de ulike problemområdenes sammensatte skåre (CS) varierer fra tre i somatisk helsedimensjonen til 16 i rusmiddeldimensjonen. Med unntak av området utdanning/arbeid/økonomi, inkluderer CS også skårene fra de subjektive spørsmålene » hvor bekymret eller plaget har du vært av disse problemene siste 30 dager» og «hvor viktig er det for deg nå med hjelp for disse problemene».

2.4 Betegnelsen Addiction Severity Index

Instrumentets semantiske betegnelse refererer til en indeks for å måle rusmiddelavhengighet. Som vist er ASI konstruert med syv problemområder som iflg. McLelland-gruppen er viktige å kartlegge ved rusmiddelmisbruk/avhengighet. Betegnelsen kan kritiseres for ikke å reflektere denne flerdimensjonelle tilnærmingen, men henlede til det lite entydige begrepet avhengighet (addiction).

Forsøkene på å definere rusmiddelavhengighet viser at fenomenet kan forstås på forskjellige måter. Vi står overfor en atferd med komplekse motivasjonsforhold, og det kan trekkes opp flere sentrale, teoretiske perspektiver på avhengighet som f. eks et moralsk/normativt perspektiv, et nevrobiologisk, et systemteoretisk, et sosiologisk karrieresperspektiv, osv. De ulike teoretiske vinklingene har bidratt til å forstå dynamikken i avhengighetspreget rusmiddelatferd.

McLelland-gruppen har likeledes blitt kritisert for ikke å svare til intensjonen som betegnelsen formidler med hensyn til å måle rusmiddelavhengighet (bl.a Stenius & Room 2004, Romelsjo 2004). Dette ut fra en definisjon av avhengighet knyttet til frekvens/mengde av rusmidler, kontrollsvikt, reaksjoner på, og konsekvenser av rusmiddelbruken etc.

2.5 Metoder for å måle rusmiddelmisbruk/avhengighet

Nivåene som gjerne defineres langs rusmiddelbruksdimensjonen er: eksperimentering, skadelig bruk og avhengighet. Forskning innenfor rusmiddelfeltet har hatt ulike tradisjoner for å måle skadelig bruk eller misbruk og avhengighet.

Narkotikabruk blir lettere definert som misbruk eller skadelig til forskjell fra alkoholbruk fordi det er illegalt. Her kommer et avviks-/ eller normativt aspekt inn.

Det fenomenet man forsøker å måle inneholder en rekke elementer:

- type rusmiddel
- rusmiddelets legale og kulturelle status
- bruksmengde og frekvens
- administrasjonsform
- individets evne til å håndtere dette innenfor sitt liv og sin situasjon

Skade- og misbruksbegrepet er definert med hensyn til rusmiddelbrukens konsekvenser, mens avhengighetsbegrepet mer er knyttet til individets evne til å styre bruken.

Hvordan kan så fenomenet måles? Det finnes ulike tradisjoner.

En måte er å telle antall enheter som brukes av de ulike rusmidlene pr. tidsenhet, slik at man får en mengde/frekvensmåling. Endring blir da knyttet til endring i

antall enheter brukt. Styrken ved denne type måling er at den er konkret. Svakheten kan være vanskene med å få pålitelig informasjon, enten ved at den intervjuede ikke husker, eller har brukt noe de ikke vet hva er osv. Det er tradisjon for en slik målemetode både innenfor samfunnsvitenskapelig og biologisk forskning. Metoden sier lite om personen som intervjues, og individet som handlende aktør er ikke et fremtredende perspektiv.

En annen tradisjon er den diagnostiske. I denne kategoriseres bruken i henhold til visse kriterier, det vil si symptomer som pasienten har og/eller atferd som utøves. Den bygger gjerne på intervju med pasienten hvor det spørres om opplevelser og handlinger, eventuelt samles informasjon fra andre (komparenter). Moderne diagnosesystemer bruker betegnelsen dependence for avhengighet og klassifiserer tilstanden empirisk ut fra et gitt antall kriterier. Dette gjelder både for:

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ISD-10, 1993, 2005), som er utviklet av World Health Organization (WHO) og som er det diagnosesystemet som nå benyttes innenfor norsk helsevesen, og
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM – IV, 1994), American Psychiatric Association

Begge disse diagnosesystemene benytter begrepet avhengighet (dependence). Kriteriene er her knyttet til at bruken er ute av kontroll. ICD – 10 opererer med betegnelsen skadelig bruk (harmful use), sett som bruksrelaterte skader, mens DSM-IV benytter misbruksbegrepet (abuse). Abuse har et normativt aspekt som (WHO) har valgt bort i sitt ICD system. Fordelen ved denne diagnostiske måten å måle en tilstand kan sies å være at det gis reliable kategorier og beskrivelser (dersom begrepene er riktig målt). Forskningsresultater og kliniske erfaringer kan så sammenlignes. Svakheterne kan dels sies å være at pasientene ofte benytter mange rusmidler, dels kan dette gi flere diagnoser og det kan være uklart hva pasienten for eksempel er avhengig av. Diagnosesystemene er bygget opp av kategoriske variabler som gir diagnose/ikke diagnose. Dette medfører en redusert mulighet for å måle endring langs et kontinuum.

En tredje målemetode er å ta hensyn til at rusmiddelbruk og avhengighet er et sammensatt fenomen som består av, og påvirkes av, mange forhold og som i tillegg kan vurderes langs en dimensjon av alvorlighet. Alvorlighetsgraden av en tilstand vil karakteriseres ved, eller være påvirket av hvilke rusmidler som brukes, i hvilke mengder, på hvilke måter, i hvilke situasjoner, under hvilke livsvilkår og med ulik

grad av fysisk og psykisk helse til å styre bruken. Ut fra en slik synsvinkel ønsker man et multidimensjonalt instrument som kan måle tilstanden som flere kontinuerlige variabler. Denne rapporten belyser EuropASI som tilhørende den tredje kategorien.

2.6 Noen teoretiske forankringspunkter for ASI

McLelland-gruppens uttalelser i forbindelse med introduksjonen av Addiction Severity Index (McLelland et al., 1980) bekrefter et eklektisk teoretisk utgangspunkt. Det advares mot instrumenter som er sterkt influert av en teoretisk orientering. Den fysiologiske forklaringsmodellen er referert innledningsvis som utilstrekkelig. Gruppen advarer likeledes mot å benytte et gjennomgående psykologisk perspektiv som tolkingsramme i intervjuinstrumenter for rusmiddelmissbrukere. Den flerfaglige inspirasjonen kjennetegner derfor oppbyggingen av ASI. Begreper og valg av variabler knytter an til noen teoretiske referanser.

Dette kommer kanskje klarest frem i seksjonen om familiehistorie og familie- og sosiale relasjoner. Under familiehistorie stilles spørsmål om rusmiddelmissbruk og psykiske vansker i to generasjonsledd på både mors og fars side og hos søsken. Informasjonen er forbeholdt biologiske slektninger. Her ligger en orientering mot betydningen av genetisk arv. Informasjon om andre viktige personer under oppvekst er lagt inn som tilleggskategori slik at påvirkning fra ikke biologisk omsorgsperson også er representert. Forskningsbidrag i rusmiddelfeltet har de siste årene fokusert sterkt på forståelsen av interaksjonen mellom genetisk sårbarhet og miljøfaktorer (Slutske et al., 1999, Heath et al., 2001, Jacob et al., 2001).

Når det gjelder seksjonen om familie- og sosiale relasjoner, synes tilknytningsteori å være underliggende (Bowlby 1980, 1988). Ifølge Bowlby og nyere tilknytningsteoretikere, vil tidlige tilknytningmønstre og indre arbeidsmodeller være av stor betydning for hvordan relasjoner senere i livet blir utformet og opprettholdt. McLelland-gruppen vektlegger temaer om tilknytning og kvalitet i relasjonene gjennom intervjuvariablene for å beskrive problembelastning og som prediktive faktorer for behandlingsutfall og endring. Nærhet og stabilitet i relasjoner, og konflikter og brudd kartlegges. Teori om personlighet og personlighetsforstyrrelser har videre inspirert gruppen når det gjelder spørsmål om relasjoner og konflikter. Spesielt henvises det til antisosial personlighetsforstyrrelse som en negativ prediktor når det gjelder behandlingsutfall for rus-

middelmisbrukere. Studier gjennomført i Norge av blant andre Ravndal (1994) og Vaglum (1998) synes å bekrefte dette.

Variabler for prediksjon av dødelighet står sentralt i ASI. Spørsmål om bruksfrekvens av mange typer rusmidler, kombinasjoner, bruksmåter og overdoseerfaringer, risikoatferd for alvorlige infeksjonsmedisinske forhold og suicidal atferd inngår i instrumentet. Darke et al. (2007) samler risikofaktorer for suicidal atferd innen fire hovedkategorier i tillegg til selve rusmiddelbruken: demografiske forhold, familiær dysfunksjon, psykiske lidelser og sosial isolasjon/dysfunksjon:

1. Rusmiddelbruk: Her økes risikoen ved bruk av illegale rusmidler og jo mer sammensatt og omfattende misbruket er.
2. Familiær dysfunksjon: Det sees en forhøyet risiko ved lav sosio-økonomisk status, foreldres psykiske vansker som stemningslidelser og suicidal atferd, erfart seksuelt misbruk og fysisk vold under oppvekst.
3. Psykiske vansker: Alvorlig depresjon/dysthymia, angstlidelser, atferdsvansker og posttraumatisk stresslidelse gir en forhøyet risiko for selvmord.
4. Sosial isolasjon/dysfunksjon. Her inngår arbeidsledighet, manglende fast bolig og liten grad av sosial støtte som risikofaktorer.

Rossow & Lauritzen (2001) beskriver hvordan graden av selvmordsforsøk blant narkotikamisbrukere øker med antallet psykososiale risikofaktorer. Dette er i tråd med Michael Rutters (1988) bidrag om at selve antallet av belastningsfaktorer, og hvordan de potensierer hverandre, spiller en stor rolle i forhold til utvikling av psykiske lidelser og atferdsvansker som rusmiddelproblemer. En konsekvens av dette er behovet for å identifisere risikoforhold i et bredt perspektiv slik at intervensjoner og hjelpetiltak blir tilsvarende bredspektret. Det klareste rasjonale for ASI ligger nettopp i denne tilnærmingen.

2.7 ASI-intervjuet og empirisk forskning

Addiction Severity Index blir benyttet i empirisk forskning. Instrumentet er standardisert og semistrukturert. Ut fra teoretiske begreper og hypoteser skal variabler være operasjonalisert slik at de griper den informasjonen som kan bekrefte eller avkreftede det teoretiske utgangspunktet. Jfr. Undheim (1996) skal empirisk forskning forsøke å samle evidens gjennom observasjoner og prosedyrer som kan vurderes og helst kontrolleres og etterprøves av andre. Kravet om etterprøvsbarhet

betyr at det eksisterer en reell mulighet for at påstanden kan bli avkrefte eller tilbakevist. Prosedyrene bør derfor være eksplisitte, fra valg av de teoretiske begrepene til tolkningen av data. En forutsetning for at nye observasjoner skal kunne avklare de antatt faktiske forhold eller hypoteser, er at de oppfyller krav til pålitelighet. Begrepene *reliabilitet* og *validitet* er vesentlige i denne sammenheng.

Reliabilitet kan uttrykkes som en faglig betegnelse på påliteligheten av de observasjonene som er foretatt og av de tallene som observasjonene er uttrykt gjennom. Det går dels på nøyaktigheten av selve observasjonene, registreringen og av tallmaterialets videre behandling, dels på påliteligheten av hver observasjon som et uttrykk for noe typisk ved den eller det en observerer (Undheim 1996). Høy reliabilitet vil sikre data en pålitelighet som gjør dem egnet til å belyse en vitenskapelig problemstilling. Det er imidlertid ikke nok at observasjon, registrering og tallbehandling er nøyaktig og gir et pålitelig bilde av de som beskrives (her klientene). Data må også være valide. Det tallmaterialet vi har, må være uttrykk for det vi egentlig ønsker å si noe om.

EuropASI er, som nevnt, bygget opp rundt syv dimensjoner eller problemområder i tillegg til å kartlegge demografiske forhold. Et metodisk krav er at informasjonen som innhentes, både i sin helhet og for hver av dimensjonene, skal uttrykke hva den har til hensikt å formidle.

Den metodiske litteraturen skiller ofte mellom ulike typer av validitet.

Innala & Shannom (2007) refererer til tre validitetsbegreper av betydning for selvrappotering innenfor den intervjuformen EuropASI legger opp til.

Et av begrepene er *innholdsvaliditet*. Dette omhandler hvorvidt instrumentet favner eller dekker det området eller begrepet som skal måles. Når det gjelder EuropASI, vil en slik validitetsvurdering være knyttet til om variablene som er inkludert er tilstrekkelige og relevante for å måle «addiction severity.» Likeledes kan vurderingen gjøres i forhold til hver av de syv dimensjonene. Er for eksempel variablene som inngår i området for fysisk eller psykisk helse, kriminalitet osv. dekkende for å kunne gi en adekvat representasjon av den respektive problemdimensjonen? *Begrepsvaliditet* henviser til hvorvidt de målene man får, la oss si på ett område i instrumentet, korrelerer med mål på andre problemområder som antas å være relaterte. *Empirisk validitet* knytter an til hvorvidt den informasjonen som innhentes, her gjennom EuropASI, gir et pålitelig mål på det som for eksempel er

klientens reelle rusmiddelbruk, kriminalitet osv. Denne formen for validitet anses som særdeles viktig i forhold til selvrapporterte problemer/problematferd (Farrington 2003). Ekstern validitet er i noen grad drøftet gjennom sammenligninger med funn i andre relevante undersøkelser.

Da vi valgte EuropASI som hovedinstrument i nytte-kostnadsstudien, var det av stor betydning for oss at vi kunne henwise til studier av instrumentets reliabilitet og validitet. Summerte utsagn som vi i stor grad baserte oss på:

«...the ASI has been shown to be reliable and valid among substance abusers applying for treatment....» (McLelland et al., 1992)

«The ASI has shown to be reliable and valid, when correctly administered, in a wide variety of clinical populations and treatment settings» (Carise et al., 2001)

«Reliability and validity studies were conducted on substance-abusing populations with very satisfactory results» (Kokkevi & Hartgers 1995).

Vi lente oss mot den internasjonale litteraturen og den bidro til å legitimere valget av den europeiske ASI versjonen. Disse utsagnene er imidlertid også eksempler som Mäkälä (2004) trekker frem for å vise hvordan litteraturen ofte summerer og omtaler psykometriske kvaliteter i ASI, i svært positive og kategoriske termer. Mäkälä problematiserer noen av disse konklusjonene.

3 Metode og materiale

3.1 Metodisk tilnærming

Det er skissert tre delproblemstillinger for rapporten. De to første går ut på å beskrive og vurdere EuropASI som hovedinstrument i nytte-kostnadsstudien. Den tredje omhandler EuropASI som verktøy for utrednings- og behandlingsarbeid.

For å vurdere kvaliteter ved instrumentet i en forskningssammenheng vil vi bruke begrepene reliabilitet og validitet som analytiske akser og trekke inn materialet fra nytte-kostnadsstudien for å belyse variabler og skalamål. Hovedvekten er lagt på en detaljert gjennomgang av utvalgte EuropASI variabler innenfor de forskjellige dimensjonene (problemområdene). Det er gjort fordi erfaringen, både med å intervju et stort antall klienter og kvalitetssikre et omfattende materiale kan brukes til en slik detaljert analytisk tilnærming. *Vurdering av inntaksintervjuets kvalitet* er viktig fordi beskrivelse av klientene ved inntak til behandling er en selvstendig del av studien, men også fordi det er utgangspunktet for de endringsmålene som benyttes. Materialet er presentert i tabeller for hvert av problemområdene i EuropASI.

For å analysere endringsmålene er det likeledes valgt å beskrive målene og trekke materialet fra oppfølgingstidspunktene inn i drøftingen av dem. Drøftingen omfatter blant annet konstruksjonen av endringsmålene og reliabilitet og validitet knyttet til bruken. I noen grad inkluderer den metodiske tilnærmingen også å relatere refleksjoner til internasjonal litteratur.

Ut fra metodevalget og disposisjonen for rapporten, går beskrivelser og vurdering i noen grad over i hverandre.

3.2 Materialet

Det materialet som ligger til grunn for å besvare problemstillingene er av to typer: et datamateriale og et erfaringsmateriale.

Datamaterialet består av 481 inntaksintervjuer og 838 oppfølgingsintervjuer fra nytte-kostnadsstudien.

Erfaringsmaterialet omfatter:

- a) et betydelig antall egne intervjuer i nytte-kostnadsstudien
- b) gjennomgang av andres intervjueskjemaer som del av en kvalitetssikringsprosedyre
- c) undervisning i bruken av EuropASI for forskning og utredning/behandling
- d) erfaring fra enkelte behandlingstiltak som har implementert EuropASI
- e) en viss tilgang til svensk implementeringserfaring

Når det gjelder beskrivelsen av materialet, vil nytte-kostnadsstudien bli vektlagt fordi den utgjør hovedtyngden både av data- og erfaringsmaterialet.

3.3 «Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?» Bakgrunn, problemstillinger og design

Studien ble initiert av tidligere Sosialdepartementet og Norges forskningsråd i 1997. Det hadde lenge vært et ønske fra klinikere og forskere i rusmiddelfeltet om å kunne gjøre en større behandlingsstudie for å følge klienter etter avsluttet behandling.

Hvilke behandlingstilbud rusmiddelmissbrukere får, og hvordan de kan nyttiggjøre seg disse tilbudene er viktig å vurdere løpende, men stiller store krav både til forskningsdesign og ressurser.

Det var flere problemstillinger som lå til grunn for forskningsprosjektet.

De som berører behandlingsforskningsdelen omfatter bl.a. de første spørsmålene i overskriften «Hvilken nytte, for hvem?» Nytte er her definert som positiv endring på de problemindikatorene som er valgt. Nyten, dvs. problemendringen måles i forhold til klientenes problembelastning. Nyttebegrepet kan peke mot en kausal sammenheng mellom endring og behandlingsintervensjoner.

Designet for studien var naturalistisk og ikke-eksperimentelt. For å besvare en problemstilling som impliserer effekt av behandling, er randomiserte, kontrollerte forsøk ofte sett på som gullstandard. Det ble imidlertid funnet etisk og praktisk umulig å gjennomføre en longitudinell studie innenfor et slikt eksperimentelt design. Å forhindre en gruppe klienter behandling over flere år, eller tilfeldig fordele klientene til ulike behandlingsalternativer ble vurdert som uetisk og ikke realistisk. Vi argumenterte (Melberg et al., 2003) også med internasjonal litteratur som formidler at et randomisert, kontrollert design har vist seg lite vellykket i behandlingsstudier (Bale et al., 1980; Hall 1984; Finch et al., 1994; Kleber 2002). Eksempelvis er frafallet ofte stort både i eksperiment- og i kontrollgruppen. Det kan likeledes oppstå randomiseringskjevhet, det vil si at det er en spesiell gruppe klienter som er interessert i deltakelse, mens andre grupper kan være mindre motiverte for behandling når de selv ikke kan påvirke valget av tiltak. I studien til Bale et al., (1980) illustreres vanskene slik: av de som tilfeldig ble tildelt en behandling, var det bare 20 % som aksepterte tilbudet og var mer enn en uke i behandling.

Ved å utelukke et eksperimentelt design, må forventningene til å beskrive effekt av behandlingen tones ned, det vil si at endringene som måles etter behandling ikke direkte kan tilskrives behandlingsintervensjonene. Nytte-kostnadsundersøkelsen er lagt opp innenfor et longitudinelt pre-post design – en studie som opprinnelig var planlagt over tre år, men som under tiden er forlenget til ti år for å kunne vurdere klientenes forløp over lengre tid.

Studien er gjennomført med fem intervjutidspunkter. T0 ved inntak i behandling, T1 og T2 henholdsvis ett og to år etter påbegynt behandling, mens T3 og T4 er syv og ti år etter inntak. Ti års oppfølgingen er avsluttet i 2009.

3.4 Utvalg og materiale fra nytte-kostnadsstudien

Utvalg

Fram til rusreformen trådte i kraft i 2004, utviklet behandlingstilbudene for narkotikamisbrukere i Norge seg langs to hovedretninger, langtids døgntiltak og spesialiserte polikliniske team (psykiatriske ungdomsteam). Begge typer tilbud hadde mot slutten av 1990-årene som overordnet målsetting både rusfrihet og rehabilitering til utdanning eller arbeid. Døgninstitusjonene var i noen grad differensierte ut fra målgruppe og faglig innhold. I løpet av studiens planleggingsfase ble metadonassistert rehabilitering et sentralt behandlingstilbud for den tyngst

belastede misbruksgruppen. Rekruttering til nytte-kostnadsstudien tok dermed utgangspunkt i følgende inndeling av behandlingssenheter:

1. Behandlingskollektiver
2. Hierarkiske terapeutiske samfunn
3. Mer tradisjonelle behandlingssinstitusjoner
4. Polikliniske, psykiatriske ungdomsteam
5. Polikliniske metadonassisterte rehabiliteringstiltak

Klienter fra alle disse tiltakstypene er inkludert i utvalget for prosjektet. Østlandsområdet ble valgt som rekrutteringsområde av tre hovedgrunner: for det første er det i denne regionen at utbyggingen av behandlingstiltak og variasjonsbredden med hensyn til ideologi og faglig profilering er størst. Variasjon ble dermed ivaretatt. Likeledes gjorde antallet tiltak og den store behandlingsskapasiteten i området det mulig å rekruttere tilstrekkelig mange klienter innenfor den planlagte tidsrammen for prosjektet. Behovet for en viss geografisk nærhet mellom forskerteamet og de behandlingstiltakene som skulle inngå var også av betydning, både av tidsmessige og økonomiske årsaker.

Målsettingen var et utvalg bestående av 500 personer, fordelt på 100 klienter fra hver tiltakstype. Prosjektet skulle ta utgangspunkt i de klientene som ble tatt i inn til poliklinisk behandling eller institusjonsbehandling fra 1.1 1998, og disse skulle intervjues fortløpende ved behandlingsstart inntil 100 klienter fra hver av kategoriene var oppnådd. Rekrutteringen var slik basert på den utvelgelse og inntaksvurdering som behandlingstiltakene selv foretok.

Kriterier for deltakelse i studien var:

1. Klienten hadde et aktuelt rusmiddelproblem
2. Klienten ble tatt inn i behandling i ett av rekrutteringstiltakene
3. Klienten hadde ikke vært innskrevet i rekrutteringstiltaket i løpet av de siste tre månedene.

Utvalget vi endte opp med innenfor den tidsrammen som var gitt for rekruttering, består av 481 klienter rekruttert fra 20 ulike behandlingstiltak i perioden januar 1998 til juli 2000. Tretten er døgntiltak og syv er polikliniske.

Materialet

Materialet fra nytte-kostnadsstudien som benyttes i denne rapporten er data fra EuropASI-intervjuene ved *inntak i behandling og ved de to første oppfølgings-tidspunktene*.

Frafallet, det vil her si de klientene som ikke inngår i vårt utvalg av det totale antall klienter som ble tatt inn i behandling i rekrutteringsperioden og oppfylte kriteriene for deltakelse i studien, var 12 % i døgntiltakene og 39 % i de psykiatriske ungdomsteamene (PUT). Teamene hadde generelt et stort frafall (nærmere 50 % etter første samtale). Ut fra noen grunnlagsdata som ble registrert for alle klientene som fylte kriteriene for deltakelse i rekrutteringstiltakene, er det lite som tyder på at frafallsgruppen skiller seg nevneverdig fra de som inngår i undersøkelsen (Melberg et al., 2003).

Andelen som deltok ved oppfølgingstidspunktene var: 92 % ved første oppfølging og 88 % ved andre.

3.5 Valg av EuropASI som hovedinstrument i nytte- kostnadsstudien

Den europeiske versjonen av Addiction Severity Index (ASI) ble valgt som hovedinstrument i studien. I perioden 1994–1997 deltok Norge i det såkalte Cost A-6 prosjektet «Evaluation of action against drug addiction in Europe.» ASI ble benyttet i en komparativ behandlingforskningsstudie i utvalgte europeiske land. Det ble utviklet en europeisk versjon, EuropASI (Kokkevi & Hartgers 1995) på bakgrunn av den femte amerikanske versjonen (McLelland et al., 1992). Cost-A-6-prosjektet påvirket valget av EuropASI for vår forskningsstudie. Viktigst var allikevel at instrumentet inneholdt de problemområdene som prosjektgruppen anså relevante for initial beskrivelse av klientene ved behandlingsstart og for å måle endring av problemprofil på senere tidspunkter. Både en inntaksmodul og en oppfølgingsmodul var allerede utviklet, og det forelå en omfattende og detaljert manual. Flere internasjonale studier viste som nevnt til gode psykomeriske kvaliteter.

3.6 Andre benyttede instrumenter i nytte-kostnadsstudien

SCL 25, en forkortet versjon av SCL-90 R, Symptom Check List (Derogatis et al., 1983) og MCMI-II, Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon 1987) er benyttet i forhold til å måle psykisk helse. Vi valgte CTQ, The Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink 1998) for å utrede barndomstraumer og inkluderte også et livshendelseskjema (Andersen & Berg 1995) samt en selvkonstruert loggbok for behandlingsintervensjoner knyttet til hver person som inngikk i studien.

3.7 Datainnsamling – intervjuene

Datainnsamlingen er basert på informert samtykke fra alle over 18 år. For klienter under 18 år gjelder samtykke fra foresatte. Det ble lagt vekt på både skriftlig og muntlig orientering til klienter og foresatte. Samtykkeerklæringen omfattet både tillatelse til å ta kontakt for inntaks- og oppfølgingsintervjuene, samt tilgang til å innhente informasjon fra personregister, dødsårsaksregister, innleggelse i somatiske og psykiatriske sykehus, hiv-smitteregister, strafferegister og trygdekontoropplysninger. En forutsetning for datainnsamlingen var konsesjon fra Datatilsynet og godkjenning fra Regional etisk komité.

Hovedtyngden av intervjuene ble foretatt av medarbeidere i prosjektet. Vi ønsket selv nærhet til datainnsamlingen ved å intervju, få et inntrykk av hvordan instrumentene fungerte og få førstehåndkjennskap til klientenes situasjon. Ved å være en liten gruppe håpet vi å skape et «eierforhold» til studien slik at entusiasmen og utholdenheten ville vare, og en høyere grad av reliabilitet på datamaterialet. Enkelte interesserte behandlere i rekrutteringstiltakene fikk mulighet til å intervju på t0, mens det ble tatt en prinsipiell beslutning om ikke å benytte behandlere fra tiltakene til oppfølgingsintervjuer.

Vi forholdt oss som nevnt til de reliabilitetsstudier av ASI som var gjort internasjonalt, og gjennomførte for eksempel ikke egne inter-rater-tester eller test-retest-situasjoner. Det vi imidlertid gjorde, var blant annet å følge anbefalinger som McLelland-gruppen ga i forhold til «Training for and Maintaining Interviewer Consistency With the ASI» (Fureman et al., 1990; Fureman et al., 1993). Som del av et omfattende program for kvalitetssikringsprosedyrer som gruppen har initiert for bruk av ASI, er brukt en test-»quiz» for å identifisere inkonsistent koding

mellom intervjuere. Denne kunnskapstesten består av 26 flersvarsspørsmål med en maksimal skåre på 100. Spørsmålene er hentet fra tre områder:

1. Å beherske vanskelige intervjusituasjoner (20 poeng)
2. Kunnskap om kodeprinsipper (66 poeng)
3. Forståelse av relasjoner mellom de ulike problemområdene (14 poeng)

Den totale skåren, definert som prosenten av riktige svar per test, var i den publiserte teststudien normalfordelt med en gjennomsnittsskåre på 80. Skårene varierte mellom 52 og 97. Spørsmål som mindre enn 75 % av respondentene svarte riktig på, ble definert som et «problemspørsmål.» Av alle spørsmålene som gjaldt håndtering av vanskelige intervjusituasjoner, for eksempel at klienten var beruset eller suicidal, ble 84 % eller mer besvart riktig av intervjuerne. Spørsmål som fokuserte på relasjonene mellom problemområdene i ASI ble riktig besvart av 78 % eller mer av deltakerne. Kodingen av enkeltvariablene med riktige svar var gjengitt i tabell med en variasjon mellom 97 % og 48 %. Det fremgikk av svarene at i fem av seks dimensjoner (områder) var det definerte «problemspørsmål.» De variablene som var valgt ut for vurdering av kodeprinsippene, var alle sentrale ved at de enten gikk inn i den sammensatte skåre (CS) eller var «critical items» for intervjuers alvorlighetsvurdering (SR).

Denne informasjonen ga oss bevissthet om hvor viktig intervjukompetanse i seg selv er, og hvilken utfordring vi sto overfor når det gjaldt å få pålitelige data gjennom intervjuprosessen. Vi møtte utfordringen blant annet ved å begrense antallet intervjuere til et minimum og ta en stor andel av intervjuene selv. I intervjuergruppen la vi opp et omfattende opplæringsprogram. Vi hentet inn en erfaren ASI-instruktør fra Sverige til tre dagers undervisning. Opplæringen fulgte en standard som var anbefalt fra McLelland-gruppen. Den besto av demonstrasjon i å introdusere ASI for forskningsformålet, etiske prinsipper som prosjektet er underlagt, taushetsplikt, viktigheten av å gi korrekt informasjon, muligheten for å reservere seg fra deltakelse eller å reservere seg fra å svare på enkelte spørsmål som oppleves for sensitive eller på annen måte gir klienten ubehag.

Deretter fulgte en konkret gjennomgang av alle variabler i skjemaet, med de kriterier og svaralternativer som er knyttet til hver enkelt variabel. McLelland-gruppen har utarbeidet en detaljert manual der disse er beskrevet, og manualens ordlyd inngår som en viktig del av opplæringen. I tillegg til å forklare kodeprinsipper, intern konsistens mellom spørsmålene og skåringsprosedyrer, inkluderer manualen også

forklaringer for valg av temaer og spørsmål. Ut fra anbefalinger i internasjonal litteratur, valgte vi å ikke benytte intervjuers alvorlighetsvurdering (SR) som endringsmål. Denne er av flere rapportert å ha for lav reliabilitet til bruk i forskning, selv om studier peker i noe ulik retning (Mäkelä 2004). Undervisningen inkluderte imidlertid gjennomgang av SR for å tilfredsstillte kravene til sertifisering i bruk av ASI. Som del av den standardiserte opplæringen inngikk gjennomføring av to prøveintervjuer som så ble vurdert for godkjenning av instruktøren.

Dette var innledningen til en lang kvalitetssikringsprosess av intervjuer og datamaterialet. Vi drøftet løpende erfaringer både når det gjaldt intervjusituasjoner, kodeprinsipper og tolkning av variabler.

Det var kun i en situasjon vi valgte og trekke intervjuet fra datamaterialet. Informasjonen ble ansett som for upålitelig på grunn av klientens psykiske lidelse. Ellers var holdningen til å bli intervjuet og gjennomføringen i hovedsak svært positiv.

Vi la stor vekt på kvalifikasjoner i utvelgelsen av intervjuere. Alle hadde relevant utdanning og erfaring i å møte rusmiddelmissbrukere enten i klinisk sammenheng eller fra andre forskningsprosjekter. Faglige kvalifikasjoner er viktige for å inneha nødvendig trygghet i introduksjon og håndtering av sensitive spørsmål, i gjennomføring av så omfattende intervjuer og samtidig klare å strukturere slik at nødvendig informasjon blir tilgjengelig, men ikke vokser ut over rammene for undersøkelsen.

Som vist av Furman et al. (1993), er det lett å «drifte» fra standardprosedyrer og kodeprinsipper. Noen av variablene i EuropASI har ut fra vårt syn svakheter både i forhold til definisjoner og mangel på entydighet. For å forebygge «raterdrift» forsøkte vi, så langt det lot seg gjøre, å presisere definisjoner og lage felles tolkninger av disse. Det ble gjort i form av skriftlige vedlegg og muntlige konsensusdrøftinger. Vi hadde regelmessige veiledningsmøter i intervjuergruppen der de «vanskelige» variablene (som i stor grad var de samme som Furmann et al's «problemspørsmål») ble drøftet. Ingen intervjueskjemaer ble lagt til punching før de var kontrollert av et medlem av forskergruppen (som ikke selv hadde foretatt intervjuet). Det vil si at vi også kontrollerte hverandres skjemaer. En tredje person gjorde alt puncharbeidet etter en kodebok som vi utarbeidet for statistikkprogrammet FOSS. Senere er data konvertert til SPSS.

Denne detaljerte redegjørelsen reflekterer hvor viktig vi anså intervju- og EuropASI-kompetansen å være for kvaliteten på datamaterialet.

3.8 Innledende kommentarer om reliabilitet i inntaksmaterialet

I beskrivelsen av datainnsamlingen fremgår det hvordan vi, gjennom de forskjellige leddene, forsøkte å minimalisere tilfeldige feil. I henvisningen til Furman et al. (1993) som gjennomførte en av mange reliabilitets- og validitetsstudier på ASI, ble det konkludert med at de fleste feilene som kom frem reflekterte en misforståelse av kodeprinsipper. I artikkelen: «*Training for and Maintaining Interviewer Consistency With the ASI*» uttrykker forfatterne seg slik: «*We feel that these results represent a substantial underestimate of the coding inconsistencies and interviewer drift that are likely to be found in other groups*». Dette begrunner de blant annet med at de som deltok i kunnskapstesten tilhørte kretsen rundt McLelland og derigjennom hadde fått en kvalifisert opplæring og hadde betydelig erfaring med å bruke ASI.

I prosjektgruppen brukte vi mye tid på å opparbeide en riktig forståelse av manualen og de prinsipper den nedfelte, slik at vi kunne veilede de andre intervjuerne mest mulig entydig. Fordi vi ikke var til stede i de eksterne intervjusituasjonene, kunne vi selvsagt ikke kontrollere kodingen ut fra den måten spørsmålene var stilt på og den informasjonen som ble gitt. I dette første leddet kan det ligge mulighet for upålitelige svar både fordi den som stiller spørsmålene ikke uttrykker variabelens innhold presist nok, eller at klienten gir uriktig informasjon av grunner som manglende begrepsforståelse, lav konsentrasjon eller strategiske svar.

ASI inneholder variabler der svarene skal stå i et logisk forhold til hverandre og uttrykke konsistent informasjon, både innenfor den enkelte dimensjon (område) og på tvers av problemområdene. I vedlegg til manualen er det utarbeidet en liste på 12 punkter som utgangspunkt for å kryss-sjekke svarene i intervjuet. Et eksempel fra listen: «Dersom klienten rapporterer at han/hun har vært i et kontrollert miljø de siste 30 dagene, vær da sikker på at denne informasjonen også gjenspeiles innen de områdene som har tilsvarende opplysninger (for eksempel dersom klienten var i fengsel skal dette komme frem under området for lovbrudd, dersom klienten var på sykehus, under fysisk helse seksjonen etc.)» Denne kryss-sjekken skal utføres umiddelbart etter hvert intervju. Prosjektgruppen gjorde en manuell gjennomgang av alle intervjuene og sjekket for konsistens i svarene.

3.9 Innledende kommentarer om validitet i inntaksmaterialet

Vi valgte EuropASI som hovedinstrument blant annet fordi det inneholdt nettopp de syv dimensjonene vi vurderte som relevante for å beskrive klientenes problembelastning. Den standardiserte formen som var utviklet gjennom flere revisjoner ga en innledende trygghet i forhold til informasjonens validitet. Internasjonale validitetsstudier med tilfredsstillende resultater legitimerte valget ytterligere (McLelland et al., 1992, Kokkevi & Hartgers 1995). McLelland-gruppen hadde gjennom flere år arbeidet med å formidle de teoretiske begrepene til et samlet sett av operasjonelle variabler. Begrunnelser for valgene av spørsmål, definisjoner og kriterier knyttet til variablene var nedfelt i den omfattende manualen. Her ligger grunnlaget for innholdsvaliditeten i vårt materiale.

ASI er oversatt til flere språk og det er foretatt kulturelle tilpasninger av spørsmål. Det er imidlertid strenge regler for endring i versjoner og oversettelser, og de skal være godkjent fra McLelland-gruppen. Oversettelser gjøres, som i vårt tilfelle, fra engelsk til norsk av en oversetter, og tilbakeoversettes fra norsk til engelsk av en annen. Resultatet skal godkjennes. I denne prosedyren forsøker en å sikre at de enkelte lands formuleringer representerer de opprinnelige begrepene og at intensjonen med spørsmålene ivaretas. Dette er del av kvalitetssikringen for å opprettholde instrumentets validitet. Vi var en gruppe som oversatte den engelskspråklige manualen til norsk. Den er på 75 sider og inneholder foruten detaljerte variabeldefinisjoner, kode- og skåringsprinsipper, også veiledning på introduksjonen av temaer og enkeltspørsmål.

Gjennom oversettelsen ble vi oppmerksomme på formuleringer og kriterier for kodingen som vi antok ville ble «problemvariabler», slik Furman et al. (1993) beskrev. Antagelsen var forankret, både i egen erfaring med denne type intervjukjemaer og i kulturspesifikke forhold. I noen grad fanget vi opp disse før materialet til undersøkelsen ble trykket, og la inn undertekster med forklaringer til variablene med definisjoner og kriterier og i tillegg egne følge ark med presiseringer. Vi forsøkte således å forhindre feilkodinger ved at intervjuerne uttrykte spørsmålet med nødvendige kriterier. Erfaring tilsa at en så stor manual som den som er utarbeidet for ASI, ikke nødvendigvis blir benyttet slik den er tenkt. Variabelkriteriene i ASI er dessuten ikke alltid intuitivt logiske, og muligheten for å avvike fra intensjonen er en trussel for innholdsvaliditeten.

4 EuropASI som instrument for å beskrive klientutvalg

4.1 Inntaksmaterialet

I det følgende presenteres EuropASI som instrument for å kartlegge klientenes problembelastning ved første måletidspunkt (t0). Data fra utvalgte variabler fremstilles i tabeller for å illustrere inntaksopplysninger. Variablene som er valgt innenfor de ulike seksjonene er satt sammen både for å vise styrker og svakheter ved instrumentet. Hele ASI skjemaet ligger som vedlegg I. Dette er den originale EuropASI 5 versjonen tilpasset Norge. Tabellene følger temainndelingen, og dataene gjengis i de syv dimensjonene i tillegg til demografiske forhold. Alkohol og illegale rusmidler behandles under ett.

Materialet er fremstilt både for hele utvalget og for de enkelte grupper av behandlingstiltak. I prosjektnavnet «*Hvilken nytte, for hvem....*» ligger eksplisitt uttrykt at «*hvem*» skal beskrives. I tillegg til en beskrivelse av hele utvalget, var målsettingen å gjøre en relevant oppdeling i undergrupper, slik at en forventet ulikhet i rusmiddelfprofil og andre belastninger ble synliggjort. Formuleringen «forventet» knytter her an til hypotesen om at det foretas en seleksjon av klienter til et differensiert behandlingsapparat.

Det er gjort en noe annen gruppeinndeling for analysene som presenteres her og i SIRUS rapport 4/2003 (Melberg et al.) enn hvordan rekrutteringstiltakene var inndelt. Institusjoner med klienter under 20 år er skilt ut da det er interesse for å se på ungdomsgruppen spesielt. De andre langtidsinstitusjonene er slått sammen til en gruppe. Psykiatriske ungdomsteam og metadontiltak er polikliniske tilbud. Inndelingen innebærer en betydelig forskjell i antall klienter (N) mellom gruppene, og direkte sammenligninger gruppene i mellom må derfor gjøres med forbehold.

Data er analysert i SSPS. Noen av de kontinuerlige variablene er omkodet og kategorisert.

Klientantall (N) fordelt på de ulike gruppene er det samme for alle tabellene. Institusjon for voksne = 276, Psykiatriske ungdomsteam = 100, Metadontiltak = 75, Institusjon for ungdom = 31.

4.2 Demografiske data

I tabell 4.1 vises informasjon om kjønn og alder, barn, bosituasjon og fødeland

Tabell 4.1 Demografi

	Svarkategori	Hovedinndeling				Total
		Inst. Voksne	PUT	Metadon	Inst. Ungdom	
Kjønn	Kvinner %	30	35	28	55	32
	Menn %	70	65	72	45	68
Alder	År (gjennomsnitt)	31	27	40	16	31
Har ett eller flere barn	Ja %	50	21	70	0	44
Har daglig omsorg for ett eller flere barn	Ja %	11	5	4	0	8
Vanligste bosituasjon siste seks måneder	Ingen stabil bosituasjon [%]	24	14	10	3	19
Klientenes fødeland	Norge [%]	94	93	97	90	94

Kjønn og alder

I tabell 4.1 ser vi kjønns- og aldersfordelingen i utvalget. Som ved tidligere undersøkelser (Lauritzen et al., 1997, Ødegård & Bretteville Jensen 2002) viser det seg at kvinner (jenter) utgjør en større andel i de laveste aldersgruppene, og at kvinneandelen synker med økende alder.

Barn

EuropASI inneholdt ingen spørsmål om hvorvidt klientene har barn. Ut fra den kunnskap vi har om hvor risikoutsatte barn av rusmiddelmisbrukere er, ønsket vi å kartlegge omfanget av barn og hvor mange som hadde daglig omsorg for barn. Vi la derfor inn fem spørsmål som omhandlet barn under seksjonen familiehistorie. Ingen av variablene fra denne seksjonen inngår i den sammensatte skåren (CS) eller i intervjuers alvorlighetsvurdering (SR). Inklusjonen av spørsmålene hadde derfor ingen påvirkning på skårer. Av dataene ser vi eksempelvis at hele 70 % av metadonklientene har barn, mens mer enn 10 % av de voksne døgnklientene har daglig omsorg for barn før inntak i behandling. Det viser at disse spørsmålene er

viktige å stille både for å kunne gi en relevant demografisk beskrivelse av klientutvalget og for forståelsen av den familiesituasjon klienten er i ved inntak til behandling. Ikke minst er det viktig for å bevisstgjøre seg barnas behov for omsorg og ivaretagelse. Mc.Lelland gruppen var orientert om vår supplering.

Bosituasjon

Når det gjelder vanligste bosituasjon siste seks måneder, gis ti svaralternativer. Her skal lengste periode innenfor tidsvinduet kodes. Svaralternativene (verdiene) er ikke fullt ut gjensidig ekskluderende. «Ingen stabil bosituasjon» kan for eksempel tolkes og kodes som «bor med venner» (en annen variabelverdi). Fordelingen viser imidlertid høy rapportering på manglende stabil boligsituasjon siste halvår. Nærmere 25 % av de voksne døgneklientene rapporterte dette. En slik andel ligger tett opp mot andre norske studier (SIB, Lauritzen et al., 1997, Iversen et al., 2006). Metadonklientene rapporterer i større grad fast bolig, og dette er forenlig med de krav som stilles til inklusjon i metadonprogrammene. Det kan innvendes mot EuropASI at det ikke kartlegger bedre mønstre i boforhold over tid, slik også Mäkelä (2004) fremhever.

Fødeland

Klientens fødeland er inkludert i det opprinnelige instrumentet. Vi har i tillegg lagt inn mors og fars fødeland. Det er viktig i store undersøkelser å fange opp hvilke etniske grupper av rusmiddelmissbrukere som søker seg til behandling, blant annet for å øke oppmerksomheten på nødvendig kulturspesifikk kunnskap i behandlingsapparatet, jfr. Berg (2003).

4.3 Fysisk helse

I tabell 4.2 er det valgt ut seks av femten spørsmål i området fysisk helse som belyser vesentlige forhold. To av disse inngår i den sammensatte skåren (CS). Rusmiddelmissbrukeres alvorlige helserisiko er dokumentert i flere studier, blant andre av SINTEF Unimed (Kurtze & Eide 2003).

Tabell 4.2 Fysisk helse

	Svarkategori	Hovedinndeling				
		Inst. Voksne	PUT	Metadon	Inst. Ungdom	Total
Kroniske fysiske skader/sykdommer	Ja (%)	32	34	51	19	35
Smittet av hepatitt	Ja (%)	75	29	94	4	65
Siste HIV- testresultat	Hiv positiv (%)	2	1	10	0	3
Mottar du trygd på grunn av fysisk sykdom	Ja (%)	11	4	24	0	11
Kroppslige problemer 30 siste dager	Antall dager gj.snitt	9	6	12	2	8
Plaget/bekymret pga kroppslige problemer 30 siste dager	Betydelig / svært plaget/ bekymret skalaområde 3-4 (%)	14	13	31	3	16

Kroniske fysiske skader/sykdommer

Det går frem av tabell 4.2 at en stor andel av utvalget oppgir å ha kroniske fysiske skader eller sykdommer. Blant de tyngste stoffmisbrukerne er rapporteringen på denne variabelen høy. I forsøket på å sikre god innholdsvaliditet for spørsmålet, er det i manualen listet opp de vanligste kroniske medisinske problemene for målgruppen. Det er i tillegg formulert en definisjon av kronisk tilstand som «*en alvorlig, eller potensielt alvorlig fysisk eller medisinsk tilstand som krever vedvarende eller jevnlig pleie av klienter (f. eks medikasjon, diettrestriksjoner, forhindret i å delta i eller utføre normale aktiviteter)*». Intervjuer skal notere hva problemet består i. Vi har gått igjennom svarene og hatt mulighet til å korrigere dersom beskrivelsen ikke svarer til definisjonen. For å komme frem til et adekvat innhold i variabelen må imidlertid intervjuer stille flere spørsmål for å utforske kronisitet og hvordan plagene påvirker normale aktiviteter. Vi kan ikke utelukke at for omtrentlige formuleringer er benyttet eller at de utdypende spørsmålene er mangelfulle. Rapporteringen på dette spørsmålet kan derfor bli usikker.

Hepatitt og HIV-smitte

De neste spørsmålene er knyttet til risikoatferd for smittsomme sykdommer som hepatitt og HIV. Nærmere 95 % av metadonklientene og 75 % av de voksne institusjonsklientene svarer bekreftende på at de er smittet av hepatitt. Kriteriene for et ja-svar er at smitten er av blodbanetype, dvs. B, C og Delta virus hepatitt. Dersom klienten ikke kan spesifisere nøyaktig type, men vet at han/hun har hatt et hepatittvirus, skal ja kodes. Disse B-, C- og D-typene måler atferdsrelaterte infeksjoner som følge av sprøytodeling, seksuell omgang etc. Fordelingen av

hepatittsmitte gjenspeiler forekomst av sprøytemisbruk hos klientene i de ulike tiltaksgruppene. EuropASI har spørsmål både om HIV-testing og resultat av denne. Det er ingen grunn til å anta at andelen HIV-smittede gjengitt i tabellen er beheftet med spesiell usikkerhet.

Trygdeytelse for fysisk skade eller sykdom

Spørsmålet om trygdeytelse for en fysisk skade eller sykdom kan være vanskelig for klienten å svare på. ASI-manualen presiserer at det kun er fysiske og ikke psykiske forhold som skal legges til grunn for rapportering. Vi vet at nettopp sammensatte medisinske/psykiatriske årsaker utløser trygdeytelser for mange stoffmisbrukere, og at de selv ikke er kjent med begrunnelsene for ytelsen. Vi har derfor instruert om å svare ja på trygdeytelse både under seksjonen om fysisk og psykisk helse, hvis klienten er i tvil om begrunnelsen.

Subjektiv opplevelse av fysiske problemer/plager siste 30 dager

De to siste spørsmålene i tabell 4.2 viser antall dager de intervjuede opplever å ha hatt kroppslige problemer siste 30 dager og deres skalering av hvor plaget eller bekymret de har vært for disse innenfor de siste 30 dagene. Vi skal her få klienten til å anslå hvor mange av dagene hun/han har erfart fysiske/medisinske problemer, og da inngår også mindre alvorlige lidelser som influensa og andre forbigående sykdommer. Derimot skal problemer som direkte har sin årsak i bruk av alkohol og narkotika og/eller medikamenter ikke inkluderes. Med dette menes bakrus, oppkast, søvnvansker og lignende som vil bli borte dersom klienten ikke bruker rusmidler. Hvis det imidlertid er utviklet vedvarende medisinske problemer gjennom rusmiddelbruk og som antas ikke å forsvinne ved «rusfrihet», skal disse inngå i rapporteringen.

Som det fremgår må intervjuer eksplisitt formulere spørsmålet med kriterier for å få den informasjonen som denne variabelen skal måle. Dette er et typisk «problemspørsmål» (Furman et al., 1993) som har vært gjenstand for repeterte veiledningssekvenser i nytte-kostnadsprosjektet. Det å anslå antall problemdager innenfor et tidsrom på 30 dager må også bli omtrentlig. Manualen instruerer om å komme frem til et sikrest mulig anslag. Anslagene her, som i de øvrige problemområdene, utgjør en baseline for senere målinger og er derfor sentrale spørsmål som helst ikke skal besvares med «vet ikke» (kodetegn x). Hvis de intervjuede ikke umiddelbart kan antallsfeste dagene, stiller intervjuer hjelpespørsmål som «er det alle dager?», «ingen dager?», «ca halvparten av dagene?» eller «ca 1 av de fire ukene?» Det er derfor nødvendig å ta forbehold om at rapporteringen er et så nøyaktig anslag som mulig og at variabelen ikke alltid gir informasjon om eksakt antall dager.

Oppsummering/vurdering

Seksjonen i EuropASI som omhandler fysisk helse er i stor grad innrettet mot injeksjonsrelaterte sykdommer. Den fanger i mindre grad opp andre tilstander som er relevante for rusmiddelmissbrukere, som ernæringssvikt eller hormonelle tilstander, hjertesvikt/rytmeforstyrrelser eller kognitive funksjonssvekkelser knyttet til traumer eller infeksjonssykdommer. Spørsmålet om kroniske sykdommer/plager er beheftet med stort tolkningsrom, og seksjonen gir ikke symptombilder.

4.4 Utdanning/arbeid/økonomi

Denne ASI dimensjonen omhandler utdanningsforhold, arbeidserfaring og økonomi. Utvalgte variabler vises i tabell 4.3

Tabell 4.3. Utdanning/arbeid/økonomi

	Svarkategori	Hovedinndeling				Total
		Inst. Voksne	PUT	Metadon	Inst. Ungdom	
Lære-/adferdsvansker (problemer i grunnskolen)	Ja [%]	61	61	69	87	64
Fullført videregående skole	Ja [%]	26	42	26	0	28
Andel med påbegynt utdanning over videregående nivå	Ja [%]	8	12	12	0	9
Lengste sammenhengende periode med arbeid	Antall år (gj.snitt)	3	2	4	0	3
Antall dager i arbeid siste 30 dager	Antall dager (gj.snitt)	4	10	0	1	4
Vanligste beskjeftigelse siste tre år	Arbeidsledig [%]	52	30	80	36	51
	Student/elev [%]	7	22	0	61	13
Rehabilitering/attføring	Ja [%]	20	15	11	0	16
Uføretrygd	Ja [%]	7	5	38	0	11
Inntekt fra stoffsalg siste 30 dager	Ja [%]	43	25	45	48	40
Inntekt fra annen kriminalitet siste 30 dager	Ja [%]	36	11	15	52	27
Inntekt fra prostitusjon siste 30 dager	Ja [%]	7	5	5	3	6

Utdanningsforhold

Problemer i grunnskolen er definert som lære/atferdsvansker. Kartleggingen av dette inngår ikke i ASI. Vi ønsket imidlertid og replikere måling av opplevde vansker i grunnskolen ut fra funn i tidligere studier (bl.a. Lauritzen et al., 1997) og la derfor til en variabel i egen seksjon som ikke inngår i CS eller SR. Andelen som oppgir lære-/atferdsvansker ligger på noenlunde samme høye nivå i begge studier. Relevansen av å kartlegge slike vansker er knyttet til flere forhold. Dokumentasjon av tidlige skoleproblemer kan avdekke eller bekrefte behov for tidlige intervensjoner overfor barn i grunnskolen og gi informasjon om varigheten av vansker i forhold til forventet funksjonsendring etter behandling. Ungdomsversjonen av ASI, EuroADAD, har detaljerte og konkrete spørsmål om lære- og atferdsvansker i skolen.

Utdanningsnivå

I spørsmålet om antall år med utdanning er kriteriet at det skal være avsluttede år med eksamen som kreves for årsenheten. Hvis denne definisjonen ikke uttrykkes presist, blir informasjonen unøyaktig. Vi ser av tabell 4.3 at svarene uttrykker tydelig forskjell i utdanningsnivå mellom klienter i de grupperte tiltakene. Som forventet er andelen som har fullført videregående skole langt høyere i de psykiatriske ungdomsteamene (PUT). Klienter som behandles i disse polikliniske teamene har erfaringsmessig en mindre tung rusmiddelbelastning enn i de øvrige voksenaldergruppen (PUT-gruppen har en gjennomsnittsalder på 27 år).

Arbeidserfaring

Corse et al. (1995) framhever at ASI i seksjonen om utdanning, arbeid og forsørgelse i stor grad er orientert mot en gruppe av arbeidende, selvforsørgende misbrukere. Det er også vår erfaring. Funksjonsnivået det er tatt utgangspunkt i, er imidlertid lite fremtredende hos rusmiddelmisbrukere som søker behandling i Norge. Når det gjelder ASI's definisjon av arbeid, er den noe kontroversiell ved at den inkluderer svart arbeid og ubetalt arbeid. McLelland-gruppen har en intensjon om å måle arbeidsevnen og overordner da den tiden klienten faktisk har arbeidet uavhengig av inntektsforhold. For å sikre en best mulig validitet på de variablene som relaterer seg til denne definisjonen, har vi skrevet inn kriteriene som undertekst til spørsmålene i intervjukjemaet.

Ett av endringsmålene i ASI er som tidligere beskrevet, rapporteringen av problemer siste 30 dager innenfor hvert av områdene. I seksjonen om utdanning, arbeid og økonomi har vi imidlertid ingen pålitelig baseline for å måle endringen av problemopplevelse. Grunnen er at det er stilt to krav for å kunne rapportere

problemdager siste 30 dager. Ett er at klienten er i arbeid og opplever problemer og vansker i arbeidssituasjonen. Det andre er at klienten er aktivt arbeidssøkende og har tilsvarende vansker i selve arbeidssøkerprosessen. For begge disse kriteriene gjelder dessuten at vanskene ikke skal være direkte rusmiddelrelaterte. Hvis ikke ett av kriteriene er oppfylt skal det kodes «spørsmålet er uaktuelt» (kodetegn N). Når kodetegn N benyttes i spørsmålet om problemer siste 30 dager, skal likeledes N kodes i klientens skala for opplevelse av problem.

Som det går frem av tabell 4.3, har 50 % av det totale antall klienter vært arbeidsledige siste tre år (hele 80 % av metadonklientene). En begrenset andel har arbeidet eller vært aktivt arbeidssøkende før henvisning til behandling. Dette resulterte i et så stort antall «ikke aktuelt svar» på de to endringsvariablene at vi ikke kan benytte dette «problemdager»-spørsmålet som et baseline mål. Definisjonen er i tillegg så vidt komplisert og for mange opplevd ulogisk, slik at vi regner med en usikker rapportering også der hvor det er angitt problemdager. Vi ser åpenbare svakheter ved variablene på grunn av kriteriene som er benyttet og har formidlet disse erfaringene internasjonalt (Lauritzen & Ravndal 2004).

Offentlige økonomiske ytelser

I den europeiske tilpasningen av ASI er det tatt utgangspunkt i et utviklet velferdssamfunn med offentlige økonomiske ytelser. Det er derfor lagt inn spørsmål om sosialhjelp og trygdeytelser. Disse er igjen tilpasset norske forhold. Variablene måler klientenes avhengighet av offentlige midler og som vi ser av tabell 4.3 utgjør denne en omfattende del av utvalgets økonomiske grunnlag. Det er rimelig å anta at det ikke er spesielle målefeil forbundet med disse spørsmålene. Relevansen av å måle forholdet mellom egen arbeidsaktivitet og midlertidige og mer permanente offentlige ytelser synes iøynefallende. Informasjonen som kommer frem av disse spørsmålene kan benyttes i vurderingen av hvor inkluderende og tilrettelagt arbeidslivet er for rusmiddelmissbrukere og også hvor funksjonshemmet en stor del av klientgruppen er. Variabelen som måler andelen uføretrygdede viser differensiering mellom undergrupper. Som forventet finner vi de fleste uføretrygdede rekruttert fra metadontiltak, og vi ser tydelige forskjeller mellom disse klientene og de voksne i døgninstitusjonsbehandling.

Inntekt fra stoffsalg og annen kriminalitet

Spørsmål om slike inntektskilder gir innblikk i kriminell aktivitet for eventuell forsørgelse og finansiering av egen rusmiddelbruk. Dette er informasjon som er nyttig både for å beskrive klientene ved inntak til behandling og for å ha baseline informasjon med henblikk på å måle atferdsendring, for eksempel i hvor stor grad endring i kriminell aktivitet direkte kan knyttes til eget misbruk.

EuropASI har spørsmålene om inntektskilder knyttet til tidsvinduet siste 30 dager og siste 6 måneder. Det er her ingen spesifikke kriterier for svarene, slik at formuleringene synes entydige. Informasjoner om kriminell aktivitet kan imidlertid tenkes å være beheftet med usikkerhet f.eks. på grunn av strategiske svar. Vi var oppmerksomme på dette spesielt når det gjaldt metadonklientene. De ble intervjuet ganske umiddelbart etter inntak i metadonprogrammet, og det var da en forholdsvis streng reaksjon fra behandlere på kriminell virksomhet. Vi må derfor legge inn forbehold om at det kan være både underrapportering fra enkelte grupper og vi kan heller ikke utelukke at det motsatte er tilfelle, at noen kan ha grunner for å rapportere over reelt nivå.

Kriminell aktivitet kan være en måte å fremstille kompetanse på. Disse måleproblemene er generelle og må alltid vurderes. Som tidligere nevnt, avsluttes hver EuropASI seksjon med spørsmålene «Er informasjonen over betydelig fordreid av: «Klientens feilaktige fremstilling?» og «Klientens manglende evne til å forstå?» Selv om spørsmålene er vanskelige å besvare for intervjuer, og på ingen måte fanger opp all usikkerhet i svarangivelsene, leder de intervjuers oppmerksomhet og årvåkenhet mot ulike former for unøyaktighet.

Oppsummering/vurdering

Dette området har få spørsmål om skole- og utdanningsforhold, mens ungdomsversjonen ADAD i langt større grad legger vekt på slike. Rapporteringen av arbeidsforhold er kontroversiell ved at den inkluderer både svart- og ikke betalt arbeid. På grunn av nasjonenes svært ulike økonomiske velferdsordninger, må variablene i denne ASI dimensjonen tilpasses kulturelle forhold. De kriteriene som er knyttet til den subjektive opplevelsen av problemer med hensyn til arbeid, gjorde denne variabelen av begrenset verdi for en stor del av målgruppen i nytte-kostnadsstudien.

4.5 Bruk av alkohol, narkotiske stoffer og medikamenter

Alkohol og narkotika/medikamentdelen i EuropASI er naturlig nok den mest omfattende seksjonen, da instrumentet er designet for å kartlegge problemer hos rusmiddelmissbrukere. Tabell 4.4 omhandler spørsmål om bruk av alkohol til beruselse og alkoholbruk uten at målet er beruselse og spørsmål om de fleste typer narkotika og bruk av medikamenter. ASI er i hovedsak konstruert for å måle den høyfrekvente, problematiske rusmiddelbruken.

Tabell 4.4 Bruk av alkohol, narkotiske stoffer og medikamenter

		Hovedinndeling				
		Inst. Voksne	PUT	Metadon	Inst. Ungdom	Total
Brukt alkohol til beruselse	Antall år (gj.snitt)	4	3	5	1	4
	Antall dager siste 30 dager (gj.snitt)	2	1	1	1	2
Brukt heroin	Antall år (gj.snitt)	6	3	14	0	6
	Antall dager siste 30 dager (gj.snitt)	17	7	19	3	14
	Andel brukt heroin siste 30 dager (%)	83	31	88	16	62
Brukt metadon/subutex	Antall år (gj.snitt)	0	0	1	0	0
	Antall dager siste 30 dager (gj.snitt)	1	1	2	0	1
Brukt dempende medisin	Antall år (gj.snitt)	5	3	9	1	5
	Antall dager siste 30 dager (gj.snitt)	11	6	12	6	10
Brukt amfetamin	Antall år (gj.snitt)	6	2	6	1	5
	Antall dager siste 30 dager (gj.snitt)	4	3	1	8	4
Brukt cannabis	Antall år (gj.snitt)	11	8	15	2	10
	Antall dager siste 30 dager (gj.snitt)	9	10	6	22	10
Brukt flere rusmidler per dag	Antall år (gj.snitt)	10	5	16	1	9
	Antall dager siste 30 dager (gj.snitt)	13	7	14	11	12
Tatt stoff med sprøyte	Ja (%)	91	53	99	52	82
Overdoser totalt i livet	Antall (gj.snitt)	5	2	6	0	4
Alder ved første gangs sprøytebruk	Antall år (gj.snitt)	19	20	17	15	18
Penger brukt på alkohol siste 30 dager	Kroner (gj.snitt)	367	878	173	59	423
Penger brukt på stoff siste 30 dager	Kroner (gj.snitt)	21 094	5462	20 216	4394	16 616
Bekymret på grunn av alkoholproblemer	Betydelig /svært bekymret (%)	6	6	1	10	6
Bekymret på grunn av stoffproblemer	Betydelig /svært (%)	79	60	50	77	70

Bruk av ulike rusmidler/medikamenter

De spørsmålene som stilles innledningsvis for ulike kategorier av rusmidler/medikamenter er:

- a) debutalder
- b) antall år brukt
- c) antall dager brukt siste 30 dager
- d) bruksmåte

Til spørsmålet om debutalder er det knyttet et frekvenskriterium. Det vil si at debutalder i et ASI-materiale refererer til den alder der klienten begynte å bruke alkohol og/eller narkotika/medikamenter:

1. minst tre dager i uka (uavhengig av dosering) eller
2. i perioder («binges») med minst to sammenhengende dager i uka, til et nivå hvor normale aktiviteter vanskeliggjøres (som arbeid, skolegang, familieliv etc.)

Hvis ikke ett av disse to kriteriene oppfylles blir debutalder ikke registrert. Dette er en logisk definisjon ut fra intensjonen om å registrere når problemfylt bruk oppsto, men den er uvanlig i forhold til tidligere norske undersøkelser av debutalder. Her er definisjonen gjerne alder for første gang brukt eller for flergangsbruk (eks. tre ganger eller mer). Det samme frekvenskriteriet som ASI har for debutalder, gjelder også for rapportering av antall år brukt de ulike rusmidlene. Seks måneder eller mer med ett av de to frekvenskriteriene teller som ett år. For å fange den informasjonen som variablene intenderer å måle, må spørsmålene formuleres med spesifikke kriterier, dvs.: «Hvor gammel var du da du begynte å bruke rusmiddelet minst tre dager i uka, eller større mengder av rusmiddelet i minst to etterfølgende dager med konsekvenser for.....».

Slik må også spørsmålet stilles når det gjelder antall år brukt: «I hvor mange år har du brukt rusmiddelet minst tre dager i uka eller i større mengder minst to etterfølgende dager med konsekvenser for.....» Kriteriene er omstendelige og de er uvante for intervjuere å stille og for klientene å svare på. Her ligger en kime til unøyaktig informasjon og vi har brukt mye tid på å sikre presise formuleringer fra intervjuerne. Dette er en tung del av ASI og klientene skal angi både debutalder med bruksfrekvens som ofte ligger langt tilbake i tid og de skal komme frem til et mest mulig eksakt antall år brukt av de ulike rusmidlene, med tilsvarende bruksfrekvens som kriterium.

Kvalifikasjonene til intervjuer, som å gi presise formuleringer, ha nødvendig konsentrasjon og evne til å veilede klienten igjennom spørsmålene, øker reliabiliteten i svarene. Når vi skal presentere materiale fra disse variablene, er det viktig å ta forbehold om at det er anslag og ikke nødvendigvis eksakte angivelser som ligger til grunn for fremstillingen.

I spørsmålene om antall dager siste 30 dager brukt de ulike rusmidlene/medikamentene gjelder ikke frekvenskriteriet, slik at her teller alle dager der klienten har brukt et rusmiddel. Det er utarbeidet vedlegg til manualen der ulike stoffer og medikamenter er kategorisert slik at de er tilpasset variablene. Medisinsk rådgiver i prosjektgruppen var lite fornøyd med systematikken i denne rusmiddel/medikamentlisten og vi laget derfor et revidert vedlegg. Den siste av de fire kolonnene for hvert enkelt rusmiddel (se skjema) knytter seg til bruksmåte. Som svaralternativer er angitt et «alvorlighetshierarki» fra oralt til intravenøs sprøytebruk. ASI har ikke et mål for mengde brukt av de ulike rusmidlene og er kritisert for dette, blant andre av Stenius & Room (2004) og Romelsjö (2004).

Sprøytebruk

ASI har flere spørsmål om sprøytebruk. Et av disse, hvorvidt klienten har brukt narkotika i sprøyteform, er gjengitt i tabellen. Informasjonen om sprøytebruk supplerer misbruksbildet og bidrar til å se forskjeller mellom klientene i ulike typer behandlingstiltak. Når det gjelder spørsmålene antall år og antall måneder med sprøytebruk er måleenheten noe spesiell. Minst en sprøyte i året teller som ett år med sprøytebruk, og tilsvarende regnes en måned med sprøytebruk dersom klienten har injisert en gang i løpet av kalendermåneden. Dette er nok et eksempel på at spørsmålene må formuleres tydelig med kriterier for at informasjonen kan uttrykkes i henhold til ASI-intensjonen, og at vi ved presentasjonen av et materiale må ta disse med i beskrivelsen.

Overdoser

Overdose er langt fra en entydig betegnelse. Ut fra det vi vet om dødelighetsrater i misbrukerpopulasjonen og fatale overdoser som hyppig dødsårsak, er det av betydning å kartlegge overdoser i studier av misbrukere. ASI-manualen gir veiledning om hva som i denne sammenheng kvalifiserer for rapportert overdose. Hendelse som nødvendiggjorde at noen grep inn for å få klienten våken/bevisst, skal telles som overdosesituasjon. Vi ser igjen at betingelsene for nøyaktig rapportering er at definisjonen gis eksplisitt til de intervjuede. Spørsmål om antall overdoser er, som for mange av de andre antallsangivelsene beheftet med usikkerhet

i forhold til et eksakt nivå fordi det for mange handler om et så stort antall overdoser gjennom en årrekke at nøyaktige svar er vanskelig å gi.

Penger brukt på alkohol og stoff

To variabler måler hvor mye penger som er brukt til alkohol og narkotika/medikamenter siste 30 dager. Det er av interesse å få kunnskap om omfanget av kostnader til rusmiddelbruk. Dette kan igjen sees i forhold til kriminalitet og til mengden av rusmidler benyttet. Et spørsmål som ofte stilles er hvorvidt alkohol erstatter narkotiske midler hvis disse reduseres. Det er av betydning å kartlegge utgifter til begge former for rusmidler. Narkotiske stoffer omsettes gjennom ulike transaksjoner. Å gjøre presise anslag for kostnader til eget bruk er derfor vanskelig. Det ASI-variablene intenderer å måle er «den økonomiske byrden» klienten har. Her er det altså hvor mye penger som er brukt som skal registreres. Selv om manualen gir denne anvisningen, antar vi at det er usikkerhet forbundet med anslagene. Vi ser imidlertid av tabell 4.5 at variabelen synes å være rimelig sensitiv for å fange opp kostnader relatert til omfanget av rusmiddelbruk.

Klientens opplevelse av rusmiddelproblemet

Subjektive opplevelsesspørsmål er inkludert innenfor hvert område. De store forskjellene som framkom i materialet mellom problemer/bekymring i forbindelse med alkoholbruk i forhold til narkotika/legemiddelbruk, er viktig grunnlagsinformasjon for senere målinger. Opplevelse av rusmiddelproblemene er definert som «de erfarte problemene direkte i forhold til bruk av alkohol og/eller stoff/medikamenter.»

Oppsummering/vurdering

Det gjøres en omfattende kartlegging av rusmiddel- og medikamentbruk i ASI og det er den høyfrekvente, problemfylte bruken som i hovedsak registreres. Mengdeangivelser er ikke inkludert, bortsett fra at begrepet beruselse er knyttet opp til et antall standardenheter alkohol.

Kriteriet om høyfrekvent bruk ligger til grunn både for debutalder og for antall år brukt de forskjellige rusmidlene/medikamentene. Detaljeringsgraden, for eksempel i spørsmålet om antall dager brukt rusmidlene (åtte kategorier av rusmidler/medikamenter) siste 30 dager, og antall år brukt de forskjellige med et frekvenskriterium, er ambisiøs. Narkotikamisbruk har utviklet seg i retning av at det ofte benyttes flere rusmidler i kombinasjoner. Det gjør at en slik rapportering som ASI legger opp til, blir vanskelig å få empirisk valid i forhold til detaljeringsnivå. Hvis

man derimot aksepterer at rimelig sikre anslag er det som i de fleste tilfeller kan oppnås, gir denne seksjonen et nyansert bilde av aktuelt og tidligere rusmiddelbruk.

4.6 Kriminalitet

Bruk av narkotika som ikke er foreskrevet av lege er i seg selv en kriminell aktivitet i Norge. Det kreves store pengebeløp for å holde et misbruk gående og ulike former for vinningskriminalitet er vanlig i miljøene. Det er viktig å registrere lovbruddene blant annet for å vurdere hvor tungt klienten er inne i kriminell virksomhet ved behandlingsstart, f.eks. om han/hun har en betinget/ubetinget dom, venter på tiltale/dom eller lignende. ASI har mange spørsmål om kriminalitet og et utvalg vises i tabell 4.5. Det er også utarbeidet en spesiell kriminalitetsmodul som fanger opp flere forhold knyttet til kriminell holdning og atferd, som kan benyttes i tillegg.

Tabell 4.5. Lovbrudd

	Svarkategori	Hovedinndeling				Total
		Inst. Voksne	PUT	Metadon	Inst. Ungdom	
Har for tiden betinget dom eller er løslatt på prøve	Andel (%)	29	18	29	10	26
Tiltalt for besittelse eller salg av stoff	Andel (%)	78	48	84	32	70
Tiltalt for besittelse eller salg av stoff (5 og flere ganger)	Andel (%)	30	5	42	3	25
Tiltalt for vinningsforbrytelser	Andel (%)	69	39	84	45	63
Tiltalt for vinningsforbrytelser (5 og flere ganger)	Andel (%)	36	12	50	23	32
Tiltalt for vold	Andel (%)	29	21	36	32	29
Fengslet/ i varetekt	Antall måneder (gj.snitt)	14	6	26	0	13
Venter nå på tiltale, retts-sak eller dom	Ja (%)	38	24	32	26	34
Varetekt eller soning siste 30 dager	Antall dager (gj.snitt)	3	1	3	0	3
Illegal virksomhet siste 30 dager	Antall dager (gj.snitt)	11	5	9	13	10
Alder ved første gangs in-nrapportering til politiet	År (gj.snitt)	15	17	14	14	15

Når det gjelder lovbrudd som kan knyttes til å opprettholde et rusmiddelmisbruk, ser vi en betydelig variasjon mellom de ulike klientgruppene (tabell 4.5), og i stor grad samsvarer denne med misbruksmønsteret (tabell 4.4). Flere av kriminalitetsspørsmålene er formulert slik: «Hvor mange ganger tidligere i livet har du blitt tiltalt for?» Ifølge manualen skal dette være en nedtegnelse av antall og type offisielle tiltaler (ikke nødvendigvis domfellelser). Kun formelle tiltaler inkluderes. Mange av de intervjuede har et stort antall tiltaler og erfaring viser at det kan være vanskelig å oppgi nøyaktig antall. Vi har derfor grunn til å anta at det kan knyttes usikkerhet til disse informasjonene. Kategorien ingen tiltaler (alternativt en eller flere tiltaler) bør derimot gi en rimelig pålitelig rapportering, eventuelt andre grove kategorier. For klienter med lite kriminalitet vil eksakte angivelser lettere kunne angis.

Som for mange av de andre ASI-variablene er reliabiliteten blant annet avhengig av hvor sikker intervjuer er på spørsmålsdefinisjonene. I følge manualen skal ungdomsforbrytelser før 18 års alder ikke inkluderes «unntatt når domstolen har behandlet saken også etter at klienten er voksen» (18 år eller eldre), som gjøres ved spesielt alvorlige forseelser. Ut fra den høye rapporteringen i ungdomsgruppen synes det ikke som om dette kriteriet systematisk er fulgt i nytte-kostnadsstudien. Når det gjelder spørsmålene om antall dager i varetekt/soning, og illegal virksomhet siste 30 dager, gjelder prinsippet om sikrest mulig anslag og igjen kan etterprøvbareheten på det nøyaktige antall dager være svak.

Oppsummering/vurdering

Kriminalitetsseksjonen har gjennomgående spesifiserte og detaljerte spørsmål om typer kriminalitet. Antall forbrytelser og lengdeangivelser i forbindelse med fengsling står sentralt, og ved tunge kriminalitetsbilder som vi ser hos narkotikamisbrukere i behandling, blir en slik detaljert rapportering vanskelig. Den empiriske validiteten kan derfor bli utilfredsstillende. Som en anslagsvis beskrivelse av lovbrudd for ulike klientgrupper synes instrumentet både å gi en omfattende informasjon om kriminell virksomhet og konsekvensene av denne i form av formelle sanksjoner, og en differensiering av undergrupper i forhold til kriminalitet. Årvåkenhet overfor strategiske svar er viktig.

4.7 Familiehistorie/Familie og sosiale relasjoner

I tabell 4.7 samles spørsmål både om rusmiddelproblemer og psykiske vansker i klientens nære familie, om relasjonelle forhold og om typer krenkelser og mishandling.

Tabell 4.7 Familie og sosiale relasjoner

	Svarkategori	Hovedinndeling				Total
		Inst. Voksne	PUT	Metadon	Inst. Ungdom	
Alkoholproblem mor	Ja (%)	17	15	14	23	17
Alkoholproblem far	Ja (%)	34	29	43	48	35
Stoff-/medikamentproblem mor	Ja (%)	13	5	7	20	11
Stoff-/medikamentproblem far	Ja (%)	7	11	13	30	10
Psykiske vansker mor	Ja (%)	26	27	35	41	28
Psykiske vansker far	Ja (%)	12	21	19	30	16
Ingen nære venner	Andel (%)	24	16	31	10	22
Tiden tilbringes mest med venner/bekjente med rusproblemer	Andel (%)	56	31	24	87	48
Tiden tilbringes mest alene	Andel (%)	22	25	34	0	23
Hatt nært forhold til mor	Ja (%)	70	71	73	61	70
Hatt nært forhold til far	Ja (%)	41	36	40	39	40
Store problemer i forhold til mor siste 30 dager	Ja (%)	19	18	11	45	19
Store problemer i forhold til far siste 30 dager	Ja (%)	17	13	5	32	15
Store problemer over tid i forhold til mor tidligere i livet	Ja (%)	51	56	48	74	53
Store problemer over tid i forhold til far tidligere i livet	Ja (%)	61	59	64	48	60
Store problemer over tid i forhold til ektefelle/partner tidligere i livet	Ja (%)	51	50	57	47	52
Mishandlet (følelsesmessig) tidligere i livet	Ja (%)	53	62	65	61	57
Mishandlet (fysisk) tidligere i livet	Ja (%)	33	34	47	36	36
Mishandlet (seksuelt) tidligere i livet	Ja (%)	15	11	20	13	15
Alvorlige problemer/konflikter med familie/slektinger siste 30 dager	Antall dager (gjennomsnitt)	4	3	1	7	4
Bekymret eller plaget på grunn av familieproblemene	Betydelig / svært stor (%)	25	20	14	45	24

Familiehistorie – rusmiddelbruk og psykiske vansker

ASI inneholder en egen seksjon om familiehistorie. Klienten stilles spørsmål om hvorvidt biologiske foreldre, besteforeldre, foreldres søsken eller egne søsken har/har hatt » hva du vil kalle et betydelig alkohol/stoff/medikamentmisbruk eller psykiske problemer som førte til, eller som burde ha ført til behandling.» Slik informasjon er målt i tidligere behandlingsundersøkelser og «anses som betydningsfull både for å tilrettelegge behandling og predikere en positiv utvikling etter behandling» (ASI-manual, Fureman et al., 1992). Andre nærstående personer er en tilleggskategori, der informasjon f.eks. om steforeldre, adoptiv- eller fosterforeldre, eventuelt andre kan kodes. Forutsetningen for å kode annen nærstående er at vedkommende har levd sammen med klienten under oppvekst. Ved dette oppsettet henleder ASI oppmerksomheten mot genetiske forhold av betydning for overførte rusmiddelproblemer, men gir også sosialt/relasjonelt viktige andre en plass. Nyere forskning viser ofte at det er interaksjonen mellom genetiske og miljøbetingede risikofaktorer og livshendelser som skaper sårbarhet for rusmiddel-misbruk som for andre psykiske lidelser (Slutske et al., 1999, Kendler et al., 2000, Heath et al., 2001, Jacob et al., 2001).

Vår erfaring med å intervjuer så detaljert og strukturert om familiehistorie, er at mange for første gang opplyser om slike problemforhold. Som vi kommer tilbake til under vurderingen av EuropASI som et klinisk instrument, kan spørsmålene bidra til å forløse et tabuisert, skambelagt og angstfylt tema, men også trigge lojalitetskonflikter. EuropASI skiller mellom alkoholbruk og narkotika/medikamentmisbruk hos familiemedlemmer. Ved å spørre separat om mors og fars alkohol/stoff/medikamentproblem, og dele opp i ulike klientgrupper, kommer det frem viktige nyanser i et generasjonsbilde. Eksempelvis ser vi at alkoholmisbruk i foreldregenerasjonen er gjennomgående høyt, slik andre undersøkelser viser (bl.a. Ravndal 1994, Lauritzen et al., 1997).

Stoff/medikamentmisbruk i tillegg til alkoholmisbruk blant ungdomsklientenes foreldre skiller seg markert ut. Her synes det å vise seg en foreldregenerasjon av narkotikamisbrukere og en høyst selektert ungdomsgruppe. Disse bakgrunnsfaktorene kan være relevante som prognostiske variabler, eventuelt som kontroll og mellomliggende variabler i analyser av problemendring, i tillegg til den kliniske betydningen de har. ASI-variablene om foreldres psykiske helse har tilsvarende funksjon. De utgjør også viktige faktorer i vurderingen av klientens familie- og sosiale nettverk.

Familie og sosiale relasjoner

ASI inkluderer ulike spørsmål om relasjoner mellom klient og familiemedlemmer og venner/bekjente. Seksjonens hovedtemaer er:

1. integriteten og støtten i hjemmemiljøet
2. hvem klienten tilbringer tid (fritid) sammen med
3. hvorvidt klienten har opplevd å ha nære, stabile relasjoner til viktige personer i familien og i forhold til venner
4. om konflikt preger relasjonene
5. om følelsesmessig, fysisk og seksuell mishandling i forhold til de samme familie-/bekjent kategoriene

For disse temaene stilles spørsmålene på ASI-vis konkret og detaljert når det gjelder familiemedlemmer og venner/bekjente, og for mange av variablene er det to tidsvinduer: «Siste 30 dager», og «tidligere i livet».

Når vi grupperer materialet slik vi har gjort for de andre EuropASI-områdene, ser vi at konkrete spørsmål om venner/bekjente og sosial omgang gir informasjon som skiller de ulike klientgruppene fra hverandre, m.h.t. graden av misbruksbelastet miljø og integrasjon i noe sosialt miljø. Som tidligere nevnt, er sosial isolasjon en sterk risikofaktor i forhold til suicidal atferd. I nytte-kostnadsstudien var disse variablene både egnet til en generell beskrivelse på gruppenivå, for å differensiere klientene i de ulike behandlingstiltakene og som kontrollvariabler for å forklare varians i analyser av problemendring.

Som en begrunnelse for temaet nære relasjoner, viser McLelland-gruppen til behandlingforskning i rusmiddelfeltet gjennom en årrekke og løfter frem at klienter som tilfredsstillt DSM-kriterier for antisosial personlighetsforstyrrelse, har spesielt dårlig prognose uansett hvilke behandlingsforsøk som gjøres (McLelland 1992). Et av kjennetegnene for denne type personlighetsforstyrrelse er manglende evne til å utvikle og/eller verdsette nære personlige forhold. EuropASI inneholder derfor en serie spørsmål som utforsker klientens historie med å danne og vedlikeholde relasjoner. Antisosial personlighetsforstyrrelse som en prognostisk faktor er bekreftet også i norske behandlingsundersøkelser på rusmiddelfeltet (Ravndal 1994, Vaglum 1998). Kvaliteten på nære relasjoner og tilknytningsforhold måles blant annet ved å stille spørsmål om klienten «har hatt et nært og godt forhold til noen av følgende personer i livet», og så gis kategoriene mor, far, søsken, kjæreste, ektefelle, egne barn og venner.

Intensjonen med spørsmålet er å måle i hvor stor grad klienten har en historie hvor han/hun har vært i stand til å etablere og opprettholde nære, varme og gjensidig støttende relasjonsforhold. For å få frem intensjonen, veileder manualen som følger: En enkel «ja»-respons er ikke tilstrekkelig for disse spørsmålene, og sondering vil være nødvendig for å avgjøre mer spesifikt om det har vært muligheter til å føle nærhet og gjensidige forpliktelser i relasjonsforholdet. Føler klienten en form for verdifullhet rundt forholdet, ut over ren egennytte? Er klienten villig til å arbeide for å gjenopprette/vedlikeholde relasjonsforholdene? Dette er eksempel på ASI-spørsmål som er teoretisk forankret, og som må utforskes nærmere av intervjuer i samsvar med manualen for å oppnå en tilnærmet valid representasjon.

Problemer og konflikter i relasjonsforholdene

Ifølge manualen refererer disse spørsmålene til så alvorlige problemer av tilstrekkelig varighet og intensitet at de setter relasjonsforholdet på spill. Problemene inkluderer svært dårlig kommunikasjon, mangel på tillit eller forståelse, fiendtlighet eller kroniske stridigheter. Slike kriterier må eksplisitt uttrykkes for å fange opp det variablene er konstruert for å måle. Selv om vi, slik det tidligere er beskrevet, nettopp brukte veiledningsmøter til å fremheve disse viktige detaljene og øve på å formulere spørsmål, kan vi ikke være sikre på at kriteriene alltid er fremhevet.

Det er to tidskolonner knyttet til problem/konfliktspørsmålene, nemlig «siste 30 dager» og «tidligere i livet», og de er utformet for vurdering hver for seg. Et kontroversielt krav til å kunne kode problem i siste 30 dagers-kolonnen, er «at det har vært kontakt» mellom klient og den viktige andre. I svært mange av intervjuene har klientene oppgitt at de bl.a. på grunn av sitt misbruksproblem eller på grunn av andre konflikter ikke har hatt kontakt med familiemedlemmer siste 30 dager. Spørsmålet blir da kodet som uaktuelt (N). Kodetegnet N benyttes også der hvor det faktisk ikke finnes personer i kategorien, for eksempel fordi de er døde. Svaret vil derfor ikke skille mellom de forskjellige informasjonene. Ofte vil jo nettopp et uttrykk for konflikt være at det er brudd i kontakten.

Det er vanskelig å se at opplysningene i nåtidsvariabelen i tilstrekkelig grad reflekterer de reelle problemene. Det man er ute etter å måle her, er det underliggende konflikt- og problemstoffet slik at konflikter/problemer som er direkte knyttet til rusmiddelmissbruk og som vil endre seg hvis rusmiddelinntaket reduseres, skal ekskluderes. Intensjonene med dette er faglig begrunnet og forståelige, men det er selvsagt vanskelig i praksis å få tak i informasjonen når et

rusmiddelmissbruk har vart over flere år og skapt til dels dramatiske situasjoner med et utall av konsekvenser og konflikter. Det er også reist spørsmål om ikke ASI i tillegg burde ha fokusert på spesifikke rusmiddelattribuerte relasjonelle vansker (bl.a Stenius & Room 2004).

Følelsmessig, fysiske og seksuelle overgrep/krenkelser

Undersøkelser viser at det er høy forekomst av ulike former for overgrep og krenkelser i rusmiddelmissbrukeres liv (Ravndal 1995, Lauritzen et al., 1997, Ravndal et al., 2001), og ASI har spørsmål om slike både i et «hele livet-perspektiv» og «siste 30 dager.» For variablene både om følelsmessige, fysiske og seksuelle overgrep, er klientens opplevelse og vurdering av krenkelse et overordnet kriterium. Med hensyn til fysiske overgrep, forsøkes trukket en grense mot alvorligere fysiske handlinger, slik at «*simple spankings or other punishments should not be counted as abuse, unless they were (in the eyes of the client) extreme and unnecessary*». Voldsbegrepet er, som vist, langt fra entydig definert. Seksuelt misbruk er ikke avgrenset til samleie, men enhver form for uønskede tilnærmelser av seksuell art.

Forekomst av rapporterte problemer slik tabell 4.7 viser, ligger nært opptil fordeling i refererte behandlingsstudier, selv om direkte sammenligninger er vanskelig på grunn av ulik operasjonalisering og varierende rapportering av subjektive opplevelser. Ulike former for mishandling, ikke minst vold, er som tidligere nevnt alvorlige risikofaktorer i forhold til selvmordsforsøk blant rusmiddelmissbrukere (Rossow & Lauritzen 2001, Darke et al., 2007). De representerer likeledes risikofaktorer for utvikling av lavt selvbilde, som igjen er en psykologisk forklaringsvariabel for rusmiddelmissbruk (CASA 2003). Siste 30 dagers-spørsmålet i ASI om mishandling gir grunnlag for å måle aktuelle kritiske situasjoner.

De siste variablene i tabell 4.7 omhandler konflikt og problemer siste 30_dager når det gjelder familie og andre, og hvor bekymret eller plaget klienten er av disse problemene. Variablene benyttes for å måle endring ved oppfølgingsundersøkelser. Fordi kriteriet om personlig kontakt er knyttet til rapportering av konflikt/problem, vil vi etter vår erfaring få en underrapportering her som kan betegnes som en systematisk feil. Det er derfor vanskelig å tolke informasjonene fra disse variablene på gruppenivå. Vi kan ikke lese om det reelt sett er få problemer eller om den lave skåren uttrykker brudd i kontakten og for mange svært store relasjonsproblemer. Når vi presenterer tallene slik de er vist i tabell 4.7, må vi derfor gjøre oppmerksom på mulige feilkilder og legge inn kommentar om disse forholdene.

Oppsummering/vurdering

Tredjepersonopplysninger inngår i ganske detaljert grad under familiehistoriedelen. Det impliserer noen etiske utfordringer som bør drøftes. Sårbarheten som ligger i å uttrykke rusmiddelproblemer og psykiske vansker hos familie-medlemmer kan dessuten påvirke reliabiliteten og den empiriske validiteten i et materiale. Det er gode faglige grunner for å inkludere spørsmålene, og vi ser av rapportert problemforekomst at temaene er viktige i beskrivelsen av klientgrupper for å øke oppmerksomheten på generasjonsperspektivet, både i forsknings- og i behandlingssammenheng. Sosial tilhørighet og omgang er et tema som utforskes. Tilknytningsforhold står sentralt i denne seksjonen, og kvalitet i relasjonene forsøkes målt både i et nåtidig og i et livstidsperspektiv. Etter vår erfaring svekker enkelte variabelkriterier reliabiliteten i målingen. Det dreier seg spesielt om å ekskludere direkte rusmiddelrelaterte konflikter/problemer og kriteriet om kontakt for å kunne rapportere familieproblemer.

4.8 Psykisk helse

Som nevnt var Mc Lelland gruppen tidlig orientert mot sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykisk helse. Datamaterialet vist i tabellene 4.8 og 4.5 bekrefter en slik samvariasjon. I tabell 4.8 vises et utvalg av de spørsmålene som er benyttet i EuropASI for å kartlegge psykiske vansker.

Tabell 4.8 Psykiske vansker

	Svarkategori	Hovedinndeling				Total
		Inst. Voksne	PUT	Metadon	Inst. Ungdom	
Alvorlig deprimert (siste 30 dager)	Ja (%)	29	50	27	39	33
Alvorlige deprimert (tidligere i livet)	Ja (%)	56	71	68	58	61
Alvorlig angst eller anspenhet (siste 30 dager)	Ja (%)	38	49	33	23	39
Alvorlig angst eller anspenhet (tidligere i livet)	Ja (%)	57	65	66	33	58
Opplevd hallusinasjoner (siste 30 dager)	Ja (%)	6	15	3	3	8
Opplevd hallusinasjoner (tidligere i livet)	Ja (%)	21	20	20	7	20
Problemer med konsentrasjon / hukommelse (siste 30 dager)	Ja (%)	38	34	30	55	37
Problemer med konsentrasjon / hukommelse (tidligere i livet)	Ja (%)	54	39	57	63	52
Vansker med å kontrollere voldelig adferd (siste 30 dager)	Ja (%)	7	6	1	36	8
Vansker med å kontrollere voldelig adferd (tidligere i livet)	Ja (%)	37	35	31	65	38
Foreskrevet medisiner for psykisk/følelsesmessig problem (siste 30 dager)	Ja (%)	17	29	7	3	17
Foreskrevet medisiner for psykisk/følelsesmessig problem (tidligere i livet)	Ja (%)	41	43	49	19	41
Selvmoordsforsøk (siste 30 dager)	Ja (%)	5	3	3	3	4
Selvmoordsforsøk tidligere i livet	Ja (%)	40	32	64	38	42
Psykiske/følelsesmessige problemer (siste 30 dager)	Antall dager (gjennomsnitt)	12	13	7	13	11
Hvor plaget/bekymret pga. psykiske problemer (siste 30 dager)	Betydelig/ svært (%)	41	48	25	48	40

Denne delen av instrumentet inneholder som de andre områdene noen «objektive» verifiserbare indikatorer på problembelastning, som antall ganger innlagt sykehus/klinikk for psykiske eller følelsesmessige problemer, antall polikliniske behandlingssekvenser og trygdeytelser for psykisk lidelse. De øvrige spørsmålene baserer seg på subjektiv rapportering.

Symptomer på psykiske problemer som depresjon, angst, hallusinasjoner og hukommelsesproblemer

For å gi et bilde av den aktuelle situasjonen og fange opp problemer tidligere i livet, stilles spørsmål i et tidsvindu av siste 30 dager og i et livstidsperspektiv. Alvorlig depresjon og alvorlig angst er begreper som benyttes. EuropASI er som omtalt ikke et diagnostisk instrument, men begrepene i dette området legges opp mot diagnostiske termer. Manualen gir eksempler på symptomer og opplevelser relatert til alvorlig depresjon og angst for å veilede intervjuer. Livstidskolonnen har 14 dager eller lengre tids varighet av symptomene som kriterium. «Siste 30 dager spørsmålene» har ikke dette tidskriteriet, men symptomene skal være «over dager».

Ut fra manualen skal både depresjons- og angstvariablene måle symptomlidelser som ikke direkte er relatert til rusmiddelbruk eller abstinensreaksjoner. Det kan sies å være enklere å måle de primære psykiske vanskene i et livstidsperspektiv med dette innlagte kriteriet enn i «siste 30 dager spørsmålene». De fleste klientene har et høyt rusmiddelmisbruk før inntak, noe som uunngåelig vil prege svarene. Rusmiddel-påvirkningen kan bidra til å påvirke rapporteringen i ulike retninger, både ved at angst og depresjonsreaksjoner som er direkte knyttet til tungt misbruk inkluderes, eller ved at rusmiddelbruken demper de psykiske symptomene som derigjennom underrapporteres. Livstidsforekomsten for depresjon og angst var målt til henholdsvis 61 % og 58 % for hele utvalget. Til sammenligning kan nevnes en undersøkelse av Bakken et al. (2004) der The Composite International Diagnostic Interview (CIDI), med DSM-IV kriterier (Robins et al., 1989) ble benyttet for et utvalg rusmiddel-misbrukere i behandling. Femtifire prosent er her diagnostisert med «major depression». CIDI har en innebygget tidsakse, og ut fra denne konkluderer Bakken m.fl. at de psykiske vanskene i stor grad synes å opptre tidligere enn rusatferden.

Opplevde hallusinasjoner skal, som angst og depresjon, kun kodes dersom disse ikke er direkte rusrelaterte. En livstidsprevalens på 20 % for hele utvalget av opplevde hallusinasjoner må antas å være for høyt (jfr. bla Regier et al., 1990) og et uttrykk for at målingen ikke er valid. Erfaringer med å stille spørsmål om konsentrasjon og hukommelse er at den kognitive funksjonen opptar og bekymrer

klientene. Mange har hatt stor grad av slike vansker fra ung alder og assosierer lærevansker og sosialt stigma til dem. Konsentrasjons- og hukommelsesproblemer er sterkt merkbare i en aktiv misbruksfase, men vil også ofte være konsekvens av langvarig rusmiddelmisbruk. Spørsmålene er viktige i målingen av endring for å vurdere problemene i sammenheng med et redusert inntak av rusmidler.

Selvmondsforsøk og vansker med å kontrollere voldelig atferd

ASI-instrumentet legger opp til å registrere voldsutøvelse eller selvmordsforsøk uavhengig av rusmiddelpåvirkning. Her gjelder altså ikke samme kriterier som for de overfor nevnte psykiske vanskene. Til voldelig atferd regnes å miste kontroll i form av raseri eller vold. Som for mange andre spørsmål vil subjektive vurderinger og tolkninger kunne gjøre utslag. Slik gruppeinndelingen viser i tabell 4.8, er forekomst av voldelig atferd signifikant mer utbredt blant ungdomsklientene, noe som bekreftes av de kliniske miljøene. I en utvalgsbeskrivelse slik vi gjør, synes spesifisiteten på denne variabelen å være tilstrekkelig til å differensiere mellom klientgrupper.

På grunn av den høye dødeligheten i misbrukerpopulasjonen er det selvsagt relevant å måle spørsmål om suicidal atferd. Både alvorlig depresjon og selvmordsforsøk (inkludert intenderte overdoser) er sterke risikofaktorer for selvmord. ASI måler både livstidsforekomst og selvmordstanker og selvmordsforsøk siste 30 dager. Det gis instruksjon til intervjuer om formidling av kontakt til hjelpeapparatet dersom klienten oppleves som suicidal under intervjuet. I nytte-kostnadsstudien erfarte vi situasjoner der dette ble nødvendig.

Psykisk helse-området, og således hele ASI-intervjuet, avsluttes med spørsmål til intervjuer om hvordan klienten fremstår i situasjonen m.h.t. depresjon, angst, virkelighetsoppfatning, konsentrasjon og selvmordstanker. Dette medvirker til en statusvurdering av klienten og bidrar til årvåkenhet i forhold til hjelpebehov tilknyttet intervjusituasjonen. Spørsmålene gir også intervjuer mulighet til å gi positive tilbakemeldinger til klienten om konsentrasjon, hukommelse, mot, samarbeidsvilje osv. En konstruktiv feed-back kan styrke klientens selvfølelse i den sårbare situasjonen det er å utgi slike personlige erfaringer. Det kan også gi trygghet til å delta videre i en oppfølgingsstudie.

Oppsummering/vurdering

Det må stilles spørsmål ved bruken av begrepene alvorlig depresjon og alvorlig angst i forhold til innholdsvaliditet. Selv om det gis symptombeskrivelser i

manualen, er disse i liten grad spesifikke. Hvorvidt klienten vil betegne sine plager som alvorlige, vil være personavhengig og også påvirket av intervjuers presisering av spørsmålene. Kriteriene om å ekskludere direkte rusmiddelrelatert angst, depresjon og hallusinasjoner i målingen synes generelt vanskelig å oppfylle. Psykisk helsetilstand var en viktig del av vurderingen i nytte-kostnadsstudien. Vi tok utgangspunkt i at ASI er et basis kartleggingsinstrument som iflg. McLelland indikerer problembelastningen. Seksjonen gir ikke godt nok grunnlag for en valid og reliabel vurdering av klientens psykiske tilstand og vi benyttet i tillegg andre verktøy. Tabell 4.8 viser imidlertid viktige indikatorer på psykiske vansker når nødvendige forbehold tas. Hvordan variablene egnet seg som baselinemål for å måle endring, omhandles i neste kapittel.

5 EuropASI som instrument for å måle endring i problembelastning

5.1 Oppfølgingsundersøkelsene

Klientene i nytte-kostnadsstudien er intervjuet ett, to, syv og ti år etter inntak i behandling. I denne rapporten er det erfaringer og data fra de to første oppfølgingstidspunktene (T1 og T2) som er benyttet sammen med inntaksmaterialet (T0). Oppfølgingsprosenten for T1 og T2 er henholdsvis 92 % og 88 %.

Ett av prinsippene prosjektgruppen fulgte, var at hver intervjuer så langt som mulig skulle intervju de samme klientene under oppfølgingen som ved inntak til behandling. Dette medførte sterk motivasjon i gjenfinningsprosessen. Et omfattende intervju av såpass sensitiv karakter som EuropASI, synes i mange tilfeller å skape en relasjon mellom intervjuer og klient. Interessen for å høre hvordan forholdene var for den enkelte var en drivkraft til å oppsøke og gjennomføre et nytt intervju. Gleder ved å høre stolte historier om tilbakelagt rusmiddelbruk, medinnlevelse i en terminal sykdomsfase eller et desperat misbruk er del av sterke personlige møter som ligger bak instrumentelle beskrivelser i tall og tabeller. Tilbakemeldinger fra klientene tyder også på at en slik personlig tilrettelegging var viktig for dem, og viktigere for noen enn for andre.

Forpliktelsen som ligger i å forespeile flere møter over mange år skal ikke undervurderes. Enkelte har formidlet at deltagelsen i studien opplevdes som en ramme som skapte større bevissthet om livssituasjonen. Dette fordi den skulle uttrykkes. En tolkning av en gjensidig opplevd forpliktelse er også at informasjonen som gis i stor grad er pålitelig. Klientene ble betalt 200 kroner for hvert intervju, fordi vi definerte dette som et arbeid. For noen hadde disse kronene betydning for deltagelsen, for andre ikke. Flere formidlet at deres erfaringer og refleksjoner ble satt inn i en sammenheng som kunne bety noe positivt for de som kom etter i misbruksutvikling og i behandling. Vi motiverte nok i stor grad også vår egen

innsats med denne begrunnelsen. Det skal ikke undervurderes hvilket arbeid som ligger bak en oppfølgingsstudie.

Stöffelmayr et al. (1994) har benyttet ASI i en longitudinell undersøkelse (inntak i behandling, 6, 12 og 18 måneder etter behandling) og satt søkelyset på hvor konsistent instrumentet administreres og brukes over tid og på tvers av intervjuere. Et spørsmål som stilles er: ville en hypotetisk klient som presenterer det samme problembildet og symptomer gjennom ulike intervjuer i samme studie oppnå de samme skårer i alle intervjuene? Dette er ikke bare et spørsmål om inter-rater enighet/konsistens eller turn-over blant intervjuere, men også om «rater drift», skriver forfatterne. De henviser til Boice (1983) som hevder at «rater drift» er identifisert som den alvorligste trusselen mot reliabilitet i strukturerte intervjuer og skåringer. «Rater drift» skjer, i flg. Stöffelmayr et al., når intervjuere viser lav motivasjon, tretthet, glemsomhet og andre forstyrrende vaner (confounding habits).

For å redusere denne trusselen, utviklet de et system for intervjutrening og vurdering av inter-rater konsistens gjennom sin longitudinelle studie. En ekspertgruppe konstruerte modellintervjuer med skåringer, og for å bli godkjent intervjuer før hver oppfølging måtte vedkommende ikke ha et avvik fra ekspertgruppens skåring på de to ASI-skalaene, intervjuers alvorlighetsvurdering (SR) og den sammensatte skåren (CS), på mere enn 10 %. Deres hovedfunn etter kalibreringen var at ASI kan brukes reliabelt gjennom en longitudinell studie. *«Ikke bare var inter-rater-enigheten opprettholdt, men alle korrelasjoner var over $r = 0.90$, og reliabilitet og «accuracy» var også høy»*. Tid for denne kalibreringsinnsatsen beregnet de til en og en halv arbeidsdag hver annen måned for hver intervjuer. Forskergruppen konkluderer med at dette var en beskjeden investering for å oppnå den påliteligheten på datamaterialet som de ønsket.

Vi gjorde ikke lignende forsøk eller hadde samme grad av systematisk opplæring og høye frekvens i veiledning av intervjuere. Intervjuintervallene i nytte-kostnadsstudien er dessuten betydelig lengre, og motivasjonen var så vidt vi kunne bedømme, høy. Eksterne intervjuere var få, og de samme kvalitetssikringsrutiner for gjennomgang, konsistenssjekker osv. som er omtalt for t0, gjaldt også oppfølgingsintervjuene. Selv om vi har lagt ned et betydelig arbeid for å unngå «rater drift», kan vi ikke utelukke at det til en viss grad har foregått. Det er en mulighet for at klientene dessuten er påvirket av gjentakelser i spørsmålene og derfor ikke legger samme presisjon i svarene, men vi har ikke grunnlag for å bekrefte dette.

5.2 Oppfølgingsmaterialet

Datamaterialet på de tre tidspunktene som rapporten omhandler, består av følgende antall klienter (N): t0 = 481, t1 = 428, t2= 410.

I løpet av toårsperioden er ca 00 % (00 personer) døde, som er noe under 0 % årlig. EuropASI og SCL-25 er benyttet ved alle tidspunkter. I tillegg er det i observasjonsperioden innhentet data fra Strafferegisteret, Rikstrygdeverket (trygdestønader), Statistisk sentralbyrå (inntekt, bostøtte, sosialstønad) og fra Dødsårsaksregisteret. Ved t1 var hele 50 % av utvalget fortsatt i behandling i rekrutteringstiltaket, og ved t2 var andelen 22 %.

5.3 Endringsmålene i EuropASI

Som beskrevet under kapittel 2.3, består EuropASI av ulike endringsmål. I gjennomgangen av inntaksinstrumentet, går det frem at to tidsvinduer i hovedsak er bygget inn, nemlig «siste 30 dager» og «tidligere i livet». Oppfølgingsmodulen inneholder «siste 30 dager»-spørsmålene. I tillegg har vi lagt inn et «siste 12 måneders» vindu, for å reflektere tidsintervallet mellom intervjuene. Det vil si at ved å bruke oppfølgings skjemaene til EuropASI slik vi har supplert det, fikk vi en bredspektret informasjon fra de forskjellige dimensjonene, hovedsakelig i tidsperspektivene «siste 30 dager», men også i noen grad siste år.

De endringsmålene som ofte benyttes i studier der ASI er lagt til grunn er:

1. Antall *problemdager* siste 30 dager eller måling på utvalgte siste 30 dagersvariabler.
2. Severity Rating (SR-intervjuers alvorlighetsvurdering)
3. Composite Score (CS-sammenfattende skåre)

Alle endringsmålene benyttes for hver av dimensjonene. De vil her bli kort beskrevet samtidig som vi forsøker å gjøre en vurdering av målene på bakgrunn av erfaringer fra nytte-kostnadsstudien. Intervjuers alvorlighetsvurdering (SR) er ikke brukt men blir likevel kommentert ut fra det valget vi gjorde om ikke å benytte den. Datamateriale blir også i dette kapitlet trukket inn for å belyse problemstillingen: Hvordan var EuropASI egnet til å måle endring i klientenes situasjon etter behandling? Vi presenterer problemendring i tabellform for dimensjonene rusmiddelbruk og psykisk helse for å illustrere endringsmålene: siste 30 dagers rapporterte problemer (rusmiddelbruk og psykiske vansker) og den sammensatte skåren (CS) for de to områdene.

5.4 Måling på utvalgte siste 30 dagers variabler

Spørsmålet «Hvor mange av de siste 30 dager har du opplevd problemer i forhold til» (noe variasjon i ordlyden), stilles for fire av de seks områdene i EuropASI. Svarene står som egne endringsmål og går også inn i den sammensatte skåren (CS). Ordlyden «opplevd problemer i forhold til ...» fanger en subjektiv opplevelsdimensjon som i seg selv kan være viktig. I nytte-kostnadsundersøkelsen har vi imidlertid ønsket en mer konkret beskrivelse av endring, og har derfor i stor grad utnyttet de mulighetene som ligger i det store antallet enkeltspørsmål innenfor tidsreferansen siste 30 dager. Som det kommer frem av de utvalgte tabellene, kan vi måle endring ved å sammenligne rapporteringen fra siste 30 dagers spørsmålene på flere tidspunkter (T0, T1, T2). For å vurdere om endringer er mer enn tilfeldige variasjoner, gjøres beregninger for å teste om eventuell reduksjon eller økning av problemene er statistisk signifikant. Forutsetningen for å fastslå at den rapporterte endringen er pålitelig, er som tidligere beskrevet, blant annet at variablene gir både reliabel og valid informasjon.

Siste 30 dager før behandlingsstart og før oppfølgingsintervjuene er et kort tidsvindu, og det er metodiske svakheter forbundet med dette. Vi erfarte raskt at siste 30 dager før inntak i behandling var en problematisk måleperiode. En del av rusmiddelmissbrukerne vi intervjuet kom til behandlingstiltaket (indekstiltaket for studien) direkte fra annet kontrollert miljø, som for eksempel avrusnings-/akuttinstitusjon. For å få en baseline som ga uttrykk for bl.a. rusmiddelbruk/misbruk, var vi nødt til å benytte den 30-dagers perioden som gikk forut for et kontrollert miljø. I hovedsak var det forholdsvis korte opphold som ble rapportert, men i noen tilfeller også fengsel eller behandlingsinstitusjoner av noe lengre varighet. Å forskyve disse tidsperiodene kan ha ført til større grad av unøyaktige opplysninger for de klientene det gjaldt.

Ved å begrense måleperioden til 30 dager, må fenomenet «regresjon mot gjennomsnittet» tas i betraktning ved tolkningen av data (Cook and Campell 1979, Room 2004). I tiden rett før inntak i behandling er det sannsynlig at en stor del av klientene har større problembelastning enn gjennomsnittlig. Oppfølgingsmålet kan derfor gi et falskt bilde av hvor positiv selve endringen, eventuelt behandlingsresultatet har vært. Room (1980) viser til studier der kontrollgrupper uten behandlingsintervensjoner har tilnærmedesvis like positive endringer som klienter i behandling og fremhever at lengre tidsvinduer reduserer de positive endringene i oppfølgingsundersøkelser. Regresjon mot gjennomsnittet innebærer også at de

med den tyngste rapporteringen av problemer har større sannsynlighet for å vise endring, både på grunn av målefeil og reelle endringer, jfr. Skog & Rossow (2006).

Inntaksinstrumentet har «tidligere i livet» som tidsreferanse på mange av spørsmålene i tillegg til «siste 30 dager». Ved målinger seks eller tolv måneder senere, er det etter vår erfaring ønskelig å kunne se endring i et større tidsrom enn siste 30 dager. «Tidligere i livet» gir ingen baseline for dette, mens et gjennomgående seksmåneders vindu i inntaksintervjuet ville styrke ASI for et slikt formål.

Når vi har en lengre tidsserie kan vi vurdere stabiliteten eller fluktasjoner i endringer fra t0. Begrensningene ved å måle stabilitet gjennom en så kort tidsperiode som 30 dager må tas med i vurderingen. I tabellene for dager med rusmiddelbruk eller psykiske vansker siste 30 dager er det gjort en sammenligning av gjennomsnittene ved inntak og to av oppfølgingstidspunktene i nyttekostnadsundersøkelsen. Dette er én enkel form for fremstilling. Man kunne f.eks. også filtrere ut av beregningsgrunnlaget de som ikke har brukt det enkelte rusmiddel, men i de følgende tabellene er «alle» lagt til grunn. Standardfeil er utregnet for variablene, men presenteres ikke her. I tabellene vises data på gruppenivå. I andre publikasjoner fra denne prospektive studien vil endring i tillegg analyseres på individnivå og frafallsanalyser inngår.

Endring av rapportert rusmiddelbruk

De to målene vi har benyttet for å måle endring i rusmiddelbruk er:

1. antall av de siste 30 dager brukt ulike rusmidler
2. den sammenfattende skåren for rusmiddel problemer (CS).

Sammenligning av endring mellom klientgruppene må gjøres med forsiktighet. Delvis vil ulikt antall i de forskjellige gruppene kunne påvirke prosentandelene. Endringen må også vurderes i forhold til ulike kjennetegn og ulik problembelastning hos klientene i de forskjellige tiltakstypene.

Med forbehold om svakheter ved målemetoden, viser tabell 5.1 hvordan gjennomsnittlig endring i rusmiddelbruk hos de forskjellige klientgruppene kan uttrykkes over tid.

Tabell 5.1 Bruk av rusmidler /medikamenter siste 30 dager, gjennomsnittlig antall dager

		Tiltakstype hovedinndeling				Total
		Inst. Voksne	PUT	Metadon	Inst. Ungdom	
Dager alkohol til beruselse siste	T 0	2	2	0	2	2
	T 1	0	1	1	0	1
	T 2	0	1	1	2	1
Dager med heroin	T 0	15	6	19	3	13
	T 1	4	5	3	0	4
	T 2	4	5	5	0	4
Dager med metadon,subutex	T0	1	0	0	0	0
	T1	2	1	23	0	5
	T 2	4	1	25	0	6
Dager med dempende medisin	T 0	10	6	13	7	9
	T1	3	3	5	0	3
	T 2	4	7	8	1	5
Dager med amfetamin	T0	5	4	0	6	4
	T1	1	2	1	0	1
	T2	0	1	1	1	1
Dager med cannabis	T 0	9	11	5	23	10
	T 1	3	6	4	0	3
	T 2	2	7	7	3	4

Vi ser at antall dager med alkohol til beruselse synes å holde seg stabilt lavt gjennom de to årene. Heroinbruken har gått betydelig ned for alle klientgrupper. Reduksjonen er størst mellom t0 og t1. Bruk av metadon har økt. Denne økningen slår naturlig nok sterkest ut for gruppen metadonklienter som var under opptrapping ved første intervju. Vi ser dessuten at voksne institusjonsklienter i noen grad har gått over til metadon. Dager med dempende medisin rapporteres å være klart færre siste 30 dager før oppfølgingstidspunktene både for de voksne og de yngste institusjonsklientene og for metadonbrukerne. Klientene fra psykiatriske ungdomsteam får i gjennomsnitt en reduksjon av dempende medikamenter ett år etter inntak, men deretter en betydelig økning ved to års oppfølgingen. Når det gjelder amfetamininntak, har det vært en gjennomsnittlig reduksjon i bruk fra t0 for alle grupper unntatt metadonbrukerne. Samme mønster sees for cannabis. Der har reduksjonen vært størst blant klientene i ungdomsinstitusjonene, som hadde den høyeste rapporteringen på t0. Metadonbrukerne har som gruppe en gjennomsnittlig høyere rapportering av cannabis på t2 enn ved t0.

EuropASI-vareblene gir her et bilde av klientgrupper rapporterte bruk/ misbruk av forskjellige rusmidler over to år med en tidsreferanse til siste 30 dager før intervju. Hovedtendensen er at rusmiddelbruken på gruppenivå reduseres kraftig fra t0 til t1, og at reduksjonen synes å være ganske stabil ved t2. Det er sannsynlig at behandlingsintervensjonene har påvirket misbruket i gunstig retning. En stor andel av klientene var fortsatt i behandling ved t1, og en mindre andel ved t2. Ved t2, to år etter inntak, hadde størstedelen av klientene vært ute av indekstiltaket fra seks til tolv måneder. Heroininntaket har hatt et betydelig fall gjennom toårsperioden for alle tiltaksgrupper, samtidig som metadonbruken har gått opp. Bruken av alkohol til beruselse (målt i frekvens) har økt noe for metadonklientene, men ligger gjennomgående lavt for alle klientgruppene i måleperioden. De yngste døgnklientene, som er en selektert og svært belastet ungdomsgruppe (slik det fremkommer i kapittel 3), synes å ha redusert sitt misbruk betydelig fra t0, for alle registrerte rusmidler. Metadonklientene derimot, rapporterer å ha hatt en høyere bruksfrekvens for enkelte rusmidler i tiden før etterundersøkelsene sammenlignet med tidspunktet for inntak.

Oppsummering/drøfting

Gjennom å fremstille en så vidt detaljert tabell og kommentere noen av funnene, ønsker vi å vise de mulighetene som ligger i ASI-vareblene. Endring i rusmiddelbruk over tid er operasjonalisert gjennom de mange kategoriene av rusmidler som intervjuet inneholder. Disse gir verdifull informasjon om sammensatte misbruksbilder. For nytte-kostnadsstudien var det nettopp viktig å kunne differensiere klientene i de ulike tiltaksgruppene, bl.a. i forhold til misbruksprofil for å vurdere endring innenfor gruppene og sammenholde dem. Bruken av EuropASI synes å gi en mulighet for det. I tabell 5.1 kommer det frem et nyansert bilde av rusmiddelbruk over tid. Så er det flere innvendinger som kan reises, som nevnt i sammenheng med tidsreferansen på siste 30 dager før intervjuet (jfr. Carroll 1995 og Stenius & Room 2004).

Vi valgte i tillegg å inkludere måling med frekvenskategorier innenfor en seks måneders referanseperiode. Som mange har erfart, er det imidlertid metodiske vansker med å måle endring, også innenfor en slik tidsdimensjon. For eksempel kan variasjonen innenfor tidsvinduet være stor. En annen innvending til 30 dager variabelens detaljeringsnivå går tilbake til drøftingen i kapittel 4. I hvilken grad kan vi forvente et så presist anslag over antall dager (her brukt ulike rusmidler) at det gir et reliabelt mål både for å beskrive en baseline og for å måle endring? Disse spørsmålene er ikke spesifikke i forhold til EuropASI. The Maudsley Profile,

utviklet for den største behandlingsforskningsstudien i Storbritannia (NTOR, Gossop et al., 1997), har til sammenligning en 90 dagers måleperiode med samme detaljeringsnivå.

Vi har imidlertid ut fra erfaring argumentert for at det er vanskelig å få presise angivelser, særlig i klientgrupper med omfattende og sammensatt rusmiddel-misbruk. Det blir de best mulige anslag som rapporteres. Derfor bør endrings-beskrivelser på bakgrunn av ASI (og lignende verktøy) ta hensyn til dette og legge inn nødvendige forbehold. Materialet fra nytte-kostnadsstudien er forholdsvis stort, og tendenser kan derfor uttrykkes med en viss grad av sikkerhet, men ved oppdeling i grupper med liten N vil svak empirisk validitet kunne gjøre store utslag.

I tillegg til spørsmål om rusmiddelbruk brukes også variabler vedrørende psykisk helse for ytterligere å belyse hvordan bredden av ASI-informasjon kan beskrives i et endringsperspektiv, og mer spesifikt de siste 30 dagers variablene som endrings-mål. *Endring i rapporterte psykiske vansker*

Tabell 5.2 Rapporterte psykiske vansker i løpet av siste 30 dager, ja/nei andel i prosent.

		Tiltakstype hovedinndeling				Total
		Inst. Voksne	PUT	Metadon	Inst. Ungdom	
Opplevd alvorlig depresjon siste 30 dager	T 0	29	50	22	38	33
	T 1	20	23	23	10	20
	T 2	20	24	30	15	22
Opplevd alvorlig angst siste 30 dager	T 0	38	49	33	23	39
	T 1	17	16	24	32	19
	T 2	23	18	37	30	24
Vansker med konsentrasjon og hukommelse siste 30 dager	T0	38	34	30	55	37
	T1	24	30	47	39	29
	T 2	28	26	55	22	32
Problemer med voldelig atferd siste 30 dager	T0	7	6	1	36	8
	T1	5	6	7	13	6
	T2	4	2	12	7	5
Medikasjon for psykiske problemer siste 30 dager	T 0	17	29	7	3	17
	T 1	14	19	10	3	14
	T 2	17	25	22	7	19
Forsøkt å ta eget liv siste 30 dager	T0	5	3	3	3	3
	T1	1	1	0	3	1
	T2	2	0	0	0	1

Et hovedinntrykk er at de psykiske vanskene ikke er redusert i så stort omfang som rusmiddelbruken. Her er det imidlertid variasjon mellom klientgruppene.

Når det gjelder opplevelsen av å være alvorlig deprimert, vises en klar reduksjon fra t0 både for klienter rekruttert fra psykiatriske ungdomsteam og institusjonene for de yngste. Metadonbrukerne rapporterer ingen tilsvarende reduksjon. Klientene fra døgntiltak for voksne og fra psykiatriske ungdomsteam oppgir gjennomsnittlig langt færre dager med angst på begge oppfølgingstidspunkter sammenlignet med t0, mens dette ikke er tilfelle for metadonbrukerne eller klientene fra ungdomsinstitusjonene.

Vansker med konsentrasjon og hukommelse ligger gjennomgående høyt. Den mest markante endringen fra t0 viser metadongruppen som i gjennomsnitt rapporterer økende grad av konsentrasjons- og hukommelsesplager, mens for ungdom i døgntiltakene er reduksjonen betydelig. Med hensyn til voldelig atferd, viser tabellen en positiv endring hos tre av klientgruppene. Størst fremkommer denne å være hos de yngste institusjonsklientene. Hos metadonklientene vises igjen en problemøkning fra t0.

Rapportert medikasjon for psykiske problemer har økt sterkt i omfang for metadonklientene og for de yngste i institusjonsbehandling. Her må tas forbehold om hvorvidt det er det terapeutiske formålet med foreskrivningen som blir registrert. Erfaring tilsier at det er vanskelig å sikre (skille).

Den siste variabelen som gjengis er selvmordsforsøk siste 30 dager før intervju. Alle grupper viser en gjennomsnittlig reduksjon i selvmordsforsøk fra t0.

Oppsummering/ drøfting

Det er i hovedsak kategoriske variabler som inngår i denne seksjonen om psykisk helse. Klientene skal gi et ja/nei svar på opplevd depresjon/angst osv. Det er de subjektive opplevelsene av vansker som måles i tillegg til mer verifiserbare opplysninger som behandlingstiltak og medikasjon. Begrepene alvorlig depresjon og angst er forsøkt operasjonalisert ved noen symptombeskrivelser og tidsangivelser i manualen, men det må stilles spørsmål ved innholdsvaliditeten i begrepene. Faglig kompetanse til å intervju om psykisk helse vil også i stor grad variere. Når det i tillegg er knyttet et kriterium til flere av variablene om «ikke direkte relatert til rusmiddelbruk» og mange av klientene bruker rusmidler i måleperioden, vil det lett innebære svakheter i datamaterialet. Med de nødvendige forbehold, ser vi

imidlertid av tabell 5.2 et nyansert bilde av betydelige psykiske vansker som i stor grad synes redusert før første og annet oppfølgingsintervju.

Det er viktig å være oppmerksom på om det er spesielle forhold som har påvirket informasjonen på t0 slik at endringsprofilen feiltolkes. Dette er drøftet spesielt i forhold til de rekrutterte metadonklientene i utvalget hvorav mange var i starten av en metadonopptrapping når intervjuet ble foretatt. Tidspunktet for inntaksintervjuet (t0) ble valgt innenfor samme korte tidsramme etter inntak for alle klienter i rekrutteringsutvalget. En hypotese når det gjelder lavere rapportering av psykiske vansker for metadonklientene enn forventet på t0, var at fornøydhets og optimisme i forhold til å komme inn i metadonbehandling preget informasjonen. Vi brukte i tillegg til ASI, selvutfyllingsinstrumentene SCL-25 og MCMI II for å utrede psykiske vansker og personlighetsforstyrrelser.

Funnene som er vist i de to tabellene 5.1 og 5.2 av henholdsvis rusmiddelmissbruk og psykisk helse, bekrefter uten tvil nødvendigheten av både å kartlegge og intervenere i forhold til to sammenfallende problemområder.

5.5 Severity rating (SR)

Som beskrevet, utgjør denne rangeringen intervjuers alvorlighetsvurdering i form av en tipunkts skala inndelt i tallpar der 0 er «ikke noe problem/behandling ikke nødvendig» til 9 «svært store problemer/behandling absolutt nødvendig». Intervjuer skal gjøre en helhetsvurdering ut fra prinsippene som er nedfelt i manualen. Severity Rating (SR) er oversatt til alvorlighetsrangering/vurdering. Det skåren, ut fra manualen imidlertid skal uttrykke, er «klientens behov for hjelp/behandling utover den hjelp som allerede gis.»

Begrepsinnholdet eller definisjonen synes ikke å være tilstrekkelig reflektert i variabelens ordlyd. Dette kan svekke både skalaens reliabilitet og validitet. SR skal altså måle klientens behov for *ytterligere* behandling/hjelp ved inntaks- og oppfølgingstidspunktene. Den uttrykker slik ikke graden av problembelastning som sådan. Spørsmålet om klienten allerede får behandling/hjelp for de rapporterte problemene ligger som forutsetning for å gjøre en adekvat rangering på SR, men dette spørsmålet ligger kun som forutsetning i manualen og er ikke eksplisitt uttrykt i intervjueskjemaet. Det er sannsynlig at en slik tydeliggjøring kan bidra til å redusere usikkerhet i målingen ved at informasjon om behandlingsinnsatser som klienten allerede mottar hentes inn systematisk. En mulighet som er nevnt av

Jansson (2001), er å dele opp SR i to deler, en for å måle belastningsgrad og en for å måle behov for behandling.

McLelland-gruppen presiserer gjennom den amerikanske manualen (Treatment Research Institute, 2002) at SR ikke er konstruert for forskningsformål men er ment for klinisk bruk. Det synes imidlertid å være noe ulik praksis på hvorvidt den benyttes i forskningsstudier. Ut fra manualens anbefalinger valgte vi ikke å bruke SR som et endringsmål. Erfaringen vi har fått gjennom de ti årene vi har arbeidet med EuropASI i opplærings- og veiledningssammenheng, styrker denne avgjørelsen. Innholdsvaliditeten synes for svak for anvendelse i forskning, og de vurderinger som intervjuer skal gjøre kan lett bli påvirket både av utdanning, klinisk erfaring, faglig forståelse osv. En måte å bruke SR for å beskrive klientene på gruppenivå kan være å uttrykke fordelingen gjennom to eller tre skalanivåer (en to- eller tredeling av skalen).

5.6 Composite Score (CS)

Denne skåren er i følge McLelland-gruppen utviklet for å få et mer objektivt mål på endring og anbefales i forskningssammenheng. Den gir et sammenfattende mål for hver dimensjon (område) på en skala mellom 0–1. Skåren er basert på et utvalg av spørsmål vedrørende klientens aktuelle situasjon, det vil si «siste 30 dager»-spørsmålene. De variablene som er inkludert, er valgt ut etter en empirisk vurdering av egenskaper med hensyn til å måle endring, gjennom å kontrollere variablenes interne konsistens og korrelasjonene innenfor de respektive problemområdene (McLelland 1980). Skalaen anvendes på individnivå som et mål på endring og for å sammenligne ulike klientgrupper. Selv om Composite Score (CS) formidles som et mer objektivt mål enn SR, er klientens subjektive opplevelse av problem dager og vurdering av hjelpebehov også inkludert i sumskåren. I følge Stenius & Room (2004) er dette en uvanlig og fornyende konstruksjon. De stiller imidlertid spørsmål ved inklusjonen av disse elementene, bl.a. fordi klientskårer har en annen epistemologisk status enn den konkrete informasjonen som ASI i hovedsak består av. Det er også slik at disse subjektive spørsmålene utgjør en varierende andel i de ulike dimensjonenes CS indekser.

Antall variabler som inngår i de forskjellige områdenes sammensatte skårer er ulikt. I den europeiske ASI-versjonen er variasjonen fra 3 (i fysisk helse-seksjonen) til 16 (i rusmiddelseksjonen). For å gi samme vekt for hvert spørsmål, selv om det er stor forskjell i spredning (variabelverdier), blir hver poengsum korrigert både for forskjellene i spredning og for antall spørsmål som inngår i poengsummen. Hver sammensatt skåre

skal altså ligge mellom 0 og 1. Generelt er det slik at jo høyere poengtall, jo større problem innen de respektive områdene. Et unntak fra denne regelen er området arbeid/forsørgelse der høye poengtall indikerer færre eller fravær av problemer. Dette korrigeres gjennom å uttrykke poengsummen som differansen fra 1,000.

Eks. beregning av poengsum for fysisk helse:

Svar på spørsmål 1: «Hvor mange av de siste dagene har du opplevd kroppslige problemer?» divideres med 30, det høyest mulige antall dager.

Svar på spørsmål 2: «Hvor plaget eller bekymret har du vært av disse kroppslige problemene siste 30 dager», og spørsmål 3: «Hvor viktig er det for deg nå å få behandling for disse kroppslige problemene?» divideres begge med 4, høyest mulige verdi (klientskala 0–4). Alle tre svarene divideres så med 3, antall spørsmål som inngår i poengberegningen.

Det er utarbeidet separate indekser for henholdsvis alkohol- og narkotika/medikamentbruk. I det følgende trekkes nytte-kostnadsmaterialet på narkotika/medikamentbruk og psykisk helse inn for å illustrere CS som endringsmål, og reflektere over skalaens kvaliteter.

Endring i narkotika-/medikamentbruk målt ved Composite Score

De spørsmålene som inngår i CS-skårene i tabell 5.3 for narkotika-/medikamentbruk er 11 rusmiddel/medikamentkategorier, målt ved kontinuerlige variabler (antall dager), spørsmål om sprøytebruk (antall dager), hvor mye penger som er brukt siste 30 dager til rusmidler og antall dager opplevd rusmiddelproblem samt klientskala (0–4) for opplevd problem og behov for hjelp.

Tabell 5.3. Composite Score (CS) for narkotika-/medikamentbruk. Problemer ved tre måletidspunkter.

	Inst.Voksne	PUT	Metadon	Inst.Ungdom	Total
T0	0,35	0,23	0,33	0,28	0,31
T1	0,14	0,15	0,18	0,10	0,14
T2	0,13	0,16	0,21	0,09	0,15

CS omfatter og summerer opp de detaljerte opplysningene fra enkeltspørsmål om narkotika/medikamentbruk (tabell 4.5). Tabell 5.3 viser at skårene, selv på t0 er gjennomgående lave i forhold til maksimum skåre for CS = 1. I nytte/kostnads-

studien inngår noen svært tunge misbruksgrupper slik det fremgår av rekrutterings-tiltakene og av tabell 4.5. De høyeste skårene i CS er 0,35 ved T0 for de voksne døgneklientene og 0,33 for klientene til metadonbehandling. Noe av forklaringen ligger i skalaens konstruksjon. Ut fra formelen deles summen av verdiene på 12 (12 ulike rusmidler). For å oppnå en skåre på 1 må alle rusmidler/medikamenter anvendes hver av de 30 siste dagene. Det er kun en teoretisk mulighet for dette noe som innebærer et lavere skalaområde selv om misbruket er tungt og omfattende. Skåringskriteriene er kritisert av blant andre Jansson (2001) og Melberg (2004). Vi ser av tabell 5.3 at CS i liten grad diskriminerer mellom klienter rekruttert fra metadontiltakene og klientene fra ungdomsinstitusjonene eller fra psykiatriske ungdomsteam, selv om misbruksprofilene er svært ulike. Vanskeligheten ved å oppnå høye skårer virker også inn på skalaens følsomhet for å måle endring. Når skårene i prinsippet er lave, gjør konstruksjonen målet mindre følsomt for endring.

Tabell 5.3 uttrykker imidlertid en klar reduksjon i rusmiddel/medikamentbruk fra t0 til t2. Endringen er størst fra t0 til t1, og forholdsvis stabil frem mot t2 slik tabell 5.2 også viser.

Endring av psykiske problemer målt ved CS

I den sammensatte skåren for psykisk helse inngår 11 variabler. Åtte av disse er kategoriske, dvs. ja/nei-spørsmål på ulike psykiske vansker siste 30 dager. I tillegg inngår antall problemdager og klientskala (0–4) for opplevde problemer og behov for hjelp.

Tabell 5.4. Sammenfattende mål (CS) av psykiske problemer ved tre måletidspunkter

	Inst.Voksne	PUT	Metadon	Inst.Ungdom	Total
T0	0,26	0,33	0,19	0,31	0,27
T1	0,15	0,17	0,22	0,16	0,16
T2	0,16	0,16	0,29	0,14	0,18

Rapporteringen av psykiske problemer ut fra enkeltvariabler (tabell 5.2) gir inntrykk av betydelige psykiske vansker i klientgruppene. Tabell 5.4 synes ikke å reflektere et tilsvarende problembilde. Det kan tyde på at selve skalakonstruksjonen også her bidrar til at nivået blir lavt.

Tabellen viser imidlertid en langt lavere skåre på de to første oppfølgingstidspunktene enn ved inntaksintervjuet. Denne tendensen ser vi for tre av undergruppene. Den største reduksjonen i psykiske vansker bekreftes her å være mellom t0 og t1, som for rusmiddelproblemer, men den rapporteres stabil mellom t1 og t2. Unntaket er metadonbrukerne. De viser snarere en viss økning i psykiske problemer, slik det også fremkommer i tabell 5.2 der begrepet er operasjonalisert.

Oppsummering/vurdering

Under begge disse områdenes sammensatte skårer vises problemet med indeksens konstruksjon. Skårene synes ikke å gjenspeile det problemnivået som vises når de enkelte spørsmålene om rusmiddelbruk eller psykisk helse presenteres, enten hver for seg eller i et samlet bilde som i tabell 5.1 og 5.2. Formelen for utregning bidrar til at skårene gjennomgående blir lave, og dette kan påvirke skalaens følsomhet for å måle endring. Melberg (2004) utdyper noen av våre erfaringer med CS, for eksempel at den empiriske øvre grense for rusmiddelindeksen blir (må bli) langt lavere enn den teoretiske. Det er likeledes intuitivt vanskelig å tolke uttrykket på en skala mellom 0 og 1.

McLelland-gruppen framstiller CS som et mer objektivt mål enn intervjuers alvorlighetsvurdering (SR). Men som det fremkommer, er spørsmål som klientens problemskala (0–4) og likeså rapporteringen av antall problemdager siste 30 dager, inkludert i de fleste av områdenes CS. Det vil si at spørsmål som i høy grad måler opplevelse av ulike vansker er del av indeksen (og det er disse variablene som av McLelland-gruppen betegnes som de subjektive i ASI). Ellers vil det kunne innvendes at mange av variablene som går inn i den sammensatte skåren, måler subjektive anslag og tolkninger. I motsetning til SR er skåringsprosedyren basert på en matematisk formel, og beregningen påvirkes således ikke av intervjuers vurdering. Dette er et argument for skalaens objektivitet. Påliteligheten av informasjonen som CS gir, vil ut fra det som tidligere er sagt, være avhengig av at rapporteringen fra klienten reflekterer den reelle situasjonen tilnærmedesvis presist både på inntaks- og oppfølgingstidspunktene.

Det er heller ikke slik at man direkte kan sammenligne verdiene fra de forskjellige CS-skårer og konkludere med at høyeste verdi indikerer det alvorligste problemområdet. Antallet spørsmål i de forskjellige områdeskalaene varierer i antall, noe som påvirker hvor lett maksimumsskåren på 1 oppnås. Tolkingsfeil kan forebygges ved eksplisitt å uttrykke de metodiske forutsetningene for skåringsnivå. Selv om dette gjøres, er sannsynligheten for direkte sammenligning og derigjennom feiltolkning av et materiale betydelig.

6 EuropASI i praksisfeltet

6.1 EuropASI til behandlingsformål

Det er et økende krav til profesjonalisering, systematikk i utredninger, vekt på diagnostisering og dokumentasjon av effekt innenfor rusmiddelfeltet. Rusmiddelbehandling som del av spesialisthelsetjenesten stilles overfor nye utfordringer, og harmonisering mot metoder som benyttes i psykisk- og somatisk helsetjeneste er en av disse. Tradisjonelt har omsorg og behandling av rusmiddelmissbrukere vært forankret i psykososial og sosialpedagogisk teori og i profesjonsutdanninger som forvalter disse teorigrunnlagene. Diagnostiseringspraksis og måling av behandlingseffekt har hatt en sterkere forankring i medisinske disipliner, med den forenkling av målbare begreper som disse tradisjonene forutsetter.

Vridningen av behandling for rusmiddelproblemer mot andre fagdisipliner og kravet om forskningsbasert kunnskap fører til behov for standardiserte verktøy og metoder. Interessen for EuropASI og ungdomsversjonen EuroADAD har spredt seg fra enkelttiltak med forskningsambisjoner til større deler av kliniske miljøer og praksisfelt. Muligheter for å sikre et bredt tilfang av informasjon for utarbeidelse av individuelle planer og behandlingssinnsats og evaluering av innsatser er begrunnelser. Førstelinjens helse-, sosial- og barneverntjeneste har utredningsoppgaver når det gjelder henvisning av klienter til spesialisthelsetjenesten. Instrumenter som EuropASI og EuroADAD synes å fylle et etterlengtet behov for standardisert informasjon og prosedyrer og kan benyttes av profesjonene i de aktuelle tjenestene.

I Norge ble EuropASI først tatt i bruk i den omtalte nytte-kostnadsstudien, og forsknings- og evalueringsnyttene ved verktøyet ble derfor tidlig introdusert. Dette har preget implementeringen av ASI. De miljøene som først ønsket å få opplæring i instrumentet og benytte det, var behandlingstiltak som så behovet for en systematisk klientkartlegging både for behandlingsplanlegging/-gjennomføring, men også for evaluering og forskning. Det vil si at det var ressurssterke tiltak med stor grad av fagkompetanse som først meldte sin interesse. Kapittler tidligere i

rapporten omhandler begreper knyttet til pålitelighet av informasjon for forskningsformål. Disse er relevante også når ASI skal brukes til behandlings-/ praksisformål som å:

1. Vurdere egnet behandlingstiltak for klienten (eks. institusjonsbehandling eller poliklinisk behandling)
2. Være utgangspunkt for videre diagnostisering og utredning
3. Utvikle individuelle behandlingsplaner
4. Vurdere endring innenfor behandlingsforløpet eller etter avsluttet behandling
5. Beskrive klientgruppen i behandlingstiltaket, til bruk i årsberetninger o.a.

Opplistingen illustrerer også at kliniske, evaluerings- og forskningsformål er nært knyttet opp til hverandre, og at den forskningsinteressen og kompetansen som kan ligge i praksisfeltet ofte ikke benyttes eller gis gode nok vilkår.

6.2 Opplæring

Interessen for EuropASI førte til at prosjektgruppen ved SIRUS påtok seg ansvar for å videreføre en kvalitetsstandard for *opplæring* av praksisfeltet. Vi tok utgangspunkt i den anbefalingen som European Addiction Training Institute (EATI) ga til EU-landene på slutten av 1990-tallet.

Den består av et tre dagers opplæringsseminar som forutsettes for å kunne benytte instrumentet. Undervisningen inneholder ulike elementer:

- Å introdusere intervjuet for klienten, formål og innhold, taushetsplikt, samtykke, mulighet til å reservere seg fra enkeltpørsmål o.l
- Konkret gjennomgang av variablene innenfor hvert problemområde med definisjoner og kriterier, skalaer og endringsmål
- Standardiserte rollespill av alle seksjoner med koding, klientskårer og intervjuers alvorlighets-skåre (SR)
- Sammenligning av alvorlighets-skårer
- To prøveintervjuer som sendes inn og vurderes mellom annen og tredje undervisningsdag
- Tilbakemeldinger til hver kursdeltager på prøveintervjuer
- Bruksområder for ASI og repetisjoner

Mange kan undre seg over at en så omfattende opplæring er nødvendig ettersom EuropASI ser besnærende enkelt ut å bruke. Vi har gjort intervjueskjemaet så selvinstruerende som mulig ved å legge inn veiledende undertekster, forklaringer osv. i selve formularet. Undervisningen, og ikke minst de standardiserte rollespillene og prøveintervjuene, avdekker imidlertid et mer komplisert verktøy enn det mange forventer. Den semistrukturerte formen stiller krav til kompetanse både med hensyn til å kode variabler og utføre skåringsprosedyrer. Likeledes til å reformulere og utdype spørsmål som er definert ved hjelp av spesifikke kriterier, for å gripe informasjon som variabelteksten ikke umiddelbart fanger. Etter hvert tema finnes et åpent felt for kommentarer. Når informasjon nedtegnes i tekstfeltet, blir tilleggsopplysninger eksplisitt uttrykt for andre enn intervjuer. Utredning og behandling innen rusmiddelfeltet er preget av tverrfaglig samarbeid der informasjonsutveksling er en forutsetning. Feltet preges også av stor utskifting av fagpersoner, slik at nedfelte forklaringer og vurderinger letter kontinuiteten i arbeidet. Tekstelementet har ikke minst en funksjon i forhold til etterprøvbarehet av informasjon, for eksempel begrunnelse av Severity Rating (SR).

Undervisningsleder godkjenner den enkelte kursdeltaker ut fra de vurderte prøveintervjuene, og det utstedes et kursbevis. Standardisering av opplæringen og krav om denne for å kunne bruke EuropASI, både for behandlingsarbeid og i forskning, er et forsøk på en innledende kvalitetssikring med hensyn til de formål instrumentet benyttes for. Samarbeid med gruppen rundt McLelland har gitt oss forståelse av at den omfattende implementeringen i praksisfeltet i USA har gått på bekostning av ønskede opplæringsprosedyrer. Dette har ført til betydelige svakheter i en sentral database for behandlingsforskning (Coyne 2006).

6.3 Utbredelse og implementering

I Norge synes interessen for EuropASI og implementeringen å være preget av en «snøballeffekt.» Behandlingstiltak som ble rekruttert til nytte-kostnadsstudien fikk erfaring med instrumentet. Noen klinikere gjennomførte inntaksintervjuer, andre hadde oppfølgingssamtaler med klientene etter intervjuer. Den faglige ledelsen ved alle de tyve tiltakene var i regelmessige møter med prosjektgruppen, fra planlegging av studien til drøfting av datamaterialet. Enkelte ønsket å videreføre bruken av EuropASI i behandlingsvirksomheten. En så vidt omfattende behandlingsforskningsstudie er sjelden i det norske rusmiddelfeltet og blir lett en kjent referanseundersøkelse. Derfor har henvendelsene kommet nokså tett fra behandlingssenheter som har blitt oppmerksomme på instrumentet. Private aktører

har tradisjonelt spilt en stor rolle i behandling av både alkohol- og stoffmisbrukere i Norge. Disse må nå i større grad konkurrere om avtaler med helseforetakene, og forventningene til profesjonalitet i anbudsbeskrivelser så vel som i klientbehandlingen er økende. Hovedtyngden av initiativene har kommet fra tiltak som nå er inkludert i spesialisthelsetjenesten. Fordi dette har vært en «bottom-up»-prosess, sprunget ut fra motivasjon for større kompetanse, har SIRUS sin oppgave blitt å legge en innledende standard for hvordan EuropASI skal brukes og gi råd om implementering.

I Sverige har prosessen vært annerledes. Der har Statens Institusjonsstyrelse gjennom flere år forsøkt å tilpasse deler av en svensk versjon av amerikansk ASI i et nasjonalt dokumentasjonssystem (DOK) (Jenner & Segraeus 1997). Senere har Sosialstyrelsen lagt opp en omfattende implementering i sosialtjenesten (Engström & Armelius 2005). Også kriminalomsorgen har ASI som hovedinstrument (Sallmen et al. 2003). Her har altså tunge nasjonale aktører vært pådrivere til en satsning på kartleggingsverktøyet. Det foreligger således mye erfaring m.h.t. implementering fra en «top-down»-posisjon. Fordi Sverige ser implementering i praksisfeltet i et lengre tidsperspektiv og i stort omfang, kan vi gjøre bruk av deres erfaringer selv om prosessene har vært forskjellige.

Et av de viktigste trekkene som er oppsummert fra de svenske erfaringene, er at intervjuene foretas usystematisk (Engström & Armelius 2005). Forfatterne konkluderer med dette etter en spørreundersøkelse til de ca 1000 første som fikk opplæring i svensk ASI. Erfaringer fra Holland viser det samme, og der anslås at «70 % anvendelse er et realistisk mål for en vellykket implementering» (Raes & Lombaert 2004). Uten at vi har gjort studier på dette i Norge, går inntrykket vårt i samme retning. Vi så det også i nytte-kostnadsstudien da noen behandlere selv ønsket å gjøre inntaksintervjuer i egne tiltak. Her fikk vi de største frafallene. Argumentene var vansker med å administrere intervjuet, ofte kriser eller andre presserende oppgaver som gjorde at intervjuet ble skjøvet på, vente til et tidspunkt som passet bedre osv. Dette er velkjente argumenter for oppgaver som skal gjøres rutinemessig i en travel behandlingshverdag. Vi kjenner det igjen fra det nasjonale dokumentasjonssystemet som SIRUS i mange år har hatt ansvar for innenfor rusmiddelfeltet, selv om dette består av en svært begrenset modul. Det innebærer at ønske om å implementere EuropASI gjennomgående for alle klienter/pasienter i et tiltak må vurderes i forhold til de ressurser og den administrative tilretteleggingen som gjøres. Hvis et instrument som ASI skal benyttes for beskrivelse på gruppenivå eller som utgangspunkt for klientevaluering, er høy dekningsgrad en forutsetning.

6.4 Ledelse og struktur

Ledelsen ved behandlingsenheten er sentral i forhold til graden av anvendelse. De faglig ansvarlige oppfordres derfor til å delta i opplæringen slik at de selv har investert i verktøyet, kan målbære det og innser nødvendigheten av å legge forholdene til rette både faglig/strukturelt og økonomisk.

Med hensyn til hvem som skal utføre intervjuene, praktiseres det forskjellig. I noen behandlingstiltak gjøres alle intervjuer av et fåtall personer. Det kan være et fagteam, eller at kompetansen knyttes til en profesjonsgruppe. Mest vanlig synes imidlertid å være at flertallet av de ansatte i fagstillinger (eller alle) kvalifiseres. Rasjonale for dette er at instrumentet skal «eies» av flest mulig ansatte, det bidrar til fellesskap om en metodisk tilnærming, «ASI-begrepene» er forståelig for alle, og den som er klientens hovedkontakt skal gjennomføre intervjuet. Dette er mulig fordi det foreløpig ikke stilles formelle utdanningskrav til å benytte ASI. I Norge fordeler opplæringen seg mellom psykologer, sosionomer, sykepleiere, leger og barnevernpedagoger. De fleste har lang erfaring innen sitt fagområde. Grunnleggende kvalifikasjoner forut for den standardiserte opplæringen drøftes internasjonalt.

6.5 Motstand mot det standardiserte, strukturerte intervjuet

Engström (2005), som beskriver implementering og vurdering av ASI i sosialtjenesten i Sverige, løfter frem motstanden mot det standardiserte, strukturerte intervjuet. Han henviser blant annet til Bergmark & Lundström (2000). De beskriver at «socialarbetarna opplever kvantifierande innslag som en begränsning och en reduktion av komplicerade situationer och mangfasetterade problem» (s 294). Han relaterer likeledes manipulering av klienten og hinder for genuin kontakt til et kvantitativt innslag som det strukturerte intervjuet.

Denne argumentasjonen er velkjent. Vi opplevde den fra klinikere i nyttekostnadsstudien, og motstand blir gjerne uttrykt gjennom en eller flere deltakere i enhver opplæringssammenheng. ASI representerer en annen kunnskapstradisjon, slik Engström (2005) uttrykker det, enn hva mange behandlere og ansatte, for eksempel i sosial- og barneverntjeneste er forankret i. Selvsagt fanger ikke et strukturert intervju som ASI alle variasjoner av en individuell virkelighet, det må anses og brukes som et enkelt rammeverk. Dilemmaet mellom et økende trykk på kvantifiserbar dokumentasjon og en faglig orientering som underordner dette er

vanskelig for mange. Uroen over at et strukturert intervju skal virke negativt inn på relasjonen mellom klient og behandler synes ut fra vår erfaring sterkest innenfor polikliniske virksomheter. Dette er forståelig blant annet fordi rusmiddelmissbrukere ofte har et betydelig frafall tidlig i en poliklinisk behandlingsprosess.

I en av flere svenske studier vedrørende implementering av ASI i Sverige, undersøkte Engström og Armelius (2002) hvordan klientene opplevde at intervjuet påvirket relasjonen. Til sammen svarte 95 % enten nøytralt (15 %) eller positivt (85 %). ASI er utviklet ut fra en klar problemorientering. For enkelte vil denne bryte med løsningsfokuserte eller andre ressursorienterte tilnæringsmåter som benyttes. Noen ser imidlertid muligheter for å kombinere modeller selv om de baserer seg på ulike kunnskapstradisjoner. Motstanden kan også tilskrives opplevelsen av ekstra byrde. I denne sammenheng er ASI's omfang og tiden hvert intervju tar, et brukt argument mot å implementere instrumentet. Avhengig av hvor sammensatte og alvorlige klientens problemer er, og hvor kvalifisert og erfaren intervjuer fremstår, bør et intervju beregnes til 1–2 timer. De ulike motstandsfaktorene må tas på alvor både under opplæringen og ikke minst av tiltakets ledelse hvis implementering skal gjennomføres og lykkes.

6.6 Motivasjon for implementering

Som nevnt ligger det i tiden og i den forvaltningsstrukturen som norsk rusmiddelbehandling har kommet inn i, at både henvisningsprosedyrer, behandlingsintervensjoner og oppfølging etter behandling er underlagt større forventninger og krav til profesjonalisering. I profesjonalisering synes viktige elementer å være sterkere teoretisk forankring, dokumentasjon av prosedyrer og innhold, etterprøvbare metoder osv. Et verktøy som EuropASI, som formidles å være velegnet så vel for kliniske formål som forskningsbasert evaluering, og dessuten er implementert i en lang rekke land, skaper interesse hos behandlingsansvarlige. Positive argumenter fra enheter som har tatt instrumentet i bruk kan styrke motivasjonen hos andre. Disse kan være at strukturen og systematikken i EuropASI gir verdifull informasjon innledningsvis i en behandlingsprosess og er utredningsmessig klart tidsbesparende.

Det er også et gjennomgående inntrykk fra behandlere at klientene/pasientene synes å formidle positive erfaringer med intervjuene. Tiden som brukes er sjelden et problem for de som er i behandling. Dette er klart formidlet også gjennom vår undersøkelse. Et argument som fremmes er at EuropASI uttrykker ulike elementer i misbruksproblemet. Den flerdimensjonelle tilnærmingen, med både en livstids-

akse og vekt på den aktuelle situasjonen er egnet til å vise både hvor vedvarende og sammensatte problemene ofte er. Slike bilder kan bidra til å allokere ressurser i behandlingen, både for den enkelte pasient, men også vise nødvendigheten av samordnede intervensjoner mer prinsipielt. Forventing om rask endring, bedret funksjon osv. kan gjennom ASI-informasjonen sees mer realistisk. Disse faktorene kan skape motivasjon hos behandlere for å implementere et verktøy som EuropASI. Å se en ganske umiddelbar nytte av intervjuene er kanskje den største motivasjonsfaktoren hos behandlere og andre i praksisfeltet.

6.7 Elektronisk program

Sverige har, som USA, sett utviklingen av et dataprogram for ASI-intervjuet som en investering for umiddelbar tilgjengelighet av intervjuinformasjonen til kliniske formål og som et incitament for forskning. Statens institusjonsstyrelse (SIS), og senere Socialstyrelsen i Sverige, har gjennom årene bevilget titalls millioner kroner til et avansert elektronisk program som er enkelt å bruke for klinikere. Programmet gir en tekstsammenstilling av informasjonen i det enkelte intervjuet i tillegg til de kodede variabelsvarene. Skårer for klientskalaer og intervjuerskåre (SR) uttrykkes gjennom elektroniske problemprofiler. Programmet regner også ut de sammensatte skårene (CS) og har statistikkfunksjoner som kan konverteres til programmet SPSS. SIRUS utviklet selv en langt enklere programvare for den norske EuropASI-versjonen i en startfase. I løpet av 2009 er imidlertid det svenske programmet testet ut med norskspråklig ASI-versjon, og dette skal være klart til bruk i 2010. Tekstprogrammet som også her er bygget inn, vurderes som egnet i journal-sammenheng og som et bidrag i individuell behandlingsplanlegging. Ut fra de svenske erfaringene antar vi at dette kan stimulere behandlere til å benytte instrumentet mer regelmessig. Spørsmålet om å erstatte papirversjonen med den elektroniske, reises stadig oftere. I USA har dette i stor grad skjedd.

Samarbeid mellom de nordiske landene er viktig med hensyn til å harmonisere ASI-versjoner, utføre normerings-/reliabilitets- og validitetsstudier og drøfte anvendelsesområder. Dette kan være motiverende faktorer for behandlingstilbudene da muligheten for å sammenligne klientgrupper, drøfte behandlingstiltak og gjøre felles oppfølgingsundersøkelser i større grad blir mulig.

6.8 Betragtninger fra behandlingsfeltet

Vi har så langt ingen systematiske studier i Norge når det gjelder styrker og svakheter ved EuropASI i klinisk sammenheng og i praksisfeltet for øvrig. SIRUS har imidlertid i samarbeid med UiO, seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, nå Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og Tyrili FoU arrangert seminarer der brukere av ASI har lagt frem erfaringer og refleksjoner både om instrumentets kvalitet, bruksområder og implementeringsutfordringer.

Det er også slik at gjennom opplæring av ansatte i behandlingseenhetene, har kontakten med institusjoner og poliklinikker ofte vært av flere års varighet. Både fordi ledelsen over tid formidler nyansatte som trenger kursing og ellers søker råd og veiledning, men også fordi informasjon om skjemarevisjoner, forbedring av håndbok osv. går fra oss til tiltakene. Gjennom slik kontakt formidles erfaringer om implementering og nytte. Tyriliseret, Phoenix Haga, Veslelien og Borgestadklinikken, som alle har satset på opplæring av hele personalgrupper, har bidratt med refleksjoner omkring bruken av EuropASI i klinisk sammenheng. Disse er selvsagt ikke representative kommentarer for alle som benytter EuropASI i Norge, men de peker mot temaer som har kommet frem gjennom undervisning og også gjennom svenske erfaringer. Klart positive trekk:

- EuropASI er et godt instrument for å bli kjent med klienten. Det bidrar til å skape allianse mellom klient og behandler.
- Det er en styrke ved intervjukjemaet at det har en så bred orientering og inneholder syv relevante temaer. Hvor komplekse problemene er, kommer godt frem.
- Strukturen gjør det lettere å ta opp sensitive områder som f.eks. kriminalitet, overgrep, psykiske vansker. Standardiseringen synes å nøytralisere og ufarliggjøre spørsmålene.
- Intervjuet avdekker raskt behov for videre utredninger. Utredninger og behandlingseksperter mobiliseres.
- Det er positivt at EuropASI tar med pasientens egne vurderinger. «Det gir inntrykk av hvordan pasienten tenker» og «det kan gi en del overraskelser».
- Å sammenholde intervjuers alvorlighetsprofil med pasientens egne skårer for opplevelse av problem og behov for hjelp gir to viktige dimensjoner med hensyn til å starte en behandlingsprosess.
- Pasienter uttrykker tilfredshet over at deres vurderinger blir tatt på alvor, og det ansvarliggjør pasienten i forhold til egen behandlingsplan.
- Oppfølgingsintervjuene bidrar til å synliggjøre og konkretisere endring.

Mer kritiske kommentarer er f.eks. knyttet til påliteligheten av informasjonen. Det er vanskelig for klientene å gi en så detaljert oversikt på mange livsområder som EuropASI er konstruert for. Spørsmål stilles også om informasjonen i betydelig grad blir påvirket av når inntaksprosessen intervjuene foretas og om hvordan relasjonen intervjuer/pasient virker inn på kvaliteten av informasjon. Svakheter ved enkeltvariabler er trukket frem, og disse samsvarer med vurderinger som er gjort i kapittel 4. Tiltakene kan ha vansker med å gjennomføre intervjuene innenfor de tidsrammene som er ønskelig. Dette går ikke nødvendigvis på omfanget av EuropASI. Noen har gått over til at team innenfor inntaks- eller utredningsenhet intervjuer istedenfor den enkelte klient/pasients hovedkontakt i behandlingen.

Det er reist spørsmål vedrørende betegnelsen Addiction Severity Index som går ut på at instrumentets «navn» ikke gjenspeiler de flerdimensjonale områdene i intervju-skjemaet, men henleder oppmerksomheten kun mot rusmiddelinformasjon.

Et tema som også berøres er tredjepersonopplysninger. Selv om det er gode faglige argumenter for å innhente opplysninger som rusmiddelmissbruk og psykiske vansker hos familiemedlemmer til primærpatient, kan det være både metodiske svakheter og etiske betenkeligheter ved dette. Spørsmålene henspeiler på pasientens vurdering av problemene hos foreldre og andre slektninger. Metodisk kan opplysningene være forbundet med usikkerhet. Kanskje mest rundt informasjon om psykiske problemer. Intervjuerfaring tyder på at spesielt ungdom, som ofte har sterke konfliktforhold til foreldre, kan legge et annet innhold i psykiske problemer enn det intensjonen for spørsmålet er. Lojalitetsbåndene i familien vil også kunne bidra til underrapportering og eventuelt føre til lojalitetsvansker for pasienten og en forsterket utrygghet hos pårørende når intervju spørsmålene er kjent.

6.9 Intervjuers alvorlighetsvurdering (SR) og klientens vurderingsskalaer brukt i klinisk sammenheng

Gjennom flere års undervisning i bruk av instrumentet ser vi at intervjuers alvorlighetsvurdering er et av elementene i EuropASI som vekker umiddelbar interesse blant klinikere. Punktskåren for hvert av de syv områdene danner grunnlag for belastnings-/behov for hjelp-profilen. I undervisningen legges det vekt på at denne påvirkes av klinisk skjønn, utdanningsbakgrunn etc. selv om prosedyrene blir fulgt. Vi anbefaler derfor å begrunne skårene i tekst og drøfte disse i teamsammenheng slik at det bygges opp et erfaringsgrunnlag for skåringsnivåer. McLelland-gruppen bruker metaforen «temperaturmåler» for ASI, man lodder

problembelastningen/behovet for behandling gjennom verktøyet for så å gå videre med andre utrednings- eller diagnostiske hjelpemidler. Brukt slik, og i tråd med prosedyrene, synes skalaen å kunne gi et nyttig grafisk uttrykk for intervjuers vurdering. Den kan sammen med øvrig faktainformasjon sees som en vidvinkellinse for å fange opp et mangefasettert problembilde som grunnlag for intervensjon.

I «Samhandlingens monolog» viser Berg (2003) hvor fremtredende en mangel på gjensidig situasjonsdefinisjon er i møte mellom klient og behandler. Selv om hennes studie er basert på unge innvandrerklinter, er det sannsynlig at dette fenomenet kan generaliseres langt utover den klientgruppen hun har fulgt. Blant annet er stort frafall i behandling, slik hun beskriver, velkjent i rusmiddelbehandling generelt. Ved at EuropASI både legger vekt på intervjuers vurdering og klientens problemopplevelse og behov for hjelpvurdering, foreligger det mulighet for å forhandle om felles situasjonsdefinisjoner som utgangspunkt for den videre prosessen, eventuelt tydeliggjøre avstanden i vurderingen. Slike klargjøringer kan påvirke handlingsvalgene positivt.

6.10 Fra EuropASI til behandlingsplan

Dette er overskriften på et såkalt tilbakemeldingsskjema til klienten etter utført intervju (vedlegg 2). Det er utviklet innenfor kliniske miljøer og sees som en verdifull del av EuropASI-tilnærmingen. I løpet av de første dagene etter ASI-intervjuet, gjennomføres en samtale mellom intervjuer og klient. Her benyttes tilbakemeldingsskjemaet som i struktur følger ASI-temaene. Behandler oppsummerer inntrykket fra intervjuet og synliggjør både klient og intervjuers alvorlighets-/behov for hjelp-profiler. Det gis rom for refleksjoner om samsvar i skårer eller divergerende vurderinger. Behandler og klient går igjennom og supplerer hvert av temaområdene, og informasjonen grupperes rundt en problem- og en ressursakse. Tilleggsinformasjon både fra klient og fra andre kilder føres inn. Samlet utgjør dette et grunnlag for arbeidet med behandlingsplan og prioriteringer. Klientens aktørposisjon synes å forsterkes gjennom denne prosedyren, og konkretiseringen som gjerne blir resultat av et slikt strukturert arbeid forplikter også behandlings-/hjelpinstansen.

7 Drøfting

7.1 Innledning

Navnet Addiction Severity Index peker mot å måle avhengighet og henleder i mindre grad mot et flertematisk innhold. Det synes imidlertid å være denne bredspektrede konstruksjonen og strukturen i ASI som har medført en betydelig internasjonal utbredelse og utvikling av versjoner som den europeiske. Betegnelsen er kritisert i internasjonal litteratur, blant andre fra Romelsjö (2004) som påpeker at begrepet «addiction» gir forventinger om at avhengighet skal måles, men at det er mangelfulle indikatorer i ASI for dette. To av de sammensatte skårene (CS) måler intensitet av alkohol og stoff/medikamentbruk, mens de øvrige fem omhandler funksjon innenfor ulike livsområder uten referanse til alkohol eller narkotikabruk. Stenius & Room (2004) griper også fatt i denne problemstillingen og fremhever hvordan ASI og dets utgangspunkt i kartlegging av illegalt misbruk skiller seg fra en test- og intervjutradisjon innenfor alkoholistsorg/behandling.

Selv om ASI ikke er konstruert som et diagnostisk verktøy, henviser Stenius & Room til muligheten for å inkludere symptomnivåer på rusmiddelmisbruk slik enkle selvutfyllingsinstrumenter (bl.a. AUDIT) gjør. Ut fra disse og lignende innvendinger vil det kunne hevdes at innholdsvaliditeten i formuleringen Addiction Severity Index er lav. Et perspektiv er å justere betegnelsen på instrumentet mer i retning av de dimensjonene det inneholder slik at bredden i kartleggingen gjenspeiles i overskriften. Det synes logisk nettopp fordi denne flerdimensjonale tilnærmingen fremheves som en sentral ide. Spørsmål om kontrollsvikt og rusattribuerte vansker bør med fordel inkluderes i rusmiddel-seksjonen.

7.2 EuropASI som instrument for å beskrive klientgrupper

Hvis vi sammenligner beskrivelsen av klientene fra nytte-kostnadsstudien med andre norske undersøkelser, finner vi stor grad av likhet i beskrivelsene (Ravndal, 1994; Tjersland, 1995; Lauritzen et al., 1997; Landheim et al., 2002; Rokkan & Brandsberg-Dahl, 2003). Resultatene er imidlertid ikke direkte sammenlignbare da det er benyttet ulike instrumenter og operasjonaliseringer av variabler. EuropASI inneholder mange av de samme spørsmålene som er lagt til grunn i andre behandlingsstudier, både i Norge og andre land, ut fra teoretisk og empirisk kunnskap. Innholdsmessig føyer ASI seg inn i, og har påvirket, en kumulerende behandlings- og forskningstradisjon. Det som blant annet gjør dette til et verdifullt instrument for å beskrive rusmiddelmissbrukere, er den brede tematiseringen der flere livs/problemområder er inkludert og at instrumentet tar på alvor klientens eget opplevelses- og vurderingsperspektiv.

Slik det fremkommer i kapittel 4, reises det ingen motforestillinger mot de syv områdene som er inkludert. Alle er høyst relevante dimensjoner for å beskrive klientgruppene. Fordi instrumentet har en stor spennvidde, kan det nødvendigvis ikke gi tilfredsstillende dybde på hvert av problemområdene. Det må i utgangspunktet vurderes som et kartleggingsverktøy for å gi indikasjoner på problembelastning innenfor hvert område. Metaforen «temperaturmåler» er benyttet i sammenheng med ASI og refererer til å «lodde» problemer og behov for behandling.

Hva så med de variablene som er valgt ut innenfor områdene, gir de samlet sett en tilfredsstillende innholdsvaliditet for hver av temaseksjonene? Dette er et stort spørsmål det selvsagt vil være forskjellige meninger om. Noen refleksjoner av kritisk art følger av den gjennomgangen som er gjort i kapittel 4. Når det gjelder demografiske data, så er de for det første spredt over flere seksjoner, og dette virker uryddig. Spørsmål om barn er ikke inkludert etter fem revisjoner av ASI. Vi la inn flere variabler som omhandlet antall barn, omsorg for, og samvær med klientenes barn. Det manglende fokus på klientenes barn må sees i sammenheng med at dette er et forsømt tema, ikke bare i ASI, men i behandlingsutredning både for psykiske lidelser og rusmiddelproblemer generelt. Årvåkenhet for disse risikoutsatte barnas situasjon og behov er særlig viktig.

Omsorg og samvær med egne barn må videre sees som en viktig motivasjonsfaktor og mulig også prognostisk faktor i behandling, og derfor viktig å ha kunnskap om. Ellers har vi utvidet tema etnisitet ved å supplere klientens fødeland med tilsvarende variabel for foreldrenes. Dette for å henlede oppmerksomhet mot behovet for kulturspesifikk kunnskap i behandlingsapparatet, og i hvilken grad tilbudene når frem til klientgrupper med annen etnisk bakgrunn enn norsk. Vi savner å kunne måle mobiliteten i boligsituasjon i form av antall flyttinger over et tidsrom.

I området fysisk helse er spørsmålene i stor grad knyttet til injeksjonsrelaterte sykdommer, og det innhentes lite informasjon om andre relevante tilstander for rusmiddelmissbrukere. Variabelen om kroniske sykdommer er uspesifikk og gir stort tolkningsrom. Seksjonen som sådan kan styrkes ved flere somatiske symptomspørsmål. Fysisk helse er et av problemområdene som det i følge tilbakemeldinger både fra klienter og behandlere synes viktig å ha fokus på i en sammenheng utover lege/pasientrelasjonen. Utdanning/arbeid/økonomi er den delen av EuropASI som nok er mest følsom for kulturspesifikke forhold og som nøyaktig må tilpasses til de ulike landenes økonomiske velferdssystemer for å være relevant. Dette er en dimensjon som har enkelte kontroversielle variabelkriterier som delvis gjenspeiler kulturtrekk.

Problemer i forhold til å være utenfor arbeidsmarkedet blir ikke godt nok fanget opp. Bruken av de ulike rusmidlene kartlegges omfattende og detaljert. Spørsmål om kontrollsvikt og rusattribuerte vansker vil imøtekomme kritikk om manglende mål for avhengighet. Det detaljerte målenivået på rusmiddelbruken ved «antall dager brukt siste 30 dager» og «antall år brukt» med frekvenskriterier kan gjøre informasjonen usikker ved omfattende og sammensatt rusmiddelbruk. Spørsmål om den empiriske validiteten i rapporteringen vil være viktig å stille. Selv om begrepet anslag knyttes til mange av ASI-variablene, må utgangspunktet være at anslagene blir nær opp til det eksakte dersom informasjonen skal være nyttig, spesielt for evaluering og forskning. Vi anbefaler en lengre måleperiode enn 30 dager for kartlegging av rusmidler for å oppnå et bedre bilde på stabilitet.

Kriminalitets-spørsmålene har også en høy detaljeringsgrad, i form av antall lovbrudd og antall måneder i fengsel. Muligheten for sikker informasjon vil variere sterkt for ulike klientgrupper ut fra kriminalitetsomfanget og evnen til å rekonstruere. Med dette forbeholdet gir seksjonen en omfattende oversikt over kriminell aktivitet. Tema familie og sosiale relasjoner er i stor grad bygget opp rundt sosial integrasjon og tilknytningsspørsmål. Kartlegging av konflikter står

sentralt i denne ASI-dimensjonen og har en teoretisk forankring. Rusmiddelattribuerte konflikter er imidlertid så vanlige i de familiære og sosiale relasjonene til rusmiddelmisbrukere, at det er svært vanskelig å skille ut det konfliktstoffet som ikke direkte er påvirket av rusmiddelbruk/atferd slik det instrueres om. Mulighet for å registrere direkte rusmiddelrelaterte konflikter ville kunne bidra til å nyansere informasjonen. Også i den siste av temaseksjonene, psykisk tilstand, blir det åpenbare vansker med å måle psykiske problemer som ikke direkte er rusmiddelrelaterte, i perioder der rusmiddelbruken er omfattende, som ved siste 30 dager før inntak. Begrepene alvorlig depresjon og alvorlig angst har ut fra vår vurdering både lav innholdsvaliditet og reliabilitet. Psykisk helseseksjonen kan med fordel utvides med flere symptomspørsmål.

Etter denne delvis kritiske gjennomgangen, er det viktig å fremheve hvor verdifullt instrumentet er for klientbeskrivelser på grunn av sin flerdimensjonalitet. I et materiale som det vi har belyst, ligger det store muligheter for å analysere data på tvers av problemområdene. Vi kan se på sammenhenger mellom rapportert rusmiddelmisbruk og psykiske helse, kriminell aktivitet, arbeids- og inntektsforhold og fysisk helse. Det er nettopp fordi bruk av ASI gir disse mulighetene at det blir viktig å rette søkelyset mot det som kan gjøres for å luke ut svakheter, slik at påliteligheten av data i størst mulig grad blir tilfredsstillende.

Den målgruppen som vi i hovedsak har gjort refleksjonene ut fra, og som store deler av materialet omfatter, er klienter med tungt rusmiddelmisbruk i kombinasjon med alvorlig belastning på andre problemparametere. Styrken ved å beskrive de ulike elementene blir fremtredende i et slikt materiale.

Etter alle intervjuene vi har gjennomført, er det svært få av klientene og deres behandlere som har gitt uttrykk for negative erfaringer med intervjusituasjonen. Det er trolig mange grunner til dette, men vi tilskriver noen av dem selve instrumentets innhold og konstruksjon. Vi har ikke systematisert klientenes erfaringer med å bli intervjuet, men vi har mange spontanytringer fra rusmiddelbrukerne og tilbakemeldinger fra behandlere. Spørsmålene oppleves i hovedsak relevante for den situasjonen de behandlingssøkende står oppe i. Detaljeringsgraden og grundigheten i kartleggingen synes å gi et inntrykk av at klientens vansker blir tatt på alvor og at de blir møtt med kompetanse.

Tilbakemeldinger fra intervjuede tyder på at den strukturerte formen kan gi større trygghet enn en vanlig inntakssamtale, og at systematikken og nøyaktigheten i

spørsmålsstillingen gjør det lettere å svare. Den subjektive dimensjonen som gir klienten anledning til selv å vurdere hvor alvorlig problemet oppleves og hvor stort hjelpebehovet er innenfor de enkelte livsområdene, synes å formidle at posisjonen som behandlingssøkende, kvalifisert aktør tas seriøst. Slike spørsmål om klientens opplevelse og vurdering skiller ASI fra andre kartleggingsverktøy hvor dette perspektivet ikke er fremtredende. Kombinasjonen av å svare på konkrete faktaspørsmål innenfor så mange temaer og gi en subjektiv vurdering av alvorlighetsgrad og hjelpebehov antas å være refleksjonsbefordrende. Positive erfaringer med inntaksintervjuet kan være en viktig motivasjonsfaktor for å delta i senere oppfølgingsintervjuer. I vår prospektive studie var oppfølgingsprosenten høy gjennom alle årene.

7.3 EuropASI som instrument for å måle endring

Informasjonen som legges inn i baselinen er av avgjørende betydning for de endringsmålingene som gjøres. Mange av variablene i ASI er kontinuerlige, det vil si at endring kan måles langs en alvorlighetsdimensjon, i motsetning til instrumenter med en kategorisk inndeling der man oppfyller eller ikke oppfyller kriterier for en diagnose eller «case.» Den internasjonale litteraturen viser tilfredsstillende reliabilitet og validitet for ASI, også i longitudinelle undersøkelser. I denne rapporten er hovedvekten lagt på beskrivelsen av enkeltvariabler innenfor de forskjellige dimensjonene. Et av endringsmålene som i stor grad er benyttet i nytte-kostnadsstudien er nettopp utvelgelsen av relevante enkeltspørsmål innenfor tidsvinduet siste 30 dager. Eksempel på dette er vist i kapittel 5.5. Her gis et nyansert bilde av endring på ulike variabler gjennom en to års periode for klientgrupper fra forskjellige behandlingstiltak. En detaljert gjennomgang slik det er gjort i kapittel 4, kan eventuelt føre til en mer kvalifisert utvelgelse av variabler for analyse med antatt god empirisk validitet.

Det andre endringsmålet som er omtalt, er intervjuers alvorlighets-/behov for hjelpvurdering (Severity Rating). Denne har vi ikke benyttet for forskningsformålet, og vi har ikke fått erfaring senere som tilsier at den burde brukes i en slik sammenheng.

Den sammenfattende skåren (CS) derimot, er det målet som McLelland-gruppen har tillagt kvaliteter som et endringsmål for forskning og evaluering. Statistikere har imidlertid fremført innvendinger mot konstruksjonen av CS. Ut fra det materialet vi har i nytte-kostnadsstudien, synes noen av disse innvendingene å bli

bekreftet. Sammenholdt med funnene presentert for enkeltvariablene, er de sammenfattende skårene for både narkotika- og psykiske helseproblemer gjennomgående lave. Det reises som et prinsipielt problem at høye skårer opp mot 1, på enkelte skalaområder ikke er empirisk mulig ut fra konstruksjonen. Dette gjelder både for rusmiddelområdet og i målingen av psykisk helse. To viktige akser i instrumentet vil således få CS-skårer som ikke reflekterer godt nok problemnivået. I tillegg vil gjennomgående lave skårer påvirke skalaens følsomhet for endring. Dette synes som en betydelig svakhet ved bruken av den sammenfattende skåren som endringsmål i forskning.

Prosjektgruppen for nytte-kostnadsstudien har problematisert at man ikke direkte kan sammenligne skårene på de ulike skalaområdene, verken ut fra indeks intervjuet eller på oppfølgingsmaterialet (Melberg 2004). Slik CS-skalaen er bygget opp, vil det være lettere å oppnå en høy problemskåre på noen av områdene enn på andre. Det er stor variasjon i antall spørsmål som inngår i de ulike skalaområdene (fra tre til seksten). De som består av få spørsmål vil være langt mer sensitive for endring enn de som baserer skåren på et større antall spørsmål. Selv om en direkte sammenligning heller ikke har vært McLelland-gruppens intensjon, synes disse premissene for bevegelighet i skalaverdiene å være underkommunisert. Tolkningen kan dermed bli misvisende. Man kan ikke umiddelbart konkludere med, slik mange vil gjøre hvis man ikke kjenner premissene, at en høyere skår på ett område i forhold til et annet reflekterer tilsvarende fluktuasjon i problemnivå.

Dette ga oss en utfordring i tolkning og presentasjon av materialet (Melberg et al., 2003; Melberg 2004). Selv om ansvaret for å forklare skalaens konstruksjon ligger på oss som formidlere, er det rimelig å stille spørsmål ved om noen av vanskene ved CS kan reduseres. Hvis man antar at mange vil bruke eller tolke et mål ukorrekt, synes det viktig å vurdere endringer. Et forslag som reises, er å reskalere CS i forhold til noen standardiserte gjennomsnittsverdier. Muligheten for å sammenligne de individuelle skårene med eget utvalgsgjennomsnitt vurderes som utilstrekkelig fordi en sentral ambisjon for McLelland-gruppen m.h.t. ASI, er nettopp å gjøre sammenlignende studier på tvers av landegrenser.

Det er også reist innvendinger mot kun å benytte et kort tidsvindu i en indeks som CS. Iflg. Alterman et al. (2001) kan det være nyttig med både livstidsinformasjon og aktuell situasjon for å predikere langtids endringer fra baseline, noe som også argumenteres for av Melberg (2004). McLelland-gruppen har valgt og ikke vektet enkelte variabler i den sammenfattende skåren. Argumenter for å gjøre en vekting

er fremført blant annet av gruppen som tilpasset ASI til en europeisk versjon og av Jansson (2001). Eksempler som å gi noen rusmidler og enkelte variabler for psykisk helse en høyere vekt er nevnt. Den multidimensjonale styrken i ASI burde også kunne utnyttes, ved at skalaer for sammenfattende skårer konstrueres på tvers av problemområdene.

7.4 EuropASI som verktøy for utredning og behandling

I en tid der kostnadseffektiviteten er fremtredende som styringsmantra, kan det være svært viktig at klientens helhetlige situasjon nettopp forsøkes beskrevet og fanget opp. For eksempel kan en alvorlighetsprofil fra EuropASI bidra til en bredere behandlingsinnsats. Også ved at kartleggingen går bakover i tid, til tidligere hjelpetiltak, generasjonsproblemer, tidlig problemoppbygging osv., kan det være vanskeligere å begrense hjelpen til en korttidsintervensjon eller sette urealistiske behandlingsmål som fører både klienter og behandlere ut i notoriske nederlag. Problemperspektivet står, slik vi ser det, ikke i motsetning til å forstå betydningen av en ressursorientering og den omfattende forskningen som har foregått på beskyttelsesfaktorer og motstandskraft (resilience). Michael Rutter (1988, 1990) er en av mange som har favnet begge disse perspektivene og beveger seg mellom dem. For å balansere problem- og ressurstilnærmingen bedre i det kliniske arbeidet der ASI-verktøyet benyttes, og føre den konkrete informasjonen mot et vurderings- og handlingsnivå, er det utviklet en tilleggsmodule til intervjuene, «tilbakemeldings-skjemaet». Denne modulen synes å forsterke instrumentets egnethet både som utredningsverktøy og som grunnlag for behandlingsplan og intervensjon.

Mange narkotikamisbrukere som kommer til behandling har en historie i barne- og ungdomspsykiatri og innenfor barneverntiltak, og debutalder for rusmiddelbruk er lav (Lauritzen et al., 1997; Melberg et al., 2003). Dette peker mot viktigheten av å kartlegge systematisk både rusmiddelbruk og andre relevante livsområder tidlig. At barneverntiltak og barne- og ungdomspsykiatri nå viser stor interesse for ungdomsversjonen EuroADAD synes derfor positivt.

Tilbakemeldingene fra praksisfeltet der hvor implementering pågår, tyder på at det er gode kvaliteter ved instrumentene som fanges opp. I denne rapporten har vi begrenset oss til erfaringer med EuropASI. Implementeringen har som nevnt hatt utgangspunkt i motivasjon fra ledere og sentrale fagpersoner i tiltakene. Hva som kreves for en systematisk gjennomføring, er det mye kunnskap om. Det forutsetter bl.a. administrativ tilrettelegging, organisering av arbeidet og ressurser. Opplæring

og veiledning må være av høy kvalitet. Hvis det innarbeides gode prosedyrer, rapporteres det om både bedre systematikk i utredning og behandlingsplanlegging, større opplevelse av profesjonalitet og også besparelser av tid. Motstanden mot instrumentet ligger ikke hos klientene. Nærmest all erfaring tyder på at ASI-intervjuet synes meningsfylt for klienten. Referansematerialet vårt er i hovedsak behandlingstiltak som har klientgrupper med et omfattende rusmiddelmisbruk med store konsekvenser for livssituasjonen. Valgene av relevante spørsmål og en strukturering og konkretisering i tillegg til at klientens egen opplevelse av problemer og vurdering av hjelpebehov kan bidra til denne positive mottakelsen. Refleksjon rundt aktør/brukerposisjonen innenfor et standardisert, strukturert intervju løftes frem gjennom bruk av ASI.

Innhenting av tredjepersonopplysninger i ASI er et av tema som er lite beskrevet. Funnene fra de norske studiene som er referert viser stor grad av rusmiddelproblemer og psykiske vansker i familien, og disse bekreftes gjennom undersøkelser i andre land. Informasjonen er av betydning, både for forebyggende strategier, forskningsinnsats og i direkte behandlingsintervensjoner. Imidlertid kan det være etiske dilemmaer forbundet med å intervju primærklient om denne type sensitive temaer i familien. Ikke minst er det en viktig problemstilling når de intervjuede er barn og unge. Det er kjent at rusmiddelmisbruk, vold og andre overgrep er tabuisert og skambelagt, og ofte underlagt «taushetsplikt» (Hansen 1990, Leira 1990). Lojalitet innen familier gjør at forholdene skjules og bagatelliseres. Dette kan påvirke påliteligheten av informasjonen fra EuropASI (og EuroADAD), og kan også fremme lojalitetskonflikter i en klinisk sammenheng. Spørsmålene innen en generalisert kontekst kan imidlertid også fungere avtabuiserende og frigjørende.

Bevisstheten om etiske retningslinjer, konfidensialitet og taushetsplikt er forutsetning for en anbefalt implementering.

7.5 Videre utvikling

Det er den femte revisjonen av ASI i europeisk versjon som her er utgangspunkt for beskrivelse og refleksjon. Den daværende Nordiska nämnden för alcohol och drogforskning (NAD) arrangerte i 2002 et internasjonalt møte for å drøfte ASI og nærliggende instrumenter for bruk i rusmiddelforskning og praksis. Utgangspunkt for møtet var blant annet å vurdere grunnlaget for et nytt, felles kartleggingsverktøy for de nordiske landene. Denne ideen ble skrinlagt ut fra den omfattende inter-

nasjonale implementeringen som ble dokumentert og de overveiende positive erfaringene med bruken av ASI.

I Norge har vi etablert et samarbeidsprosjekt mellom SIRUS, Senter for rus- og avhengighetsforskning (UiO) og Tyrili FoU. En strategi for opplæring i EuropASI og EuroADAD og tilretteleggelse for bruk av skjemaversjoner og elektronisk verktøy er lagt. Gruppen deltar i og initierer drøftinger når det gjelder revisjoner, harmoniseringer og bruksområder. I den norske 2007 versjonen av EuropASI har vi tydeliggjort og forklart kriterier og definisjoner direkte i intervjukjemaet. Vi har også lagt til noen spørsmål innenfor de rammene som internasjonal standardisering gir.

Det arbeides nå med å introdusere en 6. versjon av ASI for bruk i europeiske land. SIRUS har gjort en oversettelse til norsk og vil i 2011 foreta en faglig vurdering av den 6. versjonen. Noen av de kritiske innvendingene som er fremført i denne rapporten synes delvis å være imøtekommet gjennom siste revisjonsprosess. Forbedringspotensialet som ligger i ASI strukturen må utnyttes og blir en viktig forutsetning for at instrumentet skal opprettholde sin internasjonale posisjon.

Referanser

Alterman, A.I., Bovasso, G.B., Cacciolo, J.S. & McDermott, P.A. (2001). A comparison of the predictive validity of four sets of baseline ASI summary indices. *Psychology of Addictive Behaviours*, 15, 159–162

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3rd.ed, rev), Washington

Andersen, S. & Berg, J. *Livshendelseskjema* (upublisert)

Bakken, K., Landheim, A.S. & Vaglum, P. (2004). Early and late onset groups of substance misusers: Differences in primary and secondary psychiatric disorders. *Journal of Substance Use*, 9 (5) 224–234

Bale, R.N., Van Stone, W.W., Kuldau, J.M., Engelsing, T.M.J, Elashoff, R.M., Zarcone, V.P. (1980). Therapeutic communities versus methadone maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: Design and one year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 37, 179–194.

Berg, E. (2003). *Samhandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrebakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere* (SIRUS -rapport nr. 1/2003). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Bergmark, Å. & Lundstöm, T. (2000). Metoder i sosialt arbeid – vad är det? I Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H (red.), *Socialt arbete en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bernstein, D.P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report*. The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company, US.

Boice, R. (1983). Observational skills. *Psychological Bulletin*, 93, 3–29

Bowlby, J.C. (1980). *Attachment and loss*. London: Hogarth Press.

Bowlby, J.C.(1988). *A secure base: Clinical application of attachment theory*. London: Routledge

Carise, D., McLelland, A.T., Cazziola, S., Love, M., Cooc, T., Bovasso, G. & Lam, V. (2001). Suggested specifications for a standardized Addiction Severity Index database. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 239–244

Carroll, K.M. (1995). Methodological Issues and Problems in the Assessment of Substance Use. *Psychological Assessment*, 7(3), 349–358

CASA (2003). *Food for Thought: Substance Abuse and Eating Disorders* (CASA Report). New York: National Center on Addiction and Substance Abuse, Columbia University, New York.

Cook, T.D., & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation*. Chicago: Rand McNally.

COST A 6. *Evaluation of treatment*. (1994–1997). COST A6 Evaluation of action against drug abuse in Europe, 1994–1997

Coyne, T. (2006). Personlig meddelelse

Corse, S. J., Zanis, D. & Hirsinger, N.B. (1995). The use of the Addiction Severity Index with people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 9–18.

Darke, S, Degenhardt, L & Mattick, R.(2007). *Mortality amongst illicit Drug Users. Epidemiology, Causes and Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press

Derogatis, L. R. (1983). *SCL 90-R. Administration, scoring and procedures manual*, 2nd.ed. Towson: Procedures Psychometric Research.

DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders.(1994) 4.ed. Washington DC.: American Psychiatric Association.

Engström, C. (2005). *Implementering och utvärdering av Addiction Severity Index (ASI) i socialtjänsten*. Umeå: Institutionen för Psykologi Umeå Universitet

Engström, C., & Armelius, B.Å. (2002). Klientens acceptans av strukturerad intervju (ASI) i missbruksvård och kriminalvård. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1,27–42

Farrington, D.P. (2003). *What has been learned from self-reports about criminal careers and the causes of offending? Report to Home Office*. Cambridge: Institute of Criminology, University of Cambridge

Finch, E., Gossop, M., Henkinson, K., Taylor, C., Farrell, M., Strang, J.(1994). Patients preferences and randomised trials. *Lancet*, 344, 688–689

Friedman, A.S.& Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (The adolescent drug abuse diagnosis instrument). *Journal for drug education*, 19 (4), 285–312.

Furman, B., Parikh, G., Bragg, A. & McLelland, A.T. (1990). *Addiction Severity Index: A guide to training and supervising ASI interviews based on the past ten years*. Philadelphia: University of Penn/Philadelphia VAMC Center for Studies of Addiction

Fureman,I., McLelland,T.& Alterman, A. (1993). Training for an Maintaining Interviewer Consistency With the ASI. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11,(3) 233–237.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart,D., Edwards,C., Lehmann,P, Wilson, A.& Segar,G. (1997). The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: Six-Month Follow-Up Outcomes. *Psychology of Addictive Behaviours*, 11 (4) 324–337

Hall, S.M.(1984) Clinical trials in drug treatment: Methodology. I: Tims, F.M. & Ludford J.P. (red). *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects* (NIDA Research Monograph 51) (s. 29–41). Washington DC: Government Printing Office.

Hansen, F. (1990). Rusmiddelbruk i et familieperspektiv – Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan dette få for barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 27,737–746

Heath, A.C., Bucholtz, K.K., Madden, P.A., Dinwiddie, S.H., Slutske,W.S., Bierut, L.J., Statham, D.J., Dunne, M.P., Whitfield, J.B. & Martin,N.G.(1999). Genetic and enviromental contibutions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency in women and men. *Behaviour Benetics*, 29, 395–407

Innala, C.& Shannon, D. (2007). *En kriterievalidering av brottsfrågorna i svenska ADAD-instrumentet* (Allmän SiS-rapport 2). Statens institusjonsstyrelse SIS.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ISD-10) (1993). WHO. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ISD-10) (2005). Sosial og helsedirektoratet.

Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A. & Skutle, A. (2006) *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere. Klientkartleggingsdata*. SIRUS nettrapport.

Jacob, T., Sher, K.J., Buckholtz, K.K., True, W.T., Sirevaag, E.J., Rohrbaugh, J., Nelson, E., Neuman, R.J., Todd, R.D., Slutske, W.s., Whitfield, J.B., Krik, K.M., Martin, N.G., Madden, P.A. & Heath, A.C. (2001). An integrative approach for studying the etiology of alcoholism and other addictions. *Twin Research*, 4, 103–118.

Jansson, I. (2001). *Problem i sammanfattande mått i ASI* (Allmän SiS-rapport, 2001:10). Stockholm: Statens institusjonsstyrelse.

Kendler, K.S & Gardner, C.O. (1998). Twin studies of adult psychiatric and substance dependence disorders: are they biased by differences in the environmental experiences of monozygotic and dizygotic twins in childhood and adolescence? *Psychological Medicine*, 28, 625–33.

Kleber, H.D. (2002) The best should not be the enemy of the good. *Addiction*, 97, 660–661

Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208–210.

Kurtze, N. & Eide, A. (2003). *Helsetilstand hos tunge rusmiddelmisbrukere* (STF78 A035 002). Oslo: SINTEF Unimed.

Landheim, A., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002) Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi*, 12 (3), 309–318

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. & Arner, O. (1997). A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 14 (Supplement).

Lauritzen, G. & Ravndal, E. (2004). Introduction of the EuropASI in Norway: Clinical and research experiences from a cost-effectiveness study. *Journal of Substance Use*, 9, 141–146

Lauritzen, G. & Waal, H. (2003). Sammenheng mellom rusmiddelbruk og psykisk helse i et generasjonsperspektiv. I: *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Leira, H. (1990). Fra tabuisert traume til anerkjennelse og erkjennelse. Del II. En modell for intervensjon med barn og unge som har erfart vold i familien. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 27, 99–105

Madden, P.A. & Heath, A.C. (2001). An integrative approach for studying the etiology of alcoholism and other addictions. *Twin Research*, 4, 103–118

Mäkelä, K. (2004). Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, 99, 398–410

McLelland, T.A., Luborski, L., Woody, G.E., O'Brian, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument of substance abuse patient: The addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26–33

McLelland, T. A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The 5th edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213

Melberg, H.O. (2004). Three problems with the ASI composite scores. *Journal of Substance Use*, 9 (3–4): 120–126

Melberg, H.O., Lauritzen, G. & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling* (SIRUS rapport nr. 4/2003). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning

Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*. Minneapolis: National Computer Systems

Ot.prp.nr 3 (2002–2003). Rusreform I

Ot.prp. nr 54 (2003–2003). Rusreform II

Raes, V., & Lombaert, G. (2004). EuropASI: A standard in de Sleutel, Belgium. *Journal of Substance use*, 9 (3–4), 196–204.

Ravndal, E. (1994). *Drug abuse, psychopathology and treatment in a hierarchical therapeutic community. A prospective study*. Thesis. Oslo: Departement of Behavioural Sciences in Medicine, University of Oslo

Ravndal, E., Lauritzen G, Jansson, O. & Larson, J. (2001). Childhood maltreatment among Norwegian drug abusers in treatment. *International Journal of Social Welfare*, 10, 142–147

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, f.K. (1990). *Comorbidity and mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological catchment Area (Eca) study*. *JAMA*, 264, 2511–2518

Robins, L., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J. E., Babor, T.F.& Bruke, J., et al. (1989) The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069–1077

Rokkan, T.T. & Brandtsberg- Dahl, A. (2003). *Tyrili 10 år etter – en evaluering av Frankmotunet* (Tyrili skriftserie nr. 6). Oslo: Tyrili FoU,

Romelsjö, A (2004). The addiction severity index (ASI) and the severity of dependence: How large are the associations? *Journal of Substance Use*, 9 (3–4), 127–131

Rossow, I & Lauritzen G. (2001). Shattered childhood: a key issue in suicidal behaviour among drug addicts? *Addiction*, 96, 227–240

Rutter, M. (1988). *Studies of Psychosocial Risk. The power of Longitudinal Data*. Cambridge: Cambridge University Press

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. I: Rolf, G & Garmesy, N. (red). *Risk and Protective Factors in the development of Psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press

Sallmén, B., Öberg, D., & Schlyter, F. (2003). *ASI/MAPS-projektet. Forskningsresultat, slutsatser och framtida riktlinjer*. Delrapport. Statens kriminalvårdsstyrelse, Norrköping.

Slutske, W.S., True, W.R., Scherrer, J.F., Heath, A.C., Bucholtz, K.K., Eisen, S.A., Goldberg, J., Lyons, M.J & Tsuang, M.T. (1999). The heritability of alcoholism symptoms: indicators of genetic and environmental influences in alcohol dependent individuals revisited. *Alcohol Clin Exp Res*, 23, 759–769

Skog, O.J. & Rossow, I. (2006) Flux and stability: individual fluctuations, regression towards the mean and collective changes in alcohol consumption. *Addiction*, 101 (7), 959–970

Stenius, K. & Room, R. (2004). Measuring «addiction» in Europe: the diffusion of the Addiction Severity Index, and its purposes and functions. *Journal of Substance Use*, 9 (3–4): 105–119

Stöffelmayer, B., Mavis B. E. & Kasim, R. (1994). The Longitudinal Stability of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (4) 373–378

Undheim, O.U. (1996). *Innføring i statistikk og metode for samfunnsvitenskapelige fag*. (Universitetsforlagets Metodebibliotek). Oslo: Universitetsforlaget

Tjersland, O.A. (1995). *Misbrukere før, under og etter kollektivopphold. En retrospektiv undersøkelse av elever ved Tyrilikkollektivet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Vaglun, P. (1998). Antisocial personality disorder and narcotic addiction. In: Millon, T., Simonsen, E., Birket-Smith, M. & Davis, R. (eds.) *Psychopathy. Antisocial, criminal and violent behavior* (332–345). New York: The Guildford Press.

Ødegård, E. & Bretteville-Jensen, A.L. (2002). Where have all the young girls gone or where do all the men come from? *European Addiction Research*, 8, 141–146.

English summary

This paper describes and evaluates the charting tool European Addiction Severity Index (EuropASI) in a research context and for clinical use.

The background for this report is the follow-up study: «Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?» [What utility, for whom and at what cost?] in which nearly 500 drug abusers recruited from 20 Norwegian treatment facilities were interviewed from 1998 to 2009. The interviews were conducted with clients upon admission for treatment, and then after one, two, seven and ten years. EuropASI has been selected as the main instrument for this study, i.e. to describe clients upon admission and for charting changes in the scope of their problems. Experiences and data from the three first interviews are included in the report. More than ten years of experience teaching in the use of EuropASI as well as feedback from treatment facilities which implemented the instrument have provided additional background material and contributed here to reflection and evaluation.

The main question discussed in this report is:

What are the strengths and weaknesses of EuropASI with regards to charting drug abusers in treatment and evaluating changes in their burden of problems?

1. How suitable is EuropASI as the main instrument for describing a client selection in a research study?
2. How is it suited for measuring changes in clients' situations after the initiation of treatment?
3. What utility does EuropASI appear to have in assessment and treatment planning/conducting treatment?

EuropASI is described by means of its construction and form as a standardised, structured charting tool and is generally placed within a quantitative knowledge tradition. The method for evaluating qualities of the instrument has been the use of concepts reliability and validity as analytical axes. Material from the research study is introduced to indicate variables and scales of measurement. Chief emphasis has been put on a detailed review of selected variables in the initial treatment admissions interview to indicate psychometric qualities and weaknesses in questions forming the baseline in the study. The measurements of clients' changes as registered by EuropASI are made evident and evaluated by means of data from two follow-up interviews.

EuropASI is a multi-dimensional instrument with seven primary areas in addition to demographical information:

1. Physical health
2. Education- employment and means of support
3. Alcohol
4. Narcotic substances and medications
5. Criminality
6. Family and social relations
7. Mental health.

Many of the variables are continual, enabling the scaling of problem seriousness. Some of the questions asked are of an objective, verifiable character. But most are based on the clients' subjective reporting. Specific questions also solicit the clients' own considerations of the gravity of their problems and opinion of treatment needs.

The multi-dimensional approach is evaluated as a strongpoint of the instrument. In the description of clients, substance use is perceived as one element in a composite and complex array of problems. Through the wide range of variables within many dimensions, changes in the burden of problems can be analysed and important co-variations ascertained. In clinical activity, EuropASI is utilised to shed light on the many facets a drug abuse problem often consists of, thus underscoring the need for a broad intervention and multidisciplinary understanding. In interviews during admittance for initial treatment, the instrument generally uses time references of «the past 30 days» and «earlier in life». This provides not only a reference for perceiving current problems but also for difficulties within a longer time-line. «The past 30 days» is a characteristic time frame for measuring changes. The weaknesses posed by this narrow window are pointed out. Moreover, the baseline information from «earlier in life» is not supplemented by questions and responses regarding «one year ago» or «six months ago», which would enable it to be matched against information from follow-up interviews and provide a more stable expression of change than the 30-day increment. We also discuss the ambition of a fairly detailed degree of measurements in a number of variables that the instrument covers. We describe procedures and quality control to ensure the highest degree of reliability in interview situations as well as in various stages in data processing. Furthermore, we discuss the content validity of the various dimensions and the individual

variables. The recommended measurement of change – the Composite Score – is subjected to a critical evaluation.

Clients who are interviewed with ASI continue to regard it positively and both clinicians and clients are content with the way that the user perspective is a core element of the interview. EuropASI's usefulness in conducting studies and in treatment settings is explained, but experienced weaknesses are also revealed. A national standard for instructing and training users of EuropASI has been developed. In 2011 a group of professionals will make an assessment of the sixth version of ASI for use in Norway.

Vedlegg 1

EuropASI Addiction Severity Index

Europeisk tilpasning av The American 5th edition (McLellan 1992),
av A. Kokkevi, C. Hagers, P. Blanken, E.M. Fahrener, G. Pozzi,
E. Tempesta, A. Uchtenhagen (1994). Norsk oversettelse og tilretteleggelse av
Leif Hidle, Grethe Lauritzen og Astrid Skretting (1997).



Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
Øvre Slottsgate 2 b, 0157 Oslo

Versjon 2003 ved Grethe Lauritzen, SIRUS og Heid Nøkleby, Tyrili Forskning og Utvikling

Instruksjoner

- 1 Fyll ut alle svarruter. Om nødvendig, bruk: X=Vet ikke/husker ikke
- 2 Spørsmål med **fet** nummerering er avgjørende objektive spørsmål som skal brukes i alvorlighetsvurderingen.
- 3 Etter hver del vil det være eget felt for kommentarer.

Alvorlighetsvurderinger

Alvorlighetsvurderingene er intervjuers vurdering av behandlingsbehov innenfor hvert problemområde, utover den behandling klienten allerede har. Skalaen går fra 0, ingen behandling nødvendig, til 9, behandling nødvendig for livstruende forhold. Hver vurdering baseres på problemhistorie, aktuell tilstand og klientens subjektive vurdering av behandlingsbehov innen et gitt område.

Klientens vurderingsskala

- 0=Ingen problemer/behov for hjelp
 1=Lite problemer/behov for hjelp
 2=Moderate problemer/behov for hjelp
 3=Betydelige problemer/behov for hjelp
 4=Svært store problemer/behov for hjelp

Alvorlighetsprofil							
9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
	Fysisk tilstand	Arbeid/forsørgelse	Alkohol	Stoff/med.	Lovbrudd	Familie/sos.rel.	Psykisk tilstand

Klientens problemskåre							
4							
3							
2							
1							
0							
	Fysisk tilstand	Arb. / forsørg.	Alkohol	Stoff / med.	Lovbrudd	Fam./sos. .rel.	Psyk. tilstand
4							
3							
2							
1							
0							
Klientens behov for hjelp-skåre							

Side 1

A. IDENTIFIKASJON

Tiltakskode

A1 Klientens initialer

A2 Fødselsdato (ddmmåå)

A3 Kjønn 1=Mann 2=Kvinne

AB Type tiltak

0=Ingen tiltak

1=Poliklinisk avrusning

2=Avrusning i institusjon

3=Poliklinisk vedlikeholdsbehandling
(metadon, Subutex, ol.)

4=Poliklinisk behandling (uten
vedlikeholdsbehandling)

5=Institusjonsbehandling

6=Dagtilbud

7=Psykiatrisk sykehus

8=Somatisk sykehus

9=Andre.....

.....

AC Inntaksdato (ddmmåå)

AD Dato for intervjuet (ddmmåå)

AE Tidspunkt begynt :

AF Tidspunkt avsluttet :

AG Intervjuet ved 0=Inntak 1=Oppfølging nr 1 2=Oppfølging nr 2, osv

AH Type kontakt 1=Personlig tilstedeværelse 2=Telefon

AI Intervjuers initialer

AJ Spesielle forhold

0=Ingen spesielle forhold

1=Klienten avbrøt

2=Intervjuer avbrøt

3=Klienten tydelig ruspåvirket

4=Annet

Side 2

B. GENERELL INFORMASJON

- B1 Oppholdssted (før evt innleggelse) 1=Større by (> 100.000)
2=Middels by/bygd (10-100.000) 3=Liten by/bygd (<10.000)
- B2 Bostedskommune (oppholdssted, bruk SSBs kommunekode)
- B3 Hvor lenge har du bodd i denne kommunen? (år, mnd)
- B4a Eier du eller din familie den boligen du nå bor i? 0=Nei 1=Ja
- B4b Vanligste bosituasjon siste 6 måneder
1=Med partner og barn 6=Med venner
2=Med partner alene 7=Alene
3=Med barn alene 8=I institusjon/fengsel
4=Med foreldre 9=Alene, uten stabil bosituasjon
5=Med annen familie
- B5 Alder
- B6 Nasjonalitet (statsborgerskap, se håndbok for landskode)
- B7 Fødeland (se håndbok for landskode)
Klient
Far
Mor
- B8 I løpet av de siste 30 dager, har du vært innlagt i det vi kan kalle et kontrollert miljø?
0=Nei
1=Fengsel
2=Rusmiddelinstitusjon
3=Somatisk sykehus
4=Psykiatrisk sykehus
5=Kun avgiftning/avrusning
6=Annet kontrollert miljø (beskriv)
- B9 Hvis kode 1-6, i hvor mange dager?
- B10 Foreligger vedtak/hastevedtak fra fylkesnemnd om barnevern/sosiale tjenester? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

C. FYSISK TILSTAND

- C1 Hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus for kroppslige skader eller sykdommer? (*dvs over natten, ta med overdoser, delirium tremens*)
- C2 Hvor lenge siden er det du sist var innlagt på sykehus for kroppslige skader eller sykdommer? (år, mnd)
- C3 Har du noen kroniske kroppslige skader eller sykdommer som påvirker livsførselen din? 0=Nei 1=Ja (*beskriv under kommentarer*)
- C4 Har du noen gang vært smittet av hepatitt? (*gjelder hepatitt b eller c*)
0=Nei 1=Ja 2=Vet ikke 3=Vil ikke svare
- C5 Har du blitt testet for HIV? 0=Nei 1=Ja 2=Vet ikke
- C6 Hvis ja, hvor mange måneder siden?
- C7 Hva var siste testresultat?
0=HIV-negativ 1=HIV-positiv 2=Vet ikke 3=Vil ikke svare
- C8 Har lege sagt at du skal bruke medikamenter regelmessig for noen kroppslig skade eller sykdom? (*kod ja selv om klienten velger ikke å bruke evt medikamenter*)
0=Nei 1=Ja
- C9 Mottar du trygd eller sykepenger for noen kroppslig skade eller sykdom?
(*ikke ta med psykiske årsaker*) 0=Nei 1=Ja
- C10 Har du vært til behandling hos lege for noen kroppslig skade eller sykdom de siste 6 månedene? 0=Nei 1=Ja
- C11 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd kroppslige problemer? (*ikke direkte rusrelaterte*)
- Klientens vurderingsskala** (*vurderingsskala 0-4*)
- C12 Hvor plaget eller bekymret har du vært av disse kroppslige problemene de siste 30 dagene?
- C13 Hvor viktig er det for deg nå med behandling for disse kroppslige problemene?
- Intervjuers alvorlighetsvurdering** (*vurderingsskala 0-9*)
- C14 Hvordan vil du vurdere klientens behov for medisinsk behandling?
(*utover den hjelp klienten allerede har*)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

C15 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

C16 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

D. ARBEID OG FORSØRGELSE

D1 Antall år med grunnskole/videregående skole (totalt antall fullførte år)

D2 Antall år med høyere utdanning (universitet, høyskole, totalt antall år)

D3 Har du et yrke eller spesielle kunnskaper innen noen områder?
 0=Nei 1=Ja (spesifiser under kommentarer)

D4 Har du gyldig førerkort? 0=Nei 1=Ja

D5 Hvor lenge har ditt lengste sammenhengende arbeidsforhold vart?.....
 (inkl ubetalt el. svart arbeid, men ikke stoffsalg/prostitusjon) (år, måneder)

D6 Hvor lenge har din lengste periode med arbeidsløshet vart? (år, mnd)

D7 Vanligste (eller siste) beskjeftigelse eller yrke? (se håndbok for kode)
 (spesifiser under kommentarer)

D8 Vanligste beskjeftigelse de siste 3 årene (ved like lenge, velg siste)
 N=Arbeidsledig 5=Militærtjeneste
 1=Full tid (min 35 t per uke) 6=Pensjonert/trygdet
 2=Deltid (regulert arbeidstid) 7=Hjemmeværende m/barn
 3=Deltid (irregulært dagarbeid) 8=I fengsel, institusjon, el.
 4=Student/skoleelev 9=På arbeidsmarkedstiltak

D9A Hvor mange av de siste 30 dagene har du vært i arbeid?
 (ikke ta med stoffsalg/prostitusjon)

D9B Derav antall døgn med sykemelding/egenmelding?

Har du mottatt penger til egen forsørgelse fra noen av følgende kilder de siste: 30 dg 6 mnd

	0=Nei	1=Ja
D10a Eget arbeid (legalt, svart arbeid, sykepenger)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D10b Studielån/stipend	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D11 Dagpenger som arbeidsløs	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D12 Sosialhjelp	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D13a Yrkesmessig attføring	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D13b Medisinsk rehabilitering	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D13c Uføretrygd	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D14 Ektefelle, familie eller venner (penger til personlig bruk)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D15a Stoffsalg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D15b Annen kriminalitet	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D16 Prostitusjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D17 Andre kilder, spesifiser	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Side 6

D18 Hva har vært din største inntektskilde de siste 30 dagene? (kode 10-17) ...

D19 Hvor stor gjeld har du? (kroner)

D20 Hvor mange mennesker er avhengige av deg som forsørger? (f.eks. bidragsplikt)

D21 Hvor mange av de siste 30 dager har du opplevd problemer i forhold til arbeid/arbeidsløshet? (må ha vært arbeidssøkende eller i arbeid; se håndbok)
(hvis kriteriene ikke oppfylles, kod N)

Klientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

Hvis N i D21, også N i D22 og D23.

D22 Hvor plaget eller bekymret har du vært for disse problemene knyttet til arbeid de siste 30 dagene?

D23 Hvor viktig er det for deg nå med hjelp for disse problemene knyttet til arbeid?

Hvis du ikke fyller kriteriene for problemer i forhold til arbeidssøking/arbeid, hvor bekymret er du, og hvilke behov for hjelp har du i forbindelse med arbeid/forsørgelse generelt? *Beskriv under kommentarer.*

Intervjuers alvorlighetsvurdering (vurderingsskala 0-9)

D24 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp med problemer knyttet til arbeid generelt (utover den hjelp klienten allerede har)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

D25 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

D26 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

BRUK AV ALKOHOL OG STOFF/MEDIKAMENTER

Se håndbok vedrørende kriterier for koding av debutalder og antall år bruk totalt!

Hypighet: 0=Ikke brukt rusmiddelet 1=Brukt rusmiddelet noen ganger, men ikke oftere enn 2-3 ggr pr mnd. 2=Brukt rusmiddelet 1-3 ganger i uken 3=Brukt rusmiddelet daglig eller nesten daglig.

Bruksmåte: 1=Oralt 2=Nasalt 3=Røyking 4=Ikke intravenøs injeksjon (ikke i blodåre) 5=Intravenøs injeksjon (i blodåre)

	Alder (debut)	Antall år totalt	Hyp. siste 6 mnd	Ant dager siste 30 dg	Bruksmåte
E1 Alkohol til regelmessig bruk	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E2 Alkohol til beruselse	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E3 Heroin	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E4 Metadon ol.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E5 Andre opiater, smertestill. preparater	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E6 Dempende medisin (BZD, Sed., Hypn.)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E7 Kokain	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E8 Amfetaminer	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E9 Cannabis	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E10 Hallusinogener	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E11 Sniffestoffer (løsemidler)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E12 Andre (f.eks. ulike designerdrugs)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
E13 Flere rusmidler per dag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

E14 Har du noen gang tatt stoff med sprøyte? 0=Nei 1=Ja

E14a1 Alder første gang

E14a2 Antall år

(Minst en sprøyte i året er lik et år / minst en sprøyte i mnd er lik en mnd.)

E14a3 Antall måneder siste halvår

E14a3 Antall dager siste 30 dager

E14b Har du de siste 6 månedene brukt sprøyte som andre har brukt før deg?

1=Ikke 2=Noen ganger 3=Ofte

E15 Hvor mange ganger har du hatt **a)** Alkoholutløst delirium tremens
 (se håndbok for definisjoner) **b)** Overdose med stoff/medikamenter

Tidligere type behandling og antall behandlinger for rusmiddelproblemer:

	Alkohol	Stoff/ med
E16-1 Poliklinisk avrusning	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E16-2 Avrusning i institusjon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E16-3 Poliklinisk vedlikeholdsbehandling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E16-4 Annen poliklinisk behandling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E16-5 Institusjonsbehandling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E16-6 Dagtilbud	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E16-7 Psykiatrisk sykehus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E16-8 Somatisk sykehus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E16-9 Annen behandling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

E17 Hvor mange måneder har din lengste periode med rusfrihet vart etter behandling? Alkohol Stoff/
med.

E18 Hvilket rusmiddel har klienten størst problem med?
 Kod 1-13 eller 00=Ingen problem, 15=Alkohol og stoff/med (dobbel avhengighet), 16=Misbruk av flere stoffer. Ved usikkerhet, spør klienten.

E19 Hvor lenge varte din siste periode med rusfrihet fra dette rusmiddelet?
 (ikke ta med rusfrihet under opphold i institusjon/fengsel) 00=Aldri rusfri

E20 Hvor mange måneder er det siden denne rusfriheten opphørte?
 00=Fremdeles rusfri

Hvor mye penger vil du si at du har brukt de siste 30 dagene på (kr):

E21a Alkohol

E21b Stoff/medikamenter

E22 Hvor mange av de siste 30 dagene har du vært til poliklinisk behandling for alkohol eller stoff/medikamentmisbruk? Ta med NA, AA og Lenkene
 (dvs dager i aktiv behandling, se håndbok)

Hvor mange av de siste 30 dagene har du hatt problemer med (se håndbok):

E23a Alkohol

E23b Stoff/medikamenter

Klientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

Hvor plaget eller bekymret har du vært de siste 30 dagene av disse:

E24a Problemene med alkohol?

E24b Problemene med stoff/medikamenter?

Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse:

E25a Problemene med alkohol?

E25b Problemene med stoff/medikamenter?

Intervjuers alvorlighetsvurdering (vurderingsskala 0-9)

Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp for sitt:

E26a Alkoholmisbruk (utover den hjelp klienten allerede har)

E26b Stoff/medikamentmisbruk (utover den hjelp klienten allerede har)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

E27 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

E28 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

F. LOVBRUDD

F1 Er dette inntaket etter pålegg eller forslag fra rettsvesenet?
(domstol, kriminalomsorg) 0=Nei 1=Ja

F2 Har du for tiden en betinget dom eller er løslatt på prøve?
0=Nei 1=Ja

Hvor mange ganger i livet har du blitt tiltalt for følgende:

F3a Besittelse av stoff

F3b Salg av stoff

F4 Vinningsforbrytelser (innbrudd, tyveri, svindel, utpressing, heleri)

F5 Voldsforbrytelser (ran, overfall, mishandling, voldtekt, drap)

F6 Andre forbrytelser (se håndbok)

F7 Hvor mange av disse tiltalene medførte domfellelser

Hvor mange ganger i livet har du blitt tiltalt/innbrakt for følgende:

F8 Gateuro, løsgjengeri, offentlig beruselse

F10 Kjøring i påvirket tilstand

F11 Andre overtredelser av veitrafikkloven
(skjødesløs kjøring, fartsovertredelser, uten førerkort, osv)

F12 Hvor mange måneder har du vært i varetekt eller fengslet i ditt liv?

F13 Hvor lenge varte ditt siste fengselsopphold? (mnd)

F14 Hva var dette for? (bruk kode 3-6, 8-11, ved flere tiltaler kod den alvorligste)

F15 Venter du nå på tiltale, rettssak eller domsavsigelse?
0=Nei 1=Ja

F16 For hva? (bruk kode 3-6, 8-11, ved flere tiltaler kod den alvorligste)

F17 Hvor mange av de siste 30 dagene har du vært i varetekt eller til soning?

F18 Hvor mange av de siste 30 dagene har du drevet med illegal virksomhet for å skaffe penger?

Klientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

F19 Hvor alvorlig anser du dine nåværende strafferettslige problemer å være?
(ikke sivilrettslige)

F20 Hvor viktig er det for deg nå med juridisk hjelp for disse strafferettslige problemene?

Ved behov for hjelp med kriminalitetsproblem, *beskriv under kommentarer og/eller bruk egen kriminalitetsmodul, ASI Krim.*

Intervjuers alvorlighetsvurdering (vurderingsskala 0-9)

F21 Hvordan vil du vurdere klientens behov for rettslig hjelp?
(utover den hjelp som allerede gis)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

F22 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

F23 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

G. FAMILIEHISTORIE

Har noen av dine slektninger hatt hva du vil kalle et betydelig alkohol/stoff/medikamentmisbruk eller psykiske problemer som førte til eller som burde ha ført til behandling?

		Alkohol	Stoff/med.	Psyk. probl.
Morssiden	Mormor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Morfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andre nærstående personer (se håndbok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farssiden	Farmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Farfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andre nærstående personer (se håndbok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søsken	Bror 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bror 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Søster 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Søster 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stesøsken (se håndbok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kod som følger:

0=Klart nei for alle slektninger i kategorien

1=Klart ja for en slektning i kategorien

X=Usikker eller "vet ikke"

N=Aldri vært noen slektninger i kategorien

(kod slektning med størst problemer i tilfeller med flere personer i kategorien)

Kommentarer

H. FAMILIE OG SOSIALE RELASJONER

H1 Sivilstand
1=Gift 3=Enke/enkemann 5=Skilt
2=Gjengift 4=Separert 6=Aldri gift

H2 Hvor lenge har du hatt denne sivilstanden? (*aldri gift, regn fra 18 år*)

H3 Er du fornøyd med denne sivilstanden?
0=Nei 1=Likgyldig 2=Ja

H3a Hvor mange barn har du?

H3b Hvor mange barn har du daglig omsorg for?

H4 Vanligste bosituasjon siste 3 årene
1=Med partner og barn 6=Med venner
2=Med partner alene 7=Alene
3=Med barn alene 8=I institusjon/fengsel
4=Med foreldre 9=Alene, uten stabil bosituasjon
5=Med annen familie

H5 Hvor lenge har du bodd på denne måten?
(*hos foreldre eller familie, regn fra 18 år*)

H6 Er du fornøyd med denne måten å bo på?
0=Nei 1=Likgyldig 2=Ja

Bor du sammen med noen som:

H6a For tiden har problemfylt bruk av alkohol?
0=Nei 1=Ja

H6b For tiden har problemfylt bruk av narkotiske stoffer/medikamenter?
0=Nei 1=Ja

H7 Hvem er du mest sammen med på fritiden?
1=Familie, uten nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
2=Familie, med nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
3=Venner, uten nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
4=Venner, med nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
5=Er mest alene

H8 Er du fornøyd med å bruke fritiden slik?
0=Nei 1=Likgyldig 2=Ja

H9 Hvor mange nære venner har du?

For 9a—18, kod som følger:

0=Klart nei for en/noen i kategorien

1=Klart ja for en/noen i kategorien

X=Usikker eller "vet ikke"

N=Aldri vært noen i kategorien

Vil du si at du har hatt et nært og godt forhold til noen av følgende personer i ditt liv:

H9a Mor	<input type="checkbox"/>
H9b Far	<input type="checkbox"/>
H9c Søsken	<input type="checkbox"/>
H9d Partner/ektefelle	<input type="checkbox"/>
H9e Egne barn	<input type="checkbox"/>
H9f Venner	<input type="checkbox"/>

Har du over tid opplevd store problemer i forhold til: (se håndbok)

0=Nei 1=Ja

Siste
30 dager

Tidligere
i livet

H10 Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H11 Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H12 Søsken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H13 Partner/ektefelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H14 Egne barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H15 Annen viktig familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H16 Nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H17 Naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H18 Arbeidskolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har noen av disse personene (10-18) mishandlet deg?

0=Nei 1=Ja

Siste
30 dager

Tidligere
i livet

H18a Følelsesmessig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(krenket eller såret deg, gitt deg vonde følelser ved utskjelling)</i>		
H18b Fysisk (påført deg fysisk skade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H18c Seksuelt (påtvungne seksuelle tilnærmelser eller seksuelle handlinger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvor mange av de siste 30 dager har du hatt alvorlige konflikter:

H19a med din familie/slektninger

H19b med andre personer (*utenom familie*)

Klientens vurderingsskala (*vurderingsskala 0-4*)

Hvor plaget eller bekymret har du vært de siste 30 dagene av disse:

H20 Familieproblemene?

H21 Problemene i forhold til andre

Hvor viktig er det for deg nå med hjelp for disse:

H22 Familieproblemene?

H23 Problemene i forhold til andre

Intervjuers alvorlighetsvurdering (*vurderingsskala 0-9*)

H24 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp med familieproblemer og/eller problemer i forhold til andre? (*utover den hjelp klienten allerede har*)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

H25 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

H26 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

I. PSYKISK TILSTAND

Hvor mange ganger har du fått behandling for psykiske eller følelsesmessige problemer ved hjelp av

I1a Innleggelse

I1b Poliklinisk behandling

I2 Mottar du trygd eller sykepenger for en psykisk lidelse?
0=Nei 1=Ja

Har du hatt en lengre periode (som ikke har direkte å gjøre med bruk av alkohol/stoff/medikamenter) hvor du har: (tidligere i livet: minst 2 uker, se også håndbok for definisjoner)

0=Nei 1=Ja

Siste
30 dager

Tidligere
i livet

I3 Vært alvorlig deprimert

I4 Hatt alvorlig angst eller anspenhet

I5 Opplevd vansker med å forstå, konsentrere deg eller huske

I6 Opplevd hallusinasjoner (også kortvarig)

I7 Opplevd vansker med å kontrollere voldelig atferd
(hver gang, også ved rusmiddelbruk)

I8 Blitt foreskrevet medisiner for et eller annet psykisk problem

I9 Opplevd alvorlige tanker om å ta ditt eget liv
(hver gang, også ved rusmiddelbruk)

I10 Forsøkt å ta livet av deg
(hver gang, også ved rusmiddelbruk)

I10a Hvor mange ganger har du forsøkt å ta livet av deg?

I11 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd disse psykiske/ følelsesmessige problemene?

Klientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

I12 Hvor plaget eller bekymret har du vært av disse psykiske/ følelsesmessige problemene de siste 30 dagene?

I13 Hvor viktig er det for deg nå med hjelp for disse psykiske/ følelsesmessige problemene?

Når intervjuet finner sted, er klienten:

0=Nei

1=Ja

- I14 Tydelig deprimert/tilbaketrukket
- I15 Tydelig fiendtlig
- I16 Tydelig angstfull/nervøs
- I17 Har problemer med virkelighetsoppfatning,
tankeforstyrrelser, paranoide tanker
- I18 Har problemer med å oppfatte, konsentrere seg, huske
- I19 Har selvmordstanker

Intervjuers alvorlighetsvurdering (vurderingsskala 0-9)

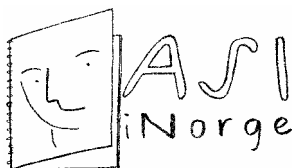
- I20 Hvordan vil du vurdere klientens behov for hjelp for psykiske/følelsesmessige
problemer? (utover den behandlingen som allerede gis)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

- I21 Klientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja
- I22 Klientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja


Kommentarer



Side 18

Vedlegg 2

1


	ASI Tilbakemelding bygger på ASI Feedback Formular (AFF) 4.1 av 2002-09-19 omarbeidet av Tyrill FoU ©	ASI Tilbakemelding								
ASI TILBAKEMELDINGSSKJEMA		Institusjon _____								
- FRA EUROPASI TIL BEHANDLINGSPLANEN		Inst. nr. <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>								

Hvordan bruke dette tilbakemeldingsskjemaet?


Skjemaet skal være utgangspunkt for en tilbakemelding til klienten om det som kom frem i intervjuet og hvilke vurderinger intervjueren har gjort, og det skal være en del av behandlingsplanen og planleggingen av behandlingsoppholdet.

1. Overfør klientens vurderinger og intervjuers alvorlighetsprofil fra intervjueskjemaet.
2. Oppsummér vurderingene du har gjort på hvert område under *Ressurser (+)* og *Problemer (-)*. Dette skal begrunne intervjuers alvorlighetsvurdering på det enkelte området, samt være utgangspunkt for tilbakemeldingssamtalen med klienten. Samtalen skal være en dialog - også om ressurser, etterspør klientens egne tanker om dette.
3. Under *Tilleggsinformasjon* (📄) fører du opp andre relevante opplysninger, fremkommet før, under eller etter intervjuet, i andre dokumenter eller i denne tilbakemeldingssamtalen.
4. Deretter sammenfattes elvens behov for hjelp, som angir *Prioriteringer* (🏷️) for det aktuelle området.
5. Sist i skjemaet er det plass til noen *Refleksjoner* rundt eventuelle sammenhenger og/eller prioriteringer.


ASI TILBAKEMELDINGSSKJEMA								Intervjuers vurdering									
Navn _____								9									
Fødselsdato _____								8									
Utfyllingsdato _____								7									
Tiltak _____								6									
Intervjuers navn _____								5									
Klientens vurdering av problemer								4									
								3									
								2									
								1									
								0									
Område	Fysisk tilst.	Arbeid/f.	Alkohol	Stoff/med.	Lovbrudd	Familie/s.	Psykisk t.	Område	Fysisk tilst.	Arbeid/f.	Alkohol	Stoff/med.	Lovbrudd	Familie/sos.	Psykisk t.		
Vurderingsskalaer																	
								Intervjuer				Klient					
4								0 - 1 Ingen				0 Ingen					
3								2 - 3 Lite				1 Lite					
2								4 - 5 Moderate				2 Moderate					
1								6 - 7 Betydelige				3 Betydelige					
0								8 - 9 Svært store				4 Svært store					
Klientens vurdering av behov for hjelp																	


 C	FYSISK HELSE	
Ressurser (+) _____	Problemer (-) _____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Tilleggsinformasjon (📄) _____		

Prioriteringer (👉) _____		

 D	ARBEID / FORSØRGELSE	
Ressurser (+) _____	Problemer (-) _____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Tilleggsinformasjon (📄) _____		

Prioriteringer (👉) _____		

	E ALKOHOL
Ressurser (+) _____ _____ _____ _____	Problemer (-) _____ _____ _____ _____
Tilleggsinformasjon (📄) _____ _____ _____ _____	
Prioriteringer (👉) _____ _____ _____ _____	

	F STOFF / MEDIKAMENTER
Ressurser (+) _____ _____ _____ _____	Problemer (-) _____ _____ _____ _____
Tilleggsinformasjon (📄) _____ _____ _____ _____	
Prioriteringer (👉) _____ _____ _____ _____	

**G** LOVBRUDD / KRIMINALITET

Ressurser (+) _____ Problemer (-) _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Tilleggsinformasjon (📄) _____

Prioriteringer (👉) _____

**H** FAMILIE OG SOSIALE RELASJONER

Ressurser (+) _____ Problemer (-) _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Tilleggsinformasjon (📄) _____

Prioriteringer (👉) _____



I PSYKISK HELSE

Ressurser (+) _____ Problemer (-) _____

Tilleggsinformasjon (📄) _____

Prioriteringer (👉) _____



REFLEKSJONER

Ressurser (+) _____ Problemer (-) _____

Begrunnelser (🗨️) _____

Prioriteringer (👉) _____

SIRUS-rapporter

Følgende rapporter er kommet ut i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-rapporter, se www.sirus.no under publikasjoner:

5/2010 Rossow, Ingeborg, Hilde Pape & Bergljot Bakken *Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer*. 74 s. Oslo 2010

4/2010 Redaktør: Ellen J. Amundsen. Forfattere: Ingeborg Lund & Anne Line Bretteville-Jensen, Astrid Skretting, Jostein Rise, Sturla Nordlund og Ellen J. Amundsen *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. 78 s. Oslo 2010

3/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow, Inger Synnøve Moan, Thor Norström, Janne Scheffels & Grethe Lauritzen *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. 97 s. Oslo 2010

2/2010 Edland-Gryt, Marit & Astrid Skretting *Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmisbrukere – En kartlegging*. 111 s. Oslo 2010

1/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow & Jostein Rise *Alkoholpolitikken og opinionen – Endringer i befolkningens holdninger og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005–2009*. 68 s. Oslo 2010

9/2009 Rossow, Ingeborg, Inger Synnøve Moan & Henrik Natvig *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?*. 65 s. Oslo 2009

8/2009 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge*. 65 s. Oslo 2009

7/2009 Skretting, Astrid & Hilgunn Olsen *Nye lokaler – andre resultater? – videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo*. 72 s. Oslo 2009

6/2009 Lund, Karl Erik *A tobacco-free society or tobacco harm reduction? Which objective is best for the remaining smokers in Scandinavia?* 85 s. Oslo 2009

5/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008*. 87 s. Oslo 2009.

4/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser*. 84 s. Oslo 2009.

3/2009 Aarø, Leif Edvard, Karl Erik Lund, Tord Finne Vedøy & Simon Øverland *Evaluering av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer i perioden 2003 til 2007*. 140 s. Oslo 2009.

2/2009 Lund, Karl Erik *Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon? Hvilken målsetning tjener de gjenstående røykerne?* 80 s. Oslo 2009.

1/2009 Baklien, Bergljot & Tonje Wejden *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon»*. 135 s. Oslo 2009.

1/2008 Vedøy, Tord & Ellen J. Amundsen *Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. Oversikter fra befolkningsundersøkelser*. 76 s. Oslo 2008.

8/2007 Lund, Marte K. Ødegård, Astrid Skretting & Karl Erik Lund *Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006*. 107 s. Oslo 2007.

7/2007 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*. 169 s. Oslo 2007.

6/2007 Baklien, Bergljot, Hilde Pape, Ingeborg Rossow & Elisabet E. Storrø *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalt basert rusforebygging*. 216 s. Oslo 2007.

5/2007 Lauritzen, Hege Cesilie & Bergljot Baklien *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen*. 98 s. Oslo 2007.

4/2007 Tefre, Ellen M., Arvid Amundsen, Sturla Nordlund & Karl Erik Lund *Studenter og rusmidler. Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo*. 130 s. Oslo 2007

3/2007 Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet. Alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen*. 54 s. Oslo 2007.

2/2007 Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*. 245 s. Oslo 2007.

1/2007 Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører.* 140 s. Oslo 2007.

5/2006 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge.* 83 s. Oslo 2006.

4/2006 Buvik, Kristin V. & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim.* 112 s. Oslo 2006.

3/2006 Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie.* 165 s. Oslo 2006.

2/2006 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum.* 166 s. Oslo 2006.

1/2006 Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer.* 150 s. Oslo 2006.

6/2005 Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol. En empirisk analyse basert på intervjudata 1990–2004.* 75 s. Oslo 2005.

5/2005 Solbakken, Bjørn H., Grethe Lauritzen & Marte K. Ødegård Lund *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer.* 124 s. Oslo 2005.

4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004.* 176 s. Oslo 2005.

3/2005 Østhus, Ståle *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag.* 120 s. Oslo 2005.

2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003.* 44 s. Oslo 2005.

1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll *Evaluering av alkoholkampanjen «Alvorlig talt».* 128 s. Oslo 2005.

SIRUS-skrifter

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-skrifter, se www.sirus.no under publikasjoner:

1/2008 Lund, Karl Erik & Jostein Rise *Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer*. 83 s. Oslo 2008.

5/2007 Hetland, Jørn, Leif Edvard Årø & Simon Øverland *Røykfrie serveringssteder. Samlerapport fra en prospektiv undersøkelse blant ansatte i serveringsbransjen*. 43 s. Oslo 2007.

4/2007 Frøyland, Kjetil *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning*. 65 s. Oslo 2007.

3/2007 Lund, Marianne & Rita Lindbak *Norwegian Tobacco Statistics 1973–2006*. 43 s. Oslo 2007.

2/2007 Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Sidsel Graff-Iversen & Kjell Bjartveit: *Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarettøyking i 1950- og 60 årene i Norge*. Erklæringer til Norges Høyesterett i forbindelse med søksmål fra skadelidt om erstatning fra tobakksprodusent. 231 s. Oslo 2007.

1/2007 Melberg, Hans Olav *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. 29 s. Oslo 2007.

5/2006 Rise, Jostein *En sosialpsykologisk analyse av et fryktvekkende budskap. En kvasieksperimentell undersøkelse*. 68 s. Oslo 2006.

4/2006 Larsen, Elisabeth, Jostein Rise & Pål Kraft *En evaluering av tobakkskampanjen «Hver eneste sigarett skader deg»*. 53 s. Oslo 2006.

3/2006 Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise *Evaluering av tobakkskampanjen «Røyken tar pusten fra deg»*. 116 s. Oslo 2006.

2/2006 Lund, Karl Erik *The introduction of smoke-free hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance*. Evaluation of public tobacco control work in Norway 2003–2007. 110 s. Oslo 2006.

1/2006 Lund, Karl Erik *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse.* 121 s. Oslo 2006.

6/2005 Larsen, Elisabeth, Marianne Lund & Karl Erik Lund: *Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene.* 33 s. Oslo 2005.

5/2005 Amundsen, Ellen J. *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn? Resultater fra en helseundersøkelse blant 10 klassinger i Oslo 2000/2001.* 92 s. Oslo 2005.

4/2005 Lund, Karl Erik *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument.* 60 s. Oslo 2005.

3/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykfrie serveringssteder. Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen.* 46 s. Oslo 2005.

2/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen. En prospektiv panelundersøkelse.* 75 s. Oslo 2005.

1/2005 Hetland, Hilde & Leif Edvard Aarø *Hva kan forbedres i VÆR røykFri-programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer.* 59 s. Oslo 2005.