

Grete Lauritzen, Edle Ravndal og Jonas Larsson

Gjennom 10 år

En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling

SIRUS-rapport nr. 6/2012
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2012

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 2012

ISBN: 978-82-7171-391-1 (trykt)

ISBN: 978-82-7171-392-8 (PDF)

ISSN 1502-8178

SIRUS

Pb. 565 Sentrum

0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B

Telefon: 22 34 04 00

E-post: sirus@sirus.no

www.sirus.no

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2012

www.07.no

Forord

Glede ved å høre stolte historier om tilbakelagt rusmiddelbruk, innlevelse i en terminal sykdomsfase eller et desperat misbruk er del av sterke, personlige møter som danner grunnlag for denne rapporten. Slik den er skrevet er livsbetingelser og livserfaringer for nærmere fem hundre klienter som er fulgt gjennom ti år, uttrykt i et instrumentelt språk der tall og tabeller dominerer. Det er en formidlingsform for det standardiserte intervjuet vi har benyttet i studien. Intervjuene er imidlertid rammet inn av kontekstuelle og relasjonelle faktorer og inneholder også svar på spørsmål som er mer åpne og der klientenes egne refleksjoner og forklaringer kommer til uttrykk. Det er et verdifullt materiale som vil bli til andre kunnskapsbidrag.

Vi forsøker i denne rapporten å vise hvordan situasjonen var for en stor gruppe mennesker med omfattende narkotika/medikamentbruk når de kom inn i ulike former for behandling og hvilke endringer vi har fanget opp gjennom ti år, ved den måten vi har intervjuet på.

Det har vist seg mulig å gjennomføre en så omfattende studie, som den første i Norge, med et slikt longitudinelt design for denne målgruppen. En stor takk til alle dere som med til dels store anstrengelser har klart å holde avtaler om gjentatte intervjuer. Mange av dere har håpet at situasjonene og erfaringene dere har gitt oss del i kunne føre til en større forståelse av den kompliserte virkeligheten som fører til og er rusmiddelmisbruk, og til hva behandling og hjelp underveis i prosessen kan være. Vi har nok også motivert vår egen forskerinnsats med dette. Takk til Eva Hausken som med stor fagkunnskap og menneskelige varme har utført mange av oppfølgingsintervjuene.

Det har vært en dyr studie og vi takker for finansiering fra Norges forskningsråd, SIRUS og Rådet for psykisk helse. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), UiO har også stilt forskningsressurser til rådighet.

Initiativet til studien kom fra Sosialkomiteen på Stortinget og daværende Sosialdepartement i samarbeid med Norges forskningsråd. Vi håper denne rapporten og tidligere og fremtidige forskningsbidrag fra studien vil gå inn i en nyttig kunnskaps-sammenheng.

Takk til: Helge Waal, SERAF-UiO, Jostein Rise, Linn Gjersing og flere kolleger ved SIRUS som har gitt verdifulle kommentarer til rapporten.

Oslo, 8. november 2012

Grete Lauritzen (prosjektleder), Edle Ravndal og Jonas Larsson

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Mål og problemstillinger	13
2 Materiale	14
2.1 Frafall	16
2.2 Tid mellom oppfølgingsintervjuene.....	18
2.3 Klienten i kontrollert og ikke-kontrollert miljø	19
3 Metode	22
3.1 Design.....	22
3.2 Instrumenter	22
3.2.1 European Addiction Severity Index (EuropASI)	23
3.2.2 Symptom Checklist-25 (SCL-25)	24
3.2.3 Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI II).....	24
3.2.4 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	25
3.3 Samarbeid med rekrutteringstiltak.....	26
3.4 Gjenfinning av klienter.....	27
3.5 Analyse av data	27
4 Beskrivelse av utvalget ved inntak	30
4.1 Sosiodemografiske forhold	31
4.2 Utdanning/arbeid/økonomi	32
4.3 Oppvekstforhold/familie og sosiale relasjoner	34
4.4 Fysisk helse	38
4.5 Psykisk helse	39
4.5.1 Psykisk helse kartlagt ved EuropASI	39
4.5.2 Selvrapportert depresjon og angst målt ved SCL-25	41
4.5.3 Personlighetsforstyrrelser (PF) og kliniske symptomer målt ved MCMI-II	41
4.6 Bruk av rusmidler/medikamenter	45
4.7 Kriminalitet	48
5 Behandling	50
5.1 Behandling før indekstiltaket	50
5.2 Behandlingstid og frafall fra indeksbehandling	50
5.3 Behandling i løpet av observasjonsperioden.....	53

6 Endring	57
6.1 Samlivs- og boligsituasjon	59
6.2 Beskjeftigelse og inntektsgrunnlag	60
6.3 Familie og sosiale relasjoner	63
6.4 Fysisk helse	70
6.5 Psykisk helse	74
6.5.1 Psykiske vansker kartlagt ved EuropASI	74
6.5.2 Psykisk helse rapportert ved SCL-25	80
6.5.3 MCMI-II skårer ved inntak og syv år etter	82
6.6 Bruk av rusmidler/medikamenter	85
6.7 Kriminalitet	104
6.8 Dødelighet	106
7 Oppsummering og diskusjon	109
7.1 Utvalget ved inklusjon	109
7.2 Behandling	113
7.3 Utvikling og endring	116
7.3.1 Utvikling og endring for hele utvalget	116
7.3.2 Utvikling og endring for rekrutteringsgruppene	124
7.4 Diskusjon	128
7.4.1 Sammenligning med internasjonale behandlingsstudier	136
7.4.2 Konklusjon etter ti år	137
Litteratur	139
English Summary	147
Vedlegg	151

Sammendrag

SIRUS har gjennomført en ti års oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling i årene 1998 til og med 2009. Det er benyttet et prospektivt, longitudinelt kohort design, og 481 klienter er intervjuet ved inntak i behandling og ved fire oppfølgingstidspunkter; ett, to, syv og ti år etter inklusjon. Klientene er rekruttert fra 20 behandlingstiltak, og disse enhetene er strategisk valgt ut. De representerte de viktigste behandlingstypene i Norge samtidig som de var lokalisert i Østlandsområdet og gjorde intervjuarbeidet mulig innenfor de rammer som var gitt. Tiltakene er kategorisert i fire rekrutteringsgrupper: ungdomskollektiver, psykiatriske ungdomsteam (PUT), døgntiltak for voksne og legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Målsettingen med studien var opprinnelig en nytte-kostnadsanalyse av behandling, initiert av daværende Sosialdepartement og finansiert av Norges forskningsråd. SIRUS-rapport nr. 4/2003 omhandler prosjektet «Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?» der de økonomiske problemstillingene blir forsøkt besvart (Melberg et al. 2003). Studien ble forlenget, med mulighet for å følge en behandlingskohort gjennom ti år, og er således nokså unik også i internasjonal sammenheng. Målsettingen for denne rapporten er å besvare følgende tre problemstillinger:

- 1) Hvordan var livssituasjonen/problembelastningen for et utvalg av 481 narkotikabrukere ved inntak til behandling?
- 2) Hvordan har bruken av behandlingstiltak vært gjennom en tiårs periode?
- 3) Hvilke endringer i livssituasjon/problembelastning kan beskrives ut fra den informasjonen som er innhentet?

De instrumentene som gir grunnlag for materialet i rapporten er: European Addiction Severity Index (EuropASI), Hopkins Symptom Checklist-25 (SCL-25), Millon Clinical Multiaxial Inventory – II (MCMI-II) og Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).

Oppfølgingsprosenten i studien er høy, henholdsvis 91 og 89 % ved de to første oppfølgingsintervjuene etter ett og to år, og 85 og 77 % etter syv og ti år. Den

kumulative prosentandelen døde var 2 og 4 % ved første og andre intervjutidspunkt, 12 og 15 % ved de to siste. Resultatene med hensyn til endring over tid i et slikt «intention to treat» utvalg må tolkes i lys av hvordan frafallet kan ha påvirket i den ene eller andre retningen. Vi konkluderer med at hovedtendensene i endringsbeskrivelsen må ansees som ganske robuste.

Narkotikabrukere i behandling er ikke en homogen gruppe, det er individuelle forskjeller i bakgrunn, rusmiddelbruk og funksjon. Likevel er det de identifiserte gruppetrekkene det her legges vekt på i oppsummering av funnene fordi de genererer utfordringer til forebyggende strategier og fremtidige behandlingssinnsatser.

For mange av klientene har problemene startet tidlig. Rusmiddelproblemer og psykiske vansker i oppvekstfamilien er funnet i samme omfang som i den nasjonale tverrsnittstudien «Stoffmisbrukere i behandling» ti år tidligere (alkoholproblemer blant foreldredre hos mer enn 50 % av alle). Funnene bekrefter behovet for å forebygge og behandle rusmiddelproblemer i et generasjonsperspektiv, forskning på det kompliserte samspillet av genetiske faktorer, miljøfaktorer og livshendelser, samt å videreføre spesiell satsing for barn som pårørende.

Denne studien har kartlagt flere faktorer i barndom og tidlig ungdomstid som kan ha gitt traumeerfaringer og senskader. Utvalget som helhet har, målt med CTQ, høyeste gjennomsnittskår på skala for emosjonell forsømmelse, men ligger høyt på alle «traume»-områder, og det var ingen kjønnsforskjeller på noen av skalaene. Klinisk erfaring og forskning viser at slike tidlige belastninger ofte skaper store psykiske vansker og rusmiddelproblemer i voksen alder. Rapporten inneholder refleksjoner om viktigheten av å tilføre større grad av kompetanse til de ulike arenaer som møter barn.

Et tredje område som spesielt belyses i forhold til tidlige erfaringer, er massive skoleproblemer. Mellom 60 og 70 % av utvalget oppga at de opplevde å ha hatt store lære- og/eller atferdsvansker i grunnskolen. Utdanningsnivået i utvalget var gjennomgående lavt, og senere yrkesaktivitet liten. Her etterlyses drøfting av ulike modeller for styrking av tverrfaglig kompetanse inn i, eller i tett samarbeid med grunnskolen for å motvirke problemutvikling.

Den aktuelle situasjonen ved inntak i behandling var for utvalget som helhet preget av alvorlig rusmiddelbruk, sprøytebruk og overdoserisiko, liten grad av sosial funksjon utover rusmiljøene og stor grad av kriminalitet. Hovedinstrumentet

(EuropASI) kartlegger i tillegg til rusmiddelbruk, fysisk og psykisk helse, familie og sosial situasjon, arbeid og inntektsforhold og kriminalitet. SCL-25 og MCMI utdyper kartleggingen av psykisk helse.

Beskrivelsen av endring er gjort for hele utvalget og for de fire rekrutteringsgruppene. Det er ikke en målsetting å sammenligne utfallene mellom rekrutteringsgruppene fordi de har ulikt klientgrunnlag både når det gjelder alder, rusmiddelbruk og andre problemindikatorer, og derfor også ulike forutsetninger for utvikling og endring. Men nettopp fordi rekrutteringsgruppene representerer et planlagt differensiert behandlingsapparat, er det av interesse også å beskrive endring innenfor disse.

Det var 15 % av utvalget som døde i løpet av ti år, og overdose var registrert som dødsårsak i nærmere 70 % av dødsfallene. Omfanget er tilsvarende det en finner i internasjonale undersøkelser av sammenlignbare utvalg. Andelen HCV-smittede er svært høy blant klientene i døgntiltakene for voksne og LAR, og utgjør en betydelig risiko for fremtidig sykdom og død hvis ikke adekvate behandlingstiltak settes inn.

Utover den store gruppen døde, kan den overordnede endringsbeskrivelsen synes forholdsvis positiv. Etter ti år var det en stor reduksjon i bruk av narkotiske stoffer og kriminalitet. Det var størst nedgang i andelen brukere av heroin, og med det også en omfattende reduksjon i sprøytebruk og i ikke-fatale overdoser. Forklaringen på dette synes i stor grad å kunne knyttes til økningen i daglig bruk av substitusjonsmedikamenter. Andelen brukere av cannabis og sedativer/hypnotika viste også en betydelig nedgang, men ikke så vedvarende som for heroin. Det var en signifikant reduksjon i samlet kriminalitetsbelastning for hele utvalget. Særlig var det stoffsalg og annen vinningskriminalitet som gikk ned, og studien bekrefter den sterke sammenhengen mellom denne type kriminalitet og eget rusmiddelproblem.

Andelen som hadde inntekt fra eget arbeid økte til opp mot en tredjedel ved avsluttet observasjon, mens en langt større andel enn ved inklusjon var uføretrygdet. Som konsekvens av dette var økonomiske sosialhjelp sterkt redusert. Det var også et positivt funn at boligsituasjonen synes å ha forbedret seg, og etter ti år oppga syv av ti å ha en tilfredsstillende bolig. Derimot var ensomheten blant informantene stor, og de fleste hadde i liten grad fått tilhørighet i rusfrie miljøer.

I gruppen som helhet hadde mange vedvarende psykiske vansker. Selv om det ble rapportert om bedring under indeksbehandlingen, var det en tendens til tilbakevendende angst, depresjon og stor grad av kognitive vansker i observasjonstiden.

Høy forekomst av relasjonsskader og personlighetsforstyrrelser skaper likedan- tung problematikk. Studien bekrefter de store oppgavene samfunnet står overfor i forhold til å kunne forebygge og behandle psykiske lidelser og derigjennom også alvorlig rusmiddelmissbruk.

En stor andel av de som kommer i behandling synes å være i behov av omfattende tiltak over mange år. Indeksbehandlingen var ofte ikke første gangs behandling, og gjennom observasjonstiden sees ulike kombinasjoner av behandlingsforløp. Funnene kan tolkes i retning av at det er særlig viktig å komme i behandlings- posisjon i en tidlig fase av rusmiddelbruken. De unge fra kollektivene var hardt belastet, både når det gjaldt bakgrunnsferinger, atferdsvansker og rusmiddel- problemer, særlig i form av cannabis- og amfetaminmissbruk. For disse unge sees en høyintensiv og døgkontinuerlig behandling som fases over i poliklinisk form, samtidig som flere av utfallsvariablene viser positive trekk over lang tid og det ikke er registrert ny døgbehandling gjennom observasjonstiden. Vi finner heller ikke at de voksne døgklientene går over til ny døgbehandling etter avsluttet indeks- opphold, men at over 50 % av døgklientene som deltok i tiårs oppfølgingen er i LAR. En ulik andel av de initialet rekrutterte LAR-klientene har ved hver oppfølging hatt opphold i døgntiltak under observasjonstiden.

Selv om vi relaterer reduksjonen i heroin- og sprøytebruken i stor grad til LAR, viser funnene at mer sporadisk heroinbruk, og forholdsvis omfattende cannabis- bruk og inntak av sedativer/hypnotika eksisterer i LAR-gruppen i tillegg til forskrivningen av substitusjonsmedikamenter.

Summert opp viser denne norske ti års studien store og positive endringer for en belastet målgruppe og det er klientenes egen informasjon som danner grunnlag for beskrivelsene. Årsakene til endret atferd og livssituasjon kan være mange og sammensatte. En stor andel av klientene har imidlertid benyttet seg av ulike deler av behandlingsapparatet gjennom faser i løpet av ti år. Dette kan bidra til en realistisk optimisme for rusmiddelbehandling. Samarbeid mellom spesialisthelse- tjenestene og mellom disse og kommunale innsatser er av sentral betydning for brede nok intervensjoner og kontinuitet i behandling og hjelpetiltak. Studien viser også behovet for å intensivere innsatsene overfor de som har redusert rusmiddel- bruken eller lagt den bak seg, men som lever i en randsone med stor grad av ensomhet.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

SIRUS har gjennomført en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling i årene 1998 til og med 2009. En kohort bestående av 481 personer er intervjuet ved inntak i behandling og deretter fire ganger i løpet av en tiårs periode.

Bakgrunnen for studien var et ønske fra Stortingets Sosialkomite og daværende Sosialdepartement, om å øke kunnskapen om narkotikabrukere i behandling og om behandlingstilbudene, gjennom en nytte-kostnadsanalyse. Klientgruppen hadde skapt bekymring hos forvaltningsorganer og politikere. Dødelighet og sykdomsforekomst blant narkotikabrukere var rapportert høy, frafall i ulike behandlingstiltak og hyppige tilbakefall likedan. Store personlige lidelser, både for den enkelte bruker, familie og nettverk var omfattende beskrevet (Ravndal, 1994a, Lauritzen et al, 1997, St.meld. nr. 16 1996–1997). Behandlingsoptimismen blant fagfolk ble etter hvert også mer betinget da erfaring viste hvor sammensatte og omfattende problemene ofte var hos de som søkte behandling, og hvilke utfordringer man sto overfor i det terapeutiske arbeidet.

Norske forskere og klinikere gjennomførte i tidsperioden 1970 til 1990 flere forskningsstudier ved behandlingstiltak (Stang, 1976, Vaglum, 1979, Holsten, 1984, Ravndal, 1994, Tjærslund, 1995). Det som kjennetegnet disse, var at utvalgene av klienter var små, og de var knyttet til ett enkelt tiltak. Instrumentene som ble benyttet var forskjellige, noe som gjør sammenligning mellom studiene vanskelig. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning gjennomførte en første landsomfattende tverrsnittstudie av narkotikabrukere i behandling (Lauritzen et al., 1997) i årene 1992–1993. I denne studien var 74 behandlingssenheter med, og det ble gjennom to år registrert henvisninger til behandling og informasjon om de klientene som mottok behandling. Materialet var representativt, både geografisk og med hensyn til behandlingstyper. Mer enn 4 300 personer inngikk i studien. Data kunne analyseres på kjønn og alder, geografi og om det var forskjeller mellom de som fikk poliklinisk

behandling og døgnbehandling. På bakgrunn av den nasjonale tverrsnittstudien utviklet man i Norge et monitoreringssystem for å kartlegge rusmiddelbrukere i behandling. Dette er nå inkludert i Norsk pasientregister (NPR).

Det forelå imidlertid lite systematisk kunnskap om hvordan det går over tid med ulike og større grupper av rusmiddelmissbrukere. I 1998 initierte derfor Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) en naturalistisk, prospektiv kohortstudie, «Hvilken nytte for hvem og til hvilken kostnad?» hvor både et økonomisk perspektiv og et behandlingsforskningsperspektiv ble integrert i design og metoder. Undersøkelsen har et utvalg på 481 personer som er rekruttert fra 20 behandlingstiltak i Oslo og nærliggende områder. En nytte-kostnadsanalyse etter to års oppfølging ble presentert i SIRUS-rapport nr. 4/2003 (Melberg et al., 2003). Studien er forlenget i to omganger og endte opp med en observasjonsperiode på ti år. Det er første gang i Norge og Europa at en behandlingsskohort i denne målgruppen er fulgt gjennom så lang tid.

Studien har vært finansiert av Norges forskningsråd, SIRUS og Rådet for psykisk helse. En rekke artikler til og med syv års oppfølging er tidligere publisert (Ravndal et al., 2001, Ravndal & Lauritzen, 2004, 2005, Lauritzen & Ravndal, 2004, Ravndal et al. 2005, Ravndal & Amundsen, 2010, Ravndal & Vaglum, 2010). Det er i tillegg skrevet en SIRUS-rapport som spesielt vurderer psykometriske kvaliteter ved hovedinstrumentet i studien, Addiction Severity Index (ASI), belyst ved materiale fra inntak til behandling og to års oppfølging (Lauritzen, 2010).

Denne type studier er svært ressurskrevende og sjeldne også i internasjonal sammenheng. Den første store multisenter-studien av narkotikabrukere i behandling var «Drug Abuse Reporting Program» (DARP) fra USA tidlig i 70-årene. Den består av 43 943 inntak til behandling i 52 programmer (Sells et al., 1975, Simpson & Sells, 1982,1990). To andre studier fra 80- og 90-årene er «Treatment Outcome Prospective Study» (TOPS) (Hubbard et al., 1984, 1989) som baserer seg på 11 750 inntak i 41 behandlingssenheter og «Drug Abuse Treatment Outcome Study» (DATOS), med 10 010 personer i 100 tiltak (Fletcher et al., 1997, Leshner 1997). Behandlingsprogrammene i alle studiene består av både polikliniske enheter, avrusningstiltak og døgnbehandling. Den første nasjonale, prospektive behandlingssstudien av narkotikabrukere i Storbritannia, «National Treatment Outcome Study» (NTORS) ble lagt tett opp etter DATOS-studien (Gossop et al., 1997, 2001, 2002). Totalt ble 1075 klienter rekruttert fra 54 ulike behandlingssenheter. Hovedtypene av behandlingstiltak var døgntiltak, polikliniske tiltak og

ulike metadonprogram. Også behandlingsstudiene fra henholdsvis Skottland (DORIS) (McLeganey et al., 2005, 2006, Bloor et al., 2008), Australia (ATOS) (Ross et al., 2002, 2005) og Irland (ROSIE) (Comiskey et al., 2009) har lagt seg tett opp mot de opprinnelige studiene fra USA i design og metoder.

Resultater fra ett lands undersøkelser lar seg ikke nødvendigvis overføre til andre land og kulturer da både rusmiddelproblemer, klientsammensetning, behandlingstiltak og valg av forskningsverktøy ofte er ulike. EU tok i 1990 initiativ til et tettere samarbeid rundt narkotikaforskningen i Europa gjennom etableringen av det europeiske Cost A-6 programmet. I en av arbeidsgruppene ble det amerikanske behandlingsintervjuet Addiction Severity Index (ASI) bearbeidet for bruk i europeisk behandlingforsking (EuropASI) (Kokkevi & Hartgers, 1994, McLellan et al., 1992). Studien «Hvilken nytte, for hvem til hvilken kostnad» var inspirert av de ovenfor nevnte behandlingsstudiene, og spesielt av den britiske NTORS-studien. Det ble naturlig etter de europeiske initiativene, å velge EuropASI som hovedinstrument i studien.

1.2 Mål og problemstillinger

Målsetting for denne rapporten er å beskrive utvalget ved inntak, bruken av behandlingstiltak gjennom observasjonstiden og hvilke endringer i problembelastning som rapporteres gjennom de årene vi ha fulgt klientene med personlige intervjuer. Fremstillingen er begrenset av de instrumentene og spørsmålene som er valgt.

Problemstillinger

- 1) Hvordan var livssituasjonen/problembelastningen for et utvalg på 481 narkotika-brukere ved inntak til behandling?
- 2) Hvordan har bruken av behandlingstiltak vært gjennom en tiårs periode?
- 3) Hvilke endringer i livssituasjon/problembelastning rapporteres?

2 Materiale

Utvelgelsen av behandlingssenheter var selektiv og strategisk. Fram til Rusreformen i 2004 utviklet behandlingstilbudene i Norge seg stort sett langs to hovedretninger, langtids døgntiltak og spesialiserte, polikliniske enheter. Begge typer tilbud hadde mot slutten av 1990-årene som overordnede målsettinger både fravær av rusmiddelbruk og rehabilitering til arbeid og/eller utdanning. Døgninstitusjonene var i noen grad differensierte ut fra målgrupper og faglig innhold.

I løpet av studiens planleggingsfase ble legemiddelassistert rehabilitering (LAR) et sentralt behandlingstilbud for den tyngst belastede gruppen klienter. Vi var i utgangspunktet opptatt av å få med et så representativt utvalg av behandlingstiltak som mulig med hensyn til illegal rusmiddelbruk, og rekruttering av klienter tok derfor utgangspunkt i disse typene av behandlingssenheter:

- Behandlingskollektiver
- Hierarkiske terapeutiske samfunn
- Mer tradisjonelle døgninstitusjoner
- Polikliniske, psykiatriske ungdomsteam (PUT)
- Polikliniske legemiddelassisterte rehabiliteringstiltak (LAR)

Oslo og omegn 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 behandlingsskapiteten i området det teoretisk mulig å rekruttere tilstrekkelig mange klienter innenfor den planlagte tidsrammen. Behovet for en viss geografisk nærhet mellom forskerlaget og behandlingstiltakene var også av betydning, både av praktiske og økonomiske grunner.

Målsettingen var å etablere et utvalg bestående av 500 personer fordelt på 100 klienter fra hver tiltakstype. Studien tok utgangspunkt i de klientene som ble tatt inn til poliklinisk behandling eller døgnbehandling i perioden 01.01.1998–22.06.1999.

Det nasjonale metadonprosjektet (LAR) startet først opp i juni 1998. Rekrutteringen av disse klientene begynte derfor noe senere og pågikk i perioden 21.06.1998–17.08.1999. Alle klientene ble intervjuet fortløpende ved behandlingsstart. Rekrutteringen var basert på den utvelgelse og inntaksvurdering som behandlingstiltakene selv foretok. I løpet av rekrutteringsperioden ble 481 personer intervjuet. For analyser i denne rapporten har vi omgruppert rekrutteringstiltakene til fire kategorier, to typer døgninstitusjoner og to typer polikliniske tiltak. Det materialet vi fikk inn fra behandlingskollektivene hadde langt færre unge enn forventet. Da vi i denne fremstillingen har ønsket å vise endring også for de yngste, blir antallet i hver gruppe svært forskjellig, og det må tas hensyn til dette i tolkning av resultatene.

Tabell 2.1. Type tiltak og antall klienter

Type rekrutteringstiltak	N
Døgntiltak for voksen	276
Kollektiver for ungdom	31
PUT	100
LAR	74
Totalt	481

Ideelt sett burde vi ha rekruttert 100 klienter både i LAR-tiltakene og i kollektivene. Ressurssituasjonen tilsa imidlertid ikke at vi kunne fortsette rekrutteringen utover den perioden som var planlagt. Antallet klienter fra de spesifikke ungdomskollektivene var lite da majoriteten ble tatt inn i behandling ved tvang og den gjennomsnittlige oppholdstiden var rundt to år.

Kollektiver for ungdom

De bestod av to enheter (16–18 senger), der mellom 74 og 100 % av klientene var innlagt ved tvang i løpet av behandlingsoppholdet, de fleste i begynnelsen av behandlingen. Mange av de unge gikk over til såkalt frivillig tvang etter en tid i behandling. Programideologien var basert på leve-fellesskap, relasjonsarbeid, synliggjøring av ressurser, ansvarliggjøring og skole/arbeid. Den planlagte behandlingstiden i kollektivene var ca. to år.

Polikliniske psykiatriske ungdomsteam (PUT)

Klienter ble rekruttert fra alle tre teamene i Oslo. Målgruppen var ungdom/unge voksne med rusmiddelproblemer og psykiske vansker som depresjon og angst. Hyppighet av behandlingstimer og behandlingsslengde varierte mye. I enkelte team

inngikk noen klienter som var langt mer belastet enn øvrig målgruppe, fordi de hadde tilbud om en svært langvarig behandlingskontakt.

Døgntiltak for voksne

Døgntiltakene for voksne bestod av relativt differensierte behandlingstilbud, seks var store (25–40 senger) og fem noe mindre (8–18 senger). To av de største tiltakene var hierarkiske terapeutiske samfunn (HTC), og ett var særlig utformet for eldre klienter hvor noen få fikk forskrevet metadon. Gruppen av mindre døgneheter bestod av to tiltak kun for menn og ett for bare kvinner. Kvinnekollektivet var basert på Minnesotamodellen. To døgneheter tok i mot familier. De øvrige tiltakene var ikke basert på noen spesifikke inntakskriterier, ideologi eller programfilosofi. Men alle døgntiltakene hadde i hovedsak en felles målsetting om rusfrihet og rehabilitering til arbeid og/eller utdanning.

Poliklinikker for legemiddelassistert rehabilitering

LAR-gruppen bestod av de fire første polikliniske teamene opprettet for denne typen behandling i Oslo. De første klientene som var tatt inn ble ansett å være svært belastede narkotikamisbrukere med en dårlig helsesituasjon. Enkelte hadde allerede vært med i det nasjonale prøveprosjektet for substitusjonsbehandling som startet opp noen år tidligere. Ved siden av selve forskrivningen av substitusjonsmedisin, var målsettingen å kunne gi disse klientene en tilpasset rehabilitering og oppfølging.

2.1 Frafall

Et problem med denne typen naturalistiske studier er frafall (Molenberghs & Kenward, 2007). Det må taes hensyn til frafall både i rekrutteringsperioden og gjennom observasjonstiden. Kriterier for rekruttering og frafall ved inntak i behandling er nøye beskrevet av Melberg et al. (2003).

Frafallet var svært lite i døgntiltakene som helhet, og også i LAR. I PUT-teamene var frafallet derimot betydelig. En stor andel av klientene i PUT droppet ut av behandling i løpet av de første samtalene, og før avtale om intervju var gjort. Det er selvsagt langt mer krevende å motivere klienter i poliklinisk behandling til å delta i en forskningsstudie enn i et døgntiltak hvor de tilbringer det meste av tiden sin. Samlet sett er det imidlertid lite som tyder på at klientene i denne undersøkelsen ikke er representative for totalpopulasjonen i PUT i løpet av rekrutteringsperioden (Melberg et al., 2003).

Det er flere årsaker til frafall gjennom tiårsoppfølgingen. Noen døde i løpet av observasjonstiden, noen ønsket ikke, eller klarte ikke av ulike grunner å delta, noen ble ikke funnet og noen hadde emigrert (tabell 2.1.1).

Tabell 2.1.1. Antall personer som er intervjuet og ikke intervjuet ved de fire oppfølgingsundersøkelsene i løpet av den 10-årige observasjonstiden

	Inntak	1 år	2 år	7 år	10 år
Intervjuet	481	428	410	348	296
Ikke intervjuet		42	52	73	111
Døde		11	19	60	74
Total	481	481	481	481	481

I neste tabell vises også grunner for at intervjuer ikke ble gjennomført ved syv- og tiårsoppfølgingen. Vi har denne informasjonen kun for de to siste tidspunktene, og kategorien ukjent blir derfor stor for oppfølgingen etter ett og to år.

Tabell 2.1.2. Antall og andel intervjuet, og årsak til frafall ved de ulike oppfølgings-tidspunktene

	År for intervju antall personer					År for intervju (%)				
	Inntak	1	2	7	10	Inntak	1	2	7	10
Intervjuet	481	428	410	348	296	100	91	89	85	77
Døde	-	11	19	60	74	-	2	4	12	15
Vil ikke delta, går bra	-	-	-	14	30	-	-	-	3	6
Vil ikke delta, går dårlig	-	-	-	39	56	-	-	-	8	12
Emigrert	-	-	-	9	12	-	-	-	2	3
Finner ikke personene	-	-	-	11	13	-	-	-	3	2
Ukjent	-	42	52	-	-	-	9	11	-	-
Total	481	481	481	481	481	100	100	100	100	100

Svarprosent for hele utvalget (når de døde regnes inn i grunnlaget) var 91 % etter ett år, 89 % etter to år og henholdsvis 85 og 77 % ved tredje og fjerde intervju (tabell 2.1.1).

Mer enn halvparten (54 %) av hele utvalget gjennomførte de personlige intervjuene på alle fire oppfølgings-tidspunkter.

Totalt døde 74 personer gjennom de ti årene når vi tok utgangspunkt i at klienten var død før det aktuelle intervju-tidspunktet (tabell 2.1.1). Den årlige dødeligheten er beregnet til 1.5 per 100 personår. Det er viktig å merke seg at totalutvalget i

denne undersøkelsen også består av klienter som ikke bruker sprøyter, og dermed forventes dødeligheten å være noe lavere enn når en ser på tilsvarende prosent kun blant sprøytebrukere (Degenhardt et al., 2010). Blant våre sprøytebrukere var den årlige dødeligheten på 2,0 per 100 personår etter ca. seks års oppfølging (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2006). Tallet samsvarer stort sett med tallene i tidligere norske undersøkelser av sprøytebrukere (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2006), og tilsvarende nyere internasjonale undersøkelser (Degenhardt et al., 2010, EMCDDA, 2011). Kjønnfordelingen mellom de døde (14 % kvinner og 86 % menn) er også i samsvar med andre studier av lignende utvalg både nasjonalt og internasjonalt (Degenhardt et al., 2010, EMCDDA, 2011).

Vi har slått sammen antallet døde på hvert tidspunkt med antall (levende) som ikke har latt seg intervjuet innenfor hver rekrutteringsgruppe, og prosentandelene er satt opp i tabell 2.1.3.

Tabell 2.1.3. Frafall inkludert døde ved hvert intervjutidspunkt for alle og innenfor de forskjellige tiltakstypene, prosent.

	1år	2år	7år	10år
Hele utvalget	11	15	28	39
Kollektiver unge	0	13	13	32
PUT	11	14	25	34
Døgntiltak voksne	11	16	30	42
LAR	16	12	27	35

Den totale frafallsprosenten varierer mellom 32 % i kollektivene for de unge og 42 % i døgntiltakene for de voksne.

2.2 Tid mellom oppfølgingsintervjuene

I figurene nedenfor (1.a, 1.b, 1.c, 1.d) vises tiden fra første intervju ved inklusjon og frem til de fire oppfølgingsintervjuene etter 1, 2, 7 og 10 år. De to øverste figurene viser at det er en viss variasjon i tid mellom intervjuene for første og annen oppfølging. Når tiden strekker seg over stipulert intervjutidspunkt, kan dette i hovedsak forklares med at mange er vanskelige å finne og/eller få kontakt med, og at ikke alle er klare til å la seg intervjuet på det fastsatte tidspunktet. Figurene viser likevel at hovedandelen ble intervjuet som planlagt ved begge de to første oppfølgingsene. Samme tendens går igjen ved de to siste, og spredningen rundt disse tidspunktene er noe mindre.

Figur 1:

Fig 1.a: Tid ved 1-årsoppfølging

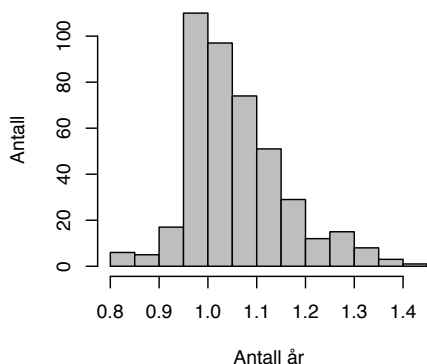


Fig 1.b: Tid ved 2-årsoppfølging

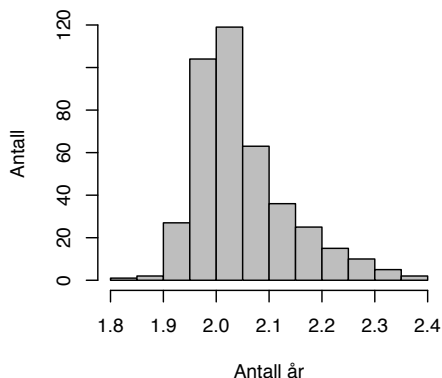


Fig 1.c: Tid ved 7-årsoppfølging

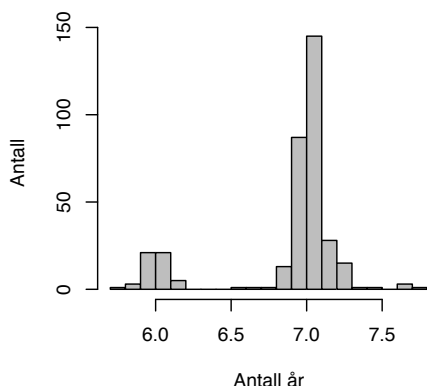
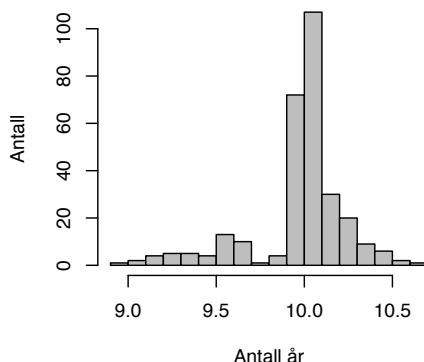


Fig 1.d: Tid ved 10-årsoppfølging



I figur 1.c som viser tiden frem til 7-årsoppfølgingen, er det imidlertid et lite kluster av intervjuer omkring 6 år etter indeksintervjuet. Det kan forklares med at LAR-gruppen kom med i studien ett år senere enn de øvrige informantene. Forskyvningen kan også ses ved 10-årsoppfølgingen (figur 1.d), selv om den da ikke er like markert som ved 7 år. Dette innebærer at LAR-klientene har en observasjonstid på ni år.

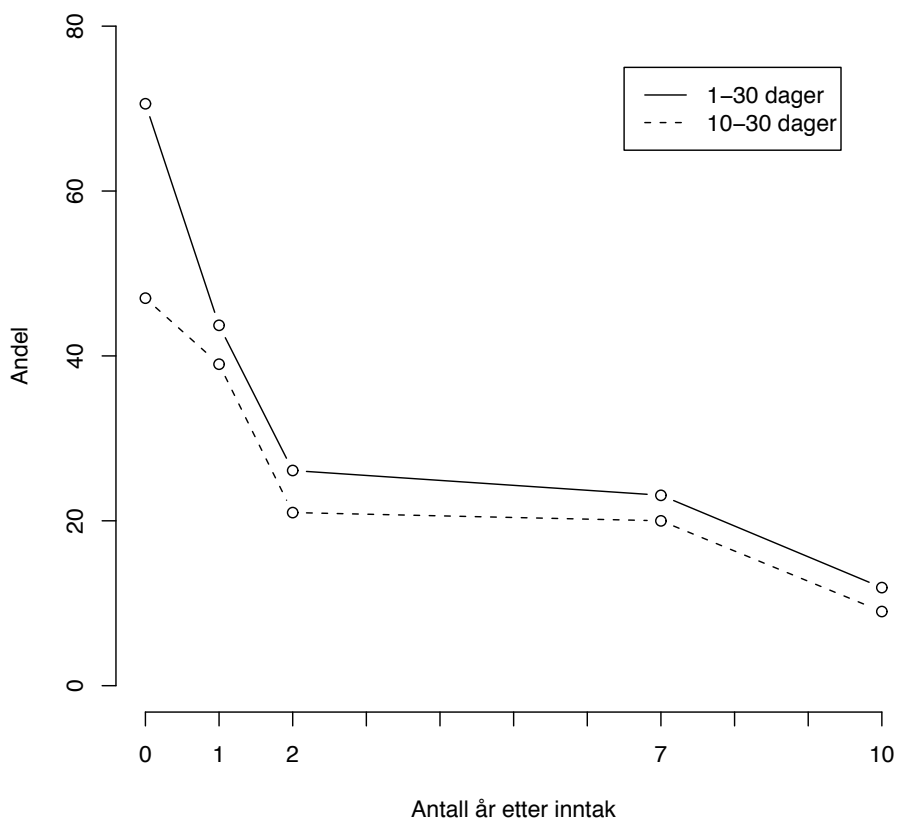
2.3 Klienter i kontrollert og ikke-kontrollert miljø

En del av klientene som kom til behandling både i døgntiltakene og PUT var i et kontrollert miljø like forut for inntak. Definisjonen av kontrollert miljø som er benyttet er følgende: *Klienter som i løpet av de siste 30 dagene før intervju har oppholdt seg i sykehus, behandlingsinstitusjon, fengsel eller tilsvarende situasjon hvor tilgangen til*

rusmidler er avskåret (EuropASI 5. versjon, McLellan et al., 1992). EuropASI har siste 30 dager som en gjennomgående tidsreferanse for aktuell situasjon. Et kontrollert miljø vil påvirke informasjonen i måleperioden, og for å fange opp en reell problembelastning ved inntak og gjennom observasjonsperioden har vi derfor konsekvent kartlagt siste 30 dager før eventuelt opphold i kontrollert miljø. Spørsmål om kontrollert miljø i måleperioden stilles ved alle intervjutidspunktene.

I figur 2 vises andelen personer som svarte at de hadde vært i et kontrollert miljø minst en dag siste 30 dager og over 10 dager siste 30 dager. Som vi ser av figuren synker andelen fra ca. 70 % ved inntak, dvs. fra indeksintervjuet, til noe over 10 % ved tiårsoppfølgingen. De to linjene i figuren følger hverandre.

Figur 2: Andel personer i kontrollert miljø



I tabell 2.3.1 gis en oversikt over hvilken type kontrollert miljø klientene har oppholdt seg i før hvert måletidspunkt. Kontrollert miljø er operasjonalisert i kategoriene fengsel, døgntiltak for rusmiddelbehandling, somatisk og psykiatrisk sykehus og avrusningstiltak.

Tabell 2.3.1. Personer i kontrollert miljø i minst en av de siste 30 dagene før intervju, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ikke i kontrollert miljø	29	56	74	77	88
Fengsel	10	2	5	4	2
Døgntiltak for rusmiddelbehandling	5	34	16	10	4
Somatisk sykehus	2	1	1	2	1
Psykiatrisk sykehus	1	0	1	2	1
Avrusning	45	4	2	2	2
Annet	8	3	1	4	1
Total	100	100	100	100	100

Det var 29 % som ikke hadde vært i et kontrollert miljø i løpet av de siste 30 dagene før indekshintervjuet. Nærmere halvparten oppga å ha vært i avrusningstiltak (45 %). Avrusning før inntak i døgntiltak er vanlig prosedyre i det norske behandlingssystemet. Andelen i avrusningstiltak falt til 4 % ved første oppfølging og til 2 % ved de tre siste. Fengsel som kontrollert miljø ble også redusert betydelig. Andelen som rapporterte opphold i døgntiltak var naturlig nok høyest ved første og annen oppfølging, og forklares ved at mange av klientene fremdeles var i indekshintervjuet ved disse to tidspunktene.

Antall dager i kontrollert miljø var rundt 25 i de fleste kategoriene bortsett fra under avrusningsoppholdene som varte i underkant av to uker (fengsel 26 dager, døgntiltak 25 dager, somatisk sykehus 21 dager, psykiatrisk sykehus/klinikk 27 dager, avrusning 12 dager og annet 22 dager). Hvis vi ekskluderer de personene som har oppgitt 1–9 dager av de siste 30 i et kontrollert miljø, synker andelen fra 71 til 47 % ved indekshintervjuet.

3 Metode

3.1 Design

Undersøkelsen er gjennomført i naturalistisk, prospektivt kohort design. Opprinnelig prosjektittel var «Hvilken nytte for hvem og til hvilken kostnad?» Økonomiske analyser av behandlingstkostnader var et sentralt tema i studiens tidlige faser. Valg av design og de økonomiske perspektivene er utførlig redegjort for i SIRUS-rapport nr. 4/2003 (Melberg et al., 2003). Randomisert, kontrollert design ble ikke ansett som verken etisk eller praktisk gjennomførbart for en observasjonsperiode på i utgangspunktet to år.

3.2 Instrumenter

De 20 rekrutteringstiltakene ble kartlagt ved hjelp av et strukturert spørreskjema som omhandlet faglig profil, organisasjonsform, ansatte grupper osv. Behandlingsintervensjoner ble loggført for hver klient gjennom indeksbehandlingen. I tillegg registrerte vi livshendelser på en tidslinje gjennom de to første observasjonsårene.

Instrumentene som ligger til grunn for datamaterialet i denne rapporten er følgende: *Den europeiske versjonen av Addiction Severity Index (EuropASI)*, *Symptom Checklist-25 (SCL-25)*, *Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI II)* og *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*.

Tabell 3.2.1 viser når i observasjonsperioden disse ulike instrumentene ble benyttet.

Indeksintervju	1 år	2 år	7 år	10 år
EuropASI	EuropASI	EuropASI	EuropASI	EuropASI
SCL-25	SCL-25	SCL-25	SCL-25	SCL-25
MCMI-II			MCMI-II	
CTQ				

3.2.1 European Addiction Severity Index (EuropASI)

ASI er et omfattende kartleggingsverktøy med rusmiddelbruk som et kjerneområde. Instrumentet er utviklet i USA (McLellan et al., 1980), revidert flere ganger og utgitt i europeiske versjoner (EuropASI) og tilpasset ulike lands spesifikke forhold. Vi har benyttet den europeiske og norske tilpasningen av ASI femte versjon (McLellan et al., 1992). Det er en omfattende internasjonal litteratur om ASI/EuropASI, og instrumentet er benyttet i behandlingsforskning for rusmiddelmissbrukere og personer med psykiske vansker i stor målestokk (Hodgins et al., 1992, Fureman et al., 1993, Leonhard et al., 2000, Alterman et al., 2001, Mäkelä, 2004, Abrahamson & Trygveson, 2009).

ASI er standardisert, semistrukturert og gjennomføres i intervjuform. Rusmiddelbruk sees som ett element i et ofte større og sammensatt problemkompleks, og derfor kartlegges en rekke livsområder:

- Fysisk helse
- Utdanning, arbeid og økonomi
- Bruk av alkohol
- Bruk av narkotiske stoffer og legemidler
- Familiehistorie, familie og sosiale relasjoner
- Psykisk helse
- Kriminalitet

ASI har en dimensjonal tilnærming. Mange av variablene er kontinuerlige, dvs. at problemene kan beskrives langs en dimensjon. Samme struktur inngår i hvert område:

- Faktaspørsmål (som delvis kan etterprøves fra registeropplysninger)
- Pasientens subjektive opplevelse av hvert enkelt problemområde
- Pasientens vurdering av hjelpebehov
- Intervjuers alvorlighetsvurdering
- Vurdering av tiltro til klientens informasjon
- Tekstfelt med supplerende opplysninger til de kodede svarene

Det er utarbeidet en inntaksmodul og et kortere skjema for oppfølgingsintervjuer. Tidsvinduene er gjennomgående «siste 30 dager «og «tidligere i livet» i inntaksmodulen. Noen spørsmål er knyttet til «siste 6 måneder». Oppfølgingsintervjuene har samme «siste 30 dager» som gjennomgående tidsvindu og likeledes det tidsintervallet som er valgt mellom oppfølgingsintervjuene. Vi la selv inn «siste 6 måneder» som en supplerende tidsreferanse for mange av spørsmålene i denne oppfølgingsstudien.

Endringsmålene som er konstruert innenfor hvert problemområde er:

- Enkeltvariabler som er sensitive for endring
- Pasientens opplevelse av problem (skala 0–4)
- Pasientens vurdering av hjelpebehov (skala 0–4)
- Intervjuers alvorlighetsvurdering (skala 0–9)
- Sammenfattende skåre (Composite score, skala 0–1)

Vi anså EuropASI som et godt egnet intervjuinstrument for undersøkelsen både fordi det dekket et bredt spekter av psykososiale problemområder som er relevante for de fleste rusmiddelmissbrukere, fordi det var spesielt egnet til oppfølgingsundersøkelser og fordi det i stor grad var benyttet for behandlingsforskning internasjonalt. For nærmere beskrivelse av EuropASI, intervjuprosedyrer, kvalitets-sikring og psykometriske vurderinger på bakgrunn av erfaringer fra studien, se Melberg et al., 2003 og Lauritzen, 2010.

3.2.2 Symptom Checklist-25 (SCL-25)

SCL-25 er et instrument som klientene selv fyller ut og som måler angst og depresjon, samt samlede symptomer for begge lidelsene (generell nervøsitet) (Derogatis et al., 1974). Skjemaet består av 25 spørsmål, 10 vedrørende angst og 15 som omhandler depresjon. På hvert spørsmål angir klienten på en fempunktsskala i hvilken grad den aktuelle plage har vært tilstede siste uke fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye». På bakgrunn av svarene kan tre indeksverdier beregnes: en for angst, en for depresjon og en for «generell nervøsitet» (Global Symptom Index, GSI). Skjemaet er ofte benyttet i kliniske populasjoner og i befolkningsundersøkelser både internasjonalt og i Norge (Moum, 1992). Det er vanlig å anse en indeksverdi på 1.0 eller mer som tegn på behandlingsbehov for angst og/eller depresjon.

Når det gjelder instrumentets validitet og reliabilitet, har flere undersøkelser konkludert med at en relativt sterk dimensjon av «generell nervøsitet» synes å gå gjennom alle spørsmålene, og at de ikke skiller tydelig nok mellom depresjon og angst (blant andre Moum, 1992). På den annen side viser både kliniske studier og undersøkelser fra normalbefolkningen at det ofte er sterk sammenheng mellom nettopp depresjon og angst (Dahl et al., 2002, Grant et al., 1994)

3.2.3 Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI II)

MCMI-II er også et skjema som klientene selv fyller ut og som måler ulike psykiske symptomer (Akse I) og personlighetstrekk (Akse II) samt alvorlighetsgraden av

disse ifølge diagnosesystemet DSM-III-R (Millon, 1987). Instrumentet består av 175 utsagn som personen svarer «riktig» eller «galt» på. Utsagnene danner basis for 9 kliniske symptomskalaer og 13 personlighetsskalaer. MCMI er tidligere mye brukt for å kartlegge personlighetsforstyrrelser (PF) og kliniske symptomer blant rusmiddelmissbrukere, både internasjonalt og nasjonalt (Craig & Weinberg, 1992, Alnæs & Torgersen, 1989a, 1989b, Torgersen & Alnæs, 1990, Ravndal, 1994, Landheim, 2007). Skårer på MCMI blir rapportert som basisrate (BR) skårer som er transformerte råskårer og justert for kjønnsforskjeller. En BR- skåre på 35 representerer medianskåren i en normalpopulasjon, og en skåre på 60 medianen i forskjellige kliniske populasjoner. En klient som skårer 85 eller høyere blir betraktet som å ha behov for behandling. Informasjon om MCMI's reliabilitet og validitet er utførlig presentert i manualen (Millon, 1987).

Et sentralt spørsmål er hvorvidt skjemaer som klienten fyller ut selv er like godt egnet til å måle personlighetsforstyrrelser som personlige, strukturerte intervjuer. Selv om begge typer instrumenter vil identifisere de samme forstyrrelsene, vil de på grunn av de ulike tilnærmingene høyst sannsynlig også kartlegge noe ulike dimensjoner av felles underliggende personlighetsforstyrrelser. (Torgersen & Alnæs, 1990, Butler et al., 1991).

3.2.4 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

CTQ er et selvutfyllingsskjema som kartlegger traumatiske opplevelser under oppveksten (Bernstein & Fink, 1998). Skjemaet består av 28 utsagn og med følgende svarkategorier: «ikke riktig», «sjelden riktig», «noen ganger riktig», «ofte riktig» eller «svært ofte riktig». Instrumentet måler fem traumeområder: følelsesmessig misbruk, fysisk misbruk, seksuelt misbruk og følelsesmessig og fysisk forsømmelse. For hver av de fem indeksene blir de tilhørende skårene på enkeltutsagnene lagt sammen til en sumskåre. Denne kan variere fra 5 til 25 og gir en kvantitativ indikasjon på alvorlighetsgraden av hvert område. Jo høyere skåre, jo alvorligere traume. CTQ inneholder i tillegg en indeks for minimalisering og benektning.

Reliabilitets- og validitetsproblemer knyttet til CTQ er redegjort for i manualen (Bernstein & Fink, 1998). Temaene drøftes også i en artikkel hvor CTQ-materialet er hentet fra en undergruppe klienter i vår studie (Ravndal et al., 2001).

Alle de tre selvutfyllingsskjemaene ble valgt ut fra et ønske om å få en grundigere kartlegging av visse områder enn det EuropASI kunne gi. Forskning viser at personlighetsforstyrrelser er utbredt blant rusmiddelmissbrukere og at de ofte gir

seg utslag i omfattende relasjonsproblemer som har betydning for utfall av behandling (Verheul, 1995, Ravndal, 2011). MCMI-II ble blant annet valgt ut fra praktiske hensyn da vi ikke hadde ressurser til å utføre omfattende kliniske intervjuer for å måle personlighetsforstyrrelser, som f.eks. ved bruk av SCID (Spitzer et al., 1987). SCL-25 inneholder langt mer konkrete spørsmål om angst og depresjon enn EuropASI gir, og CTQ gir en utdypende kartlegging av tidlige barndomsbelastninger som emosjonelle og fysiske forsømmelser og overgrep, og gir mulighet til å analysere sammenhengene mellom slike tidlige belastninger (traumeområder) og senere problemutvikling og funksjon.

3.3 Samarbeid med rekrutteringstiltak

Da studien ble planlagt var det med visshet om at den ville kreve et tett og forpliktende samarbeid med de behandlingstiltakene klientene skulle rekrutteres fra. Begge forskerne hadde betydelig erfaring med kliniske studier og kjennskap til fagfeltet (Ravndal, 1994, Lauritzen et al., 1997).

For det første var det viktig med god informasjon om hva forskningsprosjektet ville gå ut på og hvilke arbeidsoppgaver det ville påføre ledelse og ansatte i de enkelte tiltakene. For mange var det attraktivt i seg selv å være deltakende i den til da største oppfølgingsstudien på rusmiddelfeltet, selv om det komparative elementet med hensyn til utfall og kost-nytte var eksplisitt. Det var generelt stor interesse for å bidra til kunnskap om klientenes forløp. Jevnlige møter ble holdt med alle tiltakene gjennom hele forskningsprosessen med bl.a. informasjon om målsetting og metoder, drøfting av rekruttering og gjenfinning, og fremleggelse av foreløpige dataanalyser. Flere nyhetsbrev fra prosjektet ble sendt ut til alle tiltakene. Samarbeidet har vært avgjørende for å kunne gjennomføre denne studien med god kvalitet.

I tillegg til møter med ledelsen for behandlingssenhetene var det etablert samarbeid med egne kontaktpersoner i rekrutteringsprosessen. Noen tiltak valgte å lære opp ansatte i bruk av EuropASI slik at de selv kunne intervju klientene ved inntak. Dette var blant annet fordi de gjerne ville kvalifisere seg i bruk av EuropASI til eget formål på et senere tidspunkt. Hovedtyngden av rekrutteringsintervjuene ble foretatt av de to forskerne i prosjektet. Vi ønsket selv nærhet til datainnsamlingen, få inntrykk av hvordan instrumentene fungerte og førstehåndskjennskap til klientenes situasjon. Ved å være få intervjuere og ha en tett veiledningsstruktur mente vi å bidra til høy grad av reliabilitet på datamaterialet, men også et «eierforhold» til studien slik at entusiasmen og utholdenheten ville vare.

3.4 Gjenfinning av klienter

Ved første og annen oppfølging, ett og to år etter inklusjon, gjorde forskerne store deler av gjenfinnings- og intervjuarbeidet. Samtidig ble det benyttet et fåtall utplukkede fagpersoner som fikk opplæring og løpende veiledning. De to første oppfølgingene var ikke de vanskeligste å gjennomføre da en stor andel av klientene fortsatt var i indeksbehandlingen. Vi fulgte et prinsipp om at hver intervjuer så langt som mulig skulle møte de samme klientene under oppfølging som ved inntak. Det ble tatt en beslutning om ikke å benytte terapeuter fra behandlingstiltakene som intervjuere i oppfølgingsundersøkelsene. Dette for å unngå at tilknytning til behandlere eller tiltaket skulle påvirke informasjonen.

Ved de to siste oppfølgingene benyttet vi i langt større utstrekning kun en intervjuer som ble fulgt tett opp. Selve gjenfinningsprosessen ved de to siste intervjuene var svært ofte mer krevende enn selve intervjusituasjonen. En del av utvalget hadde gjennom disse ti årene forflyttet seg geografisk, og mange foretrakk at intervjuet fant sted i hjemmet eller annet sted i bostedskommunen. 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. 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 deltagelse i studien førte til større bevissthet om livssituasjonen blant annet fordi den skulle uttrykkes. Det ble utbetalt 200 kroner for hvert intervju, da vi definerte disse som arbeid for klienten. For noen hadde pengene betydning for deltagelse, for andre ikke. Flere formidlet håp om at deres erfaringer og refleksjoner ble satt inn i en sammenheng som kunne bety noe viktig for andre rusmiddelmissbrukere i behandling. Vi motiverte nok i stor grad også vår egen innsats med denne begrunnelsen.

Når det gjelder prosedyre for opplæring, veiledning og kvalitetssikring av intervjuene og datamaterialet, er dette nøye beskrevet av Lauritzen (2010).

3.5 Analyse av data

Dette er en rapport som er tenkt å nå lesere også uten spesiell statistisk kompetanse, og fremstillingen av data og de statistiske analysene er holdt på et enkelt nivå. Gjennomgående er fremstillingen deskriptiv. Vi starter som regel med univariate

og bivariate analyser. For å teste forskjeller mellom kontinuerlige variabler er vanlig t-test brukt, eller Mann-Whitney-Wilcox test hvis variablene ikke var normalfordelte. Forskjeller mellom kategoriske variabler er testet med kji-kvadrat. For å undersøke om det var forskjeller på MCMI skårene mellom inklusjon og 7 års oppfølging, ble paret t-test benyttet. Da sammenlignes utfallet for de personene som er intervjuet på begge tidspunkter. Fem prosents nivå brukes gjennomgående for å se om det er signifikante forskjeller mellom to variabler.

Studien er en prospektiv, longitudinell undersøkelse som går over ti år med fem undersøkelsestidspunkter. Oppfølgingsprosenten er høy gjennom hele studien og vi vurderer de data som er innhentet å være rimelig representative for hele utvalget på alle tidspunkter. Men det er et frafall og det er sannsynlig at den største andelen som faller fra er blant de mest belastede informantene. Vi får da en seleksjon og må være oppmerksom på hvordan denne kan påvirke endringsfunnene. Det er gjort analyser for å sammenligne «intention to treat»-utvalget med et underutvalg av de som har deltatt i studien under hele observasjonstiden. Funnene mellom de to utvalgene samsvarer i høy grad på viktige parametre. Vi konkluderer med at hovedtendensene i oppfølgingsmaterialet er robuste.

Når en skal teste om det er signifikante forskjeller mellom ulike utfallsmål ved inntak til behandling og senere, bør en ta i betraktning fenomenet «Regression to the mean» eller reduksjon mot gjennomsnittet. Opprinnelig ble dette uttrykket brukt til å forklare hvorfor det ofte var slik at de verdiene som lå høyest eller lavest for et utfallsmål hadde en tendens til å nærme seg gjennomsnittet ved en ny måling (Stigler, 1999). «Reduksjon mot gjennomsnittet» betyr altså her at noe av endringen kan forklares ved en «naturlig» reduksjon, ut fra en hypotese om at problemene ved inntak til behandling ofte vil være spesielt store. En kan også si det slik at jo større problemer en informant har rapportert ved inntak, desto større reduksjon vil en forvente på et senere tidspunkt.

I denne studien kan vi se endringen over lang tid, gjennom flere måletidspunkter, og vurdere stabilitet i endringene. Dette er en styrke ved det longitudinelle designet. Vi har likevel valgt å gjøre en del signifikanstesting mellom inntaksinformasjon og informasjon etter ti år. På grunn av studiens naturalistiske design og den lange observasjonstiden kan det ikke legges for stor vekt på indeksbehandlingen som en avgjørende faktor for endring. Mange andre forhold, som nye behandlingsepisoder i løpet av årene, og andre faktorer utenfor behandlingen kan ha påvirket situasjonen ved avsluttet observasjon.

Det er en lite homogen kohort som følges gjennom ti år. Vi fremstiller derfor endringene både for hele utvalget, og her vil gjennomsnittsverdiene basere seg på en stor variasjonsbredde, og for hver av rekrutteringsgruppene der homogeniteten er større. Funnene presenteres gjennomgående i prosenter.

4 Beskrivelse av utvalget ved inntak

I dette kapitlet beskrives hele utvalget ved inntak i behandling, og fordelt på de fire rekrutteringsgruppene. De instrumentene som er valgt for kartleggingen vil selvsagt begrense beskrivelsen. Hovedinstrumentet EuropASI er et problemorientert verktøy, og intensjonen med ASI er å identifisere problembelastning innenfor flere områder og se sammenheng mellom disse.

Studien har en heterogen kohort bestående av personer rekruttert fra et differensiert behandlingsapparat. Heterogenitet var en premiss på grunn av nytte-kostnads perspektivet i forhold til ulike behandlingstyper. Fordelen med det brede rekrutteringsgrunnlaget er blant annet at vi kan beskrive ulike typiske klientgrupper fra både polikliniske enheter og døgnenheter, og belyse likheter og forskjeller mellom disse gruppene. Rekrutteringen av klienter til de forskjellige behandlingstypene skal ideelt bygge på forutsetningen om et tilrettelagt behandlingstilbud ut fra klientenes samlede problembelastning. I den nasjonale tverrsnittstudien SIB (Lauritzen et. al, 1997) er materialet analysert innenfor de samme behandlingskategoriene som brukes her, og funnene mellom de to studiene kan i stor grad sammenlignes. Tabellene i kapitlet er inndelt i utvalget som helhet og for de fire rekrutteringsgruppene. I teksten kommenteres gjennomgående totalkolonnene først, og deretter undergruppene.

4.1 Sosiodemografiske forhold

Under dette avsnittet ser vi på fordeling mellom kjønn, alder, sivilstand, hvorvidt klienten har barn og omsorg for barn, boligsituasjon og fødeland.

Tabell 4.1.1 Sosiodemografiske forhold ved inntak for hele utvalget og de ulike rekrutteringsgruppene

	Alle	Unge i kollektiver	PUT	Voksne i døgntiltak	LAR
Kvinner %	32	55	35	30	28
Menn %	68	45	65	70	72
Alder, gj.snitt	31	16	27	31	40
Har ett eller flere barn %	44	0	21	50	70
Har daglig omsorg for ett eller flere barn %	8	0	5	11	4
Aldri gift %	79	100	86	77	66
Bodd alene i stabil bolig % (siste 6 mndr)	29	3	33	27	41
Bodd med samboer/ektefelle med eller uten barn % (siste 6 mndr)	17	3	21	16	25
Bodd med barn alene % (siste 6 mndr)	2	0	3	2	1
Bodd med foreldre/annen familie % (siste 6 mndr)	15	34	17	14	7
Bodd i institusjon/fengsel, med venner, ingen stabil boligsituasjon %	37	60	26	41	26
Fødeland Norge %	94	90	93	94	97

En tredjedel av hele utvalget var kvinner (n=156). Dette tilsvarer det vi finner i de fleste undersøkelser av narkotikabrukere både i Norge og internasjonalt. Forholdet kvinner/menn er slik fordelt både i kliniske populasjoner og i utvalg av narkotikabrukere utenfor behandling (Ravndal, 1994, Arner et al., 1995, Lauritzen et al., 1997, Bretteville-Jensen & Ødegård, 1999, Gossop et al., 1997, McKeganey et al., 2005, Comiskey et al., 2009). Gjennomsnittsalder ved inntak til behandling (rekrutteringstiltaket) var 31 år (spredning: 14–54 år, SD = 8.1). Medianalder i de ulike gruppene er nær identisk med gjennomsnittsalder. Norske og internasjonale undersøkelser peker i retning av at aldersgjennomsnittet for narkotikabrukere i behandling er økende. I den nasjonale tverrsnittstudien (Lauritzen et al., 1997) var gjennomsnittsalder 26.5 år.

Mennene i tiårsstudien var i gjennomsnitt tre år eldre enn kvinnene (32 vs. 29 år, $p < 0.001$). Majoriteten av klientene hadde geografisk tilhørighet i Oslo, Akershus og Østfold, og 94 % var født i Norge. 44 % av utvalget hadde ett eller flere barn, mens bare 8 % hadde daglig omsorg for mindreårige barn. Omtrent halvparten av alle oppga at de enten bodde alene i stabil bolig eller sammen med partner, med eller uten barn. Som det kommer frem av tabell 4.1 er det en liten andel som noen gang har vært gift, flest i LAR-gruppen (34 %) som har høyeste gjennomsnittsalder med 40 år. Omtrent en femtedel av LAR-klientene var skilt eller separert, og 7 % hadde mistet ektefelle ved død.

Når det gjelder øvrige forskjeller mellom de fire tiltaksgruppene, viser det seg som i andre undersøkelser (Lauritzen et al., 1997, Ødegård & Bretteville-Jensen, 2002) at kvinner utgjør en langt større andel i de laveste aldersgruppene (her i kollektivene for ungdom). Hele 70 % av metadonklientene og 50 % av døgnklientene svarte at de var forelder til ett eller flere barn. I Put-gruppen var andelen ca. en femtedel. Disse fordelingene må sees i forhold til klientgruppens aldersgjennomsnitt. Mer enn en tredjedel av de unge rekruttert til kollektivene hadde bodd sammen med foreldre siste 6 måneder før inklusjon, mens andelen avtok med alder i de øvrige gruppene. Det var flest av kollektivungdommene (60 %) og av de voksne døgnklientene (41 %) som hadde bodd i institusjon/fengsel eller ikke hadde noen stabil boligsituasjon siste 6 måneder før inntak. Omtrent en fjerdedel av både PUT- og LAR-klientene befant seg i denne situasjonen.

Det ble også spurt om foreldres yrkesdeltakelse under klientenes oppvekst. For dette benyttet vi Statistisk Sentralbyrås klassifiseringssystem. Da de fleste av klientene hadde mer kunnskap om fars yrke enn om mors, ble fars yrke brukt som utgangspunkt for informasjon. Av de 78 % i utvalget som kunne oppgi noe sikkert om fars yrke, oppga 53 % at de hadde fedre som var faglærte/ufaglærte arbeidere, 33 % hadde fedre som var funksjonærer, 10 % hadde fedre som var selvstendig næringsdrivende og 4 % av fedrene ble oppgitt å være i hovedsak uten arbeid under klientenes oppvekst.

4.2 Utdanning/arbeid/økonomi

Temaet utdanning, arbeid og økonomi beskrives gjennom informasjon om lære og/eller atferdsvansker i grunnskolen, høyeste utdanningsnivå, og dager i arbeid og andre inntektskilder siste 30 dager før inklusjon i studien.

Tabell 4.2.1 Utdanningsnivå, beskjeftigelse og inntektskilder for hele utvalget og de ulike rekrutteringsgruppene

	Alle	Unge i kollektiver	PUT	Voksne i døgniltak	LAR
Lære- og/eller adferdsvansker (problemer i grunnskolen) %	64	87	61	61	69
Fullført videregående skole %	28	0	42	26	26
Andel med påbegynt utdanning over videregående nivå %	9	0	12	8	12
Antall dager i arbeid siste 30 dager, gj.snitt	4	1	10	4	0
Student/elev %	13	61	22	7	0
Inntekt fra eget arbeid/sykepenger siste 30 dager %	17	3	37	14	7
Rehabiliteringspenger og yrkesm. attføring siste 30 dager %	13	0	15	20	11
Uføretrygd siste 30 dager %	11	0	5	7	38
Sosialstønad siste 30 dager %	58	11	40	70	61
Inntekt fra stoffsalg siste 30 dager %	40	58	25	43	45
Inntekt fra annen kriminalitet siste 30 dager %	27	52	11	36	15
Inntekt fra prostitusjon siste 30 dager %	6	3	5	7	5

EuropASI er supplert med spørsmål om opplevd alvorlige lære-/atferdsvansker i grunnskolen. Spørsmålet er ikke spesifikt på type av lære- eller atferdsvansker, men det kommer frem at hele 64 % svarte bekreftende på dette generelle spørsmålet (likt for begge kjønn). Nærmere tre fjerdedeler av alle har fullført 9-årig skole og opp mot en tredjedel har avsluttet videregående skole. Omtrent 10 % har påbegynt høyere utdanning etter videregående skole og 13 % var skoleelever/studenter ved inklusjon. Med hensyn til inntektskilder siste 30 dager rapporterte nær 60 % å ha mottatt sosial stønad og ca. 10 % uføretrygd. Andelen med inntekt fra stoffsalg og annen kriminalitet var henholdsvis 40 og 27 %.

Tabellen viser noen åpenbare forskjeller mellom behandlingsgruppene. Hele 87 % av de unge i kollektivene rapporterte lære- og/eller atferdsvansker i grunnskolen. Dette er langt høyere enn i de andre gruppene. Klientene i de psykiatriske ungdomsteamene har en betydelig høyere andel med fullført videregående skole enn i de andre tiltaksgruppene for voksne. De rapporterte også langt flere dager i arbeid siste 30 dager før inntak i behandling. I LAR-gruppen oppga 38 % å ha

uføretrygd før inntak, mens andelen var hhv. 7 % blant de voksne døgntilbudene og 5 % i PUT- gruppen. Det var færre blant PUT-klientene som mottok sosial stønad enn i de andre voksentiltakene, og sammenlignet med de tre andre behandlingsgruppene hadde andelen PUT-klienter betydelig lavere andel med inntekt fra stoffsalg. Flest klienter fra døgntiltakene og kollektivene rapporterte inntekt fra annen kriminalitet siste 30 dager.

4.3 Oppvekstforhold/familie og sosiale relasjoner

EuropASI har spørsmål om klientens opplevelse av rusmiddelbruk og psykiske vansker hos foreldre og andre familiemedlemmer: «Har noen av dine slektninger hatt hva du vil kalle et betydelig alkohol, stoff/medikament misbruk eller psykiske problemer som førte til eller burde ha ført til behandling?». Under temaet familie og sosiale relasjoner omhandles dessuten nærhet og stabilitet i relasjoner, konflikt og samvær og forekomst av følelsesmessige, fysiske og seksuelle krenkelser (mishandling). Tabell 4.3.1 gir en oversikt.

Tabell 4.3.1 Familie og sosiale relasjoner for hele utvalget og de ulike rekrutteringsgruppene

	Alle	Unge i kollektiver	PUT	Voksne i døgntiltak	LAR
Alkoholproblem mor og/eller far %	52	71	44	51	57
Narkotika-/medikamentproblem mor og/eller far %	21	50	16	20	20
Psykiske vansker mor og/eller far %	44	71	48	38	54
Ingen nære venner %	22	10	16	24	31
Tiden tilbringes mest med venner/ bekjente med rusproblemer %	48	87	31	56	24
Tiden tilbringes mest alene %	23	0	25	22	34
Opplevd følelsesmessig mishandling/ krenkelser %	57	61	62	53	65
Opplevd fysisk mishandling/ krenkelser %	36	36	34	33	47
Opplevd seksuell mishandling/ krenkelser %	15	13	11	15	20
Betydelig plaget/svært store problemer på grunn av familieproblemer %	24	45	20	25	14

Mer enn halvparten av hele utvalget oppga å ha hatt en eller begge foreldre med betydelige alkoholproblemer, og far ble rapportert å ha alkoholproblem dobbelt så ofte som mor. Omtrent en femtedel rapporterte alvorlige narkotika- og/eller medikamentproblemer hos en eller begge foreldre, og 42 % psykiske vansker. Hos fedrene ble det angitt at nærmere en tredjedel (28 %) hadde samtidige rus- og psykiske problemer, mens den tilsvarende andelen blant mødrene var rundt en femtedel (19 %). Mer enn en femtedel av alle manglet nære venner, og samme andel oppga at de tilbrakte tiden mest alene. Nærmere halvparten av alle oppga at de tilbrakte mest tid sammen med venner og bekjente med rusmiddelproblemer. Spørsmålene om følelsesmessig, fysisk og seksuell mishandling relaterer seg til alle årene før inntak i rekrutteringstiltaket. Til disse spørsmålene er det knyttet stort tolkningsrom. Det vil være individuelle forskjeller i hva som oppleves som mishandling/krenkelser, og det overordnede kriteriet er klientens opplevelse og vurdering. Seksuell mishandling er ikke avgrenset til samleie men til enhver form for uønskede tilnærmelser av seksuell art. I underkant av 60 % svarte at de hadde vært utsatt for følelsesmessig mishandling, 36 % bekreftet fysisk mishandling og 15 % seksuell mishandling. Kvinnene oppga oftere enn mennene at de hadde blitt følelsesmessig og/eller fysisk mishandlet samt vært utsatt for seksuelle overgrep.

Ungdommene i kollektivene rapporterte den største andelen av alkoholproblemer (71 %), narkotika/medikamentproblemer (50 %) og psykiske vansker hos foreldre. Antallet i gruppen er lite, og informasjonen må derfor tolkes med forsiktighet. Men ungdom som blir tatt inn i døgntilbud når de er under 20 år, og ofte på tvang, er en selektert og ekstra belastet gruppe. Vi ser at hele 87 % svarte at de var mest sammen med venner og bekjente med egne rusmiddelproblemer, og en stor andel (47 %) var betydelig eller svært bekymret/plaget over familieproblemer. LAR-klientene syntes i størst grad å tilbringe tiden alene og i minst grad å ha nære venner. Også når det gjelder PUT-klientene viste det seg et tilsvarende mønster med rusmiddelmisbruk og psykiske vansker i primærfamilien, mishandlingsforhold og krenkelser. Dette samsvarer med analysen i den nasjonale tverrsnittstudien der det ikke ble funnet signifikante forskjeller mellom polikliniske klienter og klienter fra døgntiltak med hensyn til bakgrunnsbelastninger av den type som tabell 4.3.1 viser. Det er i gjentatte undersøkelser, både nasjonalt og internasjonalt, funnet store belastninger i primærfamiliene til klienter i behandling for rusmiddelproblemer (Ravndal, 1994, Arner et al., 1995, Lauritzen et al., 1997, Gossop, 1997, McKeganey et al., 2005, Comiskey et al., 2009).

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Hver av de fem indeksskårene i CTQ varierer fra 5 til 25 og gir et kvantitativt mål for alvorlighetsgraden innenfor hvert av fem områder som Bernstein & Fink (1998) benevner som traumeområder: emosjonelt, fysisk og seksuelt misbruk, samt emosjonell og fysisk forsømmelse. Jo høyere klienten skårer, jo alvorligere er traumet.

Tabell 4.3.2. Gjennomsnittsskårer på CTQs indekser for hele utvalget og fordelt på kjønn

Type traume:	Alle	Kvinner	Menn
Emosjonelt misbruk	10	10	9
Fysisk misbruk	7	7	8
Seksuelt misbruk	7	8	7
Emosjonell forsømmelse	13	14	13
Fysisk forsømmelse	8	8	8

De gjennomsnittlige skårene på hver av de fem indeksene lå mellom 7 og 13. Klientene skåret høyest på emosjonell forsømmelse. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller på noen av indeksene og heller ingen signifikante forskjeller mellom de ulike rekrutteringsgruppene.

Gjennomsnittsverdiene på CTQ-indeksene er til dels tilsvarende verdiene i et utvalg av 378 rusmiddelmissbrukere fra en fattig bydel i New York (Bernstein et al., 1998). Dette utvalget skåret 10 for emosjonelt misbruk, 9 for fysisk misbruk, 7 for seksuelt misbruk, 10 for emosjonell forsømmelse og 8 for fysisk forsømmelse.

Når det gjelder klinisk alvorlighetsgrad kan skårene på CTQ inndeles i fire ulike grupper, normert etter data fra et tilfeldig «normalutvalg» (Bernstein & Fink, 1998). Tabell 4.3.3 viser utvalget fordelt mellom disse fire kategoriene.

Tabell 4.3.3. CTQ-skårer gradert etter alvorlighetsgrad på ulike traumeområder, prosent.

CTQ-indeks	Ingen til minimal (%)	Lav til moderat (%)	Moderat til alvorlig (%)	Alvorlig til ekstrem (%)	Sum (%)
Emosjonelt misbruk	55	22	10	13	100
Fysisk misbruk	70	9	6	15	100
Seksuelt misbruk	48	25	17	10	100
Emosjonell forsømmelse	31	31	14	24	100
Fysisk forsømmelse	59	17	13	11	100

Klientene rapporterte hyppigst emosjonell forsømmelse (69 % «lav til moderat» til «alvorlig til ekstrem») og minst fysisk misbruk (30 %). Hvis vi slår sammen de to høyeste skalanivåene «moderat til alvorlig» og «alvorlig til ekstrem», er det fremdeles emosjonell forsømmelse som ble rapportert hyppigst (38 %), deretter seksuelt misbruk (27 %) etterfulgt av fysisk forsømmelse (24 %), emosjonell misbruk (23 %) og fysisk misbruk (21 %). Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller på noen av områdene.

Derimot finner vi noen forskjeller mellom rekrutteringsgruppene. PUT-klientene rapporterte den høyeste andelen utsatt for moderat til ekstrem grad av emosjonell misbruk (28 %). I de andre gruppene lå denne andelen mellom 13 – 23 %. En tredjedel av de unge i kollektivene oppga moderat til ekstrem grad av seksuelt misbruk, omtrent samme andel som i LAR-gruppen (32 %).

LAR-klientene anga i størst grad at de hadde vært fysisk misbrukt (33 %) i moderat til ekstrem grad, mens andelen i de øvrige tiltakene var mellom 13–20 %.

Det må alltid tas metodisk forbehold med hensyn til tolkning av denne typen retrospektive data. Av ulike grunner kan informanter både minimalisere og overdrive traumer fra oppveksten, enten det er av bevisste eller ubevisste årsaker. Imidlertid fins det forskning på området som viser at klienter utsatt for ulike former for misbruk og krenkelser under oppvekst stort sett rapporterer pålitelig (Herman & Schatzow, 1987, Brewin et al., 1993, Williams, 1994, Bifulco et al., 1997). Fordi CTQ operasjonaliserer temaene ved konkrete utsagn er det også grunn til å tro at instrumentet måler belastningene mer presist enn gjennom generelle spørsmål om misbruk og krenkelser (Bernstein & Fink, 1998).

Klinisk erfaring og studier viser at slike tidlige belastninger ofte skaper store psykiske vansker og rusmiddelproblemer i voksen alder (Johnson et al., 1999, McKeganey et al., 2005, Milne et al., 2009) I en artikkel (Ravndal et al., 2001a) der deler av dette CTQ-materialet benyttes, beskrives en sterk sammenheng mellom graden av barne- og ungdomstraumer og prevalensen av psykiske problemer som voksen (målt ved EuropASI).

Mange studier av rusmiddelmissbrukere viser også en høy forekomst av posttraumatisk stresslidelse, PTSD (Jacobsen et al., 2001, Mills et al., 2006, Ravndal, 2011). De fleste av studiene viser at PTSD er en forløper for rusmiddelbruk (Jacobsen et al., 2001). Det er også vist i ikke-kliniske studier at både psykiske

problemer og rusmiddelavhengighet er hyppigere i den delen av voksenbefolkningen som har vært utsatt for alvorlige traumatiske hendelser som barn og/eller ungdom (Milne et al., 2009, Dannlowski et al., 2012).

4.4 Fysisk helse

Spørsmålene om fysisk helse i EuropASI er i stor grad rettet inn mot injeksjonsrelaterte sykdommer som HCV og HIV. Det er spørsmål om klientene er testet, og når, om kontakt med medisinsk personell, sykehusinnleggelses, og trygdeytelser for fysiske sykdommer/skader. Man forsøker også å kartlegge kroniske fysiske sykdommer og skader. En kronisk tilstand er definert som «en alvorlig, eller potensielt alvorlig fysisk eller medisinsk tilstand som krever vedvarende eller jevnlig tiltak eller pleie (f.eks medikasjon, diettrestriksjoner, forhindret i å delta i eller utføre normale aktiviteter)». Spørsmålet kan ha lav innholdsvaliditet og reliabilitet hvis definisjonen og kriteriene ikke er eksplisitt uttrykt. Det ligger uansett et tolkningsrom og mulighet for en skjønnsmessig vurdering i spørsmålet. Den subjektive opplevelsen av fysiske problemer siste 30 dager er et eget spørsmål.

Tabell 4.4.1. Somatiske helseproblemer i hele utvalget og i de ulike rekrutteringsgruppene

	Alle	Unge i kollektiv	PUT	Voksne i døgntiltak	LAR
Sykehusinnleggelses for fysiske sykdommer/skader (hele livet). Antall ganger i gj.snitt	3	1	2	3	6
Kroniske fysiske skader/ sykdommer %	35	19	34	32	51
HCV smittet %	65	4	29	75	94
HIV-testet %	88	42	73	96	100
HIV-positiv %	3	0	1	2	10
Mottar trygd på grunn av fysisk sykdom/skade %	11	0	4	11	24
Kroppslige problemer siste 30 dager. Antall dager i gj.snitt	8	2	6	9	12
Betydelig/svært plaget eller bekymret over kroppslige problemer siste 30 dager	16	3	13	14	31

Over en tredjedel oppga at de hadde kroniske fysiske skader eller sykdommer som påvirket livsførselen. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn. De sykdommene/skadene som hyppigst ble rapportert var astma, ryggplager, allergier, migrene, bruddskader, diabetes og leddgikt. 65 % rapporterte at de noen gang hadde vært smittet av hepatitt. Nærmer 90 % svarte at de hadde blitt testet for HIV mens 3 % (4 kvinner og 9 menn) oppga at de var HIV-smittet. Av hele utvalget var 16 % betydelig eller svært plaget eller bekymret over kroppslige problemer.

LAR-klientene hadde størst problemer i forhold til fysisk helse. Over 90 % svarte at de hadde vært/var HCV-smittet, og nærmere en fjerdedel var trygdet på grunn av fysisk skade eller sykdom. Opp mot en av tre var betydelig eller svært bekymret for kroppslige problemer før påbegynt substitusjonsbehandling. I PUT-gruppen var andelen med HCV-smitte signifikant lavere enn i de andre voksegruppene. Over en tredjedel oppga imidlertid at de hadde kroniske fysiske sykdommer eller skader. Andelen av vedvarende fysiske plager sees hos nærmere en femtedel av de unge klientene fra kollektivene.

4.5 Psykisk helse

Psyriske vansker er kartlagt ved bruk av EuropASI, SCL-25 og MCMI II.

4.5.1 Psykisk helse kartlagt ved EuropASI

Inntaksmodulen i EuropASI måler psykisk helse innenfor siste 30 dager og i et livstidsperspektiv. Det stilles spørsmål om depresjon, angst, hallusinasjoner, konsentrasjons- og hukommelsesproblemer. Gjennom disse forsøker en å måle vansker som ikke har direkte sammenheng med rusmiddelproblemer. Spørsmålene om vansker med å kontrollere voldelig atferd og selvmordsforsøk omfatter atferd også i rus. Det kan antas at kriteriet om at symptomene *ikke* skal være direkte rus-attribuerte kan gjøre svarene noe usikre, spesielt for siste 30 dager før inntak i behandling da rusmiddelbruken ofte er omfattende. ASI benytter begrepet *alvorlig* angst og depresjon. Kriteriene som er knyttet til disse variablene er ikke så spesifikke at de i utgangspunktet måler en tilstand tilsvarende alvorlig angst eller depresjon innenfor diagnosesystemene.

Tabell 4.5.1 Psykisk helse kartlagt ved EuropASI for hele utvalget og de ulike rekrutteringsgruppene

	Alle (%)	Ungdom i kollektiver (%)	PUT (%)	Voksne i døgntiltak (%)	LAR (%)
Alvorlig deprimert siste 30 dager	33	39	50	29	27
Alvorlig deprimert i løpet av livet	61	58	71	56	68
Alvorlig angst eller anspenthet siste 30 dager	39	23	49	38	33
Alvorlig angst eller anspenthet i løpet av livet	58	33	65	57	66
Opplevd hallusinasjoner siste 30 dager	8	3	15	6	3
Opplevd hallusinasjoner tidligere i livet	20	7	20	21	20
Problemer med konsentrasjon/hukommelse/ forståelse siste 30 dager	37	55	34	38	30
Problemer med konsentrasjon/hukommelse/ forståelse tidligere i livet	52	63	39	54	57
Vansker med å kontrollere voldelig adferd siste 30 dager	8	36	6	7	1
Vansker med å kontrollere voldelig adferd tidligere i livet	38	65	35	37	31
Foreskrevet medisiner for psykisk/ følelsesmessig problem siste 30 dager	17	3	29	17	7
Foreskrevet medisiner for psykisk/ følelsesmessig problem tidligere i livet	41	19	43	41	49
Selvmondsforsøk siste 30 dager	4	3	3	5	3
Selvmondsforsøk tidligere i livet	42	38	32	40	64

Depresjon og angstplager i løpet av livet ble rapportert hos rundt 60 % av utvalget. Andelen med disse symptomidelsene siste 30 dager før inntak var henholdsvis 33 og 39 %. Til sammenligning viser en norsk undersøkelse av Landheim (2007) og Bakken (2008), der Composite International Diagnostic Interview (CIDI) med DSM-IV-kriterier (Robins et al., 1989) ble benyttet for et utvalg rusmiddelmissbrukere i behandling, at 53 % ble diagnostisert med «major depression». CIDI har en innebygget tidsakse, og ut fra denne konkluderte Landheim og Bakken (2004) at de psykiske vanskene i stor grad synes å opptre før rusmiddelbruken.

En femtedel ifølge tabell 4.5.1, oppga å ha opplevd hallusinasjoner. Ifølge kriteriene skal disse ikke være rusrelaterte. Andelen som rapporterte hallusinasjoner hefter det derfor usikkerhet ved, og en må både anta at spørsmålene kan være stilt upresist og at det er vanskelig for de spurte å skille mellom hallusinasjoner som

følge av psykisk sykdom og for eksempel «flashbacks» etter bruk av spesielle rusmidler og/eller symptomer på abstinens/bakrus.

Mer enn halvparten av alle svarte at de hadde hatt problemer med konsentrasjon og hukommelse, og nærmere 40 % at de hadde hatt vansker med å kontrollere voldelig atferd. Omtrent 40 % oppga at de hadde fått foreskrevet medisiner for psykiske/følelsesmessige problemer, og en tilsvarende andel rapporterte om selvmordsforsøk.

Det var også her forskjeller mellom rekrutteringsgruppene. Noen av disse sees spesielt innenfor de siste 30 dagene før behandling. En betydelig høyere andel av PUT-klientene enn i de andre gruppene rapporterte depresjon, angst, hallusinasjoner og foreskrevet medikasjon for psykiske vansker i tiden før inntak. Andelen som hadde konsentrasjonsvansker/hukommelsesproblemer og vansker med å kontrollere voldelig atferd var spesielt høy blant de unge i kollektivene, henholdsvis 55 og 36 %. LAR-gruppen rapporterte i større grad om selvmordsforsøk (64 %) gjennom hele livet sammenlignet med klientene i de øvrige behandlingsgruppene.

Mange undersøkelser viser at psykiske problemer er utbredt blant rusmiddel-misbrukere, både i og utenfor behandlingsapparatet, og prevalensen av psykiske vansker i disse gruppene er langt høyere enn i generelle befolkningsundersøkelser (Regier et al., 1990, Kessler et al., 1994, Verheul et al., 1995, Grant et al., 2004, Landheim et al., 2003, Ravndal, 2011).

4.5.2 Selvrapportert depresjon og angst målt ved SCL-25

Selvrapportert depresjon og angst målt ved SCL-25, i tidsvinduet «siste uke», viste seg hos omtrent halvparten (47 %) av alle. Det vil si at symptomskårene var <1.0 og at de lå høyere enn de anslåtte grenseverdiene for behandlingsbehov for disse lidelsene. Gjennomsnittsskåren for depresjon var 1.16 og for angst 1.17. Den samlede gjennomsnittsskåren (GSI) var 1.16. Det var ingen signifikante kjønns-forskjeller eller forskjeller mellom de fire ulike behandlingsgruppene.

4.5.3 Personlighetsforstyrrelser (PF) og kliniske symptomer målt ved MCMI-II

Psykiske problemer blant rusmiddel-misbrukere består som oftest av både psykiske symptomer og personlighetsforstyrrelser (PF), eller ifølge det amerikanske diagnosesystemet DSM IV, lidelser i forhold til henholdsvis Akse I og Akse II (American Psychiatric Association, 1994). Litteraturen viser gjennomgående at personlighetsforstyrrelser er spesielt utbredt i kliniske utvalg av narkotika-misbrukere. Forekomsten ligger ofte rundt 50–60 % sammenlignet med rundt

15 % i normalpopulasjoner (Verheul et al., 1995, Landheim et al., 2003, Grant et al., 2004, Chen et al., 2011, Ravndal, 2011). De fleste undersøkelser viser også at jo flere personlighetsforstyrrelser, jo høyere er forekomst av psykiske symptomer. Kartlegging av personlighetsforstyrrelser er spesielt viktig med hensyn til å være oppmerksom på og forstå relasjonsproblemer. Disse viser seg å være sentrale i behandlingen av rusmiddelmissbrukere.

Det har vært mye diskutert hvorvidt det er mest hensiktsmessig å rapportere dimensjonelle skårer på et kontinuum eller bruke kategoriske skårer, det vil si diagnoser. MCMI setter en cut-off på «base-rate»(BR) -skåren enten ved 74 og over, eller enda strengere ved 84 og over for å kunne bruke diagnosebetegnelse i DSM-III-R-systemet (Millon, 1987). Hva som er mest hensiktsmessig kan variere ut fra formålet. I klinikken kan ofte den dimensjonelle kartleggingen være vel så viktig for forståelse og behandling som kategoriske diagnoser. Her velger vi å rapportere både de dimensjonelle gjennomsnittsskårene og forekomst av diagnoser med BR skåre >84 (se tabell 4.5.3 neste side).

Gjennomsnittsskårene for de ulike personlighetsforstyrrelsene ligger for de fleste relativt høyt sammenlignet med medianen i kliniske populasjoner (BR-skåre på rundt 60) (Millon, 1987). Til sammenligning er medianskåren på MCMI i en normalpopulasjon målt til 35 (Millon, 1987). Den høyeste gjennomsnittsskåren er på antisosial personlighetsforstyrrelse (87), deretter på passiv-aggressiv PF (79) og på borderline PF (77). Høye skårer på kluster B (antisosial, narsissistisk, aggressiv sadistisk PF), det vil si på det utagerende klusteret, er relativt vanlig i populasjoner av narkotikamisbrukere (Verheul et al., 1995, Vaglum, 2005, Ravndal, 2011). Høye skårer på passiv-aggressiv PF er tidligere funnet i utvalg av målgruppen og synes å ha klar sammenheng med et omfattende rusmiddelmissbruk. Også de høye skårene på borderline PF, som regnes som en av de tre alvorligste personlighetsforstyrrelsene, er verdt å merke seg, og likedan de høye skårene på unnvikende PF.

Kjønnsforskjeller med hensyn til psykopatologi i kliniske utvalg av rusmiddelmissbrukere varierer mye avhengig av klientpopulasjoner, måleinstrumenter og andre forhold. En skal derfor være forsiktig med å generalisere fra enkeltundersøkelser. I dette utvalget skårer mennene signifikant høyere enn kvinnene på antisosial, schizoid, schizotypal og tvangspreget PF, mens kvinnene skårer signifikant høyere enn mennene på histrionisk og paranoid PF. At menn skårer høyere på den antisosiale dimensjonen enn kvinner, er funnet i undersøkelser av både ikke-kliniske utvalg og i behandlingspopulasjoner blant rusmiddelmissbrukere

(Torgersen et al., 2001, Landheim et al., 2003, Ravndal, 2011). Det er også vanlig at kvinner skårer høyere på histrionisk PF enn menn i normalbefolkningen (Torgersen et al., 2001).

Tabell 4.5.3 Gjennomsnittsverdier på MCMI-II for personlighetsforstyrrelser og kliniske symptomer for hele utvalget og for begge kjønn ved inntak til behandling, prosent (n=481)

	Hele utvalget (n=481)	Menn (n=325)	Kvinner (n=156)
Personlighetsforstyrrelser (PF)			
Schizoid	62	64	58*
Unnvikende	71	69	74
Avhengig	48	47	48
Histrionisk	71	67	80***
Narsissistisk	71	71	71
Antisosial	87	89	84*
Aggressiv sadistisk	71	71	69
Tvangspreget	46	48	41**
Passiv-aggressiv	79	78	80
Selv-nedvurderende	71	69	74
Alvorlige personlighets-forstyrrelser			
Schizotypal	63	65	60*
Borderline	77	76	79
Paranoid	62	60	64**
Kliniske symptomer			
Angst	62	63	62
Somatoform	59	57	62*
Bipolar-manisk	59	59	61
Dystymi	57	59	55
Alkohol-avhengighet	73	76	68***
Stoff-avhengighet	87	88	84*
Alvorlige kliniske symptomer			
Tankeforstyrrelser	58	59	56
Alvorlig depresjon	56	56	56
Vrangforestillinger	53	52	55

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001 for kjønn

På de kliniske symptomene i MCMI (tabell 4.5.3) hadde utvalget ikke spesielt høye skårer i forhold til medianen i kliniske populasjoner (BR-skåre 60), bortsett fra som forventet på stoff- og alkoholavhengighet. Mennene hadde signifikant høyere gjennomsnittskåre både på stoff- og alkoholavhengighet enn kvinnene (p<0.001).

Tabell 4.5.4 Prevalensen av personlighetsforstyrrelser målt ved MCMI skåre >84 for hele utvalget og for de ulike rekrutteringsgruppene, prosent

	Alle (n=481) (%)	Ungdom i kollektiver (n=31)(%)	PUT (n=100) (%)	Voksne i døgntiltak (n=276)(%)	LAR (n=74) (%)
Schizoid	13	7	7	15	16
Unnvikende	26	23	20	28	30
Avhengig	14	7	16	15	12
Histrionisk	23	55 c)	29	21	11
Narsissistisk	26	26	32	23	28
Antisosial	52	71 a)	41	53	57
Aggressiv sadistisk	27	36	21	28	28
Tvangspreget	21	0	0	1	5 a)
Passiv-aggressiv	45	74 b)	40	45	38
Selv-nedvurderende	19	10	17	21	1
Schizotypal	8	7	6	7	12
Borderline	27	36	24	28	24
Paranoid	3	3	2	2	4

P-verdi: Pearsons Chi 2 test for sammenligning mellom rekrutteringsgrupper a=p<0.05, b= p<0.01, c=p<0.001

Hele 75 % av utvalget hadde en eller flere personlighetsforstyrrelser (PF) ved inntak til behandling definert etter det strengeste kriteriet (BR>84). Det var høyest forekomst av antisosial PF (52 %), men både passiv-aggressiv PF (45 %), borderline PF (27 %), narsissistisk PF (26 %) og unnvikende PF (26 %) var betydelig utbredt (tabell 4.5.4).

Det var forskjeller i forekomst av personlighetsforstyrrelser mellom kjønnene på de samme skalaene som for gjennomsnittsskårene (tabell 4.5.3). I tillegg hadde mennene en høyere forekomst av aggressiv-sadistisk PF, mens kvinnene hadde en større andel av selvnedvurderende PF.

Den høye andelen med personlighetsforstyrrelser blant klientene i denne studien er nesten identisk med andelen i en tilsvarende undersøkelse av narkotikamisbrukere i Oppland og Hedmark med bruk av samme instrument (Landheim et al., 2002). Undersøkelser viser at andel med personlighetsforstyrrelser blant narkotikamisbrukere er meget høy sammenlignet med normalbefolkningen (Vaglum, 2005, Regier et al., 1990, Verheul et al., 1995, Torgersen et al., 2001, Ravndal, 2011). Eksempelvis var forekomst av personlighetsforstyrrelser i en stor, representativ undersøkelse av befolkningen i Oslo 13 % (Torgersen et al., 2001).

Andelen med en personlighetsforstyrrelse ut fra selvutfyllingsinstrumentet MCMI-II er noe forskjellig i de ulike rekrutteringsgruppene (tabell 4.5.4). De unge i kollektivene hadde en signifikant større andel av antisosial, passiv-aggressiv og histrionisk PF enn de andre gruppene. Hele 71 % av disse ungdommene hadde en antisosial PF, mens andelen var lavest blant klientene i PUT (41 %). I de øvrige tiltakstypene hadde omtrent halvparten av klientene en antisosial personlighetsforstyrrelse. Det vil si at i alle rekrutteringsgruppene var andelen med antisosial PF størst. Behandlingsmessig er dette en stor utfordring da mange med en slik diagnose ofte viser seg å ha dårlig utfall både i ulike former for behandling og gjennom et livsløp (Ravndal & Vaglum, 1991, Wilberg, 2001, Vaglum, 2005). Litt over en tredjedel av ungdommene i kollektiv-gruppen hadde også en borderline PF mot ca. en fjerdedel i de øvrige gruppene. Dette er tilsvarende en meget krevende personlighetsforstyrrelse å behandle. For øvrig er det som forventet at impulsivitet og ekstroverasjon er mest utbredt blant de yngste da en slik atferd gjerne avtar noe med årene (Wilberg, 2001).

Det var de unge som hadde flest PF diagnoser. Hele 71 % hadde tre eller flere, etterfulgt av klientene i døgntiltakene for voksne hvor 58 % hadde samme andel. I de to andre gruppene var det omtrent halvparten som hadde tre eller flere PF diagnoser.

4.6 Bruk av rusmidler/medikamenter

Informasjonen om bruk av rusmidler og medikamenter er hentet fra EuropASI. Spørsmålene som er benyttet er bruk av rusmidler og medikamenter siste 30 dager, antall år høyfrekvent bruk, anvendelse av sprøyter og alder første gang brukt sprøyte, samt pengebeløp brukt på alkohol og illegale rusmidler/medikamenter siste 30 dager før behandlingsstart. Høyfrekvent bruk er i EuropASI definert som inntak av rusmiddelet/medikamentet minst tre dager i uken, eller to dager sammenhengende til et nivå som vanskeliggjør daglig fungering.

Tabell 4.6.1. Bruk av alkohol, narkotiske stoffer og medikamenter for hele utvalget og fordelt på rekrutteringsgruppene

Rusmiddel/ medikament		Ungdom		PUT	Voksne i døgntiltak	LAR
		Alle	i kollektiver			
Heroin	Andel brukt siste 30 dager %	62	16	31	73	82
	Antall dager siste 30 dager	14	3	7	17	19
	Antall år høyfrekvent bruk	6	0	3	6	14
Metadon/ Buprenorfin	Andel brukt siste 30 dager %	4	0	3	3	11
	Antall dager siste 30 dager	1	0	1	1	2
	Antall år høyfrekvent bruk	0	0	0	0	1
Amfetamin	Andel brukt siste 30 dager %	34	58	28	36	26
	Antall dager siste 30 dager	4	8	3	4	1
	Antall år høyfrekvent bruk	5	1	2	6	6
Sedativer/ hypnotika	Andel brukt siste 30 dager %	51	48	33	54	65
	Antall dager siste 30 dager	10	6	6	11	12
	Antall år høyfrekvent bruk	5	1	3	5	9
Cannabis	Andel brukt siste 30 dager %	59	90	60	56	54
	Antall dager siste 30 dager	10	22	10	9	6
	Antall år høyfrekvent bruk	10	2	8	11	15
Alkohol til beruselse	Andel brukt alkohol til beruselse siste 30 dager %	18	29	19	18	12
	Antall dager siste 30 dager	2	1	1	2	1
	Antall år høyfrekvent bruk	4	1	3	4	5

De to rusmidlene som den største andelen av hele utvalget brukte siste 30 dager før inntak, var heroin (62 %) og cannabis (59 %). I gjennomsnitt var heroin brukt 14 av de siste 30 dagene, og antall år med høyfrekvent bruk var seks år. Tilsvarende for cannabis var 10 dager i gjennomsnitt og 10 år med høyfrekvent bruk. De to neste rusmidlene som i stor grad var benyttet siste 30 dager før behandling var sedativer/hypnotika og amfetamin. Over halvparten hadde brukt sedativer/hypnotika og 34 % amfetamin. Sedativer/hypnotika var i gjennomsnitt brukt 10 dager siste 30 dager og i fem år med et intensivt bruksmønster. For amfetamin var fordelingen fire dager siste 30 dager og fem år med høyfrekvent bruk. Under en femtedel hadde drukket seg beruset på alkohol siste 30 dager og i gjennomsnitt to dager, mens antall år med høyfrekvent bruk av alkohol til beruselse var fire år i gjennomsnitt for hele utvalget. Vi ser at substitusjonspreparater i liten grad er benyttet på tidspunktet for inklusjon i studien.

Forskjellene i rusmiddelbruk mellom behandlingsgruppene var betydelige. Antall år rusmidlene var brukt må sees i sammenheng med ulikt aldersgjennomsnitt. Det gjelder i noen grad også for hvilke rusmidler som var benyttet. Den høyeste andelen som rapporterte heroinbruk og med størst intensitet, var i LAR-gruppen og blant de voksne klientene i døgntilrettelagt behandling. Når det gjaldt cannabis var bildet et annet. Det var blant de unge fra kollektivene og PUT-klientene at den høyeste andelen brukere var angitt, og også med høyeste bruksfrekvens siste 30 dager. Av kollektivungdommene oppga 90 % at de hadde røkt cannabis i tiden før behandling, og de hadde gjort dette i gjennomsnitt 22 av de siste 30 dagene. For sedativer/hypnotika hadde de eldste, dvs. fra LAR-gruppen og de voksne i døgntilrettelagt behandling høyest andel brukere (henholdsvis 65 % og 54 %) og de oppga langt flere dager i gjennomsnitt enn de to andre behandlingsgruppene. Men nærmere halvdel av kollektivungdommene og en tredjedel av PUT-klientene hadde også brukt sedativer/hypnotika. Amfetamin var i tiden før inklusjon mest benyttet av de unge, av nærmere 60 % og med 8 dager i gjennomsnitt. Det var fra ungdomsgruppen at flest hadde drukket seg beruset på alkohol siste 30 dager, mens det var færrest fra LAR-gruppen. Frekvensen av alkoholbruk til beruselse siste 30 dager før inntak var i gjennomsnitt lav for alle gruppene.

Tabell 4.6.2 Overdoser, sprøytebruk og penger brukt på alkohol og illegale rusmidler/medikamenter siste 30 dager for hele utvalget og for de ulike rekrutteringsgruppene.

	Alle	Unge i kollektiver	PUT	Voksne i døgntiltak	LAR
Andel med overdoser tidligere i livet %	59	13	47	65	73
Overdoser totalt i livet, antall gj.sn.	4	0	2	5	6
Brukt sprøyte %	82	52	53	91	100
Alder ved første gangs sprøytebruk, gj.sn.	18	15	20	19	17
Beløp brukt på alkohol siste 30 dager, kroner gj.sn.	423	59	878	367	173
Beløp brukt på narkotika siste 30 dager, kroner gj.sn.	16 616	4 394	5 462	21 094	20 216

Det er et gjennomsnitt på fire overdoser for hele utvalget. Andelen som noen gang i livet hadde tatt stoff/medikamenter i sprøyteform var 82 %. Gjennomsnittlig debutalder for sprøytebruk var 18 år.

Rekrutteringsgruppene skiller seg også her fra hverandre. Klientene i LAR og døgntiltakene for voksne rapporterte betydelig flere overdoser og større andel med

sprøytebruk enn klientene i PUT-gruppen. Halvparten av ungdommene i kollektivene hadde brukt sprøyter, og gjennomsnittlig debutalder var her 15 år, mens den var 20 år for PUT-gruppen.

De økonomiske utleggene til rusmidler/medikamenter er forsøkt målt siste måned før inntak i behandling, og tabell 4.6.2 viser at det var stor variasjon mellom gruppene. PUT-klientene brukte langt mer penger på alkohol, mens LAR-gruppen og klientene i døgntiltakene hadde de høyeste utgiftene til narkotika med et gjennomsnittlig beløp på ca. 20.000 kroner siste måned.

4.7 Kriminalitet

EuropASI har mange spørsmål angående kriminalitet som til dels er både spesifikke og detaljerte. I tabell 4.7.1 vises kriminell aktivitet gjennom et utvalg av spørsmålene.

Tabell 4.7.1 Kriminalitet i hele utvalget og i de ulike rekrutteringsgruppene

	Alle	Unge i kollektiver	PUT	Voksne i døgntiltak	LAR
Har for tiden betinget dom eller er løslatt på prøve, %	26	10	18	29	29
Venter på tiltale, rettssak eller dom, %	34	26	24	38	32
Tiltalt for besittelse eller salg av narkotika, %	70	32	48	78	84
Tiltalt for besittelse eller salg av narkotika (5 eller flere ganger), %	25	3	5	30	42
Tiltalt for vinningsforbrytelser, %	63	45	39	69	84
Tiltalt for vinningsforbrytelser (5 eller flere ganger), %	32	23	12	36	50
Tiltalt for vold, %	29	32	21	29	36
Fengslet/i varetekt, %	58	7	30	67	85
Fengslet/i varetekt, antall mndr. gj.sn.	13	0	6	14	26
Kriminalitet siste 30 dager, antall dager, gj.sn.	10	13	5	11	9
Alder ved første gangs innrapportering til politiet, alder. gj.sn.	15	14	17	15	14

En fjerdedel av alle hadde en betinget dom eller var løslatt på prøve før inklusjon, og ca. en tredjedel ventet på tiltale, rettsak eller dom. Hele 70 % hadde vært tiltalt for besittelse eller salg av narkotika og 63 % for vinningsforbrytelser i løpet av livet, mens ca. 30 % hadde tiltale for vold. Nærmere 60 % hadde noen gang vært i varetekt eller fengslet og gjennomsnittlig antall måneder i fengsel var 13 måneder, hvorav 17 måneder for menn mot 5 måneder for kvinner. Alder for innrapportering til politiet første gang var i gjennomsnitt 15 år, og 11 % av utvalget var tatt inn i indeksbehandlingen etter pålegg eller forslag fra rettsvesenet.

Opp mot 40 % av de voksne klientene i døgntiltakene ventet på tiltale, rettsak eller dom ved behandlingsstart, og en fjerdedel av de unge i kollektivene gjorde det samme. LAR-klientene hadde høyere andel av alle former for kriminalitet og hadde hatt lengre opphold i fengsel enn de andre i utvalget, med over to år i gjennomsnitt. Når det gjaldt dager med illegal virksomhet siste 30 dager, rapporterte de unge flest dager. Vi ser også at PUT-klientene oppga en alder ved første gangs innrapportering til politiet som er tre år høyere sammenlignet med de unge og LAR-klientene.

5 Behandling

Med et naturalistisk, prospektivt kohortdesign kan endringer i observasjonsperioden ikke direkte tilskrives behandlingen. Det vil være mange faktorer som vi ikke kan kontrollere for, som kan påvirke endringsprosesser over tid. Imidlertid er det av interesse å kartlegge omfang av behandling og typer behandlingstiltak en slik kohort gjør bruk av gjennom en periode på ti år. Det er primært rusmiddelbehandlingen som beskrives her, mens behandling for somatiske og psykiske vansker omtales under de respektive kapitlene som omhandler endring.

5.1 Behandling før indekstiltaket

Ut fra klinisk erfaring og tidligere undersøkelser kan en anta at utvalget hadde stor grad av behandlingserfaring før de ble inkludert i studien (Ravndal, 1994, Ravndal et al., 2001a, Landheim et al., 2002). Avbrutt eller avsluttet behandling, tilbakefall og nye behandlingsepisoder i samme eller annet tiltak kjennetegner forløp i rusmiddelbehandling. Slik synes forløpene også å være for mange i denne kohorten. Omtrent 60 % av utvalget hadde vært i døgntiltak for rusmiddelmisbruk og/eller atferdsproblemer før de startet indeksbehandlingen, og mer enn 50 % hadde tidligere vært i poliklinisk behandling. Halvparten av dem som hadde vært i døgntiltak, hadde hatt ett til to opphold, mens de øvrige hadde tre eller flere. Av alle som hadde vært i dognbehandling, hadde 14 % fem døgnopphold eller flere. Det var ingen kjønnsforskjeller.

5.2 Behandlingstid og frafall fra indeksbehandling

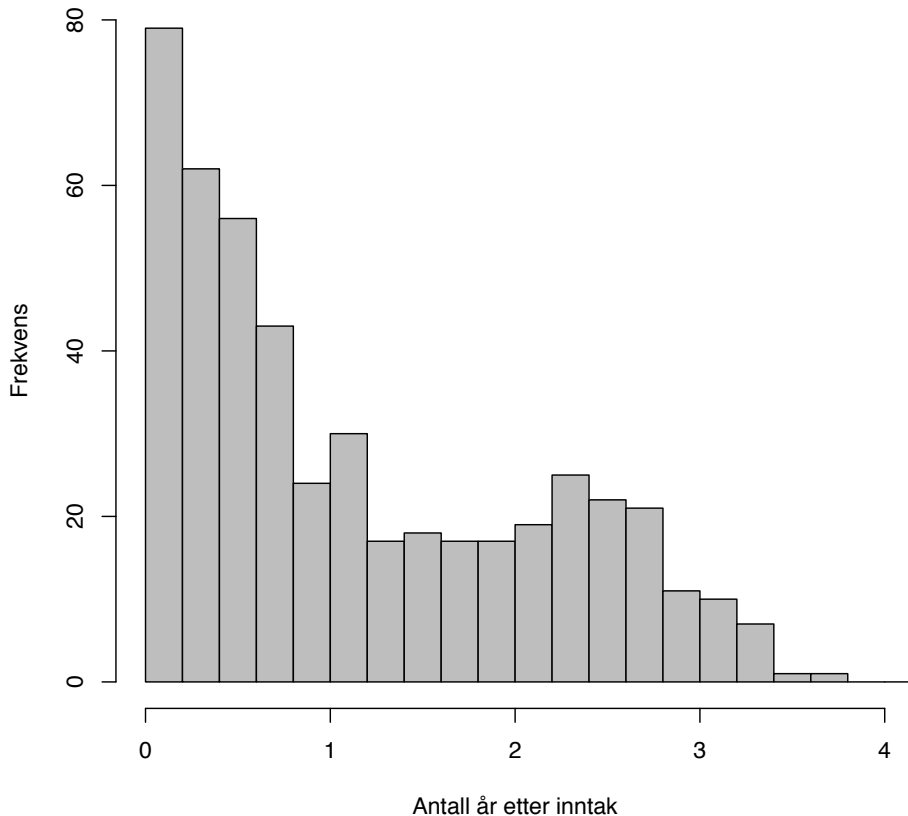
Hvis vi ser bort fra de få som døde mens de var i behandling i indekstiltaket (kun 8 klienter i LAR), finnes det i hovedsak tre undergrupper når det gjelder behandlingstid:

Fullførings-gruppen: de som fullførte behandlingen, var 172 personer = 36 %

Frafalls-gruppen: de som avbrøt behandlingen, var 258 personer = 54 %

Fortsatt-i-behandling-gruppen: de som fortsatt var i behandling ved observasjonstidens slutt, var 43 personer, som vil si 9 % av utvalget, og kun LAR-klienter. 58 % av de rekrutterte LAR klientene var i indeksbehandlingen ved endt observasjon. 9 % var altså fortsatt i behandling ved siste intervju. Hvis behandlingstiden defineres til siste kjente dato da disse klientene fortsatt var i behandling, strekker behandlingstiden seg til minst 2,6 år i gjennomsnitt (SD=0,56) for denne gruppen (med en observasjonstid på ni år), mens gjennomsnittstiden for de øvrige i utvalget blir 1,0 år (SD= 0,88). Siden dette avsnittet kun har som mål å gi et oversiktsbilde over behandlingstiden, brukes siste kjente dato for 9 % gruppen som en tilnærmet dato for utskrivning (målsettingen for de fleste klienter i LAR er å være i behandlingen på livstid). I figur 3.1 vises et histogram over behandlingstiden. Av figuren framgår det at behandlingsepisodenes lengde varierer sterkt, alt fra noen

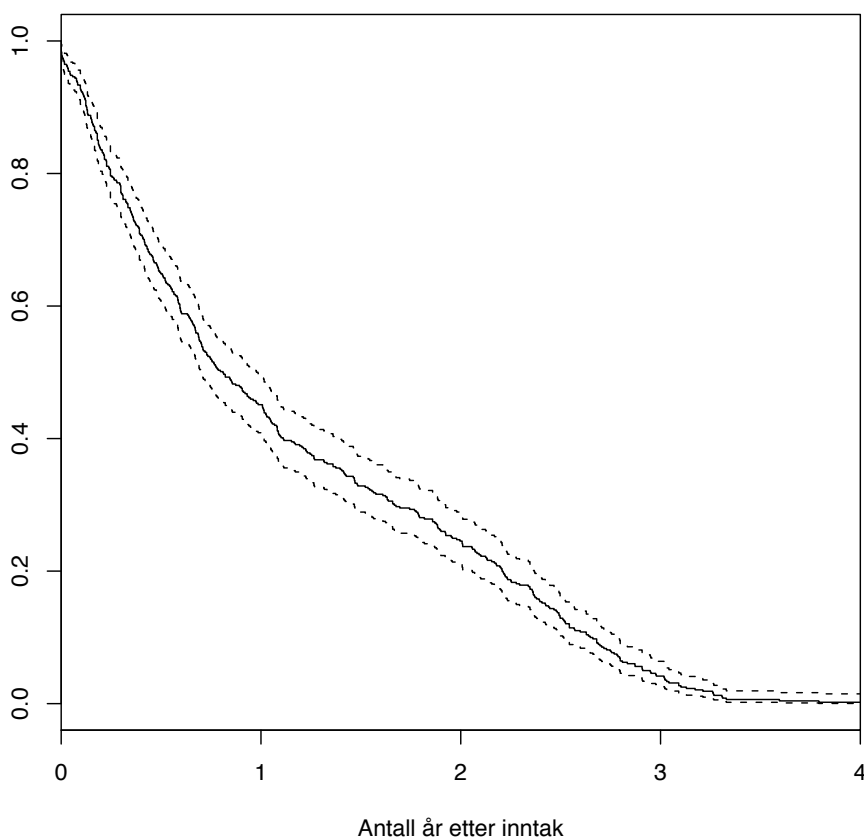
Figur 3: Histogram over behandlingstid



dager til flere år. Det er forholdsvis store forskjeller i behandlingstiden mellom *frafallsgruppen* med i snitt 0,7år (SD=0,68) og *fullføringsgruppen* med 1,5 år (SD=1,0).

I figur 4 vises et Kaplan-Meierplot (overlevelsesdiagram for tiden fra indeksintervjuet til behandlingsavslutning for hele utvalget (stiplede linjer: 95 % konfidensintervall). Etter tolv måneder var hele 45 % av klientene fortsatt i behandling. Etter to år har denne andelen sunket til 25 %, og den utgjorde knapt 5 % etter tre år.

Figur 4: Tid til behandlingsavslutning

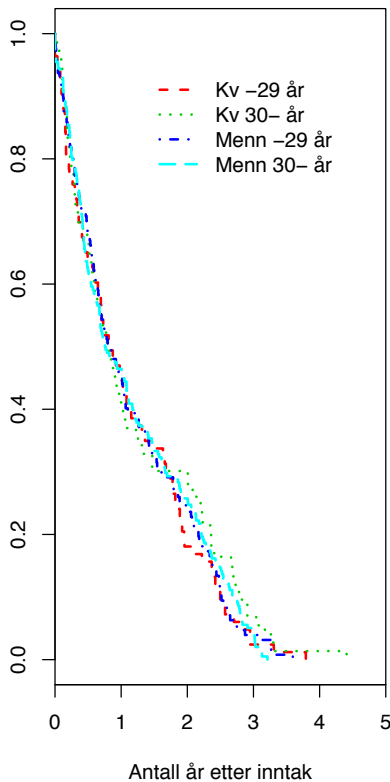


I figur 5.1 og 5.2 er behandlingstiden oppdelt etter kjønn og alder i forhold til type behandling. Det var ingen forskjeller med hensyn til kjønn og alder, men det finnes tydelige parvise forskjeller mellom behandlingsgruppene. At ungdommene i

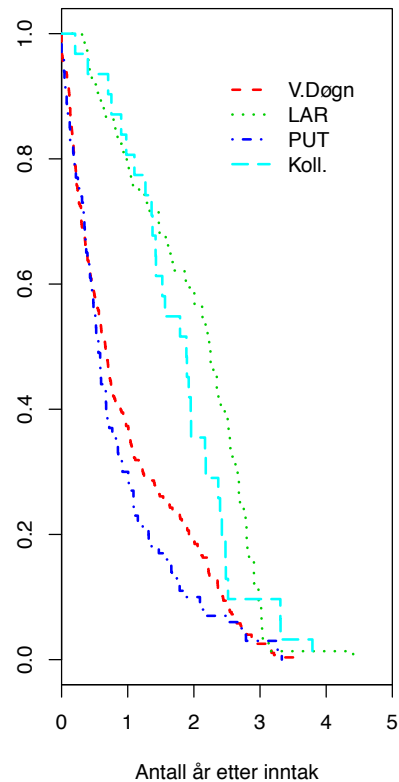
kollektivene og klientene i LAR ble lengst i behandling er forventet ut fra disse to spesifikke behandlingstypene. Det er imidlertid interessant å notere seg at det bare er marginale forskjeller i andelen personer (55–58 %) som klassifiseres som dropout i de tre behandlingsgruppene utenom LAR.

Figur 5:

Figur 5.1: K–M, Behandlingstid



Figur 5.2: K–M, Behandlingstid



5.3 Behandling i løpet av observasjonsperioden

Ved første og annet års oppfølging ble klientene spurt om hvilken behandling for rusmiddelproblemer de hadde mottatt siste år, mens det ved syv- og tiårsintervjuet ble spurt om former for behandling gjennom henholdsvis siste fem år og siste tre år.

Avrusningsopphold i løpet av observasjonsperioden

Antallet som hadde vært i avrusningsopphold for alkoholmisbruk var lavt både ved første og andre oppfølging, med henholdsvis seks og to personer. I samme periode var andelen som hadde fått hjelp til avrusning for narkotikamisbruk 32 % og 25 %. Kun åtte personer ble avruset for alkoholmisbruk i femårsperioden og tre personer de siste tre årene, mens 35 % og 22 % oppga avrusningsopphold for narkotikamisbruk innenfor samme tidsintervaller. Sammenlignet med andelen for hvert av de to første oppfølgingsårene, var bruken av avrusningsopphold senere i observasjonsperioden klart redusert. Ser vi på gjennomsnittlig antall avrusningsopphold for narkotikamisbruk bare for de som hadde hatt slike, var de to ved første og annen oppfølging, fire gjennom de fem årene før syvårsoppfølgingen og to i de tre årene før endt observasjon.

Poliklinisk LAR

Etter hvert som den nasjonale LAR-satsningen utviklet seg, og denne type behandling ble mer tilgjengelig, var det en betydelig andel opiatavhengige i utvalget som gikk over til LAR i løpet av observasjonstiden. Denne utviklingen vises i tabell 5.3.1, og økningen var særlig stor syv år etter påbegynt indeksbehandling. Ved endt observasjonstid svarte 46 % av de intervjuede at de hadde vært i LAR-behandling i løpet av siste tre år (det vil si en andel på 28 % av det opprinnelige utvalget).

Tabell 5.3.1 Klienter i LAR før hvert oppfølgingstidspunkt fra de ulike rekrutteringsgruppene, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Unge i kollektiv	0	0	4	14
PUT	5	7	27	27
Voksne i døgntiltak	7	14	40	53
LAR	94	85	94	91

Som forventet var det flest av de voksne døgnt klientene som i løpet av tiårsperioden gikk over til LAR. Ved endt observasjonstid hadde 53 % av dem mottatt substitusjonsbehandling i løpet av siste tre år. Blant PUT-klientene svarte 27 % at de hadde vært i LAR-behandling i årene før syv- og tiårsintervjuene, mens 14 % av ungdommene i kollektivene begynte i LAR-behandling i løpet av de siste tre årene før endt observasjon. Hele 91 % av de intervjuede LAR klientene ved ti års intervjuet var i LAR i denne siste treårs perioden (inkludert frafall var 58 % av de initialt rekrutterte LAR klientene fortsatt i indeksbehandlingen ved avsluttet observasjon).

Poliklinisk behandling uten substitusjonsmedikamenter

Svært få (5 personer) var i poliklinisk behandling på grunn av alkoholproblemer i observasjonsperioden. Derimot hadde mange vært i poliklinisk behandling (uten substitusjonsmedikamenter) for narkotikaproblemer. I løpet av siste år før første og annen oppfølging var andelen som hadde vært i poliklinisk behandling henholdsvis 31 % og 34 %. I løpet av de siste fem årene før syvårsoppfølgingen var tilsvarende andel 38 %, og for de tre siste årene var den 28 %.

Tabell 5.3.2 Klienter i poliklinisk behandling uten substitusjonsmedikamenter før hvert oppfølgingstidspunkt fra de ulike rekrutteringsgruppene, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Unge i kollektiv	8	15	54	48
PUT	71	35	57	33
Voksne i døgntiltak	25	41	48	33
LAR	27	25	26	21

Selv om antallet unge fra kollektivene var lite, ser det ut til å være en tydelig tendens til at institusjonsbehandling ble etterfulgt av poliklinisk oppfølging. Omtrent halvparten av klientene hadde hatt en slik behandling både i årene før syv- og tiårsoppfølgingen. Av PUT-gruppen var det over 50 % som hadde hatt poliklinisk behandling i tidsrommet to til syv år etter inntak, og en tredjedel i tidsrommet syv til ti år. De voksne i døgntiltakene hadde også i stor grad benyttet seg av poliklinisk behandling, og i de fem årene før syvårsintervjuet var andelen opp mot 50 %, mens den ble redusert til en tredjedel i de tre årene før endt observasjonstid. Mellom en fjerdedel og en femtedel av LAR-klientene mottok poliklinisk behandling utenom LAR gjennom observasjonstiden.

Tabell 5.3.3 Klienter i døgntiltak før hvert oppfølgingstidspunkt fra de ulike rekrutteringsgruppene, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Unge i kollektiv	77	78	0	0
PUT	11	17	12	5
Voksne i døgntiltak	88	60	15	16
LAR	26	22	30	15

Døgnbehandling inkluderer her ikke avrusningsopphold i institusjon. Ingen av de unge fra kollektivene hadde benyttet døgntiltak i de fem årene før syvårsoppfølgingen, og heller ikke i de tre siste årene før endt observasjonstid. For PUT-klientene var andelen på det høyeste før toårsoppfølgingen med 17 %, og deretter var andelen fallende. I de siste tre årene før tiårsintervjuet hadde kun 5 % vært i døgnbehandling. Av gruppen voksne i døgntiltak hadde ca. 15 % vært i døgnbehandling mellom to- og tiårsoppfølgingen, mens andelen LAR-klienter som hadde benyttet døgnbehandling lå mellom 15 og 30 % gjennom observasjonsperioden og var lavest i de siste årene før avsluttet observasjon (høyeste andel var 30 % ved syv års oppfølging).

Tabellene bekrefter inntrykket av en klientkohort som mottar flere typer behandling gjennom årene. Det peker mot at behandlingstypene er komplementære over tid, mer enn alternative. Vi ser at døgntiltak i stor grad blir etterfulgt av poliklinisk behandling med og uten substitusjonsmedikamenter, mens døgnbehandling etter langvarige polikliniske episoder ikke synes å være så utbredt, og heller ikke ny døgnbehandling etter avsluttet indeksbehandling i døgntiltak. Funnene gjelder altså for dette utvalget innenfor studiens observasjonstid på ti år.

Behandling på psykiatrisk sykehus

Svært få fikk behandling på psykiatrisk sykehus for rusmiddelproblemer i løpet av observasjonstiden. Henholdsvis 2 og 3 % fikk slik behandling i løpet av siste år før første og andre oppfølging. I løpet av de siste fem årene før syv års oppfølgingen var det 14 % og for de tre siste årene 9 % som fikk behandling i psykiatrisk sykehus for rusmiddelproblemer i kombinasjon med psykiske vansker.

Behandling for rusmiddelproblemer i somatisk sykehus

Kun 4 % før første oppfølging og 2 % før andre oppfølging var innlagt i somatisk sykehus for rusmiddelproblemer året før intervjuutidspunkt. I femårsperioden før tredje oppfølging oppga 37 % at de hadde vært innlagt i somatisk sykehus for rusmiddelrelaterte problemer og andelen var 10 % for de siste tre årene.

6 Endring

Hovedinstrumentet i studien (EuropASI) har «siste 30 dager» som gjennomgående tidsvindu for endringsspørsmålene. Et problem med dette relativt korte tidsvinduet kan være at de siste 30 dagene er lite representative for klientens situasjon sett i et større tidsperspektiv, og at endringen som beskrives tar utgangspunkt i en tid med opphopning av belastningsfaktorer, eller på annen måte er påvirket av tiden like før inntak i behandling. Endringer kan derfor fremstå både som mer negative, eller som mer positive og stabile, enn hvis de var målt innenfor en lengre tidsperiode. McLelland og hans gruppe, som har konstruert ASI (McLelland et al., 1992), og andre behandlingsforskere (Leonhard et al., 2000), hevder at fordelene med siste 30 dagers referanse er at den detaljerte informasjonen man henter ut vanskelig kan besvares pålitelig innenfor et lengre tidsrom. Dette er vi gjennomgående enig i, men på den annen siden blir det med et så kort tidsvindu vanskelig å si noe sikkert om endringene er stabile ut over akkurat en måned. Vi har for å imøtekomme disse innvendingene, valgt å utvide tidsreferansen til seks måneder for en del spørsmål, og bruker også tidsintervallet mellom oppfølgingsundersøkelsene, henholdsvis ett, fem og tre år for noen informasjonen.

Designet som er valgt følger det opprinnelige utvalget i den grad det er mulig gjennom hele observasjonsperioden, uansett om klientene oppholdt seg i indeksbehandlingen en dag eller ett år («intention to treat»). Frafall vil alltid være et problem i studier som dette (Mohlenberghs & Verbeke, 2005). I og med at klienter dør, eller faller ut av utvalget av andre grunner, vil de intervjuede på de ulike oppfølgingsstidspunktene ikke utgjøre den samme gruppen. Dette betyr som påpekt tidligere (kapittel 3.5.), at det selvsagt er vanskelig å tolke de endringene som skjer i løpet av observasjonstiden. Fordi frafallet består av personer som det både går dårlig med og av personer som det går bra med, kan det på de ulike tidspunktene være vanskelig å si i hvilken retning dette påvirker resultatene. Vi kan imidlertid ta utgangspunkt i den siste oppfølgingen, hvor vi har mer detaljerte opplysninger om hvorfor de ulike personene falt ut av utvalget, og gjøre en liten beregning. Hvis vi regner det som mest sannsynlig at det gikk dårlig for de 74 personene som døde (68 % døde av overdose), og vi vet at 39 personer ikke ville delta i undersøkelsen på et tidspunkt det gikk dårlig for dem, og vi legger til de

13 personene vi ikke fant (jfr. tabell 2.1.1), som det også er rimelig å anta at det gikk dårlig med, får vi en gruppe på 143 personer av alle de 185 personene (77 %) som på et eller annet tidspunkt falt ut av undersøkelsen. Det vil si at man kan anta at frafallet vil kunne virke negativt inn på de ulike utfallsmålene i løpet av observasjonstiden. Særlig når vi tester om det er signifikante forskjeller, mellom situasjonen ved inntak til behandling og utfallet etter ti år, må denne frafallsinformasjonen tas inn i tolkningen. Det understrekes derfor at det viktigste i endringskapittelet er å se på de klareste tendensene i materialet og i hvilken retning de peker.

Det må imidlertid også tilføyes at svarprosenten ved alle oppfølgingstidspunktene er meget høy, hvilket igjen tilsier at frafallet ikke er av så stor betydning for det endelige resultatet. Ved første og andre oppfølging, ett og to år etter inklusjon, var en stor andel av det opprinnelige utvalget fortsatt i indeksbehandlingen (henholdsvis 45 og 25 %) og for dem vil endringen i større grad enn ellers kunne knyttes til behandlingssituasjonen. Ved syv- og tiårsoppfølgingen var imidlertid alle personene i utvalget, bortsett fra de opprinnelige LAR-klientene, ute av indeksbehandlingen. Meget få av de øvrige oppholdt seg i et såkalt kontrollert miljø, det vil si for eksempel i ny døgnbehandling, sykehus eller i fengsel, hvor tilgangen til rusmidler er begrenset.

Utvalget som helhet er rekruttert fra fire grovt inndelte behandlingstyper. Disse er forskjellige i forhold til kategori døgn- eller poliklinisk behandling, målsetting, lengde i behandling, grad av frivillighet osv. Innenfor et differensiert behandlingsapparat skal total problembelastning ideelt sett ligge til grunn for valg av tiltak for den enkelte klient. Vi står overfor fire rekrutteringsgrupper som derfor skal ta i mot klienter med forskjellige behandlingsbehov, som er på forskjellig sted i sin misbruksprosess og som har ulike forutsetninger for endring og utvikling.

Det gir derfor ikke mening å *sammenligne* utfall gruppene i mellom. Men nettopp fordi de i utgangspunktet representerer viktige ulikheter med hensyn til alder, rusmiddelprofil, funksjonsnivå, helse og sosial integrasjon, er det viktig å følge endring innenfor gruppene.

Tiltakene som utgjør rekrutteringsgruppene er fremdeles de mest vanlige og utbredte typene behandling i Norge. Selv om tiden i døgnbehandling generelt er blitt kortere, PUT er integrert i mer generelle poliklinikker og det er lettere for opiatbrukere å få tilbud om LAR-behandling, er selve behandlingsmodellene og tiltakene stort sett de samme.

Kapittelet om endring blir fremstilt tematisk, i samme rekkefølge som beskrivelsen av utvalget i kapittel 4.

6.1 Samlivs- og boligsituasjon

Sivilstatus

Sivilstand synes å ha endret seg lite i observasjonstiden. Gjennomgående var det formell status «aldri gift» som preget utvalget fra inklusjon til endt observasjon, og det var ingen signifikante kjønnsforskjeller. Tre fjerdedeler svarte at de var fornøyd med sivilstanden sin etter ti år, omtrent like mange som ved inntak. Kvinnene var gjennomgående mer fornøyd enn mennene. De to gruppene med høyest aldersgjennomsnitt (voksne fra døgntiltak og LAR), var de som i størst grad formidlet at de ikke var fornøyd med sin sivilstand etter ti år.

Bosituasjon

I tabell 6.1.1 vises den vanligste boformen siste år før oppfølgingsintervjuene. Ved inntak er denne målt gjennom tidsvinduet siste tre år og derfor redegjort for i tekst. Det er ikke mulig å skille mellom døgntiltak og fengsel da spørsmålet i instrumentet er formulert med begge kategorier innenfor samme variabel.

Tabell 6.1.1 Endring i bolig/samlivssituasjonen, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Alene	22	33	40	49
Med partner	15	17	24	27
Med partner og barn	5	7	9	10
Med barn alene	3	4	6	2
Med foreldre	6	7	6	1
Med annen familie, venner og/eller ingen stabil boligsituasjon.	6	10	4	4
I døgntiltak eller fengsel	43	22	11	7
Totalt	100	100	100	100

Ved inklusjon oppga ca. en tredjedel av alle at vanligste boform siste tre år var å bo alene i egen bolig. Ved tiårsoppfølgingen var denne andelen økt til ca. 50 %. Det var en fluktuerende andel mellom 8 og 15 % som oppga at de enten bodde sammen med partner og barn eller med barn alene gjennom observasjonsperioden. Etter ti år var det naturlig nok svært få (1 %) som bodde sammen med foreldre, mens 14 %

oppgå en slik boform som den vanligste i de tre årene før indeksbehandlingen. Det var også en langt lavere andel som synes å være uten fast bolig, bo hos annen familie, venner, i døgbehandling eller fengsel, enn før inklusjon. Den høye prosentandelen i døgbehandling eller fengsel ved første og annen oppfølging forklares i stor grad ved at utvalget fremdeles var i indeksbehandlingen.

Ved inntak svarte 47 % at de var fornøyd med boligsituasjonen. Denne andelen økte til over 70 % etter ti år (80 % av kvinnene og 65 % av mennene). Det var forskjeller i fornøydhet mellom rekrutteringsgruppene. Etter ti år svarte 86 % av de unge fra kollektivene at de var fornøyd med boligsituasjonen, 80 % fra PUT-gruppen, 68 % fra døgntiltakene for voksne og 58 % fra LAR-gruppen.

6.2 Beskjeftigelse og inntektsgrunnlag

Vanligste beskjeftigelse

I dette kapittelet vises først endring i vanligste beskjeftigelse (inkludert trygdet tilværelse) siste år før oppfølgingsintervjuene. Informasjonen analyseres så i forhold til kjønn og rekrutteringsgrupper. Inntaksintervjuet måler beskjeftigelse innenfor siste tre år, mens oppfølgingsintervjuene har siste år som tidsvindu. På grunn av ulike tidsreferanser er inntaksinformasjonen ikke inkludert i tabellene. Inntektskilder er derimot målt innenfor siste 30 dager ved alle tidspunkter.

Tabell 6.2.1 Vanligste beskjeftigelse/økonomiske grunnlag for hele utvalget siste år i løpet av observasjonstiden, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Arbeid heltid	8	14	21	27
Arbeid deltid	2	3	2	7
Skoleelev/student	9	11	9	3
Hjemmeværende med barn	2	1	1	0
Arbeidsmarkedstiltak	1	4	3	1
Uføretrygdet	8	14	29	33
Døgbehandling/fengsel	41	21	3	1
Arbeidsledig/uten arbeid +div.	29	32	32	28
Sum	100	100	100	100

Det er en betydelig økning i andelen som har kommet i arbeid i løpet av observasjonstiden. Hvis en ser hel- og deltidsarbeid under ett, har en tredjedel av alle arbeid som hovedbeskjeftigelse ti år etter inklusjon. Andelen som har gått over til uføretrygd har økt

fra under 10 % til en tredjedel fra første til siste oppfølgingsintervju. Etter ett og to år var som kjent en stor andel av klientene fremdeles i indeksbehandlingen, og svarene for døgntilpassing/fengsel reflekterer dette. Ved syv- og tiårsintervjuene var nesten ingen i denne type tiltak. Vi ser også at det er få som har vært hjemmeværende med barn eller hatt arbeidsmarkedstiltak som hovedbeskjeftigelse gjennom disse ti årene.

Tabell 6.2.2 Vanligste beskjeftigelse fordelt på kjønn gjennom observasjonstiden, prosent

	1 år (n=428)		2 år (n=410)		7 år (n=348)		10 år (n=296)	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Arbeid	11	10	13	18	16	27	33	28
Utdanning	11	7	19	8	18	5	7	2
Uføretrygdet	9	7	12	15	32	28	33	33
Døgntilpassing/fengsel	36	43	19	22	3	3	0	1
Arbeidsledig/uten arbeid + div.	33	33	37	37	31	37	27	36
Sum	100	100	100	100	100	100	100	100

Etter to og syv års observasjonstid var andelen med yrkesaktivitet som hovedbeskjeftigelse høyere hos menn enn hos kvinner. Ved avsluttet observasjon var tendensen den motsatte, at en noe større andel kvinner enn menn var i arbeid. Når det gjaldt utdanning, var kvinneandelen gjennomgående høyere under hele observasjonstiden. Det var ingen betydelige kjønnsforskjeller med hensyn til å være i døgntilpassing/fengsel, hvorav den største andelen gjaldt behandling. Etter ti år var andelen uføretrygdene like stor for begge kjønn.

Tabell 6.2.3 Vanligste beskjeftigelse/økonomiske grunnlag for de ulike rekrutteringsgruppene siste år, prosent

År	Unge i kollektiver				PUT				Voksne i døgntiltak				LAR			
	1	2	7	10	1	2	7	10	1	2	7	10	1	2	7	10
Arbeid	0	11	33	48	25	29	31	40	6	15	25	31	11	8	4	6
Utdanning	39	37	19	19	14	13	12	5	3	9	9	2	10	6	2	0
Døgntilpassing/fengsel	58	26	11	0	5	7	4	0	58	30	3	1	15	5	0	0
Uføretrygd	0	0	0	0	8	9	19	14	5	8	27	35	23	46	69	67
Uten arbeid +div	3	26	37	33	48	42	34	41	28	38	38	31	41	35	25	29
Sum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Når vi ser på vanligste beskjeftigelse i forhold til rekrutteringsgruppene, er det som forventet store forskjeller. Klientene fra kollektivgruppen hadde størst andel i både arbeid og utdanning i året før de to siste oppfølgingsintervjuene. Nærmere 70 % hadde enten utdanning eller arbeid som hovedbeskjeftigelse ved endt observasjonstid, og arbeid utgjorde nesten 50 %. Etter ti år var ingen i døgntilrettelagt omsorg eller fengsel, og det var ingen av de unge klientene som hadde mottatt uføretrygd i observasjonstiden. Men det vil samtidig si at en tredjedel hverken var i arbeid, under utdanning eller hadde en trygdeytelse etter ti år.

Andelen med arbeid/utdanning for PUT-gruppen var 45 % ved tiårs-oppfølgingen og arbeid utgjorde 40 %. Det var gjennomgående få som hadde en tilværelse i døgntilrettelagt omsorg/fengsel som vanligste beskjeftigelse. Høyeste andel var 7 % to år etter inklusjon. Andelen uføretrygdete var opp mot en femtedel (etter 7 år). I denne gruppen var det ved endt observasjon ca. 40 % som ikke var i arbeid, under utdanning eller som var uføretrygdet. Ingen av de rekrutterte PUT-klientene var i døgntilrettelagt omsorg eller i fengsel i året før siste intervju.

For de voksne fra døgntiltakene hadde andelen med arbeid som hovedbeskjeftigelse økt til ca. en tredjedel etter ti år. Andelen uføretrygdete økte nokså tilsvarende, og det var svært få som var i behandling og/eller fengsel det meste av året før syv og ti års oppfølging. Det vil si at det var ca. en tredjedel som hverken var i arbeid, under utdanning eller var uføretrygdet, og kun 1 % var i døgntilrettelagt omsorg eller fengsel.

I LAR-gruppen sank andelen i arbeid og under utdanning gjennom årene. Derimot økte andelen uføretrygdete fra noe over 20 % ved inklusjon til nærmere 70 % etter ti år. Under 0,5 % hadde som hovedbeskjeftigelse en tilværelse i døgntilrettelagt omsorg eller fengsel.

Inntektskilder

I tabell 6.2.4 presenteres ulike inntektskilder. Her er informasjonen innenfor samme tidsreferanse (siste 30 dager) både ved inntak i indeksbehandlingen og gjennom hele observasjonstiden, og endringen kan vurderes fra inklusjon til endt oppfølging. Hvorvidt det er forskjeller mellom situasjonen ved inntak og endt observasjon er testet statistisk.

Tabell 6.2.4 Inntekt fra ulike kilder for hele utvalget siste 30 dager, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Eget arbeid/sykepenger	19	18	23	28	32	<0.001
Dagpenger arbeidsledighet	3	1	1	2	2	ns
Sosialhjelp	58	44	42	30	25	<0.001
Rehab.-penger + yrkesm. attføring	13	31	35	24	19	ns
Uførepensjon	11	12	15	30	36	<0.001
Stønad enslig førsørger	3	4	4	6	4	ns
Stoffsalg	40	9	12	9	9	<0.001
Annen kriminalitet	27	8	6	3	3	<0.001
Prostitusjon	6	3	2	1	0	<0.001

*P-verdi: Pearson Chi-2 test for sammenligning mellom inntak og ti års intervju

De største endringene i tabell 6.2.4 er at inntekt fra eget arbeid har økt betydelig i observasjonsperioden. Etter ti år oppga ca. en tredjedel å ha inntekt fra eget arbeid (inkludert sykepenger). Det var en stor reduksjon i andel sosialhjelpsmottakere, mens andelen som mottok uføretrygd hadde økt kraftig. De som oppga stoffsalg som inntektskilde var redusert fra 40 % til under 10 % gjennom ti år, og andelen som rapporterte inntekt fra annen kriminalitet fra nærmere en tredjedel til 3 %. Inntekt fra prostitusjon var knapt til stede ved endt observasjon, og dagpenger for arbeidsledighet hadde i svært liten grad var utbetalt.

6.3 Familie og sosiale relasjoner

Spørsmål om barn var opprinnelig ikke inkludert i EuropASI. Vi la derfor til noen spørsmål om barn i oppfølgingsintervjuene, blant annet om klientene hadde barn og om de hadde daglig omsorg for barn. 46 % rapporterte ett år etter inklusjon at de hadde ett eller flere barn. Ved tiårsoppfølgingen var denne andelen 55 %. Omtrent en tredjedel svarte at de hadde ett barn ved alle intervjutidspunktene, mens andelen som oppga å ha to barn økte fra 11 % til 18 % mellom første og siste oppfølgingsintervju. Det var 6 % av utvalget som rapporterte å ha tre eller flere barn ved de tre siste oppfølgingsundersøkelsene.

En liten andel av de som hadde barn oppga å ha daglig omsorg for dem. Ved første oppfølgingsintervju oppga 8 % at de hadde daglig omsorg for barn. Ved endt observasjonstid var denne andelen økt til 13 %.

Det er stilt spørsmål om hvem klientene var mest sammen med i fritiden, og svarene analyseres innenfor tre hovedkategorier: familie uten rusmiddelproblemer, venner uten rusmiddelproblemer og mest alene.

Tabell 6.3.1 Mest sammen med familie uten rusmiddelproblemer på fritiden, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Alle	10	19	18	33	39	<0.001
Kvinner	8	19	20	39	48	<0.001
Menn	10	20	17	30	34	<0.001
Unge i kollektiv	3	10	15	23	33	<0.01
PUT	11	14	8	28	34	<0.001
Voksne i døgntiltak	8	21	20	39	46	<0.001
LAR	12	25	25	20	26	ns

*P-verdi: Pearson Chi-2 test for sammenligning mellom inntak og ti års intervju

Andelen som svarte at de var mest sammen med familie uten rusmiddelproblemer økte sterkt gjennom observasjonstiden. Etter ti år bekreftet nærmere 40 % at de brukte mesteparten av fritiden sin med familie uten rusmiddelproblemer. I familiebegrepet inngår både opprinnelsesfamilie og ny familie med eventuell partner og barn. Fordi bare 1 % bodde sammen med foreldre og 37 % med partner ved tiårsoppfølgingen, kan det tyde på at den største andelen tilbrakte mest tid i samboerforhold/nyskapt familie uten rusmiddelproblemer. Det utviklet seg kjønnsforskjeller i materialet over tid, slik at ved syv- og tiårsoppfølgingen svarte en langt større andel av kvinnene enn av mennene i utvalget at de var mest sammen med familie uten rusmiddelproblemer.

Det var også forskjeller mellom rekrutteringsgruppene. For de unge fra kollektivene og fra PUT-gruppen svarte ca. en tredjedel ved endt observasjonstid at de var mest sammen med familie uten rusmiddelproblemer på fritiden. Av de voksne fra døgntiltakene var andelen 46 %, mens det var ca. en fjerdedel fra LAR-gruppen som tilbrakte mest tid med familie uten rusmiddelproblemer.

Det synes for utvalget som helhet å være liten endring gjennom årene når det gjelder å være mest sammen med venner uten rusmiddelproblemer. Generelt blir dette rapportert i begrenset grad både ved inntak til behandlingen og etter ti år (henholdsvis 13 og 14 %). Det var ingen kjønnsforskjeller.

Tabell 6.3.2 Mest sammen med venner uten rusmiddelproblemer på fritiden, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Alle	13	29	29	20	14	ns
Kvinner	11	31	31	22	15	ns
Menn	14	28	28	20	13	ns
Unge i kollektiv	10	80	54	42	33	<0.05
PUT	26	18	28	27	22	ns
Voksne i døgntiltak	9	31	33	18	10	ns
LAR	10	12	6	7	6	ns

*P-verdi: Pearson Chi-2 test for sammenligning mellom inntak og ti års intervju

Det er kun i kollektivgruppen det vises signifikante forskjeller i samvær med venner uten rusmiddelproblemer fra inntak til endt observasjon. Etter ti år var andelen som tilbrakte mest fritid sammen med «rusfrie» venner en tredjedel, mens den var 10 % ved inklusjon. PUT-klientene viste en nokså stabil fordeling på rundt 20 % gjennom årene, mens de voksne fra døgntiltakene hadde en økning av samvær med venner uten rusmiddelbruk ved de tre første oppfølgingene og så en reduksjon til samme nivå som ved inklusjon (10 %). Det var en også en lav andel i LAR-gruppen som oppga å være mest sammen med venner uten rusmiddelproblemer (6 % ved siste intervju).

Ved inntak så vi at nærmere en fjerdedel av alle svarte at de tilbrakte fritiden sin mest alene. Vi ønsket å vite om denne andelen var redusert eller hadde økt i løpet av ti år.

Tabell 6.3.3 Mest alene på fritiden, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Alle	23	17	17	18	28	ns
Kvinner	20	11	12	11	17	ns
Menn	25	20	20	22	34	< 0.05
Unge i kollektiv	0	0	4	0	5	ns
PUT	25	18	14	19	30	ns
Voksne i døgntiltak	22	16	16	16	26	ns
LAR	34	27	32	33	43	ns

*P-verdi: Pearson Chi-2 test for sammenligning mellom inntak og ti års intervju

Som det kommer frem av tabell 6.3.3 var det liten endring fra inntak til avsluttet observasjon når det gjaldt å tilbringe fritiden sin mest alene. Ved alle måletidspunktene rapporterte menn i større grad enn kvinner å gjøre dette. Etter ti år var andelen som var mest alene økt signifikant for menn og utgjorde dobbel så stor andel som for kvinner.

De unge fra kollektivene skilte seg ut ved i svært liten grad å tilbringe fritiden sin mest alene ved noe intervjuetidspunkt. For klientene i de tre andre rekrutteringsgruppene var det en tendens til at de viste større grad av alenehet ved endt observasjon enn ved inntak. LAR-gruppen oppga i størst grad å tilbringe (fri)tiden sin mest alene, og ved siste intervju var andelen hele 43 %.

Vi stilte spørsmål i oppfølgingsintervjuene om klientene hadde deltatt i noen former for fritidsaktiviteter, og i tilfelle hvilke.

Tabell 6.3.4 Deltatt i fritidsaktiviteter i løpet av observasjonstiden, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Alle	48	40	52	55
Kvinner	51	42	48	53
Menn	47	40	54	57
Unge i kollektiv	71	56	44	62
PUT	35	29	47	62
Voksne i døgntiltak	54	47	58	58
LAR	36	25	43	35

Omtrent halvparten av utvalget oppga at de hadde en form for fritidsaktivitet som ikke hadde med rusmiddelbruk å gjøre, ett år etter inklusjon. Andelen var ganske lik etter ti år og det var tydelige forskjeller mellom gruppene.

Kollektivungdommene oppga i størst grad fritidsaktiviteter ved de to første oppfølgingstidspunktene. Nesten alle klientene var da fortsatt i indeksbehandlingen, og en viktig del av kollektivenes behandlingstilbud er nettopp å øve inn og inspirere til rusfrie aktiviteter. Andelen som hadde opprettholdt slike var over 60 % ved endt observasjonstid, mens den lå lavere ved syvårsintervjuet. PUT-gruppen hadde ikke samme drahjelp som et døgkontinuerlig behandlingstilbud gir når det gjelder fritidsaktiviteter. Likevel rapporterte PUT-klientene i økende grad rusfrie aktiviteter ved syv- og tiårsoppfølgingen (over 60 % etter ti år).

Omtrent halvparten av de voksne døgntilbudene oppga fritidsaktiviteter ved de to første intervjuene da en stor andel fortsatt var i behandling, men den var stabilt høy også ved syv- og tiårsintervjuene. LAR-gruppen deltok i fritidsaktiviteter på samme nivå som PUT-gruppen ved de tre første oppfølgningene, men ved endt observasjon var andelen sunket.

Det ble også undersøkt hvilke typer aktiviteter informantene hadde deltatt i. Sportslige aktiviteter var mest utbredt, som i befolkningen for øvrig. Nær 40 % fra alle rekrutteringsgruppene unntatt LAR, rapporterte sportslige aktiviteter ved endt observasjonstid, og økningen var størst blant PUT-klientene.

Omtrent 10 % av hele utvalget svarte ved tiårsintervjuet at de hadde deltatt i kulturelle aktiviteter. Forskjellen var størst mellom PUT- og LAR-klientene med en andel på henholdsvis 17 og 2 %. Rundt 10 % deltok i religiøs møtevirksomhet ved intervjudispunktene, og her var det ikke store forskjeller mellom rekrutteringsgruppene, med unntak av de unge i kollektivene, som ikke oppga noen slik aktivitet etter ti år. I overkant av 10 % svarte gjennomgående at de hadde tatt del i AA- eller NA-virksomhet. Klientene fra døgntiltakene syntes å ha benytte disse tilbudene i størst grad. For noen døgntiltak inngår slike tilbud som en del av det anbefalte behandlings- og ettervernsopplegget.

Vi stilte videre spørsmål om hvor fornøyde informantene var med måten de brukte fritiden sin på. For utvalget under ett var det en tendens til større grad av fornøydhetsøkning som årene gikk (økning fra ca. 40 til 50 % fra inntak til siste observasjon). Kvinnene var gjennomgående mer fornøyde enn mennene, og forskjellen i tilfredshet mellom kjønnene økte i observasjonstiden. Klientutvalgene i de forskjellige rekrutteringsgruppene rapporterte i gjennomsnitt ulike nivåer av tilfredshet. For de unge økte andelen som var fornøyd med bruk av fritiden sin fra inntak til endt observasjonstid fra 57 til 76 %, PUT-klientene fra 49 til 56 % og de voksne i døgntiltakene fra 31 til 53 %. I LAR-gruppen ble tilfredshet med bruk av fritiden redusert fra 53 til 31 %.

Forskning viser at samliv med rusmiddelbrukere ofte påvirker partners bruk av rusmidler (Ravndal & Vaglum, 1994, Powis et al., 2000, Tuten & Jones, 2003, Ravndal, 2008). Samliv med rusmiddelbrukere er kartlagt ved hvert oppfølgingsintervju.

Tabell 6.3.5 Bor sammen med noen som har rusmiddelproblemer, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Alle	25	16	15	15	13	<0.001
Kvinner	35	21	22	18	15	<0.01
Menn	21	14	12	13	11	<0.001
Unge i kollektiv	29	7	26	22	14	ns
PUT	21	16	11	9	11	ns
Voksne i døgntiltak	25	18	13	15	12	<0.01
LAR	30	16	25	20	17	ns

*P-verdi: Pearson Chi-2 test for sammenligning mellom inntak og ti års intervju

For hele utvalget ble andelen som levde sammen med problembruker av rusmidler nærmest halvert fra inklusjon til siste oppfølging.

Noe større andel kvinner enn menn i utvalget levde ved alle intervjuetidspunktene med partner som hadde egne rusmiddelproblemer, men begge kjønn hadde redusert slike samboerforhold signifikant ved endt observasjonstid. Av rekrutteringsgruppene var det de voksne klientene i døgntiltak som hadde den største endringen.

Familieproblemer og problemer i forhold til andre

EuropASI har spørsmål om hvorvidt klienten har store vansker med å komme overens med personer i familie og omgangskrets. Problemene som rapporteres skal fortrinnsvis ikke være direkte rusrelaterte. Materialet viser at andelen som oppga store relasjonsvansker i forhold til familie ble redusert med årene, fra 39 % ved inklusjon til 24 % ved endt observasjon. Dette kan ha sammenheng med at mange har mistet foreldre og andre viktige familiemedlemmer i løpet av en tiårs periode, at kohorten har blitt eldre, at isolasjon og ensomhet har økt, men også at relasjonskompetansen kan ha endret seg i positiv retning. Vi ser samme tendens til mindre grad av alvorlige vansker i forhold til venner, naboer osv.

Følgende tabell viser informantenes opplevelse av hvor plaget eller bekymret de har vært for familieproblemer ved de ulike oppfølgingsintervjuene:

Tabell 6.3.6 Plaget eller bekymret for familieproblemer siste 30 dager, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen plager/bekymringer	53	83	85	80	77
Lite/moderate plager/ bekymringer	24	7	7	7	6
Store/svært store plager/ bekymringer	24	10	8	13	17
Sum	101	100	100	100	100

Andelen som svarte at de ikke var plaget eller bekymret for familieproblemer økte mellom inntak og første oppfølging, og holdt seg deretter høy og stabil (mellom 85 og 77 %) gjennom observasjonstiden. Samme mønster sees for nivået lite/moderate plager/bekymringer, som er redusert fra ca. 24 til 6 % etter ti år. En fjerdedel av alle rapporterte store/svært store plager/bekymringer for familieproblemer ved inntak til behandling. Denne andelen ble betydelig redusert ved de to første oppfølgingsintervjuene, for deretter å øke noe.

Det var bare 4 % som anga problemer siste 30 dager i forhold til venner, kolleger eller naboer ved siste intervjuetidspunkt. Det var en nedgang fra nærmere en femtedel av alle ved inntak.

Composite Score for familie og sosiale relasjoner

Composite Score (CS) er en sammensatt, vektet sumskåre og et endringsmål for hvert problemområde i EuropASI. CS omfatter og summerer opp de detaljerte opplysningene fra enkeltspørsmål på en skala mellom 0–1. Tidsreferansen for spørsmålene er siste 30 dager og skalaen måler aktuell situasjon. Det er reist kritikk av skalaens konstruksjon blant annet fordi en tung og sammensatt problematikk ikke synes å reflekteres i høye nok skalanivåer og at det for enkelte områder kun er teoretisk mulig å oppnå en skåre opp mot 1. Skåringskriteriene er kritisert av mange (Jansson, 2001, Mäkelä, 2004, Greenfield, 2004, Melberg, 2004, Abrahamson & Trygvesson, 2009, Lauritzen, 2010) men anbefales likevel som mål for å vise endring over tid (blant andre McLelland et al., 2004).

Tabell 6.3.7 Composite score for familie og sosiale relasjoner for hele utvalget, kvinner og menn og de ulike rekrutteringsgruppene i løpet av observasjonstiden

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Alle	0.20	0.11	0.11	0.14	0.14	<0.001
Kvinner	0.23	0.11	0.10	0.14	0.17	<0.05
Menn	0.20	0.12	0.11	0.14	0.13	<0.001
Unge i kollektiv	0.24	0.06	0.02	0.13	0.09	--
PUT	0.18	0.11	0.10	0.13	0.13	ns
Voksne i døgntiltak	0.24	0.13	0.11	0.15	0.16	<0.001
LAR	0.15	0.11	0.15	0.14	0.13	ns

*P-verdi: t-test for sammenligning av gjennomsnitt mellom inntak og ti års intervju-- for liten N til å gjøre signifikantest

Composite Score for området familie og sosiale relasjoner viser en reduksjon i problemomfang for hele utvalget, noe større for menn enn for kvinner. Kjønnforskjellen var gjennomgående liten, men mennene skåret noe lavere ved første og siste måletidspunkt. De unge fra kollektivene hadde den største reduksjonen i familievansker og sosiale problemer. Selv om det er en viss fluktuasjon i skalainivåene ved de forskjellige måletidspunktene, er endringene tydelige. PUT-klientene hadde et lavere problemnivå i utgangspunktet, og hadde en reduksjon etter ett år som holdt seg noenlunde stabil resten av observasjonsperioden. De voksne døgntilsklientene hadde samme problemtyngde ved inntak som de unge i kollektivene, og også disse voksne hadde en betydelig reduksjon målt ved CS. LAR-gruppen fikk i utgangspunktet lavest CS-skåre på dette området, og hadde heller ikke store endringer gjennom observasjonsperioden. Dette kan blant annet skyldes klientenes høye alder, foredres bortfall og stor grad av relasjonsløshet.

6.4 Fysisk helse

Rusmiddelmisbruk belaster helsen på flere måter. En stor andel av utvalget i studien var injeksjonsbrukere og HCV-smittet. Injeksjoner gir også risiko for sepsis (blodforgiftning) og komplikasjoner til sepsis som hjerteklaffbetennelser, infeksjoner i blant annet lunge og ben, og lokale infeksjoner med absesser. Vi så også fra kapittel 4.4 at mange av informantene rapporterte ulike former for kroniske sykdommer og skader ved inklusjon. Flere av rusmidlene er i seg selv toksiske og kan gi organskader. Livet som narkotikamisbruker medfører dessuten ofte ernæringsvikt av forskjellig art.

Somatisk helse ble kartlagt ved hvert oppfølgingsintervju for det siste året og de siste 30 dagene. EuropASI har «tidligere i livet» som tidsreferanse for noen av spørsmålene ved inntak til behandling, og disse informasjonene går ikke inn i tabell 6.4.1.

Sykehusinnleggelser

Tabell 6.4.1 Sykehusinnleggelser siste år for hele utvalget, prosent

Innlagt sykehus	1 år (n=481)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
1-5 ganger	9	7	12	11
>6 ganger	7	7	9	12
Sum	16	14	21	23

Andelen som oppga å ha vært innlagt på sykehus siste år for fysiske skader eller sykdommer var økende fra 16 % ved første oppfølging til 21 og 23 % ved henholdsvis syv og tiårs-oppfølgingen. Når det gjaldt antall ganger innlagt siste år før hver oppfølging, var det en tendens til at en større gruppe hadde hatt flere innleggelser. Halvparten av de som var innlagt i året før avsluttet observasjon hadde vært behandlet seks ganger eller flere. Den gjennomsnittlige tiden for innleggelsene var noenlunde stabil gjennom observasjonsperioden, med henholdsvis 14 og 15 dager ved de to første oppfølgingene og 12 og 13 dager ved de to siste.

Det er forventet at denne gruppen har hatt betydelig bruk av sykehustjenester. Spesielt injeksjonsbruk kan ha ført til omfattende helseskader. Forbruket av sykehustjenester synes å ha vært noe varierende over tid, men med en tendens til økning. Dette kan ha flere årsaker, blant annet at kroniske lidelser forverrer seg, eller at en alderseffekt slår inn, men funnene er ikke systematisk undersøkt.

Trygd eller sykepengeser for somatisk sykdom

Ved inntak til behandling oppga 11 % at de mottok trygd/sykepengeser for somatisk sykdom. Ved første og andre oppfølging var andelen noe redusert, mens det ble rapportert en økning i årene før syv- og tiårsoppfølgingen, til henholdsvis 18 og 21 %.

HCV- og HIV-smitte

Det var naturlig nok stor variasjon i rapportert HCV-smitte mellom rekrutteringsgruppene ved inklusjon, fra 3 % for de unge i kollektivene, 28 % fra PUT, til 72 % fra døgntiltakene for voksne og 92 % av LAR-klientene.

I ungdomsgruppen økte andelen HCV-smittede til 10 % ved endt observasjon, mens den varierte mellom 20–30 % i PUT-gruppen. Blant de voksne i døgntil behandling og LAR ble andelen smittede redusert mot slutten av oppfølgingstiden. Dette kan nok sees i sammenheng med frafallet i gruppene over tid, enten på grunn av død eller klienter i dårlig posisjon som ikke ble intervjuet. Samme tendens ser vi for HIV, hvor syv personer oppga å være HIV-smittet ved første års oppfølging og tre personer etter henholdsvis syv og ti år.

Nærmere 90 % svarte ved inntak at de hadde testet seg for HIV i løpet av siste år. Det var en variasjon fra 100 % i LAR, 96 % i døgntiltakene for voksne, omtrent 75 % i PUT til noe over 40 % i kollektiv-gruppen. Andelen som hadde testet seg i året før oppfølgingsintervjuene ble redusert gradvis, og ved endt observasjon rapporterte noe over halvparten at de var testet siste år. På dette tidspunktet var andelen testet høyest blant de unge med ca. 70 % og pluss/minus 50 % i de tre øvrige gruppene.

Kroniske fysiske skader eller sykdommer og regelmessig medikasjon

Ved inklusjon svarte en tredjedel bekreftende på å ha kroniske fysiske skader eller sykdommer som påvirket daglig funksjon. Andelen som svarte ja på spørsmålet «har lege sagt du skal bruke medikamenter regelmessig for noen fysisk skade eller sykdom» økte fra 18 % ved inntak til 28 % etter ti år.

PUT-gruppen økte regelmessig bruk av medikamenter for fysisk sykdom eller skade mest, fra 10 til 30 %. De voksne fra døgntiltakene hadde en forholdsvis jevn økning i anbefalt regelmessig medikasjon fra 19 til 26 %, mens det var LAR-gruppen som rapporterte høyest andel ved hvert intervju. Andelen LAR-klienter som oppga anbefalt regelmessig medikasjon for fysisk skade eller sykdom økte fra 24 ved inntak til 40 % ved endt observasjon.

Somatiske plager siste 30 dager

Både ved inntak til behandling og ved hver oppfølging ble informantene spurt om hvor mange dager de hadde vært plaget av kroppslige problemer siste 30 dager før intervju og hvor bekymret og/eller plaget de hadde vært for disse fysiske problemene (skala mellom 0–4).

Tabell 6.4.2 Fysiske plager siste 30 dager for hele utvalget, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen plager	60	62	64	63	61
1-7 dager	9	7	9	8	7
8-14 dager	6	7	4	5	3
15-30 dager	25	24	23	24	29
Total	100	100	100	100	100

Andelen som ikke hadde opplevd noen fysiske plager siste måned før hvert intervju lå stabilt rundt 60 % i løpet av hele observasjonstiden. Det var ingen kjønnsforskjeller ved noen av intervjutidspunktene. Andelen som svarte at de hadde kroppslige plager mellom 15-30 dager siste måned før hvert intervjutidspunkt var rundt en fjerdedel frem til tiårsoppfølgingen, da den økte svakt mot 30 %.

Tabell 6.4.3 Plaget og/eller bekymret for fysiske problemer siste 30 dager for hele utvalget, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen plager/bekymringer	53	63	65	65	63
Lite/moderate plager/bekymringer	31	22	21	15	15
Store/svært store plager/bekymringer	16	15	14	20	22
Sum	100	100	100	100	100

Det var en viss økning for andelen som ikke hadde opplevd fysiske plager eller bekymringer gjennom observasjonstiden, for utvalget som helhet. Andelen som viste lite eller moderate plager ble halvert, mens andelen som rapporterte betydelige/svært store plager eller bekymringer økte noe og lå i overkant av 20 % etter ti år. Det var ingen kjønnsforskjeller bortsett fra ved andre oppfølging da kvinnene ga uttrykk for større plager/mer bekymring enn mennene ($p < 0.05$).

Som forventet var det også her betydelig variasjon mellom behandlingsgruppene. LAR-klientene rapporterte mest fysiske belastninger, og andelen holdt seg forholdsvis stabil med rundt 30 % ved alle måletidspunktene. Kollektiv- og PUT-gruppen hadde den største økningen i rapporterte fysiske plager, fra henholdsvis 3 til 14 % og 13 til 27 %.

Composite Score for fysiske helseproblemer

Tabell 6.4.4 Composite score for fysiske helseproblemer for hele utvalget, kvinner og menn og de ulike rekrutteringsgruppene i løpet av observasjonstiden (skala 0–1)

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Alle	0.25	0.22	0.21	0.24	0.27	ns
Kvinner	0.26	0.23	0.25	0.25	0.30	ns
Menn	0.25	0.21	0.19	0.24	0.26	ns
Unge i kollektivene	0.07	0.15	0.17	0.21	0.14	ns
PUT	0.20	0.15	0.15	0.23	0.30	ns
Voksne i døgntiltak	0.25	0.22	0.19	0.23	0.26	ns
LAR	0.38	0.34	0.40	0.30	0.34	ns

*P-verdi: t-test, sammenligning av gjennomsnitt mellom inntak og ti års intervju

CS viser at det var forholdsvis stabile skalanivåer gjennom observasjonsperioden for somatiske problemer. Det var ingen signifikante endringer verken i utvalget som helhet, eller med hensyn til fordeling på kjønn eller rekrutteringsgruppe. Det var en viss rapportert problemreduksjon ved de to første oppfølgingstidspunktene og deretter en stigning mot endt observasjonstid for utvalget som helhet. Kjønnforskjellen var ubetydelig ved inntak til behandling. Etter ti år viser CS en noe høyere skåre for kvinner enn for menn. Problemnivået for de yngste og PUT-klientene økte mot siste oppfølging, mens første og siste måling for de voksne døgntakientene var omtrent lik. LAR-gruppen skiller seg ut med langt høyere gjennomsnittsskåre for fysiske lidelser, men ingen økning fra inklusjon til endt observasjon.

6.5 Psykisk helse

Endring av psykiske vansker tar utgangspunkt i de tre instrumentene, EuropASI, SCL-25 og MCMI-II.

6.5.1 Psykiske vansker kartlagt ved EuropASI

Som nevnt innledningsvis, forsøker man gjennom EuropASI å måle depresjon, angst og hallusinasjoner som ikke er direkte rusattribuert. Ved vurdering av endring gjennom observasjonsperioden må vi likevel ta forbehold om at det kan være vanskelig for informantene å vite hvorvidt psykiske symptomer er relatert til rusmiddelbruk eller ikke. Spørsmålene om voldelig atferd og selvmordsforsøk inkluderer rusrelaterte hendelser.

I tabell 6.5.1.1 vises andelen som opplevde psykiske symptomer/problemer siste år og siste 30 dager før intervju. Inntaksintervjuet har tidsreferansen «tidligere i livet» i tillegg til «siste 30 dager», og det foreligger ikke ett års informasjon ved inntak. Signifikanstest er derfor gjort kun for informasjonen innenfor siste 30 dager.

Tabell 6.5.1.1 Opplevde psykiske symptomer/problemer siste år og siste 30 dager, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Deprimert siste år		42	39	45	43	
Deprimert siste 30 dager	33	20	22	28	21	<0.001
Alvorlig angst siste år		66	62	51	54	
Alvorlig angst siste 30 dager	39	19	24	37	33	<0.05
Hallusinasjoner siste år		10	5	11	8	
Hallusinasjoner siste 30 dager	8	4	3	7	3	<0.001
Vansker med å konsentrere seg/ forstå/ huske siste år		36	37	54	60	
Vansker med å konsentrere seg/ forstå/huske siste 30 dager	37	29	31	51	52	<0.05
Problemer med voldelig atferd siste år		12	9	9	9	
Problemer med voldelig atferd siste 30 dager	8	6	5	5	7	ns
Forskrevet med. for psykiske vansker siste år		19	26	35	40	
Forskrevet med. for psyk. vansker siste 30 dager	17	14	19	31	35	<0.001
Selvordstanker siste år		27	25	28	25	
Selvordstanker siste 30 dager	20	14	10	16	9	<0.001
Selvordsforsøk siste år		7	7	9	6	
Selvordsforsøk siste 30 dager	3	1	1	2	1	<0.05

*P-verdi: Pearson Chi-2 test for sammenligning av gjennomsnitt mellom inntak og ti års intervju

Depresjon

Ved inklusjon oppga 61 % at de tidligere i livet hadde hatt depresjonssymptomer av minst to ukers varighet. Rapportering av depresjon innenfor siste år før oppfølgingsintervjuene holdt seg forholdsvis stabil, mellom 39 og 45 %.

Det var liten forskjell i andelen deprimerte i de årene da mange av klientene fortsatt var i behandling i forhold til senere (tabell 6.5.1.1). Kjønnforskjellene var ubetydelige, bortsett fra det første året etter inklusjon da kvinnene skåret signifikant høyere enn mennene (49 % vs. 38 %, $p < 0.05$). For andel angitt depresjon «siste 30 dager» var det en

reduksjon fra ca. en tredjedel til en femtedel ved første og andre måletidspunkt. Nedgangen holdt seg forholdsvis stabil gjennom observasjonstiden bortsett fra en viss økning etter syv år.

Angst

Mange studier viser høyt samsvar mellom forekomst av angst- og depresjons-symptomer (Dahl et al., 2002, Grant et al., 2004,) og slik er det også i denne undersøkelsen. Ved inntak oppga 58 % at de tidligere i livet hadde hatt alvorlige symptomer på angst. Det var en viss reduksjon i andelen som oppga alvorlig angst innenfor siste år fra første til siste oppfølging (fra 66 til 54 %), men forekomsten er likevel høy. En redusert andel av klientene rapporterte angstsymptomer siste 30 dager før første og annen oppfølging, men deretter en økning. På samme måte som ved depresjon, var det ingen forskjeller i rapportering av angst mellom kvinner og menn i løpet av observasjonstiden, bortsett fra siste år før ettårsoppfølgingen, da kvinnene skåret signifikant høyere enn mennene (41 % vs. 30 %, $p < 0.05$). Målingen av angst innenfor siste 30 dager viser en betydelig reduksjon av angstplager ved de to første oppfølgingene og deretter en økning.

Hallusinasjoner

20 % av alle svarte ved inntak at de hadde opplevd hallusinasjoner tidligere i livet. Tabell 6.5.1.1 viser en noe varierende andel mellom 5 og 11 % som rapporterte hallusinasjoner innenfor tidsvinduet «siste år» før oppfølgingsintervjuene. Det kan som nevnt være vanskelig utfra denne målemetoden å separere hva som primært er psykotiske reaksjoner uavhengig av ruseksponering og hva som er rusutløste hallusinasjoner. Målt innenfor siste 30 dager ser man en signifikant reduksjon i hallusinasjoner mellom inntak og endt observasjon. Andelen med hallusinasjoner har imidlertid fluktuert noe innenfor et så kort tidsrom som 30 dager før oppfølgingsintervjuene.

Vansker med forståelse, konsentrasjon og/eller hukommelse

Omtrent halvparten oppga at de tidligere i livet hadde hatt alvorlige problemer med å forstå, med å konsentrere seg og/eller problemer med hukommelse. Ett og to år etter inklusjon rapporterte en langt lavere andel slike problemer innenfor siste år (ca. 37 % i tabell 6.5.1.1). Andelen økte igjen ved syv- og tiårsoppfølgingen, og var 60 % ved endt observasjonstid. Informasjonene innenfor siste 30 dager viste samme tendens. Vi fant ingen kjønnsforskjeller.

Voldelig atferd

38 % rapporterte at de tidligere i livet hadde hatt problemer med å kontrollere voldelig atferd (inkludert direkte rusrelatert voldelig atferd). Ett og to år etter inntak oppga henholdsvis 12 og 9 % problemer med voldelig atferd siste år (tabell 6.5.1.1). Omfanget holdt seg stabilt fra andre oppfølging til endt observasjonstid, og heller ikke her ble det funnet kjønnsforskjeller.

Forskrivning av medikamenter

Over 40 % svarte ved inntak til behandling at de noen gang hadde fått forskrevet medikamenter for et psykisk/følelsesmessig problem. Ved ett- og toårsintervjuene var andelen som rapporterte slik forskrivning siste år henholdsvis en femtedel og en fjerdedel (tabell 6.5.1.1). Andelen økte til 40 % i året forut for endt observasjon. Det var ingen kjønnsforskjeller ved noen av intervjuetidspunktene. Andelen som oppga å ha fått forskrevet medikamenter for psykiske vansker innenfor siste 30 dager viste signifikant økning fra inntak til avsluttet observasjon.

Alvorlige tanker om å ta sitt eget liv og selvmordsforsøk

Ved inklusjon oppga hele 62 % at de tidligere i livet hadde hatt tanker om å ta sitt eget liv (inkludert under påvirkning av rusmidler og ved abstinens). Ca. en fjerdedel rapporterte om selvmordstanker siste år før ett- og toårsoppfølgingen og andelen holdt seg stabil gjennom observasjonstiden (tabell 6.5.1.1). Siste år før syvårs rapporterte mennene i utvalget signifikant oftere enn kvinnene at de hadde hatt alvorlige tanker om å ta sitt eget liv (32 vs. 20 %, $p < 0.05$). Det var ellers ingen betydelige kjønnsforskjeller. Andelen med selvmordstanker innenfor siste 30 dager viste en signifikant reduksjon fra inntak til endt observasjon.

Mer enn 40 % svarte at de tidligere i livet hadde gjort ett eller flere forsøk på å ta sitt eget liv. Av de som hadde gjort selvmordsforsøk svarte tre fjerdedeler at de hadde gjort slike forsøk mellom en og tre ganger, mens en fjerdedel rapporterte at de hadde forsøkt å begå selvmord fire ganger eller mer. Det var ingen kjønnsforskjeller.

Ved de fire oppfølgingsintervjuene var andelen som oppga selvmordsforsøk siste år noenlunde stabil og under 10 % (tabell 6.5.1.1). Flere av de kvinnelige informantene enn av de mannlige rapporterte selvmordsforsøk i året før første oppfølging (13 vs. 6 %, $p < 0.05$). Ved dette tidspunktet oppga også betydelig flere kvinner enn menn depresjon og angst.

I tabell 6.5.1.2 vises en oversikt over svar på spørsmålet «i hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd disse psykiske vanskene» (vansker som er fremstilt i tabell 6.5.1.1).

Tabell 6.5.1.2 Psykiske/følelsesmessige problemer siste 30 dager for hele utvalget, prosent

Antall dager	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
0	44	56	51	41	44
1-14	16	19	19	15	12
15-30	39	24	30	44	44
Total	100	100	100	100	100

Andelen som ikke rapporterte psykiske vansker siste 30 dager før intervju, var i overkant av 40 % både ved inntak og etter syv og ti år (tabell 6.5.1.2). Det var flere uten psykiske problemer ved ett- og toårsoppfølgingen, og det er naturlig å se dette i sammenheng med den store andelen som da fremdeles var i behandling. Samme tendens viste seg for de som hadde opplevd psykiske vansker mer enn halvparten av de siste 30 dagene. Andelen var lavere etter ett og to år, for så å øke til noe over utgangsnivået ved endt observasjonstid.

Den subjektive opplevelsen av psykiske og/eller følelsesmessige problemer er videre målt ved hjelp av en fempunktets skala. Som i tabell 6.4.3 er skalaen omkodet til tre nivåer for plager/bekymringer.

Tabell 6.5.1.3 Plaget og/eller bekymret for psykiske/følelsesmessige problemer siste 30 dager, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen plager/bekymringer	32	55	53	46	49
Lite/moderate plager/ bekymringer	28	22	21	19	16
Store/svært store plager/ bekymringer	40	23	26	35	35
Sum	100	100	100	100	100

Andelen som ikke hadde vært plaget eller bekymret for psykiske vansker siste 30 dager før hvert oppfølgingstidspunkt, viste en økning gjennom observasjons-

perioden og var ved siste intervju ca. 50 %. De som rapporterte lite eller moderate plager ble også færre i løpet av tiårsperioden, mens 35 % opplevde store/svært store plager eller bekymringer både ved syv- og tiårsoppfølgingen, etter en reduksjon ett år etter inklusjon. Det var ingen kjønnsforskjeller på noen av tidspunktene for den andelen som hadde store/svært store plager eller bekymringer.

Ved inntak svarte nærmere 50 % av de unge fra kollektivene at de hadde store/svært store plager/bekymringer relatert til psykiske/følelsesmessige problemer. Imidlertid hadde ungdomsgruppen den største reduksjonen i opplevde psykiske vansker, og ved endt observasjonstid var det under 20 % som rapporterte plager på dette nivået.

Omtrent 50 % av PUT-klientene oppga også store/svært store psykiske vansker ved inklusjon. Endringen for denne gruppen var positiv, og ved endt observasjonstid var andelen 35 %. Det samme gjaldt for de voksne fra døgntiltakene etter ti år. Imidlertid var ikke endringen her like stor da andelen som rapporterte store/svært store plager/bekymringer for psykisk helse ved inklusjon var lavere (40 %).

LAR-gruppen skilte seg ut ved å rapportere den laveste andelen med de alvorligste plagene/bekymringene for psykiske vansker ved inntak. Dette var annerledes enn forventet, og kan ha forskjellige forklaringer. En årsak kan være at LAR-klientene var i en fase av oppstemthet og positiv forventning til behandling med substitusjonsmedikamenter og at dette farget svarene. En annen kan være at de gjennom svært lang tid med tung opiatbruk vanskelig kunne skille mellom de psykiske plagene og den generelle forkommenhetstilstanden som de i stor grad tilskrev rusmiddelbruken. Vi ser imidlertid at en økende andel av LAR-klientene gjennom årene ga uttrykk for store/svært store plager/bekymringer for egen psykisk helse. Ved endt observasjonstid formidlet nærmere 50 % slike plager.

Tabell 6.5.1.4 Composite Score for psykisk helse, hele utvalget, kvinner og menn og de ulike rekrutteringsgruppene i løpet av observasjonstiden (skala 0–1)

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Alle	0,27	0,16	0,18	0,27	0,25	ns
Kvinner	0,30	0,17	0,18	0,25	0,28	ns
Menn	0,25	0,16	0,18	0,28	0,25	ns
Unge i kollektiv	0,31	0,16	0,14	0,24	0,13	<0,001
PUT	0,33	0,17	0,16	0,25	0,26	ns
Voksne i døgntiltak	0,26	0,15	0,16	0,26	0,24	ns
LAR	0,19	0,22	0,29	0,37	0,33	<0,01

*P-verdi: t-test for sammenligning av gjennomsnitt mellom inntak og ti års intervju

Tabell 6.5.1.4 viser at gjennomsnittskåren for hele utvalget ble betydelig redusert fra inklusjon til første oppfølging målt i siste 30 dager. Skåren var omtrent den samme ved toårsintervjuet, mens den etter syv og ti år nærmest hadde økt til inntaksnivået. Kvinnene hadde noe høyere problembelastning ved inntak enn mennene, men begge kjønn fulgte samme mønster for redusert belastning ved første og annen oppfølging, og deretter en økning. Mennene hadde samme CS skårer ved endt observasjonstid som ved inklusjon, og vi ser samme tendens hos kvinnene.

De unge fra kollektivene, PUT-klientene og de voksne døgntilbudene hadde nærmest identisk utviklingstendens for psykiske vansker målt ved CS ved de to første oppfølgingstidspunktene, det vil si en sterk reduksjon. Etter ti år hadde de unge fra kollektivene en lav skåre og en signifikant positiv endring fra inklusjon, selv om gruppen kom ut med en høyere skåre ved syvårsoppfølgingen. Både klientene fra PUT og de voksne døgntilbudene fikk en økning i belastningsskåre både ved syv- og tiårsintervjuet og hadde således ingen signifikant positiv endring fra inklusjon til avsluttet observasjon. CS synes å fange opp en økning i den psykiske problembelastningen for LAR-klientene over tid.

6.5.2 Psykisk helse rapportert ved SCL-25

Klienter som skårer over 1,0 på en av de tre skalaene på SCL-25 regnes som i behov av behandling for angst og/eller depresjon. Siden det er så høy samvariasjon mellom depresjon og angst brukes ofte Global Symptom Index (GSI) som et uttrykk for et samlet symptommål. Andelen med skår over 1,0 var forholdsvis lik gjennom hele observasjonstiden. Ved inntak hadde ca. 50 % en GSI-skår på over 1,0. Ved de to første oppfølgingstidspunktene var andelen redusert til 43 % for deretter å øke til 50 % igjen ved syv- og tiårsmålingene. Det var ingen betydelige kjønnsforskjeller på noen av skalaene ved noe intervjuetidspunkt.

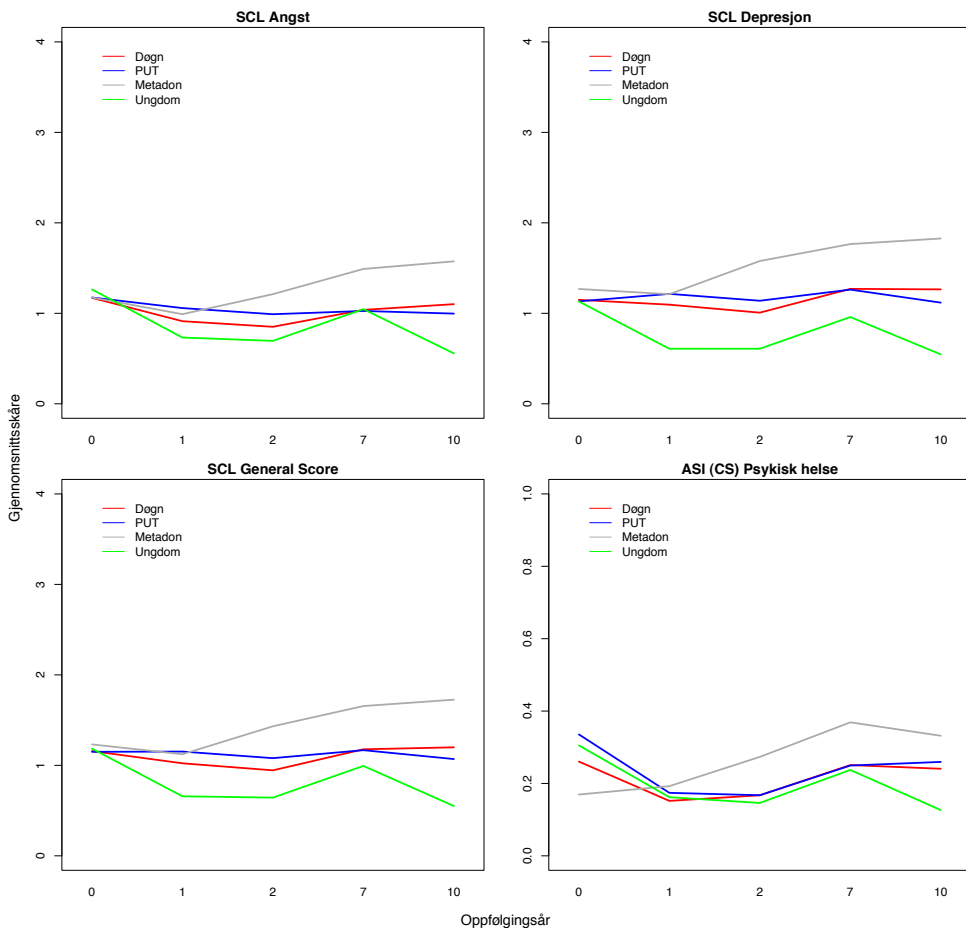
Tabell 6.5.2.1 Gjennomsnittsverdier for depresjon, angst og GSI for hele utvalget ved inntak og gjennom observasjonstiden

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Depresjon	1,16	1,11	1,11	1,32	1,27	ns
Angst	1,17	0,95	0,96	1,12	1,12	ns
GSI	1,16	1,04	1,05	1,23	1,21	ns

*P-verdi: t-test for sammenligning mellom inntak og ti års intervju

Gjennomsnittsskåren for depresjon, angst og GSI ved inntak til behandling var høyere enn 1,0 for hele utvalget. En reduksjon for alle tre symptomskårer fant sted ved første og annen oppfølging, for så å øke mot syv- og tiårsintervjuene. Den gjennomsnittlige skåren for depresjon hadde størst økning ved syvårsoppfølgingen, og lå ved endt observasjonstid over inntaksskåren. Samme tendens fremkommer for samleskåren GSI. Utvalget hadde en høyere gjennomsnittsskåre etter ti år enn ved inklusjon. For den gjennomsnittlige angstskåren var det en viss reduksjon fra inntak og til siste intervju. Men det var altså ingen signifikante forskjeller mellom gjennomsnittsskårene for depresjon, angst og GSI ved inntak til behandling og etter ti år.

Figur 6: Gjennomsnittsskårer for SCL-25 og Composite Scores for de ulike rekrutteringsgruppene ved inntak og ved oppfølgingsintervjuene.



I figur 6 visualiseres endringen i angst, depresjon og GSI fra SCL-25 og Composite Score (CS) fra EuropASI for de fire rekrutteringsgruppene ved alle intervju-tidspunkter. Symptommålene fra SCL er uttrykt ved gjennomsnittskårer, mens CS viser endringen på skala mellom 0–1. For spredning i materialet, se vedlegg 1 og 2.

6.5.3 MCMI-II skårer ved inntak og syv år etter

MCMI ble benyttet ved inntak og ved syvårs-oppfølgingen. Som det fremkommer av tabell 6.5.3.1 var forekomsten på den enkelte MCMI skala ikke særlig forskjellig når vi sammenlignet andelen med skåre >84 (case = i behov av behandling) ved inntak med andelen for det samme utvalget etter syv år. Økningen var størst for antisosial personlighetsforstyrrelse og i det utagerende klusteret, samt for stoffavhengighet når det gjaldt kliniske symptomer.

Tabell 6.5.3.1 Prevalens av personlighetsforstyrrelser >84 og kliniske symptomer >84, ved inntak til behandling og etter syv år, prosent (n=343)

	Ved inntak (n=343)	Etter 7 år (n=343)
Schizoid	16	14
Unnvikende	27	26
Avhengig	14	15
Histrionisk	16	23
Narsissistisk	20	25
Antisosial	36	50
Aggressiv sadistisk	19	24
Tvangspreget	6	2
Passiv-aggressiv	31	45
Selv-nedvurderende	20	20
Alvorlige PF		
Schizotypal	10	8
Borderline	22	27
Paranoid	5	3
Kliniske symptomer		
Angst	34	34
Somatoform	6	4
Bipolar-manisk	4	6
Dystymi	38	35
Alkohol-avhengighet	23	29
Stoff-avhengighet	41	51
Alvorlige kliniske symptomer		
Tankeforstyrrelser	5	4
Alvorlig depresjon	4	4
Vrangforestillinger	2	1

Man bør imidlertid være forsiktig med å vurdere endringer kun i andelen case i underutvalget som helhet. Den mest korrekte måten å se om endringer har funnet sted er å sammenligne MCMI-skårer ved inntak til behandlingen og syv år senere for de samme personene parvis. Det gjør en ved å foreta en paret t-test som innebærer at skårene til samme person blir sammenlignet ved to tidspunkter (tabell 6.5.3.2).

Tabell 6.5.3.2 Gjennomsnittsverdier på MCMI-II personlighetsdimensjoner ved inntak til behandlingen og syv år senere, paret t-test (n=343)

	Inntak	7 år	t-verdi	*p-verdi
Schizoid	63	62	1	ns
Unnvikende	72	68	2	<0.05
Avhengig	49	49	- 0.2	ns
Histrionisk	70	66	4	<0.001
Narsissistisk	70	63	5	<0.001
Antisosial	85	79	6	<0.001
Aggressiv (sadistisk)	69	64	4	<0.001
Tvangspreget	46	56	- 8.1	<0.001
Passiv-aggressiv	79	69	6	<0.001
Selvnedvurderende	71	68	2	<0.05
Schizotypal	63	62	1	ns
Borderline	76	70	4	<0.001
Paranoid	62	59	2	<0.05

*P-verdi: paret t-test for sammenligning mellom inntak og syv års intervju

Som det går frem av tabell 6.5.3.2, er det en signifikant endring i alle skårene på personlighetsdimensjonene bortsett fra på schizoid, avhengig og schizotypal. Endringene består i at alle skårene er redusert signifikant etter syv år, bortsett fra på tvangspreget PF hvor skårene øker. Ved bruk av denne typen test er det imidlertid viktig å være klar over at med et såpass stort utvalg som her, skal det små endringer til før de blir signifikante. Det viktigste funnet i tabellen er derfor at gjennomsnittsverdiene på alle MCMI-skålene for PF er ganske *stabile* etter syv år. Det vil si at de fleste personene i utvalget (n=343) ifølge MCMI har endret seg lite personlighetsmessig gjennom den syvårige observasjonstiden. Fortsatt har de fleste skårene på personlighetsdimensjonene en gjennomsnittsverdi på 60 og over, hvilket indikerer at ulike former for emosjonelle problemer fortsatt preger gruppen som helhet. Imidlertid viser tabellen en svak tendens til positiv utvikling, da høyere skårer på den tvangspregede dimensjonen ifølge DSM-III-R er et uttrykk for større tilpasning (Millon, 1987), samt at reduksjonen er størst på det utagerende clusteret med dimensjonene narsissistisk og antisosial samt på passiv-aggressiv. Også skårene på borderline går noe ned.

Når det gjelder de ulike rekrutteringsgruppene, og hvordan de skåret på MCMI etter 7 år, er tendensen den samme (tabell 6.5.3.3). De gruppene som skåret høyest på de enkelte dimensjonene ved inntak, gjorde det også etter syv år. Fortsatt var skårene på antisosial PF den høyeste i alle rekrutteringsgruppene, og høyest i kollektivgruppen og lavest blant PUT-klientene. Kollektivgruppen hadde også de høyeste skårene på passiv-aggressiv, histrionisk og borderline PF. For øvrig var den generelle tendensen etter syv år en reduksjon i skårene på disse PF-dimensjonene i alle gruppene sammenlignet med skårene ved inntak til behandling.

Funnene er interessante sett på bakgrunn av at litteraturen om stabilitet i PF viser at endringer kan skje når samme personer blir målt på ulike tidspunkt med intervaller fra et halvt til flere år imellom (Wilberg, 2001). Som oftest handler det om mindre endringer, og årsakene kan være flere, som for eksempel at en ikke greier å skille godt nok mellom personlighetsproblemer og mer forbigående symptomlidelser. Det kan også dreie seg om målefeil eller at PF er et mer dynamisk fenomen enn antatt.

Et annet viktig funn fra våre MCMI-data som er omtalt i en tidligere publikasjon (Ravndal & Vaglum, 2012), viser at det gir dårlig prediktiv validitet å basere seg kun på kategorielle personlighetsforstyrrelser rapportert ved inntak til behandling. Derimot viser *nivået* på personlighetsdimensjonene å være ganske stabilt over en syvårsperiode, både i gruppen som bruker rusmidler og i den rusfrie gruppen. Dette samsvarer godt med tendensen i andre undersøkelser av personlighetsforstyrrelser hvor en ser at dimensjonelle mål for PF er noe mer stabile enn kategoriske diagnoser, og at stabiliteten gjerne avtar noe med lengden på intervallene mellom målingene (Wilberg, 2001).

Sammenfattet viser våre funn at MCMI sannsynligvis har fanget opp relativt stabile beskrivelser av utvalgets personlighetsdimensjoner, og at de for en betydelig andel vitner om store utfordringer både generelt mellommenneskelig og behandlingsmessig.

Tabell 6.5.3.3 Prevalens av personlighetsforstyrrelser etter 7 år målt ved MCMI skåre >84 for alle og for de ulike rekrutteringsgruppene, prosent

	Alle (n=343) (%)	Ungdom i kollektiver (n=25) (%)	PUT (n=75) (%)	Voksne i døgntiltak (n=189) (%)	LAR (n=54) (%)
Schizoid	16	8 a)	21	12	26
Unnvikende	27	16	27	27	35
Avhengig	14	12	17	14	11
Histrionisk	16	40 b)	20	13	9
Narsissistisk	20	20	21	19	24
Antisosal	36	56	29	35	43
Aggressiv sadistisk	19	20	16	18	26
Tvangspreget	6	0	4	6	11
Passiv-aggressiv	31	40	24	34	26
Selv-nedvurderende	20	16	21	20	17
Schizotypal	10	8	12	7	15
Borderline	22	28	19	23	22
Paranoid	5	4	4	4	7

P-verdi: Pearsons Chi 2 test for sammenligning mellom rekrutteringsgrupper a) = $p < 0.05$ b) = $p < 0.01$

6.6 Bruk av rusmidler/medikamenter

EuropASI har gjennomgående «siste 30 dager» som tidsvindu for rusmiddelbruk, og spørsmålene omfatter hvor mange dager de ulike rusmidlene/medikamentene er brukt. For å kunne måle bruken i et noe lengre tidsbilde, la vi ved oppfølgingsintervjuene inn spørsmål om siste tolv måneder fordelt på to seks måneders intervaller. I tillegg til endringen i rusmiddel/medikamentbruk siste 30 dager, fremstilles i dette kapitlet også bruk innenfor siste seks måneder før hvert oppfølgingsintervju. Seksmåneders-målingen er gjort ved hjelp av frekvenskategorier.

Bruk av rusmidler/medikamenter siste 30 dager i løpet av observasjonstiden

Vi fremstiller først andelen som rapporterer å ha brukt de forskjellige rusmidlene/medikamentene siste 30 dager før inntak og før hvert oppfølgingsintervju.

Tabell 6.6.1 Bruk av rusmidler/medikamenter siste 30 dager for hele utvalget, prosent.

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Heroin	62	30	28	16	16	<0.001
Metadon/buprenorfin	4	19	25	41	47	<0.001
Andre opiater	22	14	11	18	10	<0.001
Amfetamin	34	17	16	22	19	<0.001
Sedativer/hypnotika	51	30	34	37	37	<0.001
Cannabis	59	36	40	43	45	<0.001
Kokain	5	5	5	5	5	ns
Alkohol til beruselse	18	15	15	27	25	<0.05

*P-verdi: Pearson Chi-2 test for sammenligning mellom inntak og ti års intervju

Det rapporteres (tabell 6.6.1) betydelige endringer i rusmiddelbruk i løpet av observasjonsperioden. Andelen som brukte de ulike rusmidlene ble kraftig redusert fra inntak til første og andre oppfølging etter henholdsvis ett og to år. Denne endringen kan sees i sammenheng med at mange fortsatt var i behandling. Den mest markante endringen var i andelen som brukte heroin og amfetamin. Når det gjelder heroin, fortsatte andelen brukere å synke, og mellom to- og tiårsoppfølgingen var den ytterligere betydelig redusert.

Mens bruken av heroin viste sterk nedgang, sees en tilnærmet motsatt utvikling når det gjelder substitusjonsmedisin. Andelen brukere har økt fra 4 % til 47 % på ti år. Denne utviklingen henger sammen med endret behandlingspolitikk og lettere tilgang til LAR-behandling for opioid avhengige. 10 % oppga bruk av andre opiater, etter ti år. Andelen var noe varierende mellom intervjutidspunktene, men ved avsluttet observasjon var andelen som oppga inntak av andre opiater halvert sammenlignet med tiden før inklusjon.

Nærmere 60 % svarte at de hadde brukt cannabis siste 30 dager før inntak. En betydelig reduksjon ble rapportert etter ett år, men deretter sees en svak økning i andelen som bekreftet cannabisbruk frem mot endt observasjonstid. Det var allikevel en lavere andel som oppga bruk av cannabis etter ti år enn ved inklusjon.

Bruk av sedativer/hypnotika har nesten samme endringsmønster som for cannabis. Omtrent halvparten brukte slike preparater ved inntak. Ved ettårsintervjuet var det en betydelig nedgang. Deretter ser vi en liten økning frem mot tiårsoppfølgingen, men andelen var lavere enn ved inntak. Andelen brukere av kokain var lav og stabil gjennom hele tiårsperioden.

En fjerdedel svarte at de hadde drukket seg beruset på alkohol siste 30 dager før siste intervju. Andelen økte noe fram mot de to siste oppfølgingene.

Tabell 6.6.2 Bruk av rusmidler/medikamenter ved de ulike måletidspunktene, fordelt på kjønn, prosent

	Kjønn	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Heroin	Kvinner	58	22	25	13	9
	Menn	64	34	30	18	20
Substitusjonsmed.	Kvinner	4	18	31	38	42
	Menn	4	19	23	43	50
Andre opiater	Kvinner	21	13	9	22	14
	Menn	23	15	12	17	8
Amfetamin	Kvinner	31	14	12	20	16
	Menn	36	19	18	22	20
Sedativer/hypnotika	Kvinner	58	27	33	30	33
	Menn	47	31	35	40	40
Cannabis	Kvinner	53	32	34	33	36
	Menn	62	39	43	48	49
Kokain	Kvinner	6	6	2	6	8
	Menn	5	4	6	5	3
Alkohol til beruselse	Kvinner	18	15	14	28	29
	Menn	18	16	15	27	23

En større andel av mennene enn av kvinnene brukte heroin på alle tidspunkter. Kjønnforskjellen var størst ved tiårsintervjuet. Vi ser samme tendens for bruk av substitusjonsmedikamenter med unntak av to år etter inklusjon, og kjønnforskjellen er ikke like stor som for heroinbruk. Når det gjelder andre opiater, rapporterte en større andel av kvinnene enn mennene slik bruk ved de to siste oppfølgingene. For amfetamin var det ved alle måletidspunkter en høyere andel menn enn kvinner som oppga bruk. Flere av kvinnene svarte at de hadde brukt sedativer/hypnotika ved inklusjon (58 vs 47 %). Andelen blant kvinnene ble imidlertid betydelig redusert i observasjonstiden og kjønnforskjellen endret seg. Etter syv og ti år var det flest av mennene som rapporterte bruk av disse medikamentene. Cannabis ble i større grad brukt av mennene enn av kvinnene ved alle måletidspunktene, mens kjønnforskjellene varierte når det gjaldt kokainbruk. Etter ti år var det en større andel av kvinnene som oppga bruk av kokain, men her er det gjennomgående små tall. Forskjellen mellom kjønnene var liten når det gjaldt beruselse med alkohol. Andelen var noe høyere for kvinner etter ti år.

Bruk av sprøyter

Bruk av sprøyter er særlig knyttet til inntak av heroin og amfetamin, men også til morfinstoffer og sedativer/hypnotika. Tabell 6.6.3 viser at antall personer med sprøytebruk ble halvert fra inntak til to års oppfølging. En ytterligere reduksjon fant sted frem mot avsluttet observasjon.

Tabell 6.6.3 Bruk av sprøyter minst en gang i løpet av siste 30 dager og injisering av stoff/medikamenter daglig, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Brukt sprøyter siste 30 dager	69	32	32	17	21	p<0.001
Daglig bruk av sprøyter	41	8	12	6	6	p<0.001

*P-verdi: Pearson Chi-2 test for sammenligning mellom inntak og ti års intervju

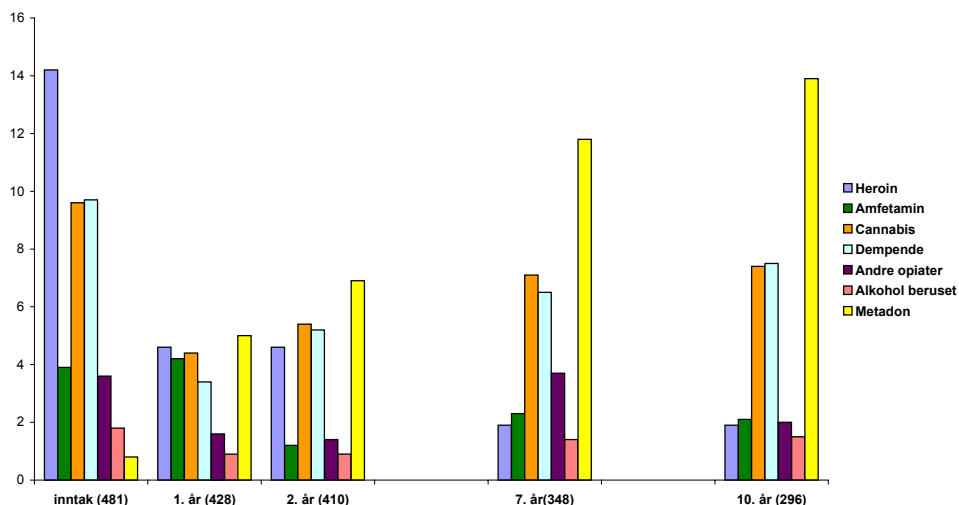
Ved observasjonstidens slutt svarte en femtedel at de hadde brukt sprøyter siste 30 dager, en reduksjon fra nærmere 70 % ved inklusjon. For daglig bruk av sprøyter var andelen redusert fra 41 til 6 % etter ti år. Endringen er signifikant mellom inntak og siste oppfølging for både bruk og daglig bruk av sprøyter siste 30 dager før intervjuene.

Antall dager i gjennomsnitt brukt rusmidler/medikamenter siste 30 dager

Etter å ha beskrevet endringen i rusmiddel/medikamentbruk gjennom andelen av utvalget som har benyttet de ulike rusmidlene i løpet av observasjonstiden, ser vi nå på hvor mange dager i gjennomsnitt de ulike rusmidlene/medikamentene ble rapportert brukt siste 30 dager av hele utvalget før hvert intervju. Dette illustreres i figur 7.

Antall dager brukt heroin siste 30 dager ble redusert fra et gjennomsnitt på nærmere femten dager til i overkant av to dager etter ti år. Den største reduksjonen fant sted mellom inntak og første oppfølging. Deretter var det en betydelig nedgang mellom annen og tredje oppfølging. Gjennomsnittlig antall dager informantene brukte substitusjonsmedisin økte ved hvert intervjutidspunkt og var ved avsluttet observasjon nær nivået for antall dager brukt heroin ved inklusjon. For andre opiater lå gjennomsnittlig bruk under fem dager ved alle måletidspunkter.

Figur 7: Gjennomsnittlig antall dager brukt forskjellige rusmidler/medikamenter av hele utvalget. Antall informater i parentes



Sedativer/hypnotika og cannabis følger i hovedsak samme mønster, dvs. en sterk nedgang i antall dager brukt fra inklusjon til første oppfølging og deretter en økning i gjennomsnitt for hele utvalget. Men også for disse to rusmidlene var det en reduksjon i bruk fra inntak til endt observasjon. Alkohol målt i gjennomsnittlig antall dager drukket seg beruset, viser en lav og tilnærmet stabil bruk ved de ulike måletidspunktene.

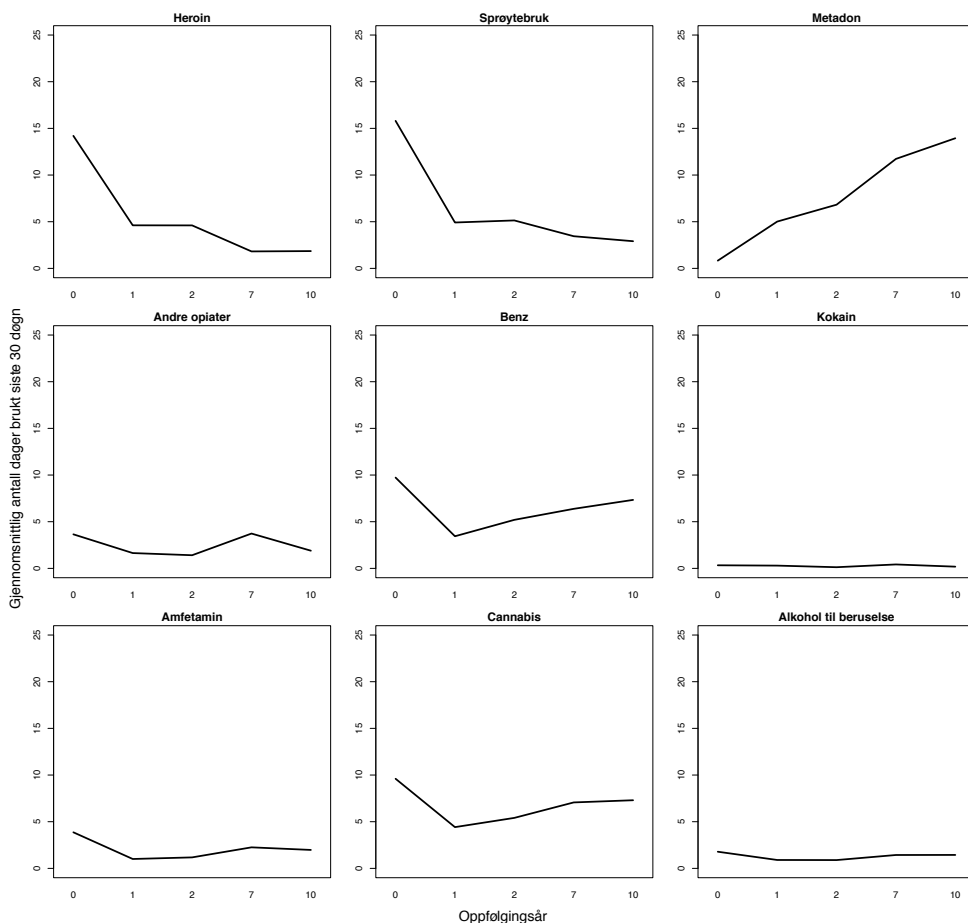
Den gjennomsnittlige endringen av antall dager brukt rusmidler/medikamenter vises også ved figur 8. Her er sprøytebruk inkludert.

Det er signifikante endringer mellom inntak og siste oppfølging (test: Mann Whitney Wilcox). For heroin $p < 0.001$, sprøytebruk $p < 0.001$, metadon $p < 0.001$, sedativer/hypnotika $p < 0.001$, cannabis $p < 0.001$.

For spredning i data for rusmiddelbruk siste 30 dager, se vedlegg 3, og for rusmiddelbruk siste 30 dager fordelt på kjønn, vedlegg 4.

Sprøytebruken hadde en tilnærmet lik utvikling som for inntak av heroin, men reduksjonen fra annen til tredje oppfølging var ikke like sterk, sannsynligvis fordi sprøyter også brukes for inntak av andre rusmidler enn heroin.

Figur 8:



Endringer i bruk av rusmidler/medikamenter siste 6 måneder i løpet av observasjonstiden for hele utvalget

Vi går nå over til å beskrive bruk av de enkelte rusmidlene/medikamentene gjennom et tidsvindu på seks måneder, og tar utgangspunkt i en frekvensfordeling på fire nivåer: ingen bruk, 2–3 ganger per måned, 1–3 ganger per uke og daglig/nesten daglig.

Tabell 6.6.4 Bruk av heroin siste 6 måneder før hvert oppfølgingsintervju, prosent

	1 år (n=481)	2 år (n=428)	7 år (n=410)	10 år (n=348)
Ingen bruk	48	54	75	75
2–3 ganger per måned eller sjeldnere	25	20	16	15
1–3 ganger per uke	9	10	3	5
Daglig/nesten daglig	18	16	6	5
Total	100	100	100	100

Tabell 6.6.4 viser den samme markante nedgangen i heroinbruk i løpet av siste seks måneder som ved siste 30 dager. Ved første oppfølging brukte omtrent halvparten fortsatt heroin, men en fjerdedel av disse brukte det kun 2–3 ganger per måned. Etter ti år var det 75 % som oppga ikke å ha brukt heroin siste seks måneder. Det var også et lavfrekvent bruksmønster (2–3 ganger per måned) hos de fleste av de som hadde et heroininntak ved endt observasjon, mens bare 5 % rapporterte daglig eller nesten daglig bruk både ved syv- og tiårsoppfølgingen.

Tabell 6.6.5 Bruk av substitusjonsmedikamenter siste 6 måneder før hvert oppfølgingsintervju, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen bruk	81	72	56	49
2–3 ganger per måned eller sjeldnere	2	4	6	1
1–3 ganger per uke	1	2	2	1
Daglig/nesten daglig	16	22	36	49
Total	100	100	100	100

Den sterke økningen i bruk av substitusjonsmedikamenter viser seg gjennom en daglig eller nesten daglig bruk over tidsperiodene som er målt. Ved første oppfølgingsundersøkelse rapporterte 16 % daglig bruk. Andelen avspeiler de 74 personene som på det tidspunktet begynte i LAR og fikk metadon daglig. Etter ti år brukte nesten halvparten av alle i utvalget substitusjonsmedisin daglig eller nesten daglig, og svært få hadde sporadisk bruk.

Tabell 6.6.6 Bruk av andre opiater siste 6 måneder før hvert oppfølgingsintervju, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen bruk	79	82	75	87
2-3 ganger per måned eller sjeldnere	12	9	10	5
1-3 ganger per uke	5	5	3	2
Daglig eller nesten daglig	4	4	12	6
Total	100	100	100	100

Andelen som brukte andre opiater ble gradvis redusert gjennom observasjonstiden, og nedgangen var betydelig mellom første og siste oppfølgingsintervju for de som benyttet disse preparatene sjelden. 8 % oppga imidlertid å ha brukt andre opiater enn heroin minst en dag i uken etter ti år.

Tabell 6.6.7 Bruk av amfetamin siste 6 måneder før hvert oppfølgingsintervju, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen bruk	69	72	70	75
2-3 ganger per måned eller sjeldnere	23	19	18	14
1-3 ganger per uke	6	6	6	6
Daglig/nesten daglig	2	3	6	5
Total	100	100	100	100

Når det gjelder bruk av amfetamin var det også en svak tendens mot en lavere andel som brukte rusmidlet i løpet av observasjonstiden. Bruksmønsteret innenfor seks månedersintervallet viser at det særlig var andelen med lavfrekvent bruk som ble redusert. Derimot synes det å være en forholdsvis stabil andel på ca. 10 % som brukte amfetamin minst en dag i uken i løpet av de siste seks månedene før hvert måletidspunkt.

Tabell 6.6.8 Bruk av sedativer/hypnotika siste 6 måneder før hvert oppfølgingsintervju, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen bruk	57	54	57	54
2-3 ganger per måned eller sjeldnere	19	18	17	14
1-3 ganger per uke	14	11	7	9
Daglig/nesten daglig	10	17	19	23
Total	100	100	100	100

Andelen som brukte sedativer/hypnotika holdt seg svært stabil og høy målt gjennom alle seksmånedersintervallene (43–46 %). Det fremtredende ved utviklingsmønsteret er at andelen som brukte disse medikamentene daglig/nesten daglig mer enn fordoblet seg gjennom de ti årene, fra en tiendedel til over en femtedel.

Tabell 6.6.9 Bruk av cannabis siste 6 måneder før hvert oppfølgingsintervju, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen bruk	51	49	50	47
2–3 ganger per måned eller sjeldnere	22	25	14	20
1–3 ganger per uke	14	14	14	11
Daglig/nesten daglig	13	12	22	22
Total	100	100	100	100

Det var en femtedel av alle som ved avsluttet observasjon rapporterte cannabisbruk 2–3 ganger i måneden eller sjeldnere. Den største endringen over tid var i det daglige/nesten daglige inntaket der andelen økte til over 20 %. Ved avsluttet observasjon oppga altså over en femtedel at de hadde hatt et daglig/nesten daglig inntak av cannabis siste seks måneder, mens en tredjedel hadde brukt cannabis minst en gang per uke.

Tabell 6.6.10 Bruk av kokain siste 6 måneder før hvert oppfølgingsintervju, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen bruk	88	87	87	92
2–3 ganger per måned eller sjeldnere	10	12	10	7
1–3 ganger per uke	1	1	2	0
Daglig/nesten daglig	1	0	1	1
Total	100	100	100	100

Brukere av kokain utgjorde en lav andel av utvalget ved alle måletidspunktene, også innenfor et seksmånedersvindu. En noe fluktuerende 10 % oppga kokainbruk to til tre ganger per måned eller sjeldnere.

Tabell 6.6.11 Bruk av alkohol til beruselse siste 6 måneder før hvert oppfølgingsintervju, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Ingen alkohol til beruselse	78	79	63	69
2-3 ganger per måned eller sjeldnere	17	14	26	21
1-3 ganger per uke	4	5	9	7
Daglig/nesten daglig	1	2	2	3
Total	100	100	100	100

Tabell 6.6.11 viser at nesten 70 % ikke hadde ruset seg på alkohol siste seks måneder før tiårsoppfølgingen. Rundt en femtedel rapporterte ett og to år etter inklusjon at de hadde drukket alkohol til beruselse i løpet av siste halvår. Det var en viss endring frem mot syv- og tiårsoppfølgingene, da tilsvarende andel på begge tidspunkter hadde økt til ca. en tredjedel. Imidlertid svarte de fleste av de som drakk seg beruset at de gjorde dette to til tre ganger i måneden eller sjeldnere. 10 % oppga å ha drukket seg beruset på alkohol minst en dag i uka i løpet av siste seks måneder før avsluttet observasjon.

Kostnader ved bruk av rusmidler/medikamenter

Et viktig mål for å vurdere endring i rusmiddelbruk er å se hvor omfattende egne utgifter til rusmidler/medikamenter har vært. I intervjuene ble det spurt om hvor mye penger den enkelte hadde brukt i løpet av siste 30 dager til rusmidler/medikamenter. Kronebeløpet som ble brukt til narkotika ved inntak var 16.000 kr. i gjennomsnitt. Etter ett år fra inklusjon var beløpet halvert, og det fortsatte å falle til endt observasjon. Det var også en reduksjon i kroner brukt til alkohol.

Bruk av ulike rusmidler/medikamenter siste 30 dager i løpet av observasjonstiden innen rekrutteringsgruppene

Vi går nå over til å beskrive hvordan rusmiddel-/medikamentbruken endret seg innen rekrutteringsgruppene gjennom ti år og presenterer først andelen som har brukt de ulike rusmidlene/medikamentene ved de forskjellige måletidspunktene (uavhengig av frekvens).

Tabell 6.6.12 Bruk av ulike rusmidler/medikamenter siste 30 dager før inntak og før hvert oppfølgingsintervju for rekrutteringsgruppene, prosent

	Unge i kollektiver							PUT							Voksne i døgntiltak							LAR			
	0	1	2	7	10	0	1	2	7	10	0	1	2	7	10	0	1	2	7	10	0	1	2	7	10
År	0	1	2	7	10	0	1	2	7	10	0	1	2	7	10	0	1	2	7	10	0	1	2	7	10
Heroin	16	3	7	12	0	31	29	29	15	18	73	30	27	16	14	82	45	40	22	27					
Subst.medikamenter	0	0	4	8	14	3	9	8	25	27	3	9	17	38	50	11	82	85	93	79					
Andre opiater	16	3	7	23	0	7	15	12	12	11	25	17	12	19	11	34	11	9	24	10					
Amfetamin	58	3	19	19	14	28	17	17	17	17	36	19	13	20	21	26	19	25	30	17					
Sedativer/hypnotika	48	10	19	23	24	33	32	35	35	26	54	26	26	32	37	65	53	69	61	58					
Cannabis	90	10	37	42	38	60	51	50	39	41	56	33	32	42	45	54	42	59	54	50					
Kokain	0	3	15	4	19	3	7	4	8	5	7	4	4	4	4	5	8	6	7	0					
Alkohol til beruselse	29	10	19	63	43	19	20	16	33	33	18	14	13	23	22	12	18	19	17	19					

Hvordan kan vi så oppsummere bruken av rusmidler/medikamenter innenfor hver av rekrutteringsgruppene gjennom ti år?

I kollektivgruppen for de yngste var de fleste klientene i behandling ved første og andre oppfølgingstidspunkt, og det er en betydelig nedgang i nærmest alle rusmidler/medikamenter i denne perioden. Ved inntak oppga 16 % (5 personer) at de hadde brukt heroin siste 30 dager. Etter ti år var det ingen, men 14 % (3 personer) hadde ved endt observasjonstid brukt substitusjonsmedikamenter. Bruken av andre opiater hadde gått opp ved syvårsintervjuet, men det var ingen som rapporterte bruk av andre opiater etter ti år. Amfetamin var brukt av nærmere 60 % ved inntak, og andelen var redusert ved alle måletidspunkter og var nede i 14 % ved siste intervju. Nesten halvparten av klientene hadde brukt sedativer/hypnotika ved inntak, og andelen var etter ti år redusert til ca. en fjerdedel. Ni av ti kollektivungdommer oppga cannabisbruk ved inklusjon. Denne andelen var mer enn halvert ved de tre siste intervjuene. En femtedel hadde brukt kokain siste 30 dager før siste intervju. Det er svært små tall fordi gruppen består av få personer. En langt større andel av de unge hadde vært beruset på alkohol ved de to siste oppfølgingsundersøkelsene sammenlignet med ved inntak til behandling.

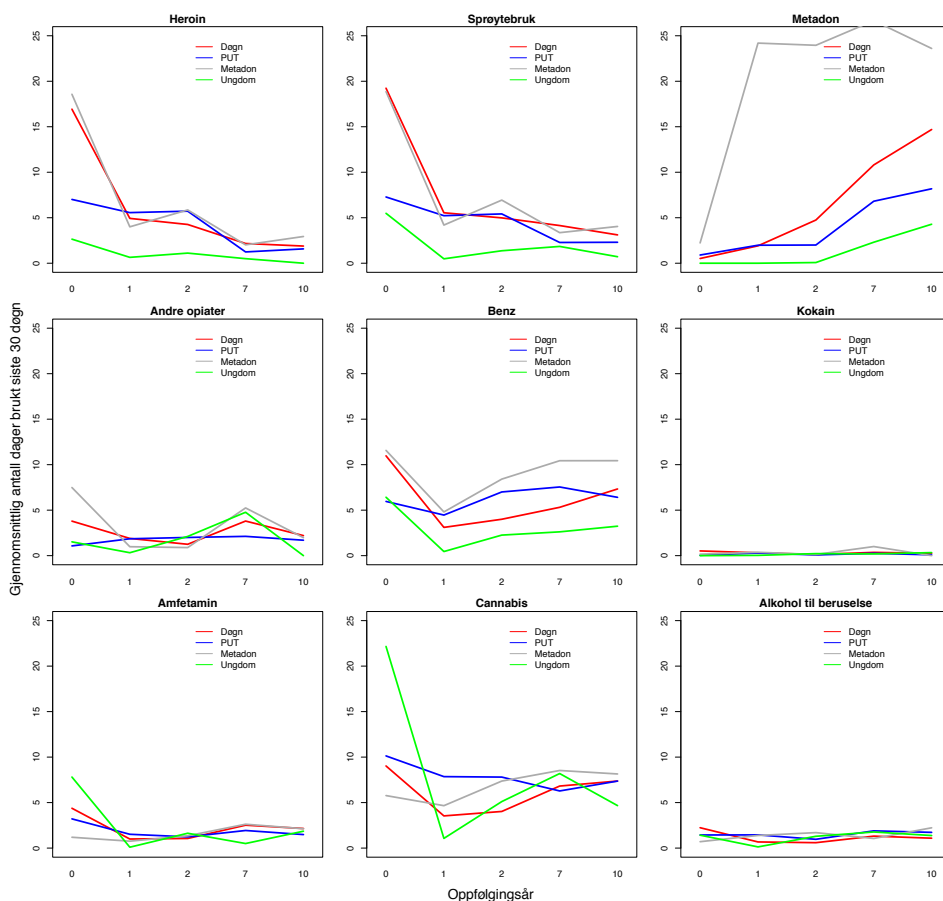
En tredjedel av PUT-gruppen brukte heroin ved inklusjon i studien. Andelen heroinbrukere holdt seg nokså stabil gjennom første og annen oppfølging, men ble så redusert til under 20 % ved de to siste målingene. Ved disse tidspunktene økte andelen som oppga bruk av substitusjonsmedikamenter, og ved endt observasjonstid var andelen brukere av slike medikamenter 27 % fra PUT-gruppen. Andelen som rapporterte andre opiater holdt seg rundt 10 %, mens amfetaminbrukere lå jevnt på 17 % ved de tre siste målingene, og det var en reduksjon fra inntak. Det var ingen tilsvarende reduksjon i bruken av sedativer/hypnotika. Omtrent en tredjedel oppga bruk av slike medikamenter ved hvert intervju frem til det siste, da andelen var noe redusert. Cannabisbrukere var i PUT-gruppen redusert fra 60 % ved inklusjon til 40 % etter ti år. Andelen som rapporterte bruk av kokain holdt seg under 8 % ved alle måletidspunktene. En tredjedel oppga å ha drukket seg beruset på alkohol ved de to siste intervjuene, og dette var en økning fra inklusjon.

Den største endringen i rusmiddelbruk for voksne fra døgntiltakene, var nedgangen i andelen heroinbrukere. Denne gikk ned fra 73 % ved inklusjon til 14 % etter ti år. I samme tidsrom økte andelen brukere av substitusjonsmedikamenter fra 3 til 50 %. Det var langt færre som rapporterte bruk av andre opiatere etter ti år enn ved inklusjon, og det var også en nedgang i andelen brukere av amfetamin, sedativer/hypnotika og cannabis. Lavest var den prosentvise reduksjonen for andelen cannabisbrukere. Andelen av voksne døgntilfelle som hadde drukket seg beruset på alkohol ved oppfølgingstidspunktene økte lite.

Ved første og annen oppfølgingsundersøkelse oppga henholdsvis 46 og 40 % av LAR-klientene at de hadde brukt heroin siste 30 dager. Denne andelen ble redusert til 22 og 27 % ved de to siste intervjuene, og bruken av andre opiatere var redusert fra omtrent en tredjedel av alle til en av ti ved endt observasjon. Andelen som rapporterte bruk av amfetamin fluktuerte mellom 17 og 30 % ved oppfølgingsintervjuene uten noen klar tendens. Det var en høy andel (mellom 58 og 69 %) som svarte at de hadde hatt inntak av sedativer/hypnotika før de tre siste oppfølgingsintervjuene. Omtrent halvparten av de initialt rekrutterte LAR-klientene oppga cannabisbruk etter syv og ti år, og det var samme andel som ved inklusjon. Det var under en femtedel som hadde drukket seg beruset på alkohol ved hvert måletidspunkt.

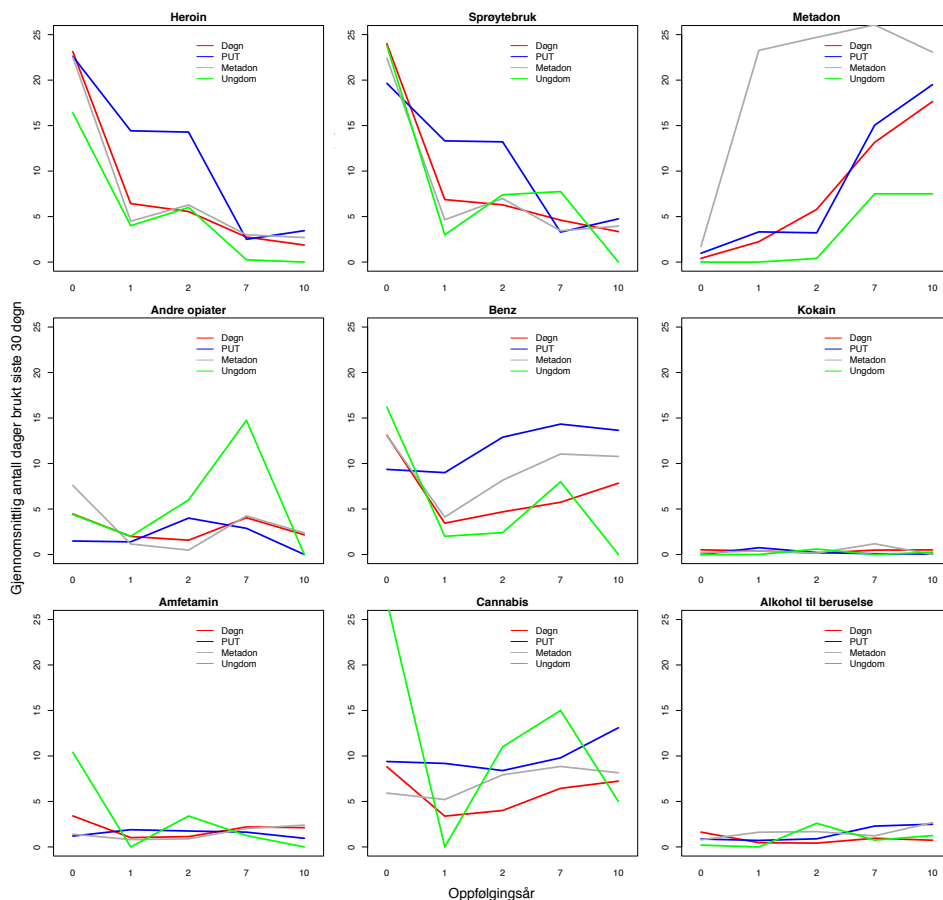
Figur 9 viser et longitudinelt plot av gjennomsnittlig antall dager de ulike rusmidlene/medikamentene og injisering av stoffer ble benyttet innenfor rekrutteringsgruppene.

Figur 9: Antall dager brukt ulike stoffer/medikamenter og sprøyter siste 30 dager for de ulike rekrutteringsgruppene



En tendens i denne figuren er at kurvene for gjennomsnittlig antall dager brukt heroin for LAR-gruppen og de voksne fra døgntiltakene ligger svært tett på hverandre. Det samme ser vi for sprøytebruk. Når det gjelder substitusjonsmedikamenter viser den økende bruken av disse seg tidligere for de voksne døgnt klientene enn for PUT-klientene (mellom første og annen oppfølging) og har et gjennomsnittlig høyere antall dagers forbruk ved endt observasjonstid. De opprinnelige LAR-klientene ligger høyest i bruk av sedativer/hypnotika fra første til siste oppfølging, og sammen med de yngste fra kollektivene har de også den største gjennomsnittlige økningen i antall dager brukt cannabis fra oppfølging etter ett til syv år.

Figur 10: Antall dager brukt ulike rusmidler/medikamenter siste 30 dager kun for de som har brukt heroin ved inntak (N = 299).



Vi ser i figur 10 at heroinbruken ikke viste en tilsvarende reduksjon i PUT-gruppen som i de andre rekrutteringsgruppene ett og to år etter inklusjon. Det tyder på at mange av klientene opprettholdt inntak av heroin under den polikliniske behandlingen. Reduksjonen i gjennomsnittlig antall dager med heroin blant PUT-klientene synes å sammenfalle med at det etter toårsintervjuet skjedde en betydelig økning i bruk av substansjonsmedikamenter. Utviklingen stemmer med at særlig ett av PUT-teamene ga tilbud til eldre og tungt belastede heroinmisbrukere over lang tid. Kurven for sprøytebruk følger samme mønster. Inntaket av sedativer/hypnotika blant de som brukte heroin i PUT-gruppen ble i langt større grad opprettholdt mellom inklusjon og første oppfølgingsintervju enn for de øvrige, og

gjennomsnittlig antall dagers bruk ligger høyere enn blant de heroinbrukende fra de andre behandlingsgruppene under hele observasjonstiden. Et noe tilsvarende mønster ser en for bruk av cannabis. Det registreres et økende antall dagers bruk av cannabis, samtidig som en økning i substitusjonsmedikamenter finner sted. Heroinbrukere fra døgntiltakene for voksne hadde et lavere gjennomsnittlig antall dager med inntak av både sedativer/hypnotika og cannabis selv om kurvene for bruk av substitusjonsmedikamenter er svært like mellom de to rekrutteringsgruppene.

Ikke-fatale overdoser

Ved inntak i behandling er spørsmålet om ikke-fatale overdoser knyttet til «tidligere i livet». På oppfølgingstidspunktene er tidsvinduet «siste år» og det er denne informasjonen som vises i tabell 6.6.13. Ved inklusjon rapporterte nesten 60 % av alle at de hadde hatt overdose etter kriterier som tidligere er beskrevet. Det var stor variasjon mellom rekrutteringsgruppene, med henholdsvis 13 % av kollektivungdommene, 47 % av PUT-klientene, 65 % av de voksne i døgntiltakene og 73 % fra LAR-gruppen som oppga overdose.

Tabell 6.6.13 Ikke-fatale overdoser for hele utvalget og rekrutteringsgruppene ved oppfølgingstidspunktene, prosent

	1 år	2 år	7 år	10 år
Alle	20	17	7	4
Unge i kollektiv	0	4	8	0
PUT	18	15	5	0
Voksne i døgntiltak	27	21	8	7
LAR	5	8	7	2

Det er en betydelig reduksjon i andelen som svarte at de hadde hatt overdose i løpet av siste år før intervju. De voksne i døgntiltakene hadde den høyeste andelen med overdoser ved de to første oppfølgingstidspunktene, og deretter følger PUT-klientene. LAR synes som forventet å beskytte mot overdoser og det viser seg også for klientene i PUT og døgntiltakene for voksne som ved syv- og tiårsintervjuene har sterkt reduserte andeler med rapporterte overdoser. I begge disse gruppene hadde mange da gått over til behandling i LAR.

Composite Score for rusmiddelbelastning for hele utvalget og for de ulike rekrutteringsgruppene i løpet av observasjonstiden

Tabell 6.6.14 viser Composite Score (CS) for rusmiddelbelastning for hele utvalget, for menn og kvinner og for de ulike rekrutteringsgruppene. CS-skårene ved inntak er gjennomgående lave i forhold til maksimum skåre som er 1, selv om noen svært tunge misbrukergrupper er med i denne studien. De høyeste skårene i tabellen er 0,35 ved inklusjon for de voksne døgntilfelle og 0,33 for LAR-gruppen. Noe av forklaringen ligger som tidligere nevnt i skalaens konstruksjon. For å oppnå en skåre på 1 må nærmest alle rusmidler/medikamenter anvendes hver av de 30 siste dagene. Det er kun en teoretisk mulighet for dette. De unge kollektivungdommene skårer så høyt fordi nesten samtlige har en tilnærmet daglig cannabisbruk i tillegg til amfetamin og sedativer.

Tabell 6.6.14. Composite Scores for narkotika/medikamenter for hele utvalget, kvinner og menn, og de ulike rekrutteringsgruppene i løpet av observasjonstiden (skala 0–1)

	Inntak	1 år	2 år	7 år	10 år	*p.verdi
Alle	0,29	0,14	0,14	0,15	0,14	<0,001
Kvinner	0,30	0,15	0,14	0,13	0,11	<0,001
Menn	0,29	0,14	0,14	0,15	0,15	<0,001
Unge i kollektiv	0,29	0,06	0,09	0,11	0,07	<0,001
PUT	0,23	0,15	0,16	0,12	0,12	<0,001
Voksne i døgntiltak	0,32	0,13	0,13	0,15	0,14	<0,001
LAR	0,30	0,18	0,21	0,20	0,17	<0,001

*P-verdi: t-test for sammenligning mellom inntak og ti års intervju

CS viser tydelig den markerte nedgangen i rusmiddelbelastning mellom indeksbehandlingen og første oppfølging etter 1 år. Den viser også hvor stabil endringen er fra første oppfølging og gjennom målingene i observasjonstiden. Dette gjelder for alle rekrutteringsgruppene. Størst var endringen for kollektivungdommene som i liten grad brukte opiater. Kvinner kom noe bedre ut ved endt observasjonstid enn menn.

Positive utfall med hensyn til rusmiddel/medikamentbruk

Et spørsmål som ofte stilles, er hvor stor andel av klienter som har vært i en eller annen form for behandling som oppnår å slutte helt med rusmidler. Av tabell 6.6.15 går det frem at vi har konstruert fire svar, som kan kritiseres for å redefinere spørsmålet. Det er forsøkt å gi uttrykk for fire typer resultater, som vi mener kan betegnes som positive når det gjelder rusmiddelbruk for målgruppen som er fulgt.

Tabell 6.6.15 Alternative «positive» utfall med hensyn til rusmiddelbruk, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Alternativ 1: Ingen bruk av illegale rusmidler/medikamenter, substitusjonsmedisin eller alkohol til beruselse	39	35	20	19
Alternativ 2: Ingen bruk av illegale rusmidler/medikamenter, substitusjonsmedisin, men alkohol til beruselse to dager eller færre siste 30 dager	43	37	26	23
Alternativ 3: Daglig bruk av substitusjonsmedisin, ellers ingen illegale rusmidler/medikamenter eller alkohol til beruselse	45	42	28	31
Alternativ 4: Daglig bruk av substitusjonsmedisin, ingen illegale rusmidler/medikamenter, men alkohol til beruselse to dager eller færre siste 30 dager	50	45	35	36

Alternativ 1 viser en gruppe som ikke har brukt noen illegale rusmidler/medikamenter, alkohol til beruselse eller substitusjonsmedisin siste 30 dager før oppfølgingsintervjuene. Andelen var høyest ett og to år etter inntak, da henholdsvis 45 og 25 % av utvalget fortsatt var i behandling. Ved endt observasjonstid fylte 19 % de strengeste kriteriene for ikke å ha brukt noen former for illegale rusmidler/medikamenter, alkohol til beruselse eller substitusjonspreparater i LAR.

I *alternativ 2* opprettholdes samme kriterier med unntak av at det «tillates» beruselse med alkohol to dager eller færre siste måned før intervju. Andelen med et slikt «positivt utfall» øker da med fire prosentpoeng og ender i 23 % etter ti år.

Alternativ 3 har kriterier for ingen bruk av illegale rusmidler/medikamenter eller alkohol til beruselse. Derimot inkluderes substitusjonsmedikamenter brukt alle 30 dager i måleperiodene, dvs. at klientene er i LAR. Det positive utfallet økte da til 31 % ved endt observasjonstid.

I *alternativ 4* er det som for alternativ 2 «tillatt» med alkohol til beruselse to dager eller færre i tillegg til substitusjonsmedikamenter alle 30 dager. 36 % av utvalget fylte disse kriteriene etter ti år.

Ut fra hva som legges inn av kriterier i disse fire alternativene, blir variasjonen i det vi har betegnet som positivt utfall mellom 19 og 36 % etter ti år. Noen vil kritisere at alkohol til beruselse inngår i to av alternativene. Andre vil mene at det blir for

strengt å utelukke enhver alkohol til beruselse når dette ville avvike sterkt fra drikkemønsteret i befolkningen forøvrig. Det kan tenkes flere alternativer for å vise varierende grad av utfall, som mange kan leve tilfredsstillende med.

Nedenunder er hvert av de fire alternativene i tabell 6.6.15 regnet ut for de fire rekrutteringsgruppene.

Alternativ 1: Positivt utfall for rusmiddel/medikamentbruk i hver rekrutteringsgruppe, prosent				
År	Unge i kollektiv	PUT	Voksne i døgntiltak	LAR
1	81	24	48	5
2	59	30	44	3
7	19	20	25	2
10	38	29	17	0
Alternativ 2: Positivt utfall for rusmiddel/medikamentbruk i hver rekrutteringsgruppe, prosent				
År	Unge i kollektiv	PUT	Voksne i døgntiltak	LAR
1	87	27	53	5
2	63	33	46	3
7	35	32	29	4
10	48	39	20	0
Alternativ 3: Positivt utfall for rusmiddel/medikamentbruk i hver rekrutteringsgruppe, prosent				
År	Unge i kollektiv	PUT	Voksne i døgntiltak	LAR
1	81	27	51	27
2	59	31	50	22
7	19	25	35	9
10	43	32	32	21
Alternativ 4: Positivt utfall for rusmiddel/medikamentbruk i hver rekrutteringsgruppe, prosent				
År	Unge i kollektiv	PUT	Voksne i døgntiltak	LAR
1	87	30	55	32
2	63	34	52	25
7	35	37	41	13
10	52	44	35	21

Kollektivungdommene har en utfallsvariasjon mellom de fire alternativene fra 38 til 52 % etter ti år. PUT-gruppen ligger mellom 29 og 44 %, mens gruppen voksne fra døgntiltak og LAR-klientene kommer ut med henholdsvis 17 til 35 % og 0 til 21 %. Her vil definitivt alder og samlet psykososial belastning spille inn, i tillegg til graden av rusmiddelmisbruk/avhengighet.

6.7 Kriminalitet

I indeksintervjuet kartlegges (gjennom EuropASI) tiltaler for kriminelle forhold «tidligere i livet» mens oppfølgingsintervjuene har tidsvinduet «siste år» for tilsvarende spørsmål. Tabell 6.7.1 viser lovbrudd og soning i ettårsintervall før hvert oppfølgingsintervju. Før inntak oppga 70 % at de tidligere i livet hadde blitt tiltalt for besittelse og/eller salg av narkotiske stoffer, og 63 % for vinningsforbrytelse. Nærmere 30 % var tiltalt for vold, og nær 60 % hadde sonet mer enn en måned i fengsel.

Tabell 6.7.1 Tiltaler for ulike lovbrudd og soning > 1 måned i fengsel siste år før hvert oppfølgingsintervju, for hele utvalget, prosent

Type lovbrudd	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Besittelse/salg av stoff	16	16	10	2
Vinningsforbrytelser	17	11	9	4
Voldsforbrytelser	3	3	3	2
Andre forbrytelser	2	2	2	2
Soning i fengsel > 1 mnd	13	10	11	9

Tabell 6.7.1 viser at andelen personer som ble tiltalt for salg og/eller besittelse av illegale stoffer gikk betydelig ned i løpet av oppfølgingstiden. Ett år etter inntak var andelen 16 %, og i året før siste oppfølgingsintervju var den nede i 2 %. Samme tendens ses for vinningsforbrytelser (fra 17 til 4 %). Når det gjelder voldsforbrytelser, var andelen stabil mellom 3 og 2 %. De som hadde sonet i fengsel mer enn en måned siste år, utgjorde også en nokså stabil andel ved intervjutidspunktene (13–9 %).

Andel personer med vinningskriminalitet og fengsling siste 30 dager før inklusjon og i løpet av observasjonstiden

Tabell 6.7.2 Illegal virksomhet for å skaffe penger, og soning i fengsel siste 30 dager før hvert intervju, prosent

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Illegal virksomhet for å tjene penger	49	14	13	6	2	<0.001
Sonet siste 30 dager	12	3	6	5	4	<0.001

*P-verdi: Pearson Chi-2 test for sammenligning av gjennomsnitt mellom inntak og ti års oppfølging

Andelen som rapporterte vinningskriminalitet siste 30 dager før hvert måletidspunkt er redusert fra omtrent halvparten av utvalget, til 2 % etter ti år. Dette funnet sees i sammenheng med den sterke nedgangen i daglig heroinbruk. Antall klienter som rapporterte soning i fengsel siste 30 dager (mer enn 15 dager) viste en nedgang fra 12 til 4 %.

Gjennomsnittlig antall tiltaler ved inntak og siste år før hver oppfølging

Antall tiltaler for de ulike forbrytelsene er regnet ut for den gruppen som har utført disse. Det var et gjennomsnittlig antall tiltaler for besittelse/salg av stoff på seks i denne gruppen, gjennom livet. Siste år før hver oppfølging lå antallet tiltaler for besittelse/salg av stoff jevnt over tiårs-perioden, med i underkant av to i gjennomsnitt. Det var ingen kjønnsforskjeller.

Det gjennomsnittlige antallet tiltaler for vinningsforbrytelser før inklusjon var 13 (16 for menn og 6 for kvinner). Ved første og andre oppfølging var antall tiltaler for vinningsforbrytelser siste år henholdsvis fire og fem, for deretter å synke til tre ved syvårs- og en ved tiårsoppfølgingen. Antallet tiltaler for voldsforbrytelser, begått noen gang i løpet av livet før inntak, var to (tre for menn vs. to for kvinner). Antallet voldstiltaler i løpet av siste år lå mellom 1 og 3 %. Ved alle oppfølgingsundersøkelsene ble utvalget også spurt om hvor lenge de hadde sittet i fengsel siste år før hvert intervju. Av de som hadde vært fengslet, var gjennomsnittlig soningstid omtrent fire måneder. Siste år før avsluttet observasjon hadde mennene sittet inne i fem måneder mot kvinnenes en måned.

Tiltaler for brudd på veitrafikkloven i løpet av observasjonstiden

Når det gjelder andre former for kriminalitet, som brudd på veitrafikkloven, oppga hele 53 % at de en eller annen gang i løpet av livet hadde blitt tiltalt/innbrakt for kjøring under påvirkning av rusmidler, og 30 % svarte at de hadde blitt tiltalt/innbrakt to eller flere ganger. Det gjennomsnittlige antallet tiltaler for kjøring i ruspåvirket tilstand noen gang, for de som rapporterte slike, var tre ved inntak til behandlingen (fire for menn vs. to for kvinner). 38 % rapporterte å ha blitt tiltalt/innbrakt for andre typer overtredelser av veitrafikkloven i løpet av livet.

Tabell 6.7.3 Tiltalt/innbrakt for brudd på veitrafikkloven i løpet av siste år før hvert oppfølgingsintervju, prosent

	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)
Kjøring i ruspåvirket tilstand	4	7	5	1
Andre brudd på veitrafikkloven	6	7	9	6

Gjennom hele observasjonstiden var andelen som hadde blitt tiltalt/innbrakt for ruspåvirket kjøring siste år før måletidpunkt, mellom 7 og 1 %, og antall tiltaler for andre brudd på veitrafikkloven lå mellom 9 og 6 %.

Composite Score for kriminalitet for hele utvalget og de ulike rekrutteringsgruppene i løpet av observasjonsperioden

Tabell 6.7.4 Composite Score for kriminalitet for hele utvalget, kvinner og menn, og de ulike rekrutteringsgruppene i løpet av observasjonstiden (skala 0–1)

	Inntak (n=481)	1 år (n=428)	2 år (n=410)	7 år (n=348)	10 år (n=296)	*p-verdi
Alle	0,26	0,11	0,11	0,06	0,04	<0,001
Kvinner	0,20	0,10	0,08	0,02	0,01	<0,001
Menn	0,29	0,12	0,13	0,08	0,05	<0,001
Unge i kollektiv	0,25	0,06	0,10	0,08	0,10	<0,05
PUT	0,15	0,12	0,11	0,04	0,02	<0,001
Voksne i døgntiltak	0,30	0,12	0,12	0,08	0,04	<0,001
LAR	0,26	0,10	0,10	0,03	0,03	<0,001

*P-verdi: t-test for sammenligning av gjennomsnitt mellom inntak og ti års oppfølging

Kriminalitetsbelastningen i hele utvalget er i svært stor grad redusert gjennom observasjonstiden. Det gjelder for begge kjønn og for alle fire rekrutteringsgrupper. Som nevnt tidligere er det rimelig i stor grad å se dette i sammenheng med nedgang i den tunge opiatbruken og overgang til LAR-behandling.

6.8 Dødelighet

Sammenlignet med internasjonale data er prevalensen av personer som noen gang har prøvd illegale rusmidler lav i Norge, men høy når det gjelder den alvorlige og mer intense bruken med økt risiko for tidlig død (Hordvin, 2010). Forskning viser at behandling kan gi reduksjon i dødelighet, selv om risikoen for død forbundet med endret toleranse overfor narkotika øker ved frafall og utskrivning fra behandling (EMCDDA, 2011). De fleste kohortstudier, noe avhengig av rekrutteringsmiljø og inklusjonskriterier, viser en årlig dødelighet på 1–2 % (EMCDDA, 2011). Dette er grovt regnet 10 til 20 ganger høyere enn dødeligheten i samme aldersgruppe i befolkningen generelt.

Data fra Dødsårsaksregisteret viste at 74 av 481 personer som inngikk i tiårsstudien døde i løpet av observasjonstiden. Ti av disse er kvinner. Mortalitetsraten er 1.5 per

100 personår. Den betydelig høyere dødeligheten blant menn finner vi også i andre studier (EMCDDA, 2011). Gjennomsnittsalder ved død var 32 år. 73 % (n=54) døde i Oslo.

Dødsårsaker

Overdoser var oppgitt som dødsårsak hos 68 % (tabell 6.8.1). Dette er den vanligste dødsårsaken blant problembrukere av opiater i Europa (EMCDDA, 2011). Ni av de ti kvinnene døde av overdose (90 %), mens den tilsvarende andelen var 59 % for menn. I studier av sprøytebrukere, i land med lav HIV/AIDS forekomst, utgjør fatale overdoser rundt 50–60 % av dødsfallene(EMCDDA, 2011). Voldsomme dødsfall var rapportert som årsak i den nest største gruppen. Hepatitt C og HIV som dødsårsak utgjør en meget liten andel, noe som samsvarer med andre europeiske studier (EMCDDA, 2011). Seks personer hadde ukjent dødsårsak.

Tabell 6.8.1. De viktigste dødsårsakene (n=74)

	N	%
Overdoser	50	68
Voldsomme dødsfall (inkl. trafikkulykke, drukning, brann, selvmord, drap etc)	15	20
Hepatitt C	1	1
HIV/AIDS	2	3
Ukjent årsak	6	8
Total	74	100

De døde var i gjennomsnitt noe eldre enn de øvrige (32 vs. 30 år). De hadde hatt signifikant flere år med et regelmessig høyfrekvent bruk (ASI definisjon) av alkohol før inntak til indeksbehandlingen (8 vs. 5 år, $p<0.05$), og de hadde brukt sprøyter over noe lengre tid enn de øvrige (11 vs. 9 år). De døde hadde i gjennomsnitt hatt signifikant flere overdoser enn de andre i utvalget før indeksintervjuet (6 vs. 4, $p<0.05$), og de hadde også sonet i fengsel i signifikant lengre tid før inklusjon enn de øvrige (19 vs.12 måneder, $p<0.05$). En større andel av de døde ble diagnostisert med antisosial personlighetsforstyrrelse enn de øvrige (58 vs. 41 %, $p<0.05$), og de oppholdt seg også i signifikant kortere tid i indeksbehandlingen (369 dager vs. 468 dager, $p<0.05$). Det var ingen betydelige forskjeller i bakgrunns karakteristika mellom de som døde av overdoser i forhold til de som døde av andre årsaker, bortsett fra at de som døde av overdoser hadde en signifikant hyppigere frekvens av overdoser før indeksbehandlingen enn de øvrige (7 vs. 3, $p<0.05$).

Dødelighet og avbrudd i behandling

Studier viser at narkotikabrukere er beskyttet mot død når de er i behandling (Davoli et al., 2007, Degenhardt et al., 2010). I en egen analyse så vi på dødeligheten for personene fra de 11 døgntiltakene for voksne (n=276), åtte år etter indeksbehandling (Ravndal & Amundsen, 2010). I løpet av denne perioden døde 36 personer, hvorav 24 dødsfall ble registrert som overdoser. Dette representerer en dødelighetsrate på 2,1 per 100 personår og samsvarer med funn i tilsvarende internasjonale utvalg (Degenhardt et al., 2010). I klientgruppen fra døgntiltakene for voksne hadde 81 % brukt sprøyte. I løpet av de fire første ukene etter at klientene forlot behandlingen (dropout) døde seks av dem, hvilket gir en ujustert forhøyet dødelighet på hele 15,7 i denne perioden. Alle disse dødsfallene ble registrert som overdoser. Lignende funn er gjort i en stor studie fra Italia av narkotikabrukere i både dogn- og poliklinisk behandling (Davoli et al., 2007). Dette viser oss viktigheten av tett oppfølging for klienter som faller ut fra både dogn- og poliklinisk behandling. Det er nettopp i overgangen fra behandling, da toleransen for opiater allerede etter kort tid er betydelig redusert, at overdosefaren er størst.

Dødelighet i forhold til rekrutteringsgruppene

Dødeligheten etter ti år i de ulike rekrutteringsgruppene viste at 10 og 19 % av klientene i henholdsvis kollektivene for ungdom og PUT, var døde. I voksegruppen fra døgntiltakene og blant LAR-klientene var andelen døde etter ti år henholdsvis 16 og 20 %. Det er lite overraskende at andelen døde var høyest i LAR-gruppen, da disse første LAR-klientene i Oslo hadde et omfattende opiatmisbruk i kombinasjon med store psykososiale og somatiske lidelser. Det er mer overraskende at andelen døde i PUT-gruppen var omtrent like høy. Vi har ingen sikre forklaringer på dette utfallet, men som nevnt tidligere var en gruppe eldre sprøytemisbrukere, i dårlig forfatning, også blant PUT-klientene.

7 Oppsummering og diskusjon

Vi vil i dette kapittelet oppsummere funnene fra 10-årsstudien i forhold til de tre problemstillingene denne rapporten har forsøkt å besvare:

- 1) Hvordan var livssituasjonen/problembelastningen for et utvalg av 481 narkotika-brukere ved inntak til behandling?
- 2) Hvordan har bruken av behandlingstiltak vært gjennom en ti års periode?
- 3) Hvilke endringer i livssituasjon/problembelastning kan beskrives ut fra den informasjonen som er innhentet?

7.1 Utvalget ved inklusjon

Som vist i kapittel 4 er klientgruppen tungt belastet med omfattende og sammensatte vansker som ofte har begynt tidlig i livet.

Gruppen som helhet besto av en tredjedel kvinner og to tredjedeler menn. Gjennomsnittsalder ved inntak var 31 år. Det var kun 6 % som hadde et annet fødeland enn Norge. Omtrent 45 % av alle var foreldre til barn, mens under 10 % hadde daglig omsorg for barn. Mer enn 60 % oppga at de hadde lære- og/eller atferdsvansker i grunnskolen, og utdanningsnivået var gjennomgående lavt. En femtedel hadde hatt inntekt fra eget arbeid siste 30 dager, og ca 10 % var uføretrygdet. Av andre inntektskilder rapporterte 60 % at de hadde mottatt sosialhjelpstønad, 40 % inntekt fra stoffsalg og nærmere 30 % fra annen kriminalitet siste 30 dager før inklusjon.

Mer enn halvparten oppga at en eller begge foreldre hadde hatt alkoholproblemer som de enten hadde vært i behandling for, eller som de ut fra klientenes opplevelse burde ha fått hjelp for. Over 40 % svarte at de vurderte det slik at en eller begge foreldrene hadde hatt betydelige psykiske vansker. Dette er funn som samsvarer med andre undersøkelser, jfr. referanser i kapittel 4. Det er også rapportert ulike former for krenkelser og mishandling som kan ha medført traumatiske reaksjoner

og utvikling av senere psykososiale vansker. En fjerdedel var svært plaget eller bekymret for familieproblemer ved inntak i behandling.

De somatiske helseopplysningene i studien er i stor grad injeksjonsrelaterte. Mer enn 60 % av alle kjente til at de var HCV-smittet. Nærmere 90 % hadde testet seg for HIV, mens 3 % rapporterte å være HIV-smittet. En tredjedel av alle opplevde å ha kroniske fysiske sykdommer eller skader som påvirket livsførselen.

Undersøkelsen gir nok en bekreftelse på at rusmiddelproblemer og psykiske vansker ofte opptrer sammen. Rundt 60 % hadde opplevd depresjon og angst tidligere i livet, og 40 % hadde fått forskrevet medikamenter for psykiske vansker. Mer enn 40 % oppga tidligere selvmordsforsøk, og en nesten like stor andel rapporterte vansker med å kontrollere voldelig atferd. En høy andel hadde en eller flere personlighetsforstyrrelser (PF) vurdert ut fra MCMI, hvorav omtrent halvparten fikk bekreftet en antisosial personlighetsforstyrrelse og rundt en tredjedel borderline PF.

Rusmiddelbruken var hovedkriteriet for inntak i behandling og naturlig nok omfattende. Nærmere tre fjerdedeler av alle hadde brukt heroin, og mer enn 80 % hadde tatt narkotiske stoffer/medikamenter i sprøyteform. Amfetamin var benyttet av tre fjerdedeler, sedativer/hypnotika av over 60 %, og mer enn 90 % rapporterte cannabisbruk. Rusmiddelbruken var preget av flere stoffer/medikamenter i kombinasjon og i gjennomsnitt hadde utvalget ca. ni år med høyfrekvent bruk av flere rusmidler/medikamenter før inntak. 60 % rapporterte heroinbruk siste 30 dager før inklusjon, en tilsvarende andel cannabis, ca. 50 % sedativer/hypnotika, og en tredjedel amfetamin. Den gjennomsnittlige tiden med høyfrekvent heroinbruk var seks år. Det var nesten 60 % som oppga overdoser noen gang (ifølge ASI kriterier), og i gjennomsnitt hadde klientene gjennomlevd fire overdoser.

Det var også stor grad av kriminalitet, blant annet hadde 70 % vært tiltalt for besittelse eller salg av narkotika, over 60 % for annen vinningskriminalitet og ca. 30 % for vold. Nærmere 60 % hadde vært fengslet eller i varetekt.

Forskjeller mellom rekrutteringsgruppene

Det er betydelige forskjeller mellom rekrutteringsgruppene, noe som bekrefter en bevisst differensiering i klientgrunnlag mellom de ulike behandlingstypene.

Kollektivgruppen besto av få personer og hadde en annen kjønnssammensetning enn de andre gruppene. Fordelingen jenter/gutter var 55 mot 45 %, altså en lang

høyere jenteandel enn i utvalget forøvrig. Aldersgjennomsnittet var 16 år, og de fleste var naturlig nok under utdanning. En av ti hadde et annet fødeland enn Norge. Rundt halvparten oppga inntekt fra stoffsalg og annen kriminalitet de siste 30 dagene før inklusjon. Materialet viser en svært belastet psykososial situasjon for kollektivungdommene, og det samsvarer med funn gjort for samme aldersgruppe i studien «Stoffmisbrukere i behandling i Norge» (Lauritzen et al., 1997) og i studier av Ravndal (2007) og Helgeland (2007). Over 70 % opplevde at en eller begge foreldre hadde hatt alkoholproblemer og psykiske vansker. Nesten halvparten var betydelig eller svært bekymret for familieproblemer ved inntak i behandling. Nærmere 90 % tilbrakte fritiden sammen med venner og bekjente med egne rusmiddelproblemer, og nesten 60 % hadde allerede i ung alder opplevd å ha vært alvorlig deprimert. Ungdomsgruppen lå høyest når det gjaldt problemer med å huske, forstå og konsentrere seg, og hadde størst vansker med å kontrollere voldelig atferd både tidligere i livet og siste 30 dager før inklusjon. Gruppen hadde også den høyeste forekomsten av antisosial personlighetsforstyrrelse (PF) (71 %) og borderline PF (36 %). Rusmiddelbruken var kjennetegnet ved at 90 % hadde brukt cannabis og nærmere 60 % amfetamin siste 30 dager. Gjennomsnittlig debutalder for sprøytebruk var 15 år, og halvparten av klientene hadde eksperimentert med sprøyter.

I PUT-gruppen var aldersgjennomsnitt 27 år, kvinneandelen var 35 % og en femtedel hadde allerede barn. PUT-klientene hadde den høyeste andelen med fullført videregående skole (40 %), og de hadde også den høyeste andelen med inntekt fra eget arbeid siste 30 dager før inklusjon i studien (37 %). En mindre andel enn i de andre gruppene hadde hatt inntekt fra stoffsalg og annen kriminalitet i tiden før behandlingstart. Klientene i PUT tilbrakte i minst grad tiden sammen med venner eller bekjente med rusmiddelproblemer. Følelsesmessige og fysiske krenkelser var rapportert i nesten like stort omfang som for de yngste i kollektivene. Klientene lå høyest med hensyn til å ha opplevd å være alvorlig deprimert (hele 70 % i løpet av livet og 50 % siste 30 dager). De lå også høyest for angstplager i tiden før inklusjon (50 %) og for hallusinasjoner og forskrivning av medikamenter for psykiske vansker. Rusmiddelbruken i PUT-gruppen var sammensatt. Omtrent en tredjedel hadde brukt heroin og sedativer/hypnotika. Som tidligere nevnt hadde PUT oppfølgingsansvar for noen svært belastede heroinbrukere. Men sammenlignet med de voksne fra døgntilrettelagt og LAR hadde gruppen som helhet betydelig mindre bruk av opiater, men en noe større andel cannabisbrukere. Omtrent halvparten av alle hadde vært tiltalt for besittelse og salg av narkotika, og

en langt lavere andel enn i de andre voksegruppene hadde vært i varetekt eller fengslet.

Voksegruppen fra døgntiltakene besto av flest personer. 30 % var kvinner, og gjennomsnittsalder var 31 år. Halvparten hadde barn og en femtedel hadde daglig omsorg for mindreårige barn. I denne gruppen av døgntiltak rapporterte mellom 40 og 50 % at de hadde vært uten fast bositasjon siste seks måneder før inntak i behandling. De hadde også i størst grad mottatt sosialhjelpstønad (70 %), og inntekt fra stoffsalg og annen kriminalitet var oppgitt til henholdsvis 43 og 36 % siste 30 dager. (Fri)tiden tilbrakte de fleste med venner og bekjente med egne rusmiddelproblemer. Livstidsforekomst for opplevd alvorlig depresjon og angst lå på gjennomsnittet for hele utvalget. Mer enn 70 % hadde brukt heroin siste 30 dager før inklusjon og ni av ti brukte sprøyter. Gjennomsnittlig beløp for de som hadde brukt penger til stoff siste 30 dager var høyest i denne gruppen, med over 21.000 kroner. Det var også her den største andelen ventet på tiltale, rettsak eller dom ved inntakstidspunktet (nesten 40 %), og 65 % rapporterte noen gang å ha hatt overdoser.

LAR-gruppen hadde høyest gjennomsnittsalder med 40 år og høyest andel menn (72 %). Hele 70 % hadde ett eller flere barn, men svært få hadde daglig omsorg for mindreårige barn. LAR-klientene hadde den (for de voksne) høyeste andelen med en stabil boligsituasjon. 70 % oppga alvorlige lære- og/eller atferdsvansker i grunnskolen, og kun 7 % hadde hatt inntekt fra eget arbeid (inkludert sykepenger) siste 30 dager før inklusjon i studien. Nærmere en fjerdedel var uføretrygdet ved inntak og opp mot halvparten rapporterte inntekter fra stoffsalg siste 30 dager. En noe høyere andel av LAR-klientene opplevde at en eller begge foreldre hadde hatt et betydelig alkoholproblem (57 %), og 54 % rapporterte psykiske vansker hos foreldre. De utgjorde også gruppen som i størst grad hadde vært utsatt for fysisk mishandling og krenkelser. Ikke overraskende var det en langt større grad av somatisk sykkelighet blant LAR-klientene enn blant de øvrige. I gjennomsnitt hadde gruppen seks sykehusinnleggelser for fysiske skader eller sykdommer bak seg ved inklusjon, og mer enn 50 % oppga kroniske fysiske skader eller sykdommer som preget livsførselen. Mellom 90 og 100 % var smittet av hepatitt, og en av ti var HIV-positiv. Mellom 65 og 70 % oppga å ha vært alvorlig deprimert og ha hatt alvorlig angst tidligere i livet, men andelen som rapporterte disse symptomene siste 30 dager før inntak var lavere enn i de andre voksegruppene. Over 60 % svarte at de tidligere hadde forsøkt å begå selvmord. LAR-gruppen hadde den høyeste andelen med heroininntak og bruk av sedativer/hypnotika før inklusjon og også langt flere

år med et høyfrekvent bruk av disse stoffene. Alle klientene hadde brukt sprøyter, og de rapporterte i gjennomsnitt å ha hatt seks overdoser bak seg. Mellom 80 og 90 % hadde vært tiltalt for både besittelse og salg av narkotika og andre vinningsforbrytelser.

7.2 Behandling

De forskjellige behandlingstilbudene

Studien har satt søkelys på klienter fra fire behandlingstyper som favner de mest typiske, norske behandlingstilbudene på undersøkelsestidspunktet. Kollektiver og kollektivlignende enheter er omfattende og systematiske tiltak for unge med begynnende, alvorlige rusmiddelproblemer og markante atferdsavvik. Psykiatriske ungdomsteam (PUT) var polikliniske tilbud som siktet mot unge voksne med sammensatte rusmiddelproblemer og psykiske vansker. Teamene hadde lav terskel for inntak, og tilbud om bred og langvarig oppfølging. Døgnerheter for voksne, med sikte på rusfrihet, dekker ganske mange ulike typer tiltak med pedagogisk og psykososialt behandlingsinnhold og er i stor grad beskrevet med rehabiliteringsformål. Døgniltakene er et tiltaksvalg hvor det vurderes nødvendig å gi døgnkontinuerlig behandling og omsorg. LAR er i hovedsak et poliklinisk tilbud til de som har alvorlig avhengighet av heroin og andre morfinstoffer. Ved studiens start var målgruppen klienter med særlig store helse- og rehabiliteringsmessige vansker i tillegg til avhengighet, og i tillegg til flere behandlingsforsøk før LAR.

De grupperte behandlingstiltakene representerer ulike behandlingsmetoder og også forskjellige rammer og forløp. Kollektivene er i utgangspunktet det mest omfattende tiltaket og drives delvis innen en ramme av tvang forankret i Lov om barnevern. Behandlingstiden i programmet var opp til 3 år for tiltakene i studien, med en planmessig utfasing til egen bolig. PUT-tiltakene var annerledes med lav behandlingsintensitet og full frivillighet. Det var tidligere liten grad av tidsbegrensning ved PUT-tilbudet, og tidspunkt for avsluttet behandling var også noe forskjellig definert. Studien viser betydelig frafall og svært varierende intensitet og prosess i behandlingen. Døgniltakene er fysisk avgrensede tiltak som omfatter mange av de samme elementene som kollektivene, med skjerming, miljøterapi og omsorg, bruk av familieintervensjoner, gruppeterapi og ofte lang behandlingstid med målsetting om stor grad av funksjon. LAR-tiltakene er først og fremst et langvarig, i prinsippet livsvarig, poliklinisk tilbud med substitusjonsmedikamenter sammen med støttende og rådgivende samtaler og behandling for helsemessige og

psykososiale problemer. Men det er formelt en uttalt rehabiliteringsmålsetting også innen denne behandlingstypen.

Endringer i behandlingsapparatet

Det har skjedd endringer i det norske behandlingsapparatet i løpet av observasjonstiden. PUT har mer eller mindre blitt integrert i det vi i dag kaller ruspoliklinikker (Rusreform I og II, 2003) og er et satsningsområde innenfor helseforetakene. Behandlingslengden i kollektiver for unge og døgntiltak for voksne er foreslått betydelig redusert, og flere av døgntiltakene er gjort om til korttidsenheter. LAR har fått nye retningslinjer hvor aldersgrensen for inntak er fjernet og terskelen for utskrivning er satt meget høyt (Nasjonal LAR retningslinje 2010). Det er nå et forholdsvis lett tilgjengelig tilbud for personer med opiatavhengighet, og nesten alle behandlingstypene tilbyr i dag, i større og mindre grad, LAR til de av klientene som blir vurdert å ha nytte av substitusjonsmedisinering.

Fullføring av behandling

Fullføring av behandling kan være en kvalitetsindikator ved behandlingstiltaket og en god prediktor for en positiv prosess videre, men ikke nødvendigvis. Hvor stor fullføringsprosenten er, er et vanlig spørsmål å stille i behandlingsforskning. Det ble derfor samlet inn slike data også i denne undersøkelsen. Sammen med ledelse og behandlere i det enkelte tiltak ble hver klient vurdert med hensyn til plassering innenfor kategoriene fullført eller drop-out, og i forhold til behandlingens lengde. Andelen i hver kategori ble aggregert opp til rekrutteringsgruppe nivå, og resultatet er presentert i rapportens kapittel fem. Naturlig nok ser en at oppholdstiden i indeksbehandlingen var lengst i kollektivene for de unge og i LAR. Dette er lite overraskende, da kollektivmodellen var formidlet med en flerårig behandlingstid, og også i noen grad brukte tvang som element i behandlingen. LAR er for de fleste et livsvarig tilbud. Drop-out andelen var omtrent lik i de tre rekrutteringsgruppene når LAR holdes utenfor, og andelen ligger mellom 55 og 58 %. *Innenfor* rekrutteringsgruppene var det større variasjoner i drop-out/fullføringsprosent. Sammenlignet med andre lignende undersøkelser av enkelttiltak, kan dette sees som en god fullføringsprosent tatt i betraktning utvalgets psykososiale belastninger og vekslende motivasjon for endring (Ravndal, 1994a, Tjersland, 1995, Rokkan & Brandtsberg-Dahl, 2003).

Andre typer behandling enn rekrutteringstiltaket

Vi har analysert omfanget av klienter som har benyttet en eller flere av de tre andre behandlingstypene gjennom ti år, enn den de er rekruttert fra. Det er naturlig

nok ingen fra PUT-gruppen, voksen døgnggruppen eller LAR som senere har benyttet kollektivene, da disse var tiltak for de svært unge. Imidlertid har omtrent halvparten av de unge fra kollektivene vært i poliklinisk behandling senere i observasjonstiden. Ingen fra kollektivgruppen har vært i døgntil behandling for voksne etter indeksoppholdet, mens 2 personer var i LAR ved endt observasjonstid.

Av PUT-klientene var det nærmere 60 % som hadde vært i ny poliklinisk behandling (uten LAR) i tiden fra to- til syvårsoppfølgingen, mens andelen var redusert til en tredjedel i de siste tre årene. PUT-gruppen hadde i liten grad vært i døgntiltak etter indeksbehandlingen. Høyeste andel (17 %) var rapportert mellom første og annet oppfølgingstidspunkt, og kun 5 % hadde vært i døgntil behandling i løpet av de siste tre årene av observasjonstiden. Før syv- og tiårsintervjuene oppga 27 % at de hadde vært i LAR.

De voksne døgntil klientene brukte i beskjeden grad døgntil behandling etter indeksoppholdet. Derimot hadde over 40 % vært i poliklinisk behandling uten LAR før to- og syvårsoppfølgingen, mens andelen var ca 30 % i de tre siste årene. Hele 40 % hadde begynt i LAR i løpet av de fem årene mellom to- og syvårsintervjuet og andelen var over 50 % ved endt observasjon.

LAR-gruppen skilte seg ut med lang behandlingstid, i samsvar med målsettingen for tilbudet. Retensjon, det vil si å beholde pasienten i behandling, er i seg selv en målsetting når denne ansees livslang for de fleste. 92 % av de *intervjuede*, initialt rekrutterte LAR-klientene var fremdeles i behandling etter ti år. I overkant av 20 % har ved alle oppfølgingsintervjuene oppgitt at de har hatt poliklinisk behandling i tillegg til LAR, mens mellom 15–30 % rapporterte bruk av døgntil behandling for rusmiddelproblemer ved de ulike intervjuetidspunktene. Vi er noe usikre på om poliklinisk LAR for denne gruppen delvis kan være tolket inn i kategorien annen type poliklinikk.

De rekrutteringsgruppene og behandlingstiltakene som er tatt med i denne studien representerer hver for seg og samlet viktige og typiske klientgrupper innenfor prioriterte behandlingskategorier i Norge. Selv om det er gjort justeringer blant annet i forhold til organisering, rekrutteringskriterier og behandlingstid for noen av tiltakene, er kategoriene representative for dagens behandlingsapparat.

7.3 Utvikling og endring

Endringsparametrene sees i hovedsak innenfor siste 30 dager før hvert intervju, men noen spørsmål måles med seks måneders tidsreferanse og andre innenfor det tidsrommet som ligger *mellom* de forskjellige oppfølgingsintervjuene (disse er ett, tre og fem år). Først oppsummeres endringene tematisk for hele utvalget, og deretter kommenteres endringene for rekrutteringsgruppene.

7.3.1 Utvikling og endring for hele utvalget

Sivil status, bolig- og samlivssituasjon

Andelen gifte økte lite i observasjonstiden, fra 4 til 7 %. Derimot var det langt flere etterhvert som bodde sammen med partner og/eller barn. Etter ti år var denne andelen opp mot 40 %. Boligsituasjonen generelt endret seg positivt for mange av informantene gjennom årene. Ved endt observasjon kan det synes som om i overkant av 10 % er uten stabil bosituasjon, og av disse er de fleste i døgntilrettelagt eller i fengsel. Ved inntak svarte opp mot 50 % av de var fornøyd med boligsituasjonen sin, mens denne andelen var økt til 70 % etter ti år (80 % av kvinnene mot 65 % av mennene).

Arbeid og inntektsforhold

Mer enn en tredjedel av alle hadde ved endt observasjonstid arbeid som hovedbeskjeftigelse siste år, og 27 % arbeidet heltid. Andelen yrkesaktive økte gjennom hele observasjonsperioden. Fordelingen mellom kvinner og menn i arbeidslivet var noe forskjellig gjennom årene. Etter to og syv år fra inntak var en større andel av mennene i arbeid, mens ved tiårsoppfølgingen var kvinneandelen størst. Det var en signifikant økning mellom første og siste måling i forhold til inntekt fra eget arbeid. Kvinneandelen som tok utdanning lå betydelig høyere enn mennenes ved alle oppfølgingstidspunktene. På det meste var omtrent en av ti under utdanning. Langt flere fikk en trygdetilværelse i løpet av årene, og etter ti år var en tredjedel uføretrygdet. Det var ingen kjønnsforskjeller.

Antallet som oppga sosialhjelp som inntektskilde ble gradvis redusert fra nærmere 60 % ved inntak til ca. 25 % ved avsluttet observasjon. Det var også en markant nedgang i inntekt fra stoffsalg, med en redusert andel fra 40 til ca. 10 %. Endringen var størst fra inklusjon til første oppfølging. Deretter lå andelen stabilt rundt 10 % etter to, syv og ti år. Vi ser samme positive utvikling når det gjelder inntekt fra annen kriminalitet, med en reduksjon fra i underkant av 30 til 3 % etter ti år. Det var nærmest ingen som oppga inntekt fra prostitusjon ved endt observasjonstid.

Familie og sosiale relasjoner

For å måle endring i familie og sosiale relasjoner ble det blant annet stilt spørsmål om hvem informantene var mest sammen med på fritiden, og svarene er her oppsummert innenfor tre hovedkategorier: familie uten rusmiddelproblemer, venner uten rusmiddelproblemer og mest alene. Andelen som tilbrakte mest tid sammen med familie uten rusmiddelproblemer økte betydelig (fra 10 til ca. 40 %) mellom inntak og siste intervju. Endringen var stor for begge kjønn. Denne endringen henger sannsynligvis mest sammen med at omtrent samme andel (40 %) ved avsluttet observasjon var samboende med partnere og/eller barn. Når det gjaldt samvær med venner uten rusmiddelproblemer var bildet et annet. Det ble rapportert en betydelig økning i samvær med venner uten rusmiddelproblemer ved de to første oppfølgingsundersøkelsene (fra 13 til 29 %), men mange av informantene var da fortsatt i indeksbehandlingen eller hadde nettopp avsluttet denne. Ved de to siste intervjuene var andelen som oppga å være mest sammen med venner uten rusmiddelproblemer på fritiden redusert til omtrent samme nivå som ved inntak. Det var ingen kjønnsforskjeller. Andelen som tilbrakte tiden sin mest alene var omtrent den samme etter ti år som ved første intervju (fra 23 % ved inntak til 28 % etter ti år). Mennene gjorde dette i større grad enn kvinnene, og andelen menn som tilbrakte det meste av (fri)tiden sin alene økte betydelig. En fjerdedel hadde i tiden før indeksbehandlingen bodd sammen med andre som også hadde rusmiddelproblemer. Denne andelen var nærmere halvert etter ti år.

På spørsmål om hvor plaget og/eller bekymret informantene var for familieproblemer siste 30 dager før hvert intervju, økte andelen som svarte at de ikke hadde slike plager eller bekymringer fra noe over halvparten til nærmere 80 %. Spørsmålet omfatter både problemer i opprinnelsesfamilie og nystiftet familie. Composite Score (CS), som summerer belastninger innenfor hvert temaområde, viste en signifikant reduksjon i familie- og sosiale vansker for hele utvalget. Endringen var større for menn enn den var for kvinner.

Fysisk og psykisk helse

Utvalget hadde betydelige helseplager, både fysisk og psykisk. Disse varierte i type og intensitet gjennom oppfølgingstiden.

Andelen HCV-smittede var gjennomgående høy for utvalget som helhet, men varierte fra 3 % i ungdomskollektivene til over 90 % av LAR-klientene. I ungdomsgruppen økte andelen til 10 % ved endt observasjon, mens den lå mellom 20–30 % blant PUT-klientene. Innleggelses i sykehus for fysiske sykdommer og/eller skader

økte. Før siste intervju hadde nærmere en fjerdedel vært innlagt i sykehus og nesten halvparten av disse hadde seks eller flere innleggelser. Ved endt observasjonstid oppga en femtedel at de hadde uføretrygd på grunn av fysiske skader eller sykdommer. Andelen som svarte ja på spørsmålet «Har lege sagt at du skal bruke medikamenter regelmessig for noen fysisk skade eller sykdom?» økte fra 18 % ved inklusjon til 28 % ved siste intervju. På en skala omkodet til tre nivåer for plager og/eller bekymringer for fysiske problemer siste 30 dager, økte andelen som ikke var plaget eller bekymret fra 53 til 63 %. For nivået lite/moderate plager eller bekymringer ble andelen halvert fra omtrent 30 til 15 %, mens det var en økning fra 16 til 22 % som opplevde betydelige/svært store plager eller bekymringer. Composite Score (CS) for fysiske helseproblemer viste ingen signifikante endringer fra inntak til avsluttet observasjon.

En omfattende litteratur viser sterk sammenheng mellom rusmiddelproblemer og psykiske vansker (Jacobsen et al., 2001, Mills et al., 2006, Darke et al., 2007, Landheim, 2007, Bakken, 2008, Milne et al., 2009, Chen et al., 2011). Våre funn peker i samme retning. Ved inntak til behandling oppga 61 % at de i løpet av livet hadde opplevd å være alvorlig deprimert, og 58 % hadde opplevd alvorlig angst. Ved alle fire oppfølgingstidspunkter lå andelen for rapportert depresjon siste år rundt 40–45 %, mens tilsvarende andel for angst lå mellom 50–65 %. Ut fra symptommålene innenfor siste 30 dager (EuropASI) og siste uke (SCL-25), falt andelen med depresjonssymptomer mellom inntak og første oppfølging, og holdt seg med unntak av ett måletidspunkt (7 år) på et lavere nivå enn ved inntak. For angst var det noe annerledes. Andelen med angstsymptomer ble betydelig redusert ved første oppfølging for deretter å øke noe, men ikke opp til inngangsnivået (39 vs 33 %).

Forekomsten av personlighetsforstyrrelser (PF) målt ved MCMI var omtrent den samme ved syv års oppfølging som ved inntak. Når en sammenligner skårene på alle skalaer for de samme personene ved inntak og etter syv år, var de fleste skårene blitt noe redusert, men fortsatt var gjennomsnittsverdien for de fleste skalaer 60 eller over. Dette er høye verdier og forteller noe om ulike former for relasjonsproblemer som informantene sliter med. De alvorligste og hyppigste personlighetsforstyrrelsene var fortsatt, som ved inntak, antisosial PF og borderline PF. Andelen med skårer som indikerer behandling for antisosial PF og borderline PF var henholdsvis 50 % og 27 % etter syv år.

En økende andel fikk forskrevet medikamenter for psykiske vansker gjennom observasjonstiden. Det var hele 40 % som oppga slik medikamentforskrivning fra lege siste år ved studiens avslutning. Hvorvidt denne andelen også inneholder preparater for rusformål kan vi ikke kontrollere for. Andelen med suicidale tanker målt gjennom siste år holdt seg stabil rundt 25 %, målt med ett års tidsreferanse, og det var mellom 6–9 % som oppga at de hadde gjort selvmordsforsøk siste år før hvert oppfølgingstidspunkt. På spørsmål om plager og bekymringer for psykiske/følelsesmessige vansker rapporterte en økende andel ikke å ha vært plaget eller bekymret (32 % ved inntak, 49 % etter ti år), mens andelen med store eller svært store bekymringer/plager var redusert ved de to første oppfølgingene for så å nærme seg inntaksnivå ved avsluttet observasjon (40 vs 35 %).

Det var langt færre som opplevde hallusinasjoner gjennom observasjonstiden (8 vs 3 %) målt siste 30 dager. I dette tidssvinduet økte imidlertid andelen som oppga vansker med å forstå, huske og konsentrere seg fra nærmere 40 til over 50 %. I utvalget som helhet var det mellom 5 og 8 % som svarte at de hadde hatt problemer i forhold til voldelig atferd siste 30 dager, og vi så ingen betydelig reduksjon mellom første og siste intervju.

Composite Score (CS) for summerte psykiske vansker viste ingen signifikant endring mellom inntak og etter ti år, men det var en klar tendens til reduksjon av psykiske vansker de to første årene etter inklusjon.

Bruk av rusmidler/medikamenter

Når det gjelder bruk av narkotiske stoffer, ser vi en betydelig nedgang gjennom ti år. Det mest robuste funnet er nedgangen i heroinbruk. Fra inntak i behandling til ett- og toårsoppfølging minsket andelen heroinbrukere fra 62 % til henholdsvis 30 og 28 %. Andelen fortsatte å falle slik at den etter syv og ti år var nede i 16 % (målt innenfor siste 30 dager). I et utvidet tidsvindu på seks måneder, var det 25 % som oppga heroinbruk ved siste oppfølgingsintervju. Av disse hadde 15 % brukt «ikke mer enn 2–3 ganger per måned», 5 % «1–3 ganger per uke» og 5 % «daglig eller nesten daglig». Den største gruppen hadde altså et sporadisk inntak av heroin. Mennene opprettholdt i større grad heroinbruk enn kvinnene. Reduksjonen i bruk av heroin avspeiler seg også i omfanget av de som injiserte narkotiske stoffer og medikamenter. Det var en nedgang i andelen som hadde brukt sprøyter fra 60 til 21 % og en reduksjon i daglig sprøytebruk fra 41 til 6 %.

Vi ser en betydelig overgang fra heroin til substitusjonsmedikamenter over en tiårsperiode. Ved endt observasjonstid var det nærmere 50 % som rapporterte inntak av substitusjonsmedikamenter daglig eller nesten daglig (50 % av mennene, 42 % av kvinnene). Svært få hadde en sporadisk bruk.

Det var en signifikant nedgang i amfetaminbrukere fra inklusjon til tiårsintervju, fra 34 til 19 %. Nedgangen holdt seg nokså stabil gjennom alle måletidspunktene. Innen tidsvinduet på seks måneder før hvert oppfølgingsintervju ser en at de fleste som brukte amfetamin gjorde dette 2–3 ganger i måneden eller sjeldnere. Det var imidlertid en forholdsvis stabil andel på 10 % som inntok amfetamin en dag i uken eller oftere.

Andelen brukere av cannabis og sedativer/hypnotika viste også en signifikant nedgang fra inntak til avsluttet observasjon. Den største endringen fant sted i de to første årene da mange fortsatt var i et behandlingsforløp. Denne reduksjonen holdt seg imidlertid ikke. Senere i observasjonsperioden økte andelen brukere av cannabis og sedativer/hypnotika, men ikke helt til samme nivå som ved inklusjon. Nærmere halvparten rapporterte cannabisbruk etter ti år. Av disse oppga 20 % en sporadisk bruk (to til tre ganger per måned eller sjeldnere), ca. 10 % 1–3 ganger per uke og over 20 % daglig eller nesten daglig bruk. Andelen med høyeste bruksfrekvens økte betydelig mellom to- og syvårsoppfølgingen. Det var en langt høyere andel av mennene enn av kvinnene som brukte cannabis, særlig etter syv og ti års observasjon. Det ble funnet omtrent samme bruksmønster og omfang for sedativer/hypnotika som for cannabis. Mellom 50 og 60 % hadde brukt medikamentene i løpet av siste seks måneder før hvert oppfølgingsintervju. Av disse var det i underkant av 20 % som hadde en lavfrekvent bruk (2–3 ganger per måned eller sjeldnere), ca. 10 % 1–3 ganger i uken, og i overkant av 20 % hadde daglig eller nesten daglig bruk etter ti år. En andel på 5 % av hele utvalget hadde brukt kokain siste 30 dager før inntak til behandling og ved alle oppfølgings-tidspunktene.

Reduksjonen i narkotiske stoffer førte ikke til særlig økning i andelen som brukte alkohol til beruselse. Antallet som hadde drukket mer enn fem alkoholenheter (eller drukket seg beruset) siste 30 dager gikk noe opp, fra 18 til 25 % av utvalget mellom inntak og avsluttet observasjon. Sammenlignet med tilsvarende aldersgrupper i den øvrige befolkningen kan dette kanskje sies å være gjennomgående lavt (Horverak & Bye, 2007). Det var ikke betydelige kjønnsforskjeller. Når en ser på alkoholbruken over de siste seks månedene før tiårsintervjuet, rapporterte ca.

30 % at de hadde drukket seg beruset. Av disse var det en femtedel som hadde drukket seg beruset to til tre ganger per måned eller sjeldnere, mens 10 % hadde ruset seg på alkohol en dag i uken eller mer.

Pengebeløpene brukt til narkotiske stoffer og medikamenter var i stor grad redusert, og Composite Score (CS) for samlet narkotika og medikamentbelastning viste en signifikant reduksjon for hele utvalget og for begge kjønn.

Andelen som rapporterte å ha hatt overdose før inklusjon var nesten 60 %. Gjennom observasjonstiden ble andelen ikke-fatale overdoser redusert fra 22 til 4 % i løpet av siste år før de fire oppfølgingsintervjuene.

«Hvor mange ble rusfrie?» er et vanskelig spørsmål å besvare. Vi har skissert noen alternative «positive» utfall som vi tror gir mening, målt innenfor siste 30 dager før intervju:

Alternativ 1: Ingen bruk av illegale rusmidler/medikamenter inkludert substitusjonsmedisin eller alkohol til beruselse: 39–35–20–19 % (etter 1, 2, 7 og 10 år).

Alternativ 2: Ingen bruk av illegale rusmidler/medikamenter inkludert substitusjonsmedisin, men alkohol til beruselse to dager eller sjeldnere: 43–37–26–23 % (etter 1, 2, 7 og 10 år)

Alternativ 3: Daglig bruk av substitusjonsmedisin, ellers ingen illegale rusmidler/medikamenter eller alkohol til beruselse: 45–42–28–31 % (etter 1, 2, 7 og 10 år)

Alternativ 4: Daglig bruk av substitusjonsmedisin, ellers ingen illegale rusmidler/medikamenter, men alkohol til beruselse to dager eller sjeldnere: 50–45–35–36 % (etter 1, 2, 7 og 10 år)

Kriminalitet

Både inntekter fra stoffsalg og vinningskriminalitet ble sterkt redusert i løpet av observasjonstiden. Andelen som svarte at de hadde deltatt i vinningskriminalitet siste 30 dager gikk ned fra ca. 50 % ved inntak til 2 % etter ti år. Andelen som hadde sonet i fengsel siste 30 dager viste en reduksjon fra 12 til 4 %. Når vi vet at rusmiddelbruken og særlig inntak av heroin har gått drastisk ned i observasjonstiden, er det nærliggende å knytte kriminaliteten i utvalget i hovedsak til eget rusmiddelproblem og/eller integrasjon i et rusbelastet miljø.

En type kriminalitet som er forbundet med skader og ulykker er kjøring i beruset tilstand og andre brudd på veitrafikkloven. Mer enn 50 % svarte at de eller annen gang i livet hadde blitt tiltalt for kjøring i påvirket tilstand, og 30 % oppga to eller flere ganger. Ved hvert oppfølgingsintervju lå tiltaler for slike forhold på pluss/minus 5 %.

Composite Score for samlet kriminalitetsbelastning viste en signifikant reduksjon for hele utvalget og for begge kjønn.

Dødelighet

I løpet av observasjonstiden var 74 personer døde. Kun ti av disse var kvinner. Overdoser var oppgitt som dødsårsak for 50 personer, og voldsomme dødsfall var kjent årsak hos 15 av de døde. Ni av de ti kvinnene døde av overdose. For to personer var oppgitt dødsårsak HIV/AIDS og for en person HVC, mens hos seks personer var dødsårsak ikke kjent. Gjennomsnittsalderen ved død var 32 år.

Mortalitetsraten var 1,5 per 100 personår. De fleste kohortstudier, noe avhengig av rekrutteringsmiljø og inklusjonskriterier, viser en årlig dødelighet på 1 til 2 %. Dette er grovt regnet 10 til 20 ganger høyere enn dødeligheten i samme aldersgruppe i befolkningen generelt.

Kjønnsforskjeller

Kun en tredjedel av utvalget var kvinner, og de var yngre enn mennene med en gjennomsnittsalder på 29 vs. 32 år. Som kommentert tidligere, går samme andel kvinner igjen i de fleste kliniske og epidemiologiske undersøkelser for brukere av illegale rusmidler. Slik sett er det interessant at i kollektivene for unge var kvinneandelen hele 55 %, i motsetning til i de andre rekrutteringsgruppene hvor kjønnsfordelingen var som vanlig. Den høye kvinneandelen i gruppen av de yngste er også funnet i andre undersøkelser (Lauritzen et al., 1997, Bretteville & Ødegaard, 1999).

Gjennomgående var det få betydelige kjønnsforskjeller i utvalget som helhet. Kvinnene skilte seg i hovedsak ut fra mennene i forhold til alder, bruk av illegale rusmidler, kriminalitet og dødelighet. I det følgende går vi igjennom og kommenterer noen av forskjellene kjønnene imellom.

Ved inntak til indeksbehandlingen rapporterte kvinnene en like høy andel med lære- og/eller atferdsvansker i grunnskolen som mennene, men andelen kvinner

under utdanning var gjennomgående høyere enn blant menn i hele observasjonstiden. Etter ti år var det også en tendens til at flere kvinner enn menn var i arbeid.

Det var ingen signifikante forskjeller i sivilstatus mellom de to kjønnene, men kvinner var gjennomgående mer fornøyde med sivilstanden, særlig mot slutten av observasjonstiden. Samtidig var det flere kvinner enn menn som ved alle intervju tidspunkter levde med partner som hadde rusmiddelproblemer. Ved endt observasjonstid hadde kvinnene imidlertid i størst grad forlatt et slikt samliv.

Ved alle måletidspunktene rapporterte menn at de i størst grad tilbrakte (fri)tiden alene. Etter ti år svarte over en tredjedel at de tilbrakte det meste av tiden alene, mot under en femtedel av kvinnene. Kvinnene syntes gjennomgående å være mer fornøyde med hvordan de brukte fritiden sin, og forskjellen mellom kjønnene bare økte etter som årene gikk.

Kvinnene oppga i større grad å ha vært utsatt for emosjonell, fysisk og/eller seksuell mishandling i et livstidsperspektiv enn mennene. I forhold til krenkelser og mishandling som barn og ungdom (opp til 15 år) var det derimot ingen kjønnsforskjeller. Når det gjaldt personlighetsforstyrrelser (PF) målt ved MCMI, både ved inntak til indeksbehandlingen og syv år etter, hadde mennene signifikant høyere skårer enn kvinnene på den antisosiale dimensjonen og også på alkohol- og stoffavhengighet enn kvinnene. En større andel av mennene enn av kvinnene oppga bruk av heroin, amfetamin og cannabis på alle intervju tidspunktene. Derimot oppga en betydelig større andel av kvinnene å ha brukt sedativer/hypnotika ved inntak til behandlingen. I løpet av observasjonstiden ble denne kjønnsforskjellen endret. Etter syv og ti år var det en større andel menn som rapporterte bruk av slike medikamenter. Kvinnene hadde en større problembelastning i forhold til psykisk helse målt ved Composite Score (CS) ved inntak til behandlingen. Begge kjønn hadde imidlertid en redusert CS ved første og andre oppfølging, og deretter inntraff en økning i psykiske belastninger for menn slik at kjønnsforskjellene ved avsluttet observasjon ble borte. Noe overraskende, ble det heller ikke funnet kjønnsforskjeller i evnen til å kontrollere voldelig atferd i løpet av tiårsperioden.

For kriminalitet var det som forventet betydelige forskjeller på noen mål. Gjennom hele observasjonstiden hadde menn betydelig flere tiltaler for vinningsforbrytelser, og de hadde oppholdt seg lengre i fengsel. Derimot var det ikke kjønnsforskjeller i antall tiltaler for besittelse/salg av stoff.

Som vist i mange andre undersøkelser av rusmiddelmissbrukere, døde langt flere av mennene enn av kvinnene i løpet av observasjonstiden (EMCDDA, 2011, Degenhardt et al., 2010). Til sammen døde ti kvinner (6 %) mot 64 menn (20 %). Risikoen for *overdødelighet* (excess risk of mortality) er likevel størst blant kvinner. Dette kommer hovedsakelig av den lavere dødeligheten blant kvinner enn blant menn i den generelle befolkningen, og som i hovedsak skyldes at færre kvinner dør en voldsom død (EMCDDA, 2011).

Langt flere av kvinnene døde av overdoser (90 vs. 59 % for menn). Dødsårsak for menn var i større grad en såkalt voldsom død, og noen døde av ulike sykdommer. De fleste av dødsfallene syntes på ulike måter å være forbundet med langvarige rusmiddelproblemer.

Denne undersøkelsen bekrefter kjønnsforskjeller på områder som bruk av illegale rusmidler, kriminalitet og dødelighet, og tilsvarende funn er beskrevet fra andre studier, både nasjonalt og internasjonalt, av lignende utvalg (Ravndal, 1994a, Lauritzen et al., 1997, Rokkan & Brandtsberg-Dahl, 2003, Ravndal, 2011, Chen et al., 2011). Men på andre områder som somatisk og psykisk helse og generelle levekår finner vi store likheter mellom kjønnene.

7.3.2 Utvikling og endring for rekrutteringsgruppene

De fire rekrutteringsgruppene har hatt ulike behov for behandling og svært ulike forutsetninger for endring og utvikling. Det gir derfor liten mening å *sammenligne* endring og utvikling gruppene imellom i et langt tidsperspektiv. Men fordi de hver for seg representerer viktige og typiske klientgrupper innenfor prioriterte behandlingskategorier, der alder og rusmiddelprofil blant annet utgjør seleksjonskriterier, synes det viktig også å oppsummerer endringer innenfor hver rekrutteringsgruppe.

De unge i kollektivene

Kollektivgruppen består av få personer, og en skal være forsiktig med å generalisere endringer fra denne gruppen over til ungdomsgrupper i kollektivlignende tiltak generelt. Men som vist tidligere i rapporten, er klientkjennetegnene på ungdommene i denne undersøkelsen i stor grad lik ungdommer rekruttert inn i andre kollektiver tidligere (Tjersland, 1995, Rokkan & Brandtsberg, 2003, Ravndal, 2007, Helgeland, 2007) og en må kunne anta at forløpet har en viss gyldighet for unge i lignende kollektiver. Gruppen har på flere vis hatt en interessant og positiv utvikling. Det er en selektert gruppe som tidlig kom i kontakt med barnevernet og som markerte seg med belastet bakgrunns- og familieproblematikk, aktive atferds-

forstyrrelser, kriminalitet og voldstendenser, og betydelig cannabis- og amfetaminbruk.

Nesten halvparten var i arbeid etter ti år og ca. 20 % var fremdeles under utdanning. Det vil si at 70 % hadde en yrkesaktiv eller yrkesrettet funksjon. Ingen mottok uføretrygd. En tredjedel brukte fritiden sin mest sammen med familie uten rusmiddelproblemer. Dette var en økning fra 4 % ved inntak i indeksbehandlingen. Det var også en betydelig økning i samvær med rusfrie venner. En viktig del av kollektivenes behandlingstilbud er å øve inn og inspirere til rusfrie aktiviteter, og ungdommene synes i stor grad å ha opprettholdt disse gjennom de første voksenårene. Når det gjaldt belastningen i familie- og sosiale relasjoner, viste sumskåren (CS) stor positiv endring for nettopp kollektivungdommene.

Angst og depresjon preget disse unge ved inklusjon og sumskåren for psykisk belastning lå høyere for kollektiv-gruppen enn for gjennomsnittet i utvalget som helhet. Det sees en signifikant reduksjon av psykiske problemer fra inntak til første oppfølging etter ett år og deretter en ytterligere reduksjon. Endringen i omfanget av voldelig atferd var spesielt stor. Gruppens rusmiddelbruk besto i hovedsak av cannabis, sedativer/hypnotika og amfetamin. Målt siste 30 dager før endt observasjon var det ingen som brukte heroin, men to personer hadde gått over til substitusjonsbehandling. Andelen som brukte amfetamin var kraftig redusert og det samme gjaldt for cannabis og sedativer/hypnotika, mens flere hadde brukt kokain og drukket seg beruset på alkohol.

Composite Score (CS) for samlet rusmiddelbruk viste en signifikant reduksjon som holdt seg stabil gjennom alle oppfølgingsintervjuene. Kriminalitetsbelastningen målt ved CS ble også redusert signifikant. Omtrent halvparten av kollektiv-gruppen hadde benyttet seg av poliklinisk behandling i årene etter avsluttet indeksbehandling, men det var ingen som hadde ytterligere langtidsdøgnbehandling.

PUT-gruppen

Gruppen som helhet syntes å ha hatt større grad av ressurser og et mindre avvikende utgangspunkt med høyere utdanningsnivå, større sosial integrering og kontakt med arbeidsliv og familie. Omtrent en tredjedel var heroinbrukere. Etter ti år var 40 % av de tidligere PUT-klientene i arbeid, 5 % var under utdanning og noen flere hadde fått uføretrygd (totalt 14 %). Det var en langt større andel ved avsluttet observasjon som var sammen med familie uten rusmiddelproblemer, men

det var ingen økning i samvær med rusfrie venner og bekjente. Composite Score (CS) viste ingen signifikant positiv endring i belastningsnivå for familie og sosiale relasjoner, men så var også utgangsnivået langt lavere enn for de øvrige gruppene. PUT-klientene hadde ved inntak til behandling den høyeste gjennomsnittsskåren for psykiske vansker målt ved CS. Det var en sterk nedgang i skåren ved de to første oppfølgingsintervjuene. Nedgangen holdt seg imidlertid ikke stabil mot de to siste måletidspunktene, hvor det var en klar tendens til økende psykisk belastning.

Når det gjaldt rusmiddelbruk gikk andelen som brukte heroin ned, mens bruk av substitusjonsmedikamenter økte. Omfanget av amfetaminbruk ble noe redusert. I motsetning til i gruppen for døgnbehandling for voksne, fant det ikke sted noen betydelig reduksjon i bruken av beroligende, vanedannende medikamenter eller cannabis ved de to første oppfølgingstidspunktene. Derimot var det tegn til reduksjon mot slutten av observasjonstiden. CS viste en signifikant reduksjon i samlet rusmiddelbelastning og også kriminell virksomhet for gruppen som helhet. I underkant av en tredjedel av PUT-klientene hadde gått over til LAR etter syv år, og andelen var den samme ved endt observasjon. Andelen som mottok langtids døgnbehandling varierte mellom 17 og 5 %, hvorav den høyeste andelen var ved toårsoppfølgingen, og den laveste etter ti år. Det ser også ut til at en stor del av PUT-gruppen gjorde bruk av poliklinisk behandling i ulike faser gjennom observasjonstiden. Hele 19 % av de tidligere klientene i PUT var døde ved observasjonstidens slutt.

De voksne fra døgntiltakene

Døgnbehandlingsgruppen er den største og den som fikk mest variert behandling i indekstiltaket innenfor ulike typer døgnenheter. Dette gjør også at oppfølgingen og utviklingen preges av variasjon. Likhetene var at tilbudet strakk seg over lang tid, og at behandlingen fant sted innenfor enheter hvor også omsorgsfunksjoner er sentrale. Utgangspunktet var en gruppe med tung og alvorlig injeksjonsbruk, for de fleste heroin (73 %). En tredjedel var i arbeid etter ti år, og det var en økning for hvert oppfølgingsintervju. Andelen uføretrygdete økte fra 5 til 35 %. Nærmere halvparten tilbrakte mest tid sammen med familie uten rusmiddelproblemer etter ti år, og det utgjør en betydelig forskjell fra inklusjon da andelen var under 10 %. Det var også langt færre som bodde sammen med andre som ruset seg. CS for belastning i familie og sosiale relasjoner viste da også nærmere 50 % reduksjon mellom inntak og første oppfølging, og reduksjonen var nokså stabil gjennom intervjutidspunktene.

CS for fysiske problemer viste ingen endring. Det gjorde heller ikke CS for psykiske helseplager når skårene fra inntak sammenlignes med skårene fra syv- og tiårsintervjuene. Etter ett og to år var skårene betydelig redusert fra inklusjon. På begge disse tidspunktene var en stor andel av klientene fortsatt i indeksbehandlingen. Andelen heroinbrukere ble sterkt redusert, fra 73 % ved inntak til 14 % etter ti år, mens andelen som fikk forskrevet substitusjonsmedikamenter økte fra 3 til 50 %. Ellers svarte ca. 20 % etter ti år at de hadde brukt amfetamin siste 30 dager, nærmere 40 % hadde brukt vanedannende, beroligende medikamenter og 45 % rapporterte bruk av cannabis. Andelene var likevel lavere enn ved inklusjon. CS viste som forventet signifikant reduksjon i rusmiddelproblemer og i kriminalitet. Ved syvårsoppfølgingen svarte 40 % at de hadde fått behandling i LAR i løpet av siste fem år, og ved tiårsintervjuet rapporterte 53 % å ha mottatt LAR-behandling i løpet av siste tre år. De voksne i døgntiltakene benyttet i stor grad også poliklinisk behandling (uten LAR). Over 40 % oppga slik behandling etter to og syv år og en tredjedel ved endt observasjon. Blant de opprinnelige voksne døgntil klientene døde 16 % i løpet av observasjonstiden.

LAR-gruppen

LAR-gruppen skiller seg ut ved et markert svakere utgangspunkt. Alle hadde regelmessig, injeksjonsdominert avhengighet av heroin, høyere alder, dårligere helse og særlig svekket sosial funksjon. Dette viste seg ved omfattende kriminalitet og liten arbeidserfaring. Gruppen var rekruttert i en tid da LAR-tilbudet bare var tilgjengelig for de som hadde forsøkt flere og adekvate behandlingstilbud og hadde en svært dårlig helse og psykososial situasjon. Det var ingen økning i arbeidsfunksjon gjennom årene, og andelen uføretrygdede økte fra 23 til 67 %. Det syntes også å være en tendens til at flere levde lite integrert i familie- eller med sosialt nettverk, og at gruppen hadde sparsom sosial kontakt utenfor rusmiljøer. CS for familie og sosiale relasjoner viste ingen signifikant endring mellom første og siste intervju. Det gjorde heller ikke sumskåren for fysisk helse. Derimot var det en signifikant økning i psykiske vansker ved CS målingen mellom inklusjon og avsluttet observasjon. Som nevnt tidligere kan det være spesielle forhold som påvirket det lave inngangsnivået av rapporterte psykiske problemer for LAR-gruppen, men problemnivået økte også fra første til siste oppfølging.

CS for rusmiddel-/medikamentbruk viste en signifikant nedgang i løpet av observasjonstiden, selv om en tredjedel hadde brukt heroin ved siste måling, nærmere 60 % beroligende medikamenter og 50 % cannabis. Det var under en femtedel som svarte at de hadde drikket seg beruset på alkohol ved tiårs-

oppfølgingen, som det også var ved de tidligere oppfølgingene. CS viste en betydelig og signifikant nedgang i rapportert kriminalitet. Andelen som var bekymret for sin helse og fremtid var imidlertid stor blant LAR-klientene. Mellom 15 og 30 % hadde vært i døgntilrettelagt opphold (utenom eventuelle avrusningsopphold) i observasjonstiden.

7.4 Diskusjon

Undersøkelsen «Gjennom ti år» med personlige intervjuer ved fem tidspunkter, er nok så unik også i i internasjonal sammenheng. Den har fulgt en stor gruppe med sammensatte og alvorlige rusmiddeldominerte vansker, og gir et nyansert bilde av hvordan narkotikabrukere, rekruttert fra ulike behandlingstyper, med ulik alder og forskjellig rusmiddelprofil, utvikler seg.

I utgangspunktet var det skepsis til om målgruppens ustabilitet og manglende samarbeidsevne over tid ville gjøre studien mulig å gjennomføre. Dette er langt på vei motbevist. Selv etter ti år lot nærmere 80 % av de gjenværende informantene seg intervjuet.

En så høy svarprosent gjennom ti år krever mye arbeid fra forskerteam og intervjuere. Forarbeidet baserte seg på erfaring fra tidligere studier, et tett samarbeid med behandlingssentre, og nitid oppbygging og vedlikehold av kontakter og informasjonskanaler. Dette var avgjørende for å kunne oppspore informantene og etablere intervju situasjoner. Lignende erfaringer beskrives i tilsvarende studier internasjonalt (Gossop et al., 2000, Darke et al., 2007). Det skal heller ikke undervurderes hvilken innsats mange av informantene gjorde for å klare å stille til intervju, noe det står stor respekt av.

For mange av klientene i studien har problemene startet tidlig. Rusmiddelproblemer og psykiske vansker i oppvekstfamilien er funnet i samme omfang i denne studien som i den nasjonale tverrsnittstudien «Stoffmisbrukere i behandling» ti år tidligere (SIB-Lauritzen et al, 1997). Et stort antall barn som senere kommer i behandling for egne rusmiddelproblemer har vokst opp i hjem belastet med foreldres rusmiddelbruk og psykiske vansker. Dette er funn som bekrefter behovet for oppmerksomhet på barn der hvor foreldres problemer er kjent, men også for kontekstuell forståelse og rusmiddelkompetanse når barn viser ulike symptomer på mistilpasning, utviklings- og reguleringsvansker, tilbaketrekning og isolasjon, uten at foreldres problemer er kjent for hjelpeapparatet. Hele spekteret av arenaer

som møter barn; helsestasjoner, barnehager og skoler, barnevern og psykisk helsevern for barn og unge, har behov for kompetanse til å kunne forstå, identifisere og handle til beste for barnet under mistanke om rusmiddelproblemer og psykiske vansker i hjemmet. Barnet vil kunne uttrykke sin situasjon og sine erfaringer på svært forskjellige måter, og derfor er arbeidet med å komme barna i møte og få kartlagt hjelpebehovene vanskelig. Det er grunn til optimisme da Regjeringens nå har tatt disse problemstillingene og anmodningene på alvor og iverksatt satsningen «Barn som pårørende» (Helsedirektoratet 2011). Inkludert i handlingsplanen er kravet om å etablere stillinger som barneansvarlige innen tiltakene i spesialisthelsetjenesten, slik at barnets situasjon skal ivaretas når foreldre er i en behandlingssituasjon. Dette vil kunne være et viktig tiltak for å fremme familie- og generasjonsperspektivet i rusmiddelbehandling (Lauritzen & Waal 1996).

Tiårsstudien har kartlagt flere oppvekstfaktorer som kan ha gitt traumeerfaringer og senskader. Childrens Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998) stiller retrospektive spørsmål til barnets 15 første leveår innenfor temaene: følelsesmessig, fysisk og seksuelt misbruk, og følelsesmessig og fysisk forsømmelse. Når det gjaldt gjennomsnittskårer på de ulike områdene, skåret klientene i tiårsstudien svært likt et utvalg rusmiddelmissbrukere i en fattig bydel i New York (Bernstein et al., 2008). Klientgruppen hadde høyest gjennomsnittskåre på emosjonell forsømmelse, og det var ingen kjønnsforskjeller på noen av områdene. Klinisk erfaring og forskning viser at slike tidlige belastninger ofte skaper store psykiske vansker og rusmiddelproblemer i voksen alder (Johnsen et al., 1999, McKeganey et al., 2005, Milne et al., 2009). Det er også vist i ikke-kliniske studier at både psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er hyppigere i den delen av voksenalderen som har vært utsatt for alvorlige traumatiske hendelser som barn og/eller ungdom (Milne et al., 2009, Dannowski et al., 2012).

Fra klinisk praksis er det kjent at barn kan være underlagt en uttalt eller uttalt «taushetsplikt» om forhold de blir utsatt for. Hemmeligholdelse, lojalitet og redsel kan skape taushet om viktige hendelser eller levemåter, og dette gjør det vanskelig for private ressurspersoner eller profesjonelle hjelpere og nå frem til barnet. Helsedirektoratet har tatt initiativ til å samle kartleggingsverktøy og diagnoseinstrumenter for ulike aldersgrupper av barn, og for ulike behov. Mange yrkesutøvere innenfor barnehage, skole, barnevern osv. gir uttrykk for at «de vanskelige samtalene» lett kan utsettes fordi man føler seg hjelpeløs og usikker. Her må behovet for veiledning, og også hjelperedskaper i form av enkle kartleggings-

verktøy kunne tilbys. Målet er at barn ikke skal gå alene med hemmeligheter eller krenkelser som skader dem, og at de skal få tidlig hjelp innenfor en kontekstuell ramme som ofte, men ikke alltid, kan ivareta både barn og pårørende.

Selv om disse ovenfor nevnte belastningsfaktorene identifiseres hos en langt større andel enn i en generell befolkningsgruppe, vil de selvsagt ikke være beskrivende for alle som kommer til behandling for rusmiddelbruk. Det er ikke ønskelig at slik kunnskap skal bidra til en stigmatisering, men forebyggingsstrategier og behandlings-tiltak må ta hensyn til den.

Det kommer frem at utvalget i studien har hatt omfattende skoleproblemer, har lavt utdanningsnivå og generelt liten gad av arbeidserfaring i voksen alder. Mellom halvparten og tre fjerdedeler av alle svarte at de hadde alvorlige lære- og/eller atferdsvansker i grunnskolen. Selv om vi gjerne skulle ha utforsket spørsmålene nærmere, viser disse funnene at de fleste har opplevd store problemer både i forhold til å tilegne seg faglig kunnskap og med å regulere atferd i skolesituasjonen. Det er derfor viktig å reise spørsmål rundt skolesituasjonen. Har disse klientene fått noe i nærheten av den opplæringen, den faglige forståelsen og de tiltakene de åpenbart har hatt behov for? Mange har altså gitt uttrykk for at de ikke mestret kravene, var vanskelige elever, ikke var motivert for skolen, hadde store problemer med å konsentrere seg, huske og/eller forstå. De sist uttrykte vanskene synes også å være svært fremtredende senere i livet.

Skolen er en unik observasjonsarena, ved at alle barn går der og tilbringer tiden sin i læring, lek og sosial interaksjon. Funnene i denne rapporten bør tas på alvor i forhold til å drøfte hvordan vi best kan utnytte mulighetene som ligger i skolesituasjonen for å identifisere sammensatte problemer tidlig og sette inn tiltak. Her er det flere modeller å diskutere. Hvis skolepolitiske beslutninger, pedagogiske prinsipper eller ressursmangel eller mangel på tverrfaglige intervensjoner i stor grad har begrenset disse barnas muligheter, kan det ha fått alvorlige konsekvenser.

Behandlingstiltakene i denne studien, spesielt for de unge, inkluderer ofte mulighet for å fullføre skolegang, få vitnesbyrd, fylle inn kunnskapshull og ikke minst gi erfaring i å mestre en skolehverdag med hensyn til rutiner, konsentrasjon, utholdenhet og liten grad av konflikt. For mange har dette nettopp vært av avgjørende betydning for en vei bort fra rus.

Som vi skal se øker andelen i hele utvalget som kommer i arbeid gjennom observasjonstiden, men det er likevel altfor mange som ikke klarer å skape en forankring i yrkeslivet selv om rusmiddelbruken i stor grad reduseres eller opphører.

Opprinnelig overskrift for denne studien var «Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?» I de to første observasjonsårene ble behandlingsintervensjoner nøye loggført og forsøkt kostnadsberegnet, og problemstillingene hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad er drøftet i en tidligere SIRUS rapport (Melberg et al, 2003). Til denne rapporten har vi kun gjort enkle oppsummeringer over bruken av behandlingstiltak gjennom hele observasjonstiden.

Studien bekrefter at et flertall av de som kommer i behandling for rusmiddelmisbruk synes å trenge omfattende behandling over mange år. Dette er ingen nyhet for klinikere og andre hjelpere. Men det er mange spørsmål knyttet til faktum. Ett handler om kompetanse. Møtes klientene med den nødvendige tverrfaglige tyngde slik at kompleksiteten i problembildet blir forstått og ivaretatt? Tas det hensyn til at endring og ofte oppbygging av grunnleggende ferdigheter og mestringsstrategier tar tid? Utnyttes de ulike behandlingsformene i tilstrekkelig grad som komplementære til hverandre? Og ikke minst: settes det høyt nok på dagsorden at elementære behov som bolig, tilpasset yrkesaktivitet og meningsfylte sammenhenger kan være forutsetninger for å stoppe en negativ runddans? Vi står overfor vanskelige oppgaver. Rusmiddelmisbruk og avhengighet gir atferdsmåter og samhandlingsformer i det private nettverket og i møte med profesjonelle hjelpere som kan være særdeles utfordrende.

Omtrent 40 % av klientene med tidsavgrenset behandling (LAR unntatt) fullførte indeksbehandlingen. Fullføring er ofte benyttet som en kvalitetsindikator ved behandling og det kan derfor stilles spørsmål ved om denne andelen fullførte behandlingsepisoder er et godt eller dårlig resultat. Det sier sannsynlig mye om at klientenes motivasjon for behandling og endret atferd er skiftende og at rusmiddeltrangen periodevis vinner. Det kan si noe om hvor vanskelig forpliktende relasjoner over tid er for mange av klientene med store relasjonelle problemer. Men det kan også være slik at behandlingstiltakene ikke var godt nok tilpasset den enkeltes behov og hvis spesialisthelsetjeneste og kommunale innsatser var bedre samordnet, ville prosentandelen målt fra enkelttiltak vært av mindre betydning, og behandlingsutfallet eventuelt et annet.

Det synes særlig viktig å komme i behandlingsposisjon i en tidlig fase av rusmiddelbruken. Selv om denne studien har et lite utvalg av unge under 20 år, skal ikke utviklingen for gruppen undervurderes. De unge var hardt belastet, både når det gjaldt bakgrunnserfaringer, atferdsvansker, skoleproblemer og begynnende rusmiddelproblemer, særlig i form av cannabis- og amfetaminbruk. Den intensive og langvarige kollektivbehandlingen som disse unge med stor risiko for en tung misbrukskarriere fikk, ser ut til å ha redusert problemomfanget i stor grad underveis i behandlingen. Gjennom den tiårige observasjonstiden har ingen av de unge senere vært i døgntilbud mens omtrent halvparten har benyttet seg av polikliniske tilbud. Her sees en høyintensiv og døgntilbud kontinuerlig behandling som fases over i poliklinisk form samtidig som flere av utfallsvariablene viser positive trekk over lang tid.

Studien synliggjør betydelige ulikheter i klientgrunnlaget mellom rekrutteringsgruppene. Forskjellene er i stor grad knyttet til alder og stadie i misbruksutviklingen, men også i noen grad til utdanningsbakgrunn og arbeidserfaring uavhengig av alder. Dette viser behovet for et differensiert behandlingsapparat. Studien bekrefter langt på vei at differensieringskriteriene fungerer etter intensjonen. PUT-klientene var yngre, hadde i gjennomsnitt et høyere utdanningsnivå og større grad av arbeidstilknytning enn klientene fra døgntiltakene for voksne og LAR, og de hadde en langt lavere andel heroinbrukere. I gruppen som helhet, med stor intern variasjon i frekvens og omfang av polikliniske samtaler, sees ikke en like stor reduksjon av rusmiddelbruk første år etter inklusjon som for de to døgntilbudningsgruppene og LAR. En stor andel av PUT-klientene har hatt flere polikliniske episoder i løpet av observasjonstiden, og det synes som om PUT kan ha fungert som terapeutisk base i ulike krise- og behovssituasjoner over lang tid. Personalgruppen i disse teamene hadde også stor grad av stabilitet, slik at kontinuitet i klient-/terapeutrelasjonen kan ha vært viktig. Større grad av arbeid og sosial integrasjon og mindre heroinbruk forklarer nok delvis hvorfor døgntiltak i liten grad har vært benyttet for PUT-gruppen i observasjonstiden. Polikliniske baser for eventuelle gjentatte behandlingsepisoder synes å være nyttige for visse klientgrupper.

Klientgrunnlaget ved døgntiltakene for voksne og LAR skilte seg fra hverandre blant annet ved at LAR-klientene i gjennomsnitt var langt eldre og hadde brukt heroin regelmessig over mange flere år. Men også døgntiltakene er innrettet mot svært alvorlig narkotikamisbruk/avhengighet, og mer enn 90 % av klientene hadde vært aktive sprøytebrukere. Som beskrevet for de unge i kollektivene, var det tilsvarende for de voksne i døgntiltakene en beskjeden grad av ny døgntilbudning

i observasjonstiden. Vi finner i studien ingen støtte for «svingdørsbehandling» innen dette behandlingsnivået. Derimot hadde mange av døgnklientene i perioder vært i poliklinisk behandling (utenom LAR), og etter ti år var over halvparten i LAR. Dette kan selvsagt være en grunn til at gjentatte døgniltak ikke er benyttet.

Retensjonen i LAR var høy for de klientene som deltok i oppfølgingsintervjuene. I tillegg til den polikliniske behandlingen har en andel ved hvert oppfølgingsintervju rapportert å ha vært i døgnbehandling, ca. en tredjedel i perioden fra to til syv år etter inklusjon. Dette bekrefter behovet for å se behandlingstilbudene som komplementære, og opprettholde muligheter for oppgradering av behandlingsnivå eller tilbud om kvalifiserte omsorgsbaser innenfor livslange behandlingsforløp.

Studien viser at for de fleste klientene i de tidsavgrensede behandlingstypene var indeksbehandlingen ikke den eneste, og den var heller ikke den første. LAR-tiltakene er innrettet mot det kontinuerlige og det viser seg gjennom observasjonstiden at mange innenfor den substitusjonsfrie behandlingen har tilsvarende kontinuitets- og oppfølgingsbehov. Det er derfor store forventninger til Regjeringens foreslåtte Samhandlingsreform også på dette området.

Det er gjennomført en observasjonsstudie over ti år. På grunn av frafall av ulike grunner, er det ikke det samme utvalget som intervjues på hvert tidspunkt. Det er derfor av betydning for vurdering av endring å analysere hvordan frafallet kan påvirke funnene. Dette er redegjort for i kap 3.5 og kap 6, og vi konkluderer med at tendensene i endringsbeskrivelsen må antas være robuste.

Dødeligheten i gruppen var høy. I løpet av ti år var 74 personer (10 kvinner og 64 menn) døde, det vil si 15 % av informantene, noe som utgjør 1.5 per 100 personår. Omfanget er tilsvarende det en finner i internasjonale undersøkelser (Degenhardt et al., 2010, EMCDDA, 2011). Overdoser var registrert som dødsårsak i nærmere 70 % av dødsfallene. Ni av ti kvinner døde av overdoser, mens den tilsvarende andelen for menn var ca. seks av ti. Betydelige flere år med misbruk av alkohol, høy grad av alvorlig kriminalitet og en større andel med antisosial personlighetsforstyrrelse før inklusjon skilte signifikant mellom de døde og de øvrige. De døde hadde dessuten oppholdt seg i betydelig kortere tid i indekstiltaket enn de andre. Dette er kjennetegn ved gruppen som er observert i oppfølgingsstudien av Ravndal og Vaglum (1997) og også i internasjonal litteratur (Degenhardt et al., 2010.) I arbeidet med å redusere narkotikarelaterte dødsfall er det viktig å ta hensyn til klientenes rapporterte depresjon, selvmordstanker og tidligere selvmordsforsøk.

Mer enn 40 % av utvalget oppga at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv før inklusjon i studien. Intenderte overdoser er del av dette bildet. Bekymringsfullt er også andelen HCV-smittede i utvalget. For de to tyngste rekrutteringsgruppene: LAR og døgntiltak for voksne, var samlet gjennomsnittandel for kjent HCV-smitte over 70 ved avsluttet observasjon. Mange har vært kroniske bærere av hepatitt-C virus over lang tid. Ifølge en studie av hepatitt C som dødsårsak blant sprøytebrukere, fant Kielland et al. (2012) at det tok i underkant av 30 år fra sprøytebrukere ble smittet av sykdommen til den var like vanlig dødsårsak som overdose. En viktig oppgave for helsemyndighetene må være å prioritere tilbud om tilrettelagt behandling for hepatitt C for dermed å kunne redusere fremtidige HCV-relaterede dødsfall.

Utover den store gruppen døde, kan den overordnede endringsbeskrivelsen fra studien synes mer positiv enn mange kanskje hadde forventet. Etter ti år er det en stor reduksjon i bruken av narkotiske midler/medikamenter og kriminalitet. Langt flere har en stabil boligsituasjon og er integrert i familie uten rusmiddelbruk, og en langt større andel enn ved inklusjon har egen arbeidsinntekt eller en stabil trygdeordning.

Når det gjelder rusmiddelbruk skjedde den største endringen fra inklusjon til første oppfølging, etter ett år. Da var en stor andel fremdeles i behandling eller hadde nylig avsluttet. Reduksjonen var størst i bruken av heroin, og en ytterligere reduksjon fant sted fra første oppfølging og frem mot avsluttet observasjon. Bruken av sprøyter fulgte i hovedsak samme mønster. Forklaringen på den fortsatte, reduserte heroin- og sprøytebruken kan nok i stor grad tilskrives LAR-behandling. I tillegg til at de fleste initialt rekrutterte LAR-klientene var i behandling med substitusjonsmedikamenter gjennom hele observasjonstiden, gikk over halvparten av de opiatmisbrukende døgnt klientene etter hvert over til LAR. Det samme gjorde også en viss andel fra de psykiatriske ungdomsteamene.

Det var en betydelig nedgang i bruk av cannabis og sedativer/hypnotika mellom inntak og første oppfølging, men denne nedgangen viste ikke tilsvarende fortsatt reduksjon i observasjonstiden. Det var derimot en tendens til økning mot samme nivå som ved inklusjon. Dette kan i hovedsak forklares med at andelen som brukte slike rusmidler/medikamenter daglig eller nesten daglig hadde økt med omtrent 100 % til ca. en femtedel av informantene etter ti år, og må sies å være en bekymringsfull utvikling.

Det var en betydelig nedgang i samlet kriminalitetsbelastning i løpet av observasjonstiden for utvalget som helhet. Særlig stoffsalg og annen vinningskriminalitet ble redusert og studien bekrefter den sterke sammenhengen mellom denne type kriminalitet og egne rusmiddelproblemer. Ved inntak ble det i stor grad rapportert om tidligere tiltaler for kjøring i ruspåvirket tilstand. Denne type risikofylt atferd både for en selv og tredjepart synes også betydelig begrenset, både ut fra omfanget av tiltalene og generelt en langt mindre rusmiddelbruk. Funnene kan likedan tyde på atferdsendring i forhold til utøving av vold, og særlig gjaldt dette for de unge informantene. Samlet sett bør den reduserte kriminaliteten sees på som av stor betydning for målgruppen selv, for de mange som er utsatt for de ulike formene for kriminalitet og i en samfunnsøkonomisk sammenheng.

Arbeid eller ordnet økonomi i form av trygdeytelser samt egen bolig har vært viktige mål for de fleste under observasjonstiden. For en forholdsvis stor andel er noen av disse målene nådd. Etter ti år hadde en tredjedel inntekt fra eget arbeid og nærmere 40 % var uføretrygdet. Andelen som hadde mottatt sosialhjelp var redusert med over 50 %. For alle disse tre indikatorene var endringen signifikant og positiv. Det kan selvsagt diskuteres om andelen uføretrygdede er for høy i forhold til ønske om en mer aktiv tilværelse i form av tilrettelagt arbeidsaktivitet. For øvrig er det blant de opprinnelige LAR-klientene at uføretrygd andelen er høyest, med nesten 70 %, og det er også i denne gruppen at den har økt mest. Tatt i betraktning gruppens dårlig helse og samlede belastningsnivå kan denne utviklingen synes velbegrunnet.

De siste årene er det satset mye i Norge på skadereduserende tiltak for de aller dårligste gruppene av rusmiddelbrukere. Ut fra denne studien kan det tolkes som om det er ganske mange som trolig har et potensiale for større grad av aktiv funksjon og integrasjon i nye miljøer, men som ikke har lyktes. Det er en stor utfordring for offentlige og private aktører og imøtekomme de som har redusert eller avsluttet rusmiddelbruken og som ønsker å komme inn i sosiale sammenhenger med tilpasset aktivitet, men som ofte beskriver et utenfor liv med stor grad av ensomhet og passivitet.

Nok et positivt funn er at boligsituasjonen synes å ha forbedret seg for de fleste. Etter ti år var syv av ti fornøyd med hvordan de bodde, og opp mot 90 % hadde stabil bolig enten alene eller sammen med partner og/eller barn.

For gruppen som helhet ble personlighetsforstyrrelser og psykiske vansker stående som vanskelig å redusere over tid. Det er ganske entydige funn som peker i retning av vedvarende depresjons- og angstproblematikk og svekket kognitiv funksjon hos opp mot 50 % av alle etter ti år. Andelen som oppga at de hadde fått forskrevet medikamenter for psykiske vansker økte også sterkt. Andre studier av lignende målgruppe viser samme tendens til vedvarende psykiske problemer (Vaglun, 1985, Ravndal & Vaglun, 1997, McKeganey et al., 2006, Landheim, 2007, Bakken, 2008, Darke et al., 2007). En nærliggende forklaring kan være at dette er primære vansker knyttet til tidlige traumer og belastninger og/eller genetiske forhold, selv om rusattribuerte psykiske vansker og andre livserfaringer kan være del av forklaringsbildet. Utvikling av relasjonsskader og personlighetsforstyrrelser skaper likedan tung problematikk. Her bekrefter vår studie de store oppgavene samfunnet står overfor i forhold til å kunne forebygge og behandle psykiske lidelser og derigjennom også omfattende rusmiddelbruk.

7.4.1 Sammenligning med internasjonale behandlingsstudier

Som påpekt innledningsvis finnes det noen få nyere internasjonale behandlingsstudier med noenlunde likt design som vårt, det vil si naturalistiske, prospektive oppfølgingsstudier av narkotikabrukere i behandling. Imidlertid gjør forskjeller i økonomi, kultur, helse- og sosialvesen, behandlingsapparat for rusmiddelbrukere og undersøkelsesens metoder og utvalg det vanskelig å sammenligne. Også observasjonstidene i de ulike undersøkelsene er forskjellig og langt kortere enn hos oss, fra 5 år i England til henholdsvis 3 år i Australia og nesten 3 år i Skottland

Det kan imidlertid være interessant å sammenligne visse trender i noen av disse undersøkelsene. I NTORS fra England (Gossop et al., 1997, 2002, 2007), ATOS fra Australia (Ross et al., 2002, 2005, Darke et al., 2007) og DORIS fra Skottland (McKeganey et al., 2006) er det visse forhold som går igjen. Utvalgene i alle studiene er dominert av heroinmisbrukere, men med et utstrakt blandingsmisbruk. Behandlingstiltakene som er med i de ulike undersøkelsene er noe forskjellig, men i alle inngår medikamentfri døgns- poliklinisk- og substitusjonsbehandling. Trenden når en ser utvalgene under ett, er at rusmiddelbruken og kriminaliteten reduseres betydelig. I alle undersøkelsene er nedgangen størst etter ett år, i ATOS etter 3 måneder, og reduksjonen i rusmiddelbruken holder seg noenlunde stabil til siste oppfølging. Det er også tydelig at den store nedgangen i kriminalitet i hovedsak henger sammen med reduksjonen av rusmidler, og spesielt bruken av heroin. I NTORS var nesten halvparten (47 %) av de tidligere klientene i døgntiltakene og 35 % av metadonklientene abstinent fra opiater ved 5-årsoppfølgingen (når

substitusjonsmedikamenter ikke sees på som et rusmiddel) (Gossop et al., 2001). I Skottland var de tilsvarende tallene 33 % for klienter fra døgntiltakene og bare 11 % blant metadonklientene (McKeganey et al., 2006). I ATOS-studien var andelen abstinente fra opiat er over 50 % ved alle de 4 oppfølgingene i løpet av den 3-årige observasjonsperioden (Darke et al., 2007). I ATOS-undersøkelsen fant de heller ikke at andre rusmidler økte når bruken av heroin gikk ned. De noterte også en mindre hyppig bruk av andre opiat er, kokain, amfetamin, cannabis og benzodiazepiner i løpet av observasjonstiden.

Når det gjelder psykisk helse viser målene i undersøkelsene at reduksjonen i symptomer for utvalget som helhet er liten. I NTORS undersøkelsen reduseres symptomene noe ved de to første oppfølgingene, øker igjen ved 5-årsoppfølgingen, men ikke til samme nivå som ved inntak (Gossop et al., 2001). Også i ATOS-studien understrekes omfanget av psykiske problemer som fortsatt er til stede etter 3 år (Darke et al., 2007). 41 % av utvalget oppfylte kriteriene for en PTSD-diagnose (post-traumatisk stresslidelse), og 1 av 5 personer hadde alvorlige psykiske vansker ved siste oppfølging. Mange av de psykiske vanskene setter ATOS-forskerne i forbindelse med traumatiske opplevelser i barndom/oppvekst.

Det er også interessant å merke seg at i alle de tre refererte undersøkelsene vises det tydelig at døgntilbehandling, med abstinens som målsetting, har en høyere andel rusfrie klienter enn substitusjonsbehandling. I ATOS var lange opphold i døgntilbehandling forbundet med redusert bruk av alle rusmidler (Darke et al., 2007), mens substitusjonsbehandling primært var forbundet med reduksjon i andre opiat er og alkohol. Også i NTORS og DORIS undersøkelsene var det høyere abstinensrater i medikamentfri døgntilbehandling enn i metadonbehandling (Gossop et al., 2001, McKeganey et al., 2006). Det kan synes som substitusjonsbehandling i de fleste land har mer preg av skadereduserende behandling, mens medikamentfri døgntilbehandling har abstinens som hovedmål, og at begge behandlingstilnæringer er like viktige. Undersøkelsene viser at forbedringspotensialet er stort i de fleste typer behandling, men hovedkonklusjonen både i NTORS- og ATOS-undersøkelsene er at «treatment works» og er nyttig både for klient og samfunn på kort og lang sikt (Gossop et al., 2001, Darke et al., 2007).

7.4.2 Konklusjon etter ti år

Summert opp viser den norske ti års studien store og positive endringer for en belastet målgruppe og det er klientenes egen informasjon som danner grunnlag for beskrivelsene. Årsakene til endret atferd og livssituasjon kan være mange og

sammensatte. En stor andel av klientene har imidlertid benyttet seg av ulike deler av behandlingsapparatet gjennom faser i løpet av ti år. Dette kan bidra til en realistisk optimisme for rusmiddelbehandling. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene og mellom disse og kommunale innsatser er av sentral betydning for brede nok intervensjoner og kontinuitet i behandlingen. Studien viser også behovet for å intensivere innsatsene overfor de som har redusert sin rusmiddelbruk eller lagt den bak seg, men som lever i en randzone med stor grad av ensomhet.

Litteratur

Abrahamson, M., Tryggvesson, K. (2009). Socialtjänstens användning av standardiserade klientbedömningsinstrument – ASI som retorik och praktik i två svenska kommuner. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 26, 21–39.

Alnæs, R., Torgersen, S. (1989a). Clinical differentiation between major depression only, major depression with panic disorder and panic disorder only. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 79, 370–377.

Alnæs, R., Torgersen, S. (1989b). Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 79, 11–18.

Alterman, A. I., Mulvaney, F. D., Cacciola, J. S., Cnaan, A., McDermott, P. A., Brown, L. S. (2001). The validity of the interviewer severity ratings in groups of ASI interviewers with varying training. *Addiction*, 96, 1297–1305.

Amundsen, A. (2000). HSCL-25: Modell for omregning av case-verdi ved bruk av en fempunktsskala. SIRUS (ikke publisert)

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Bakken, K. (2008). *Psykiske lidelser hos rusmisbrukere med langvarig og omfattende misbruk*. Dr.avhandling, Avd. for atferdsfag, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K. et al. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151 (8), 1132–1136.

Bernstein, D. P., Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report*. San Antonio, TX: Harcourt Brace & Co

Bifulco, A., Brown, G. W., Lillie, A., Jarvis, J. (1997). Memories of childhood neglect and abuse: corroboration in a series of sisters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 365–374.

Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H., McKeganey, N. (2008). Contribution of problem drug users' deaths excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study. *British Medical Journal*, BMJ2008;337:a478 doi: 10.1136/bmj/a478 (bmj.com).

Bramness, J., Sexton, J. (2011). The basic pharmacoepidemiology of benzodizepine use in Norway 2004–9. *Norsk Epidemiologi*, 21 (1), 35–41.

Bretteville-Jensen, A. L., Ødegård, E. (1999). *Injeksjonsmisbrukere i Norge* (SIFA-rapport nr. 4/99). Oslo: Statens institutt for alkoholforskning.

Bretteville-Jensen, A. L., Amundsen, E. J. (2006). *Omfang av sprøytemisbruk i Norge* (SIRUS-rapport nr. 5/2006). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Brewin, C. R., Andrews, B., Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82–98.

Butler, S. F., Gaulier, B., Haller, D. (1991). Assessment of axis II personality disorders among female substance abusers. *Psychological reports*, 68, 1344–1346.

Chen, K. W., Banducci, A. N., Guller, L., Macatee, R. J., Lavelle, A., Daughters, S. B., Lejuez, C. W. (2011). An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2–3), 92–99 doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.03.003.

Comiskey, C.M., Kelly, P., Leckey, Y., McCulloch, L., O'Duill, B., Stapleton, R. D., White, E. (2009). *The ROSIE study, Drug Treatment Outcomes in Ireland*. A report for the National Advisory Committee on Drugs, Dublin: Stationery Office.

Craig, R. J., Weinberg, D. (1992). Assessing drug abusers with the Millon Clinical Multiaxial Inventory: a review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 249–255.

Dahl, A. A., Krüger, M. B., Dahl, N. H., Stordal, E., Mykletun, A. (2002). Angst, depresjon og psykiatrisk forskning i Nord-Trøndelag. *Norsk Epidemiologi*, 12 (3) 347–353.

Dannowski, U., Stuhmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P. et al. (2012). Limbic Scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*, 71, 286–293.

Darke, S., Ross, J., Teesson, M. (2007). The Australian Treatment Outcome Study (ATOS): what have we learnt about treatment for heroin dependence? *Drug and Alcohol Review*, 26, 49–54.

Davoli, M., Bargagli, A. M., Percci, C. A., Schifano, P., Belleudi, V., Hickman, M., Salamina, G. et al. (2007). Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEdeTTE study, a national multisite prospective cohort study. *Addiction*, 102, 1954–1959.

Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Hammad, A., Hickman, M., McLaren, J. (2010). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106, 32–51.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1–15.

EMCDDA (2011). *Narkotikasituasjonen i Europa. Årsrapport*. Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner

Fletcher BW, Tims FM, Brown BS (1997). Drug abuse treatment outcome study (DATOS): Treatment evaluation research in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1(4), 216–229.

- Fureman, I., McLellan, T. A., Alterman, A. I. (1993). Training and maintaining interviewer consistency with the ASI. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(3), 233–237.
- Gjersing, L., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J., Clausen, T. (2011). *Dodelige overdoser i Oslo 2006 til 2008* (SERAF-Rapport nr. 2/2011). Oslo: SERAF
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607–614.
- 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 Behaviors*, 11, 324–337.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Treacy, S. (2002). Change and stability of change after treatment of drug misuse: two year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study. *Addictive Behaviors*, 27, 155–166.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. (2001). NTORS after five years. *Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*. London: National Addiction Centre.
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug Use disorders and personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 361–368
- Helgeland, I. (2007). *Unge med alvorlige atferdsvansker blir voksne. Hvordan kommer de inn i et positivt spor?* Dr.avhandling, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitet i Oslo.
- Herman, J. L., Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychological Bulletin*, 113, 82–98.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddellassert rehabilitering ved opiatavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012). *Status for Samhandlingsreform. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet, juni 2012*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hodgins, D. C., El-Guebaly, N. (1992). More data on Addiction Severity Index. Reliability and validity with the Mentally Ill substance abuser. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 197–201.
- Holsten, F. (1984). *Forløpet ved stoffmisbruk hos ungdom. En etterundersøkelse* (SIFA skrifter; 108). Dr.avhandling, Universitetet i Oslo. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning (SIFA), Oslo.
- Hordvin, O. (2010). *The drug situation in Norway 2010. Annual report to European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Horverak, Ø., Bye, E. (2007). *Det norske drikkemønsteret* (SIRUS-rapport nr. 2/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

- Hubbard, R. L., Rachal, J. V., Craddock, S. G., Cavanaugh, E. R. (1984). Treatment outcome prospective study (TOPS): Client characteristics and behaviours before, during, and after treatment. I: F. Tims, J. Ludford (Red) *Drug abuse evaluation: Strategies, progress and prospects* (NIDA Research Monograph 51) (29–41). Washington, DC: Government Printing Office.
- Hubbard, R. L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H. J., Cavanagh, E. R., Ginzburg, H. M. (1989). *Drug Abuse Treatment: a national study of effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184–1190.
- Jansson, I. (2001). *Problem i sammanfattande mått i ASI* (SiS-rapport, nr. 10/2001). Stockholm: Statens institutionsstyrelse,.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600–606.
- Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US. Results of the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, B., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kielland, K. B., Skaug, K., Amundsen, A., Dalgard, O. (2012). All-cause and liver-related mortality in hepatitis C infected drug users followed for 33 years: A controlled study. *Journal of Hepatology*, doi: 10.1016/j.jhep.2012.08.024. [Epub ahead of print].
- Kokkevi, A. & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208–210
- Landheim, A., Bakken, K., Vaglum, P. (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research*, 9, 8–17
- Landheim, A. S., Bakken, K., Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. *Norsk Epidemiologi*, 12, 309–318.
- Landheim, A. (2007). *Psykiske lidelser hos pasienter i russektoren: forekomst og relasjon til langtidsforløpet av rusmisbruket*. Dr.avhandling, Avd. for atferdsfag, Institutt for medisinske basalfag, UiO og Divisjon psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet HF.
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., Arner, O. (1997). A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 14, 43–63.

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(3–4), 141–146.

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

Lauritzen, G. (2010). *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). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D. R., Schwartz, M. (2000). The Addiction Severity Index. A field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 129–135.

Leshner, A. (1997). Introduction to the special Issue: The National Institute on Drug Abuse's (NIDA's) Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 211–215.

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

McKeganey, N., Neale, J., Robertson, M. (2005). Physical and sexual abuse among drug abusers contacting drug treatment services in Scotland. *Drugs: education, prevention and policy*, 12, 223–232.

McKeganey, N., Bloor, M., Robertson, M., Neale, J., MacDougall, J. (2006). Abstinence and drug abuse treatment: results from the Drug Outcome Research in Scotland Study. *Drugs: education, prevention and policy*, 13, 537–550.

McLellan, T. A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, T., 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.

McLellan, T. A., Cacciola, J. S., Alterman, A. I. (2004). The ASI as a still developing instrument: response to Mäkelä. *Addiction*, 99, 411–412.

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.

Melberg, H. O. (2005). *Costs and benefits of treating drug abusers: essays on selection bias, contagious drug use, the gateway hypothesis and the concept of social cost*. Dr.avhandling, Avd. for helse ledelse og helseøkonomi, Institutt for Helse og Samfunn, Universitetet i Oslo.

Meld. St. 30 (2011–2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

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

- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 652–658.
- Milne, B. J., Caspi, A., Harrington, H. L., Poulton, R., Rutter, M., Moffitt, T. E. (2009). Predictive value of family history on severity of illness: the case of depression, anxiety, alcohol dependence and drug dependence. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 738–47.
- Molenberghs, G., Verbeke, G. (2005). *Models for Longitudinal Data*. Springer Verlag.
- Powis, B., Gossop, M., Bury, C., Payne, K., Griffiths, P. (2000). Drug-using mothers: Social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review*, 2, 171–180.
- Ravndal, E., Vaglum, P. (1991). Changes in antisocial aggressiveness during treatment in a hierarchical therapeutic community. A prospective study of personality changes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 524–530.
- Ravndal, E. (1994a). *Drug Abuse, Psychopathology and Treatment in a Hierarchical Therapeutic Community. A prospective study*. Dr.avhandling, Institutt for medisinske atferdfag, Universitetet i Oslo.
- Ravndal, E., Vaglum, P. (1994b). Treatment of female addicts: The importance of relationships to parents, partners and peers for the outcome. *The International Journal of the Addiction*, 29, 115–125.
- Ravndal, E., Vaglum, P. (1997). Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome: a prospective study of drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 135–142.
- Ravndal, E., Vaglum, P., Skjei, E. H. (2001b). Bruk av behandlingstiltak blant stoffmisbrukere over en 5-årsperiode. En prospektiv undersøkelse av en hjelpesøkende kohort. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 18, 153–162.
- Ravndal, E., Lauritzen, G., Frank, O., Jansson, I., Larson, J. (2001b). Childhood maltreatment among Norwegian drug abusers in treatment. *International Journal of Social Welfare*, 10, 142–147.
- Ravndal, E., Lauritzen, G. (2004). Opiatmisbrukere i metadonassistert rehabilitering ett og to år etter inntak. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 3, 124, 329–31.
- Ravndal, E., Lauritzen, G. (2005). Kjennetegn og behandlingsforløp for klienter i psykiatriske ungdomsteam – en prospektiv studie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 204–208.
- Ravndal, E., Vaglum, P., Lauritzen, G. (2005). Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: a prospective study from 13 different units. *European Addiction Research*, 11, 180–185.
- Ravndal, E. (2007). Evaluering av behandlingsskolektiver i rusomsorgen: Har de fortsatt en plass i dagens rusbehandling? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1, 17–21.
- Ravndal, E. (2008). Kvinner og alkohol. I: F. Duckert, K. Lossius, E. Ravndal, B. Sandvik (red). *Kvinner og alkohol* (s. 37–66), Oslo: Universitetsforlaget.

Ravndal, E., Amundsen, E. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An eight year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 65–69.

Ravndal, E., Vaglum, P. (2010). The Millon Clinical Multiaxial Inventory II: stability over time? A seven-year follow-up study of substance abusers in treatment. *European Addiction Research*, 16, 146–151.

Ravndal, E. (2011). Female poly drug abuse and psychopathology – gender differences: An overview. I A. Adan & C. Vilanou (red). *Substance Abuse and Treatment* (s. 115–132). Barcelona: Marge Media Books.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from The Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.

Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J. et al. (1988). 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.

Ross, J., Teeson, M., Darke, S., Lynskey, M., Hetherington, K., Mills, K., Williamson, A., Fairbairn, S. (2002). *Characteristics of heroin users entering three treatment modalities in New South Wales: Baseline findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS)* (NDARC Technical report No. 139). National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney.

Ross J, Teeson M, Darke S, Lynskey M, Ali M, Ritter A, Cooke R (2005). *Drug and Alcohol Review*, 24, 411–418.

Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O. S., Sørensen, T., Bruusgaard, D. (1998). Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Social Psychiatry Epidemiology*, 33, 345–354.

Sells, S. B. and Associates (1975). The DARP Research Program and Data System. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2, 1–136.

Simpson, D. D., Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research programs. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7–29.

Simpson, D. D., Sells, S. B. (1990). *Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up*. Malabar, Florida: Krieger.

Sosialdepartementet (2003). *Rusreform I og II*. Oslo: Sosialdepartementet.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. (1987). *Structured clinical interview for DSM-III-R*. New York State Psychiatric Institute, Biometric Research Department, New York.

Stang, J. (1976). *Ungdom på drift*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stigler, S. M. (1999). *Statistics on the table: The history of statistical concepts and methods*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

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

Torgersen, S., Alnæs, R. (1990). The Relationship between the MCMI personality scales and DSM-III, axis II. *Journal of Personality Assessment*, 55, 698–707.

Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590–596.

Tuten, M., Jones, H. E. (2003). A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(3), 327–330.

Vaglum, P. (1979). *Unge stoffmisbrukere i et terapeutisk samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vaglum, P. (1985). Why did they leave the drug scene? A follow-up study of 100 drug abusers treated in a therapeutic community. *Journal of Drug Issues*, 15, 347–356.

Vaglum, P. (2005). Personality disorders and the course and outcome of substance abuse: a selective review of the 1984 to 2004 literature. I: J. Reich (red). *Personality Disorders. Current Research and Treatments* (105–124). New York: Routledge.

Verheul, R., Van den Brink, W., Hartgers, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *European Addiction Research*, 1, 166–177.

Waal, H., Clausen, T., Håseth, A., Lillevold, P. H. (2011). *Statusrapport 2010. Første år med nye retningslinjer* (SERAF-rapport nr. 4/2011). Oslo: SERAF.

Wilberg, T. (2001). Langtidsforløp ved personlighetsforstyrrelser. I S. Karterud, Ø. Urnes, T. Wilberg (red). *Personlighetsforstyrrelser* (104–110), Oslo: Pax.

Williams, L. M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167–1176.

Winokur, A., Winokur, D. F., Rickels, K., Cox, D. S. (1984). Symptoms of emotional stress in family planning service: stability over a four-week period. *British Journal of Psychiatry*, 144, 395–399.

English Summary

SIRUS has conducted a 10-year follow-up study from 1998 to 2009 of problem drug users in treatment. A prospective, longitudinal cohort design was used and 481 clients were interviewed upon admission to treatment and at four follow-ups: one, two, seven and ten years after inclusion. The clients were recruited from 20 treatment facilities which were strategically selected. They represented the most important types of treatment in Norway and were located in the Oslo area, which enabled interviews to be conducted within a given framework. The facilities were categorised in four recruitment groups: youth collectives, psychiatric youth teams (PUT), residential units for adults and opioid replacement therapy (OST).

The original objective of the study was a cost-utility analysis of treatment, initiated by the then Ministry of Social Affairs and financed by the Research Council of Norway. SIRUS report 4/2003 focuses on the project «*Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?*» [What utility, for whom and at what cost?] and attempted to answer the cost issues (Melberg et al. 2003). The study was prolonged, providing an opportunity to follow a treatment cohort through ten years, and is rare also in an international context. This report aims to answer the following three questions:

- 1 What were the life situations and problems of a selection of 481 problem drug users when admitted to treatment?
- 2 How were treatment measures used within the ten-year period?
- 3 What changes in life situations and problems can be described from the collected information?

The instruments providing a basis for this report were: European Addiction Severity Index (EuropASI), Hopkins Symptom Checklist-25 (SCL-25), Millon Clinical Multiaxial Inventory – II (MCMI-II) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).

The participation rate was high, 91% and 89% respectively for the first two follow-up interviews after one and two years, and 85% and 77% after seven and ten years. The cumulative percentages of deaths were 2% and 4% at the first and second

interviews; 12% and 15% at the last two. The results with regard to changes in such an intention-to-treat selection must be interpreted in light of how dropouts and the deceased could have had an impact in one direction or another. We conclude that the main tendencies in the description of changes can be considered rather robust.

Drug users in treatment are to some degree a heterogeneous group. They vary in backgrounds, substance use and functionality. Nevertheless, the report highlights certain themes in the description of the cohort at inclusion. The overall problem characteristics of groups could thus generate challenges to preventive strategies and future treatment initiatives. Problem issues started early for a large share of the informants. The scope of alcohol and drug use problems and mental disorders in their families of origin was high (for alcohol problems more than 50 %) and comparable to that in the national cross-section study «*Stoffmisbrukere i behandling*» [«Drug abusers in treatment»] ten years earlier. The findings confirm needs to evaluate and treat alcohol and drug problems in a family and generational perspective, further research on the complex weave of genetics, environmental influences and life events, and a continuation of the Governmental action plan for children as next of kin.

This study has charted several factors from childhood and early adolescence that can have caused traumatic experiences and afflictions later in life. On the whole, when measured with the CTQ the selection merits the highest average score with regard to emotional neglect and ranks high in all trauma areas. There were no differences with regard to gender on any of these scales. Clinical experience and studies show that such early burdens often lead to significant psychiatric disturbances and substance-use problems in adulthood. To help prevent problem development, the report includes reflections on the need to bolster competence in different arenas that are working with children.

From 60% to 70% of the selection reported major learning and/or behavioural problems in their mandatory school years. The level of education among the drug abusers in treatment was generally low and the majority had very limited work experience later in life. Hence, a call is made for discussions of various models to strengthen multidisciplinary competence in, or in close collaboration with, the school system.

Daily life upon admission to treatment for the cohort was generally marked by serious substance use, injected drugs and a high risk of overdosing, insufficient social functioning outside drug circles, as well as excessive criminality. In addition to the use of drugs and alcohol, the EuropASI charts physical and mental health, family and social situation, work and income issues as well as criminality. SCL-25 and MCMI provide additional assessments of mental health.

The description of change has been made for the entire selection and for the four recruitment groups. No aim is made to compare the results among the recruitment groups because they draw on diverse client populations as regards age, use of substances and other parameters. Thus the prerequisites for development and change among the groups differ. However, as the recruitment groups represent an intentionally differentiated treatment regime, it is compelling to describe changes also within these groups.

As mentioned, 15% of the selection died in the course of the ten years, and overdoses were registered as the cause of death for nearly 70 %. This amount is commensurate to the figures in international studies of comparable client selections. The share of HCV infections was high among clients in the residential facilities for adults and in the OST group. There is a considerable risk of future health deterioration and mortality unless adequate treatment is implemented.

Excluding the many deaths, the overall description of change appears to have several positive elements. A large reduction in use of narcotics and participation in criminal activity was noted after ten years. The largest reduction was in the share of heroin users and a considerable decrease was found in the use of injections and in non-fatal overdoses. This can be chiefly linked to a rise in daily use of OST medications. The share who used cannabis and sedatives/hypnotics dropped significantly within the first two years of follow-up but the decline was not as long-lasting and steady as with heroin usage. Combined criminality also diminished significantly for the entire selection. In particular, drug sales and robbery/theft were reduced and the study seems to confirm the strong link between such crimes and individual drug problems.

The percentage who earned incomes through work increased to about one-third at the time of the last observation. A considerably larger share of clients were on disability benefits than at the time of inclusion. As a result of these more stable income sources, economic benefits from social welfare services were strongly

reduced. Another positive find involved improvements in housing situations as seven in ten reported having satisfactory housing at the end of observation. Loneliness was however a consistent problem among the clients during the years and it seemed difficult to achieve contact with social circles outside those related to substance use.

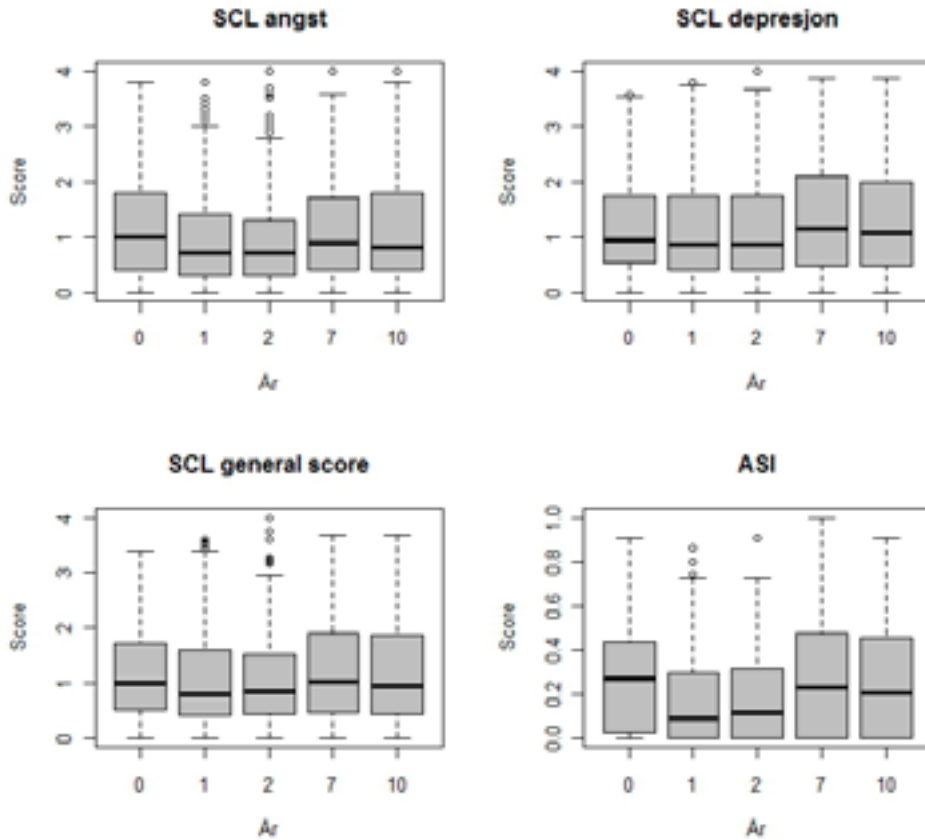
The group seemed to suffer enduring mental disorders. Although improvements were reported during the index treatment and in the two first follow-ups, the clients tended to have recurrences of anxiety, depression and a considerable degree of cognitive difficulties. Similar tribulations were found regarding relationship problems and personality disorders. The study confirms that prevention and treatment of psychiatric disorders face significant challenges. A large proportion of persons entering treatment seem to require comprehensive assistance lasting for years. Often the index treatment had not been their initial treatment, and in the course of the observation period combinations of treatment facilities were utilised.

The finds indicate the importance of starting treatment in an early phase of drug use. Clients from the youth collectives were seriously burdened – in background experiences, behaviour problems and drug use, especially cannabis and amphetamine. For these young people we saw a comprehensive residential treatment phased over to an outpatient regimen. Their problem profiles showed positive signs over an extensive time span and no new in-patient treatment was registered during the observation period. Nor did we find that the adult clients in residential treatment went back to in-patient treatment after completing their index stay, but 50% of the ones participating in the follow-up interview at ten years, were in OST. Of the initially recruited OST clients varying shares had spent time in residential facilities during the observation period. Although we attribute the reduction in heroin and syringe use largely to OST, we note sporadic heroin use and comparatively widespread use of cannabis and sedatives/hypnotics in the OST group, in addition to their prescribed use of substitute medications.

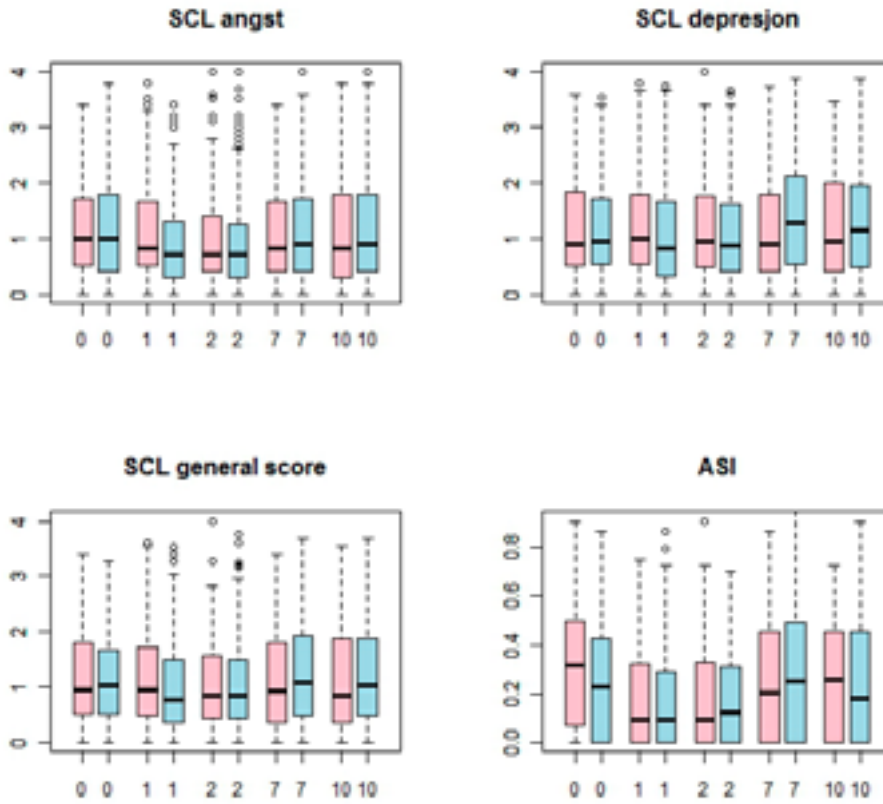
In sum the study shows large and positive changes among a troubled target group and thus contributes to a realistic optimism regarding the prospects of problem drug users changing behaviour over time. A crucial challenge involves helping the many who have reduced or quit their illegal drug use, yet live on the fringe of society.

Vedlegg

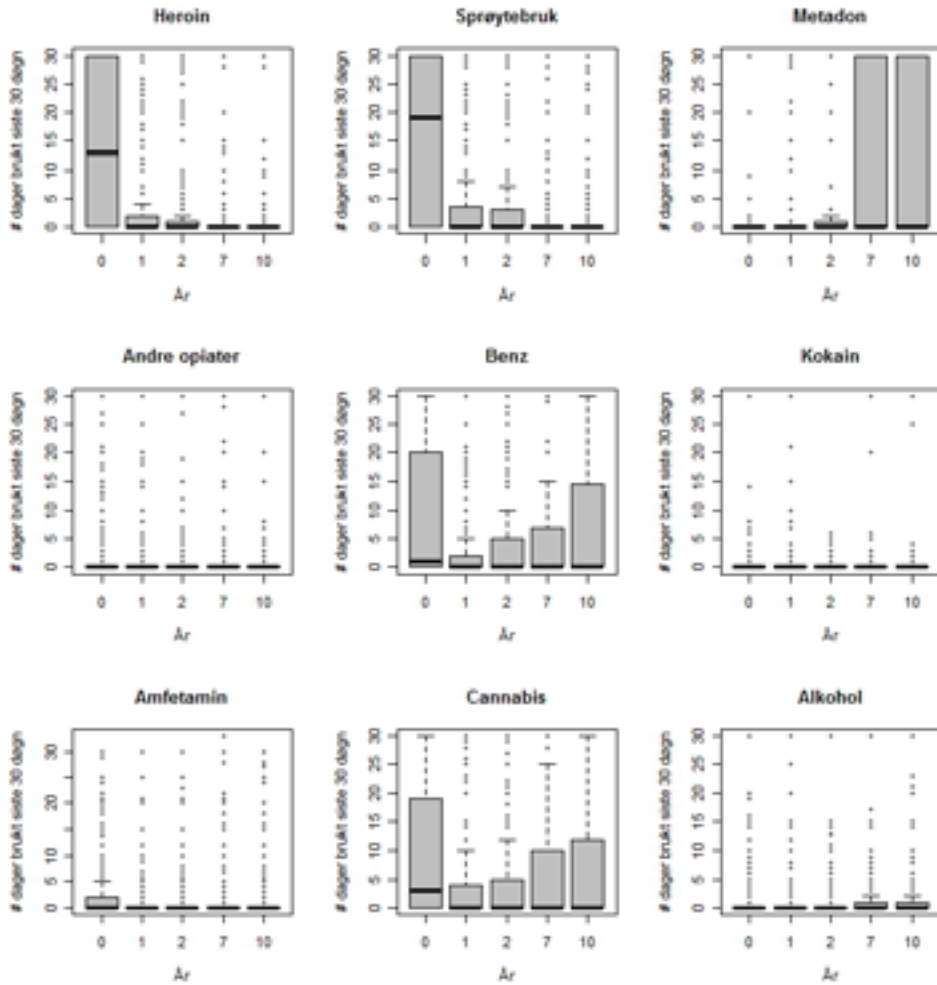
Vedlegg 1 Boxplott for spredning av psykisk helse variable



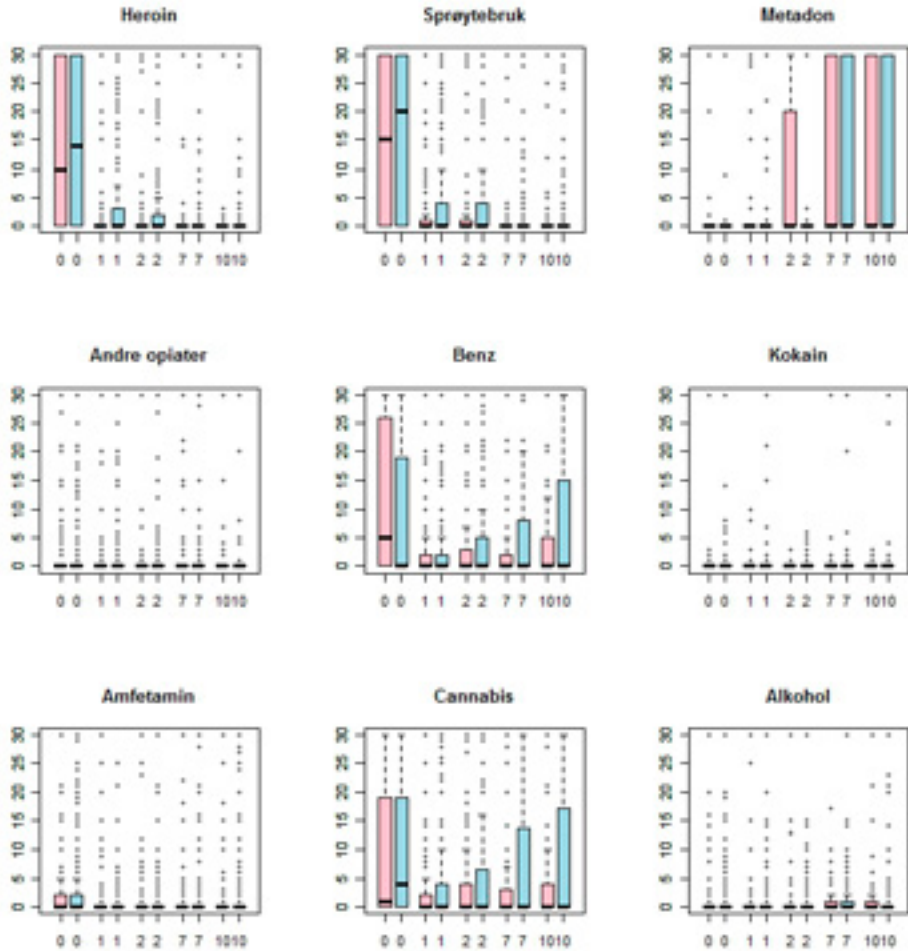
Vedlegg 2 Boxplott som over, men splittet på kjønn (blå=menn, rosa=kvinner)



Vedlegg 3 Boxplott for spredning av rusmiddelbruk



Vedlegg 4 Boksplott for spredning av rusmiddelbruk fordelt på kjønn



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:

5/2012. Snertingdal, Mette Irmgard *Et opplæringsprogram i tidlig intervensjon blir til!* 114 s. Oslo 2012.

4/2012. Skatvedt, Astrid og Marit Edland-Gryt *Øyeblikksomsorg – et verktøy for bedring. Evaluering av 24SJU – et lavterskeltilbud til personer med dårlig psykisk helse og rusmiddelproblemer*. 146 s. Oslo 2012.

3/2012. Redaktør: Gunnar Sæbø. Forfattere: Ola Røed Bilgrei, Karl Erik Lund, Janne Scheffels, Gunnar Sæbø og Rikke Iren Tokle «*Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...*» *Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken*. 172 s. Oslo 2012.

2/2012 Krogh, Unni & Bergljot Baklien *Fem år etter Regionprosjektet – Ildsjelers entusiasme og kommunalt hverdagsliv* 109 s. Oslo 2012

1/2012 Buvik, Kristin og Baklien, Bergljot *Fri flyt – Bartenderes møte med berusede gjester* 87 s. Oslo 2012

3/2011 Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet – Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken* 196 s. Oslo 2011

2/2011 Baklien, Bergljot og Unni Krogh *Prosesen, planen og politikken – Rusmiddelpolitiske handlingsplaner* 136 s. Oslo 2011

1/2011 Ugland, Trygve *Alcohol on the European Union's Political Agenda: Getting Off the Policy Roller-Coaster?* 50 s. Oslo 2011

6/2010 Lauritzen, Grete *European Addiction Severity Index (EuopASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling – Refleksjon om kvaliteter ved instrumentet for forskning og praksisformål*. 130 s. Oslo 2010

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. Storvoll *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*. 216 s. Oslo 2007.

5/2007 Laurizen, 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 kvasiekperimentell 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.