

"Hvordan påvirker psykisk helse og selvopplevd velvære rusatferd 6 måneder etter utskrivelse fra rusbehandling kontrollert for demografiske variabler?"

- *En kvantitativ studie*

**Ingunn Steffensen**

*Masteroppgave i helsefag  
studieretning psykisk helse*

*Mai 2014*





## **Forord**

Dette har vært en spennende og krevende reise som har gitt meg mye kunnskap. Det er mange som har vært med meg på denne reisen med masteroppgaven.

Jeg vil takke mine ledere og min arbeidsgiver på Rus og Psykiatriposten for at dere har lagt forholdene til rette for meg slik at jeg har kunnet kombinere jobb og studier på en tilfredsstillende måte. Tusen takk til alle mine kollegaer for deres støtte og tro på at dette skal jeg få til. Dere har gitt meg mange gode innspill og inspirasjon.

Jeg vil rette en spesiell takk til min veileder Ellen Hoxmark som har gitt meg kunnskapsrik og inspirerende veiledning. Du har gitt meg mye kunnskap i denne lærerike prosessen. Tusen takk.

Tusen takk til min familie og min kjæreste for deres støtte og tålmodighet, og for at dere har holdt ut med meg i gjennom denne stressende perioden. Og til slutt, men ikke minst en spesiell takk til Gustav og Mia Serine, som har vært så tålmodige mot mamma i en stressende tid.

Tromsø Mai 2014

Ingunn Steffensen

## **Sammendrag**

Ruslidelser og psykiske lidelser er nært knyttet opp mot hverandre. Befolkningsstudier i Europa og USA indikerer at psykiske plager og rusmisbruk forekommer hos 30-40 % av de som har alkoholrelaterte lidelser, og 40-50 % hos de med avhengighet til andre stoffer. Blant innlagte til behandling er forekomsten av samtidige lidelser enda høyere. Høsten 2007 ble det startet et forskningsprosjekt innenfor rusbehandling i Helse Nord. RoP-Nord var en studie av behandling av samtidige rus- og psykiske problemer. Det har vært gjort lite forskning innenfor rusbehandling i Nord-Norge før RoP-Nord studien. Denne studien er en kvantitativ studie som tar utgangspunkt i datamaterialet som ble samlet inn i forbindelse med RoP-Nord studien (N=107) . Denne studien undersøker om psykisk helse i form av symptomtrykk (målte ved HSCL-10) og selvopplevd velvære (målt ved WHO(fem)), behandling og/eller demografiske variabler har noen sammenheng med rusatferd målt ved DUDIT og AUDIT seks måneder etter utskrivelse. Resultatene viser at lavere alder og det å ha vært i behandling tidligere henger sammen med høyere skåre på DUDIT, mens høyere skåre på HSCL-10 og høyere alder henger sammen med høyere skåre på AUDIT seks måneder etter rusbehandling.

**Nøkkelord:** Rusatferd, psykiske helse, selvopplevd velvære, RoP-Nord, behandling.

## **Abstract**

Substance abuse and mental disorders are closely linked to each other. Studies among the population in Europe and the United States indicates that mental health problems and substance abuse occurs in 30-40 % of those with alcohol-related disorders, and 40-50 % in those with addictions to other substances. The prevalence of co-occurring disorders are even higher among patients in treatment. A research project within five substance abuse treatment clinics in Northern Norway was initiated in 2007. ROP-North was a study of the treatment of co-occurring substance abuse and mental disorders. This study is based on data collected in connection with the ROP-North study (N=107). The aim of this study was to investigate to what degree mental distress (measured by HSCL-10) and self perceived wellbeing (measured by WHO (fem)), as well as treatment and demographic factors has an impact on substance use measured by the DUDIT and the AUDIT six months after discharge from treatment. Being younger and having previously received substance use treatment predicted a higher score on the DUDIT. Being older and reporting a higher score on HSCL-10 predicted a higher score on the AUDIT six months after discharge from treatment.

**Keywords:** Substance abuse, mental health, self perceived wellbeing, RoP-North, treatment

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0 TEORETISK BAKGRUNN OG TIDLIGERE FORSKNING</b> .....	<b>2</b>
2.1 PSYKISK HELSE .....	2
2.2 RUS .....	5
2.3 KOMORBIDITET .....	7
2.4 BIOLOGISK PERSPEKTIV .....	10
2.5 TEORIER OM SAMMENHENG.....	12
2.6 BEHANDLING .....	14
2.7 FAKTORER SOM PÅVIRKER UTFALL AV RUSBEHANDLING.....	19
2.8 SELVOPPLEVD VELVÆRE OG SYMPTOMTRYKK .....	20
2.9 OPPGAVENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....	21
2.10 BEGREPSAVKLARING .....	22
2.11 TEORIER OM ATFERD OG ENDRING .....	22
<b>3.0 MATERIALE</b> .....	<b>24</b>
3.1 PRESENTASJON AV ROP-NORD STUDIEN.....	24
3.2 BESKRIVELSE AV UTVALGET I ROP-NORD .....	25
3.3 INKLUDERTE ENHETER .....	26
3.3.1 Rus og psykiatriposten.....	26
3.3.2 Færingen terapeutiske samfunn.....	26
3.3.3 Avrusning og utredning (tidligere Krise- og utredningsenheten, KUEN) .....	27
3.3.4 Restart (tidligere Basisenheten).....	27
3.3.5 Nordlandsklinikken .....	27
3.4 DROP-OUT FRA STUDIEN .....	27
3.5. BESKRIVELSE AV UTVALGET I DENNE STUDIEN.....	29
<b>4.0 METODE</b> .....	<b>29</b>
4.1 KVANTITATIV METODE .....	29
4.1.2 Validitet og reliabilitet .....	31
4.2 PROSEDYRER .....	32
4.3 MÅLEINSTRUMENTER.....	33
4.3.1 Rusatferd.....	33
4.3.2 Psykisk helse .....	34
4.3.3 Demografi.....	35
4.5 ETISKE HENSYN .....	35
4.6 STATISTISK ANALYSE .....	36
4.7 REGRESJONSANALYSE .....	38
<b>5.0 RESULTATER</b> .....	<b>39</b>
5.1 UNIVARIATE ANALYSER .....	39
5.1.1 Rusatferd.....	39
5.1.2 Demografi enkelt variabler .....	40
5.1.3 Tidligere behandling .....	41
5.1.4 Psykisk helse .....	41
5.2 BIVARIATE ANALYSER.....	42
5.2.1 Demografi.....	42
5.2.1 Behandling .....	42
5.2.3 Psykisk helse og selvopplevd velvære .....	42
5.2.4 Sammenligning av utvalgene .....	44

5.3 REGRESJONSANALYSE .....	46
5.3.1 Demografiske variabler.....	46
5.3.2 Tidligere behandling .....	46
5.3.3 Psykisk helse og selvopplevd velvære.....	46
5.4 SAMMENFATNING RESULTATER.....	47
<b>6.0 DISKUSJON.....</b>	<b>47</b>
6.1 RESULTATER.....	47
6.2 PSYKISK HELSE .....	49
6.4 TILBAKEFALL.....	52
6.5. BEHANDLING .....	53
6.6 ALKOHOL OG NARKOTIKA.....	54
6.7 ÅRSAKER TIL BRUK/MISBRUK.....	56
6.8 ENDRING AV ATFERD OG MILJØ .....	57
6.9 KOMORBIDITET .....	59
6.10 DEMOGRAFI.....	60
6.11 VIDERE FORSKNING .....	63
<b>7.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>64</b>
7.1 METODISKE UTFORDRINGER .....	64
7.2 OPPSUMMERING.....	65

## Litteraturliste

**Vedlegg 1:** RoP-Nord Inn-skjema

**Vedlegg 2:** RoP-Nord etterundersøkelse

**Vedlegg 3:** KKS skjema





## 1.0 Innledning

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i RoP-Nord studien, denne studien vil bli nærmere presentert. Jeg jobber til daglig som sykepleier i rus og psykiatriomsorgen og har klinisk erfaring i forhold til pasientgruppen som er presentert i oppgaven. Dette synes jeg er et spennende fagfelt, og jeg ønsker derfor å gjøre et dypdykk i både litteratur og forskning innen fagfeltet. Min kliniske erfaring er utgangspunktet for min hypotese. Ut i fra min erfaring og kunnskap har jeg en antagelse av at psykisk helse og selvpålevd velvære til har en påvirkning på grad av inntak av rusmidler. Jeg antar at dersom man har en høy score på symptomtrykk og lavt på selvpålevd velvære vil man sannsynlig har et høyere rusinntak enn hvis man ikke var plaget av psykiske symptomer. Jeg har måttet ta noen valg i forhold til hva jeg skulle analysere, da datamaterialet i RoP-Nord studien inneholder mye data. Jeg har valgt å se på datamaterialet som er samlet inn seks måneder etter utskrivelse. Etter mye refleksjon kom jeg frem til følgende problemstilling: *"Hvordan påvirker psykisk helse og selvpålevd velvære rusatferd 6 måneder etter utskrivelse fra behandling kontrollert for demografiske variabler?"*.

Dette er en kvantitativ studie. Jeg vil gjøre rede for tidligere forskning som er aktuell i forhold til oppgaven, dette er forskning fra både inn- og utland. Jeg vil også legge stor vekt på behandling, da jeg mener at dette er et viktig element i oppgaven for å få større forståelse av de resultatene som foreligger av de analysene som er gjort. Teori som omhandler psykisk helse og rus har jeg også valgt å ha fokus på for å øke forståelsen av resultatene. Jeg har også valgt å ha med det biologiske perspektivet, da dette gir noen forklaringer på rusens effekt og konsekvenser.

Som nevnt er det gjort noen valg i forhold til denne oppgaven og hva som skal analyseres, det var en del av den informasjonen som foreligger som jeg måtte velge å ikke ta med i mine analyser på grunn av oppgavens omfang. Jeg vil også presentere en del teori om rus og psykiske lidelser, dette også for å gi en forståelse av resultatene av analysen.

## **2.0 Teoretisk bakgrunn og tidligere forskning**

### **2.1 Psykisk helse**

Vi har alle mennesker en psyke, men når kan man si at man har en psykisk lidelse eller problemer? Og hvilken påvirkning har rus på vår psyke? Begrepet psykisk lidelse omfatter alt fra mildere plager, lettere angst og depresjon til omfattende og alvorlige tilstander som for eksempel schizofreni (Mykletun et al., 2009).

Psykiske lidelser eller plager er svært vanlig, de fleste mennesker vil som regel en gang i løpet av livet oppleve å ha en eller annen form for lettere psykisk lidelse i kortere eller lengre tid uten nødvendigvis å trenge behandling. Rundt en fjerdedel av den norske befolkningen vil i løpet av livet oppleve å bli rammet av en angstlidelse, og ca 15 % i løpet av ett år. Det er omtrent de samme tallene som gjelder for alkoholmisbruk og alkoholavhengighet, mens en av fem vil i løpet av livet bli rammet av depresjon, og en av ti i løpet ett år (Mykletun et al., 2009).

Plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre er gjerne det man karakteriserer som psykiske lidelser (Mykletun et al., 2009). For at man skal betrakte en lidelse som behandlingstrengende, må den være av en så alvorlig karakter at den skaper vesentlig plage for personen eller på annen måte går ut over hans eller hennes daglige fungering (Snoek and Engedal, 2004). De vanligste psykiske lidelsene er depresjon eller depressive perioder, alkoholavhengighet, sosial angst og generell angst (Kessler et al., 2005, Mykletun et al., 2009). Blant kvinner er det en høyere forekomst av angst og depresjonslidelser, men rusrelaterte lidelser er mer vanlig blant menn. For de fleste andre psykiske lidelser er det kun små kjønnsforskjeller (Mykletun et al., 2009). Diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV brukes for å diagnostisere psykiske lidelser (ICD-10 Statens helsetilsyn, 2000, DSM-IV American Psychiatric Association, 2011)

Angst er en samlebetegnelse som rommer flere tilstander. Angst kan kjennes som frykt, som i seg selv er et naturlig beskyttelsesfenomen der kroppen gir oss melding om å være på vakt for fare. Angst kan merkes ved både psykiske og fysiske symptomer.

Psykiske symptomer kan være skrekkfylte forestillingsbilder, angst for å dø eller å miste kontroll, eller dissosiasjonssymptomer. Fysiske symptomer kan være hjertebank, åndenød og svimmelhet. Det er når frykten oppstår tilsynelatende uten grunn at vi kaller det for angst (Snoek and Engedal, 2004). Angst forbundet med enten bestemte objekter eller situasjoner kalles fobiske angstlidelser. Generalisert angst er en mer ubestemt form preget av vedvarende bekymringer, motoriske spenninger og påvirkning av kroppslige funksjoner. Panikkangst karakteriseres av plutselige angstanfall. Sentrale trekk ved utvikling av angstlidelser er at personen utvikler unnvikelsesatferd, hvor personen unngår steder eller situasjoner som de tror vil fremkalle angsten. Denne typen atferd er en sentral årsak til at angsten opprettholdes, og blir ofte det største problemet i forholdt til en daglig fungering (Mykletun et al., 2009).

Affektive lidelser er stemningslidelser som viser seg ved endringer eller svingninger i humøret og stemningen til mennesker, gjerne ved depresjon eller oppstemthet (Snoek and Engedal, 2004). Depressive lidelser kjennetegnes ved senket stemningsleie, nedtrykthet, tap av opplevelse av mening i tilværelsen, manglende interesse for andre mennesker og daglige gjøremål, og mangel på energi. Selvbebreidelse og skyldfølelse i tillegg til svekket selvfølelse er også vanlig ved en depressiv tilstand. Dette kan variere i både intensitet og varighet (Mykletun et al., 2009, ICD-10 Statens helsetilsyn, 2000).

Bipolar lidelse er en stemningslidelse, denne lidelsen blir betegnet som en alvorlig psykisk lidelse. Bipolar lidelse kjennetegnes ved at det er faser med et hevet stemningsleie, dette går under betegnelsen mani eller hypomani, og faser med nedstemthet og depresjon. Typiske symptomer på mani er oppstemthet preget av økt energi, taleflom, tankeforandringer som kan inkludere psykotiske symptomer, affektforandring i form av irritabilitet og noen ganger aggresjon (Snoek and Engedal, 2004). Mellom disse fasene kan det være kortere eller lengre episoder hvor stemningsleiet er normalt. Mennesker med bipolar lidelse har økt risiko for andre psykiske lidelser. Det er også en økt risiko for alkoholmisbruk og narkotikamisbruk (Skårderud et al., 2010). Man skiller mellom bipolar lidelse type 1 og type 2. Type 1 kjennetegnes ved at man ser svingninger mellom alvorlig depressive episoder og tydelig maniske episoder.

Type 2 kjennetegnes ved at de depressive episodene er uttalte, mens de maniske episodene ikke er like tydelige. De blir hypomane (Snoek and Engedal, 2004)

Psykose er en fellesbetegnelse på den alvorligste gruppen psykiske lidelser. Pasienter som har en psykose viser en åpenbar svikt i kontakt med omverden eller brist i virkelighetsoppfatning. En psykotisk person har ofte en påfallende atferd, gjerne med usammenhengende eller uforståelig tale, vrangforestillinger som tanker og ideer som ikke er i samsvar med det som omgivelsene betrakter som sant eller virkelig. Vrangforestillinger lar seg i liten grad korrigere via fornuft eller logisk overtalelser. Det som også kjennetegner en psykose er at personen har vanskelig for å skille mellom fantasi og virkelighet. Et tegn på psykose er hallusinasjoner, det er sanseopplevelser uten at det er noen sansepåvirkning. Vanligst er syns- og hørselshallusinasjoner. Ofte er det slik at en person som er psykotisk i liten grad oppfatter seg selv som syk, og anser sin egen oppfatning av omgivelsene som det som er riktig. Mennesker som er psykotiske vil i liten grad være i stand til å ta vare på seg selv og innleggelse på sykehus er stort sett nødvendig (Raaheim and Nielsen, 2001). Det er noen mennesker med vrangforestillinger som kan fungere sosialt upåfallende og som er tilsynelatende veltilpasset. Schizofreni er et eksempel på en psykoselidelse, og kjennetegnes ved fundamentale og karakteristiske endringer i persepsjon og tenkning. Et menneske med schizofreni har også gjerne inadekvat og avflatet affekt (ICD-10 Statens helsetilsyn, 2000).

Alle mennesker har en personlighet med forskjellige personlighetstrekk. Våre personlighetstrekk er mer eller mindre hensiktsmessige. Noen er mer overdreven tillitsfulle eller naive, noen søker hjelp når de opplever kriser mens andre isolerer seg, noen er paranoide (Skårderud et al., 2010). Men hva vil det si å ha en personlighetsforstyrrelse? Det er når dysfunksjonelle personlighetstrekk skaper vanskeligheter over tid og bidrar til lidelser. Personlighetsforstyrrelser utvikler seg gjerne fra barndommen, og er vanlige og gjenkjennbare karaktertrekk som opptrer i en fastlåst og overdreven form som fører til uhensiktsmessig atferd. Personlighetsforstyrrelser er relasjonsforstyrrelser, og kommer til uttrykk gjennom hvordan man forholder seg til andre mennesker.

Det er noen trekk som ser ut til å være fellestrekk for denne type lidelse, det at man i stor grad har vanskelig for å skape og opprettholde tilfredsstillende og gjensidige relasjoner til andre mennesker. Felles for mennesker med personlighetsforstyrrelser er at de ofte vil ha en opplevelse av subjektivt ubehag i sosiale sammenhenger og funksjoner. Dette ubehaget er som regel sterkere for personen selv enn for omgivelsene. Denne gruppen mennesker opplever i stor grad å ha en interpersonlig konflikt, en klarer i liten grad å se sin egen rolle i konflikter. Typiske trekk hos mennesker med personlighetsforstyrrelser er at de har vansker med å regulere forholdet til andre, egne følelser og impulser. Diagnosesystemene DSM-IV og ICD-10 har begge egne diagnosekriter for personlighetsforstyrrelser, og for å stille diagnosen er det ofte nødvendig med komparentopplysninger fra nærmeste pårørende og mange samtaler med pasienten selv (DSM-IV American Psychiatric Association, 2011, ICD-10 Statens helsetilsyn, 2000).

Personlighetsforstyrrelser deles inn i tre grupper som igjen inneholder ulike kategorier. DSM-IV har 10 ulike kategorier, mens ICD-10 har 8 forskjellige kategorier. De tre gruppene er *eksentrisk*, *dramatisk/uberegnelig* og *engstelig/bekymret*.

Relasjonsproblemene kommer til uttrykk på ulike måter i de forskjellige gruppen. De eksentriske fremstår gjerne som sære og lite omgjengelige, de dramatiske /uberegnelige får ofte andre til å føle seg usikker og noen ganger redd og de engstelige/bekymrede krever ofte urimelig mye av sine nærmeste. Man ser ofte at mennesker som har en dyssosial personlighetsforstyrrelse har en større tendens til å havne inn under kriminalomsorgen. Mens man ser at de med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i større grad havner inne psykisk helsevern. Begge de ovennevnte kategoriene er i gruppen dramatisk/uberegnelig (Snoek and Engedal, 2004)

## **2.2 Rus**

Bruk av rusmidler har i alle tider vært brukt til å fremkalle feststemning, ekstase eller grenseoverstridende opplevelser. Men det er også disse stoffenes evne til å påvirke hjernes funksjon som bærer i seg faren for misbruk, avhengighet og alvorlige skadevirkninger (Snoek and Engedal, 2004).

Med misbruk mener man bruk som overskrider forskrevet eller sosial akseptert bruk. Dersom man bruker mer en forskrevet mengde at et medikament, vil det være medikamentmisbruk (Snoek and Engedal, 2004). Bruk av andre rusmidler enn alkohol vil etter denne definisjonen være misbruk, da det bare er alkohol som er lovlig i bruk i Norge. Felles for narkotiske stoffer er at de brukes som rusmiddel, og er gjort ulovlig fordi de er kommet inn i kulturen i de siste 40 år. I tillegg kalles noen medisiner som gir fysisk avhengighet for narkotika (Fekjær, 2009).

En rusavhengighetsdiagnose kan bli gitt når rusmisbruket får en negativ og destruktiv innvirkning på personene livssituasjon (ICD-10 Helsetilsyn, 2000, ICD-10 Statens helsetilsyn, 2000).

Misbruk kan føre til avhengighet, som innebærer et fysisk eller psykisk behov for å innta stoffet eller stoffene man har en avhengighet til, selv om inntak kanskje utløser uønskede konsekvenser (Snoek and Engedal, 2004). Det skilles ofte mellom det å være psykisk avhengig og fysisk avhengig.

Fysisk avhengighet innebærer økt toleranse (større doser for å oppnå virkning) og /eller avhengighetsplager (abstinenssymptomer) når en slutter med stoffet (Fekjær, 2009).

Man kan bli fysisk avhengig av tobakk og flere andre rusmidler, særlig alkohol, opiumsstoffer og enkelte legemidler. Fysisk avhengighet er en konsekvens av bruken og ikke en primær årsak. Det kan ikke forklare hvorfor en person bruker stoffet og ikke en annen (ibid).

Ved forbruk og misbruk spiller ikke bare stoffenes kjemiske egenskaper og virkning inn. Forskning har vist at psykososiale faktorer spiller en større rolle i forhold til inntak og avhengighet av stoffer (Fekjær, 2009). Når forklaringen for misbruk ikke ligger i en fysisk avhengighet, kan den da forklares med en psykisk avhengighet? Alle vaner har en selvbevarende evne. Selv om vanens makt er stor, er ikke dette en tilstrekkelig forklaring på atferd (ibid). Hvorfor inntar man stoffer som skaper ubehag i etterkant? Kanskje over lang tid? Dette er det vanskelig å finne et konkret svar på. De fleste som prøver de ulovlige stoffene, forblir ikke brukere over tid. Mange eksperimenterer med rus i løpet av sitt liv uten å bli misbruker, gjerne mens de er unge (Fekjær, 2009).



Hvem som bruker ulovlige stoffer er ikke tilfeldig i følge Fekjær (2009). Han viser til en meget sterk sammenheng mellom bruk av alkohol og bruk av ulovlige stoffer. Det viser seg at blant de som bruker ulovlige stoffer er det en overvekt av mennesker som generelt ikke trives så godt. Generelt vil det være en tendens til at jo mer avvikende bruken av et rusmiddel er, desto mer avvikende er brukerne av stoffet (Fekjær, 2009). Dette er det vanskelig å finne et konkret svar på.

Mye av den biologiske forskningen på rus og avhengighet har tatt for gitt at rusmidler bare brukes fordi stoffene i seg selv har en behagelig virkning. Ved de store blindforsøkene på 1950- og 60-tallet, publisert i de mest kjente vitenskapelige tidsskrifter, viste at virkningene av morfin var ubehagelige og at placebo var mer behagelig. I en undersøkelse fikk 20 friske studenter sprøyter med morfin, heroin og placebo. Over 90% av de 20 studentene syntes at opiumsstoffenes virkning var ubehagelig (Fekjær, 2009). Cannabisforskning på 1960- og 70- tallet ga heller ikke holdepunkter for at effekten av cannabis er behagelig (Fekjær, 2009). Så hvorfor ønsker da mennesker å fortsette å innta stoffer? Felles for videre inntak av rusmidler er at man er villig til å gå igjennom en tilvenningsprosess. Menneskers preferanser er så fleksible at man lærer å like smaken og virkingen på noe ubehagelig som behagelig etter hvert.

Teorien om at rusmidler brukes fordi de alle stimulerer et felles lystsentrum eller belønningssentrum, forutsetter også at nybegynnere vil like stoffenes virkninger. Med unntak av sentralstimulerende stoffer er hovedregelen at de har gått igjennom en ubehagelig tilvenningsprosess (Fekjær, 2009). Eksempler på sentralstimulerende stoffer er amfetamin og kokain. Eksempler på stoffer som man kan bli avhengig av, men som skaper et ubehag ved inntak i begynnelsen er alkohol og cannabis. Cannabis inntas ofte sammen med tobakk, som mange blir avhengig av og som skaper et kroppslig ubehag før kroppen er blitt tilvent.

### **2.3 Komorbiditet**

De vanligste psykiske lidelsene er depresjon eller depressive perioder, alkoholavhengighet, sosial angst og generell angst (Kessler et al., 2005). Når to eller flere lidelser forekommer samtidig hos et menneske kalles det for komorbiditet.

Forekomsten av samtidige psykiske lidelser og rusmisbruk er høy.

Befolkningsundersøkelser har vist at minst en tredjedel av de som tilfredsstillter kriteriene for en diagnose også har symptomer på en annen uavhengig psykisk lidelse eller rusmisbruk (Evjen et al., 2003).

To store studier har undersøkt forekomsten av psykiske lidelser hos rusmisbrukere i befolkningen i USA: Epideiological Cathment Area Study (ECA-studien) (Regier et al., 1990) og National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler et al., 1994). ECA-studien inkluderte pasienter innlagt i institusjon, mens NCS-studien ikke inkluderte mennesker i institusjon eller som var bostedsløse (Kessler et al., 1994, Regier et al., 1990).

ECA-studien fant at blant personer med alkohollidelser hadde 37 % en psykisk lidelse, hvor angst var mest vanlig (19 %) etterfulgt av affektive lidelser (13 %) og schizofreni (4 %)(Regier et al., 1990). Blant de med en avhengighet til narkotiske stoffer var det 53 % som også hadde en psykisk lidelse, også blant disse er angst mest vanlig med 28 %, etterfulgt av affektive lidelser (26 %) og 7 % med en schizofrenidiagnose (Regier et al., 1990).

NCS-studien fant at mellom 41 % og 66 % av de med en ruslidelse også oppfyller kriteriene for en eller flere symptomlidelser (Kessler et al., 1996). Flere kvinner enn menn har en psykisk lidelse i tillegg til en ruslidelse, dette gjelder særlig affektive lidelser og angstlidelser, mens menn ofte viser større forekomst av rusmisbruk og antisosiale lidelser (Kessler et al., 1997, Kessler et al., 2005).

Det ble i 2001-2003 utført en europeisk studie (ESEMED-prosjektet) for å kartlegge forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen. De seks landene som deltok var Belgia, Frankrike, Tyskland, Italia, Nederland og Spania. Det var til sammen 21425 informanter. Dette er den første studien som setter søkelyset på omfanget av psykiske lidelser i de seks landene som var med i studien. Resultatet viser at psykiske lidelser er vanlig, særlig blant kvinner, arbeidsledige og hos mennesker som ikke har vært gift og hos mennesker som er skilt. Hos yngre mennesker indikerte psykiske lidelser utbrudd av depresjon, angst og alkoholmisbruk (Alonso et al., 2004a) Denne studien fant en

sterk sammenheng mellom alkoholavhengighet og angst og depresjon. I tillegg fant studien særlig sterk sammenheng mellom generaliserte angstlidelser og agorafobi og alkoholavhengighet, mens sammenhengen var noe svakere for depresjon og alkoholavhengighet. Det var kun en svak sammenheng mellom misbruk av alkohol og psykiske lidelser som angst og depresjon. Stofflidelser ble ikke kartlagt i denne studien (Alonso et al., 2004b).

I Hedmark og Oppland ble det i 1997-1998 utført en studie av psykiske lidelser, ruslidelser og forekomsten av selvmord blant rusmisbrukere som var til behandling i russektoren i denne regionen. Det ble gjort en oppfølgingsstudie av det samme utvalget i 2004, 6 år etter (Landheim, 2007). Resultatene i denne studien viser blant annet at det i oppfølgingsstudien var en høyere forekomst av agorafobi, depresjon og et høyere antall symptomlidelser blant de som fortsatt hadde et rusmisbruk enn blant de som var rusfrie ved oppfølgingen (Landheim, 2007). Resultatene av denne studien viser også at det er en signifikant høyere forekomst av angstlidelser og personlighetsforstyrrelser (antisosial og borderline) blant narkotikamisbrukere enn blant alkoholmisbrukere (Landheim, 2007).

Det er ikke så mange store befolkningsstudier som viser forekomsten av psykiske lidelser hos mennesker med ruslidelser. De studiene som er utført viser til en sterk sammenheng mellom angst, affektive lidelser og alkoholavhengighet (Kessler et al., 1994, Alonso et al., 2004b, Regier et al., 1990). Hos mennesker med en narkotikaavhengighet er det en større forekomst av symptomlidelser enn hos alkoholavhengige. Videre viser flere studier av jo mer alvorlig ruslidelse personen har eller hadde (avhengighet vs. misbruk), desto høyere forekomst av psykiske lidelser. Man kan si at livstidsforekomsten av ruslidelser er langt høyere hos mennesker med psykiske lidelser enn hos befolkningen generelt, særlig hvis det foreligger en vedvarende alvorlig psykisk lidelse, for eksempel schizofreni (Landheim, 2007, Mueser et al., 2006). Alkohol er det rusmidlet som er hyppigst misbrukt, etterfulgt av cannabis og kokain. De ulike diagnostiske gruppene ser ikke ut til å ha noen preferanser i forhold til foretrukket rusmiddel. De ulike studiene viser at det er tilgjengelighet av rusmidler

som bestemmer hvilket rusmiddel som blir misbrukt (Mueser et al., 2006, Regier et al., 1990, Kessler et al., 1996).

#### **2.4 Biologisk perspektiv**

Det er mye som spiller inn på menneskets atferd og dets vaner. Nervesystemet er grunnlaget for våre handlinger, all vår kunnskap og forståelse. Menneskets nervesystem er mangfoldig. Menneskehjernen er et unikt biologisk organ som utfører de mest kompliserte informasjonsbehandlinger, den er grunnlaget for våre drømmer, lidenskaper og edleste motiver samtidig om den gir opphav til våre mest destruktive impulser. Den styrer også hverdagens rutiner og de mest ekstreme opplevelser (Raaheim and Nielsen, 2001).

Nervesystemet tar opp informasjon fra omgivelsene, evaluerer og behandler dem og foretar beslutninger som kan føre til aktivitet i forhold til omgivelser og impulser fra omverden. Sykdommer i nervesystemet fører til psykologiske konsekvenser som varierer med typen og graden av patologisk forandring av nervevevet, psykiske forstyrrelser kan kobles til forandringer i hjernens funksjon.

Selv om sentralnervesystemet er svært komplekst er det bygget opp av relativt enkle prinsipper. Nervesystemet består av milliarder av enkeltceller som kalles nerveceller eller nevroner. Hver enkelt nevron mottar informasjon via et sett med mottakere som kalles dendritter. Nevronets cellelegeme samler og integrerer informasjonen. Nevronets utgående kanal kalles aksonet. Nevronene mottar hele tiden en mengde impulser, hemmende eller stimulerende, fra en mengde andre nevroner. Hvis den samlede mengden stimulerende impulser overskrider en terskel "fyrer" cellen og sender videre en nerveimpuls. Det er via aksonet at nevronet sender informasjon videre. Et nevron kan ha et stort antall dendritter, et cellelegeme og flere akson. Aksonet ender i møtepunkter med dendritter til andre nevroner, disse møtepunktene kalles synapser. Som regel skjer denne overføringen kjemisk ved at et signalstoff, transmittorsubstans, frigjøres og fester seg på en reseptor (Martin et al., 2013).

Det limbiske system er en del av sentralnervesystemet som blant annet spiller en viktig rolle i et menneskes emosjonelle reaksjoner, kontrollerer atferd og er involvert i prosesser som motivasjon og evnen til å orientere seg i en omskiftelig verden (Raaheim and Nielsen, 2001). Amygdala og hippocampus er en del av det limbiske system. Strukturene i det limbiske system er bundet sammen med hverandre og resten av hjernen med velutviklede nervebaner som består av axoner fra et stort antall nevroner.

Transmittersubstansene er hjernens signalstoffer. Det er to hovedtyper av virkningsmekanismene i hjernen, det er kanalspredning og tilstandsspredning. Kanalspredningen går fra en begrenset nevrongruppe til en annen begrenset nevrongruppe. Dette er typisk for sanseintrykk utenfra som blir overført og bearbeidet. Man kan si at her blir byggelementene formidlet videre for registrering av sanseintrykk og utvikling av tanker. Tilstandsspredning er hvor signalene går fra en begrenset nevrongruppe og sprer seg over store områder og har globale effekter. Det er ikke sanseintrykkenes innhold, men nivåer av aktivitet som påvirkes. Serotonin og dopamin er eksempler på slike transmittersubstanser. Serotonin virker dempende på alle affektive funksjoner, og regulerer søvn, temperatur, smertesensitivitet, appetitt og stemningsleie. Dopamin er knyttet til hjernen sentrale motivasjonssystem og virker stimulerende på søkende atferd og interesse (Skårderud et al., 2010, Martin et al., 2013).

Nevroner frigjør mange ulike transmittersubstanser og ulike stoffer kan ha en effekt på produksjon eller frigjørelsen for en eller flere kjemikalier. Rusmidler kan også etterligne effekten av ulike transmittersubstanser, blokkere effekten eller forstyrre opptaket med reopptak av en transmittersubstans når den er frigjort. Via disse mekanismene kan rusmidler forstyrre persepsjoner, tanker og atferd som er kontrollert av transmittersubstanser. Mange psykoaktive stoffer påvirker ulike transmittersubstanser i hjernen, enten ved å øke effekten eller ved å hemme dem. Normal funksjon i nervesystemet avhenger av balanse mellom hemmende og fremmende påvirkninger. Schizofreni antas å være knyttet til for høy aktivitet i deler av nervesystemet, og psykofarmaka som brukes mot schizofreni reduserer dopamin-aktiviteten i hjernen. Mens inntak av sentralstimulerende psykoaktive stoffer øker dopamin-aktiviteten, et eksempel på dette er amfetamin. Dopaminsystemet involverer store deler av hjernen og

har en sammensatt funksjon. Sentralnervesystemet er en del av nervesystemet og inneholder den største mengden av nerveceller (Skårderud et al., 2010, Raaheim and Nielsen, 2001, Martin et al., 2013).

Rusmidler kan også føre til strukturendringer i deler av nevronet. Det kan forekomme endringer på dendrittenes grener. Det kan endre antall og størrelse på dendrittene, det kan oppstå skade på selve cellekroppen og det kan skje endringer i axonet. Disse endringene kan oppstå i det limbiske system og frontallappen. Frontallappen (frontal cortex) antas å være med i de mest mentale prosessene som planlegging av strategi for handling, følelse og problemløsning og er den avgjørende delen når det gjelder sosial atferd og empati. Kokain og amfetamin for eksempel øker antall greiner på dendrittene mens opiater minker antallet (Martin et al., 2013, Skårderud et al., 2010).

## **2.5 Teorier om sammenheng**

Det er ikke en enkeltstående forklaring på den tydelige sammenhengen mellom rus og psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan utløse rusproblemer og rusproblemer kan utløse og forårsake psykiske lidelser (Skårderud et al., 2010). Det vil ofte være en gjensidig interaksjon mellom rus og psykiske lidelser der de utløser, forsterker og vedlikeholder hverandre. De fleste som ruser seg vil som regel oppleve økte psykiske plager, særlig i form av angst og depresjonsplager, enten når de ruser seg eller i en abstinensfase, (Skårderud et al., 2010).

Sammenhengen mellom rusmisbruk og psykiske lidelser er kompleks. Psykiske lidelser kan oppstå som en konsekvens av rusmisbruk og relatert til det, men det kan også være at rusmisbruket brukes som selvmedisinering av psykiske plager. Demografiske kjennetegn er også korrelert med rusmisbruk, og generelt kan man si at demografiske kjennetegn i den generelle befolkningen også gjelder mennesker med alvorlig psykisk lidelse (Mueser et al., 2006). Yngre mennesker har større tilbøyelighet til å misbruke rusmidler, da spesielt kokain og cannabis. Ofte starter et rusmisbruk i relativt ung alder, og vil således som oftest inntre før den psykiske lidelsen (Mueser et al., 2006).



Menn har jevnt over større sannsynlighet for å utvikle ruslidelser enn kvinner. Selv om sannsynligheten for at menn skal utvikle en ruslidelse er størst må man ikke overse kvinner med ruslidelser, da det også er et betydelig antall kvinner som har problemer med rusmisbruk. Mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har ofte lavere utdanning enn mennesker med psykisk lidelse. Årsaken til dette kan være en effekt av at rusrelaterte problemer oppstår i tidlig alder. Korrelasjonen mellom rusmisbruk og lav utdanning er ofte sterkere ved stoffmisbruk enn ved alkoholmisbruk. Menneskers sivilstatus har vist seg å være korrelert til rusmisbruk. Pasienter med en alvorlig psykisk lidelse som aldri har vært gift, har større risiko for å utvikle rusmisbruk eller avhengighet enn pasienter som er eller har vært gift (Mueser et al., 2006).

Andre faktorer som kan spille inn ved utvikling av et rusmisbruk eller rusavhengighet er premorbid sosial fungering, familiehistorie med ruslidelser, og eksponering for intrapersonlige traumer. Med premorbid sosial fungering menes både kvantiteten og kvaliteten i et menneskes sosiale relasjoner før utvikling av den psykiske lidelsen, det vil si antall nære venner og intimiteten i de nære relasjoner. Psykiatriske pasienter med ruslidelser har ofte en bedre premorbid sosial fungering enn pasienter uten rusmisbruk (Arndt et al., 1992, Breakey et al., 1974, Cohen and Klein, 1970, Dixon et al., 1991). Ikke alle forskningsresultater viser dette resultatet, det er noe variasjon i resultatene når det kommer til det overnevnte (Salyers and Mueser, 2001). Noen pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har også en helt klart svak premorbid sosial fungering (Mueser et al., 2006). Årsaken til at pasienter med en samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har bedre sosial fungering enn pasienter med psykiske lidelser kan være introduksjonen av rusmidler. De fleste blir introdusert til rusmidler i sosiale sammenhenger, det å lære å bruke rusmidler er ofte en sosial prosess og utvikles gradvis over tid gjennom kontakt med sosiale nettverk som også bruker narkotiske stoffer eller alkohol. Pasienter med en svak premorbid sosial fungering har ofte hatt færre muligheter og anledninger til å bli eksponert for rusmidler via jevnaldrende fordi de ikke har så mange venner (Mueser et al., 2006).

Blant pasienter med en alvorlig psykisk lidelse gir en historie med ruslidelse i nær familie økt risiko for misbruk. Genetiske faktorer spiller en rolle i et menneskes

sårbarhet overfor ruslidelser. Familiehistorie er derfor en viktig risikofaktor for utvikling av rusmisbruk blant pasienter med alvorlig og vedvarende psykisk lidelse (Mueser et al., 2006). Man kunne kanskje da forvente at pasienter med en samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har flere slektninger med psykisk lidelse enn befolkningen generelt, men forskning finner ikke er en slik forbindelse. Familiehistorie en risikofaktor, men det er altså ikke slik at pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har flere slektninger med de samme lidelsene (Mueser et al., 2006)

## **2.6 Behandling**

Personer med alvorlig psykisk lidelse er den gruppen som har størst grad av komorbiditet. Det som regnes som alvorlige psykiske lidelser er schizofrenilignende tilstander og bipolare lidelser. Alder og sosioøkonomisk status er også en faktor, det viser seg at rusmisbruk og psykiske lidelser er lavere ved høyere alder og høyere sosioøkonomisk status (Kessler et al., 2005).

Studier fra Norge og utlandet viser at forekomsten av rusmisbruk blant pasienter i psykiatrisk behandling er høy (Fløvig et al., 2009, Mordal et al., 2008). En studie som undersøkte utbredelsen av inntak av rusmidler før innleggelse ved en akuttpsykiatrisk post i Norge, fant at ved 82 % av innleggelsene hadde pasientene før innleggelse inntatt enten alkohol, narkotiske stoffer, benzodiasepiner eller andre stimulerende stoffer (Fløvig et al., 2009). De vanligste rusmidlene blant menn var alkohol, cannabis og andre stimulerende stoffer, mens kvinner brukte mest benzodiasepiner. I 32 % av innleggelsene hadde pasienten en rusdiagnose, og oppfylte kriteriene for en slik diagnose i forhold til ICD-10. Av de som de som hadde en ruslidelse i tillegg var 50 % menn og 16% kvinner (Fløvig et al., 2009). En annen norsk studie utført i Asker og Bærum på Blakstad psykiatriske sykehus viser at rusmisbruk viste at 54% av pasienten som ble innlagt akutt for psykose hadde inntak rusmidler den siste måneden, hos 405 var der illegale rusmidler, hyppigst brukt var cannabis (Mordal et al., 2008).

En norsk studie viste at minst 2/3 av de som ble behandlet i russektoren hadde behov for et tjenestetilbud der både den psykiske lidelsen og rusmisbruket ble behandlet samtidig (Landheim et al., 2002). Symptomer på angst og depresjon er spesielt høy blant

mennesker med en rusavhengighet (Hoxmark, 2011, Landheim et al., 2002). En studie der man brukte et standardisert diagnostiseringsverktøy ved et av inklusjonsstedene i ROP-Nord studien, vist at det var høy forekomst av psykiske plager blant pasientene som var innlagt til rusbehandling (Wynn, 2007).

Det har vært et klart skille mellom psykiatrisk behandling og rusbehandling i mange år. Tradisjonelt har det eksistert to forskjellige behandlingssystemer parallelt som har hatt ansvar for å behandle de to forskjellige sykdomstilstandene (Mueser et al., 2006). Forskere og klinikere har ment at pasienter med rusavhengighet har mottatt behandling som er utdatert (Lossius et al., 2011). I Norge er det flere ulike lovverk å forholde seg til i rusbehandling og behandling innen psykisk helsevern: Helse- og omsorgstjenesteloven, Psykisk helsevernloven, Pasient- og brukerrettighetsloven, Spesialisthelsetjenesteloven. Rusbehandlingsinstitusjoner følger Helse- og omsorgstjenesteloven og innen psykisk helsevern følges Lov om Psykisk helsevern (Syse, 2007). Skillet mellom forskjellige lovverk gjør det også mer komplisert i forhold til behandling og videre oppfølging. En av de største forskjellene mellom Helse- Og omsorgstjenesteloven og Lov om psykisk helsevern er hvordan man forholder seg til tvang, tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av pasienter.

Som et resultat av det byråkratiske skillet mellom de to forskjellige behandlingene, rusbehandling og psykisk helsevern, har to modeller for behandling av samtidige rus og psykiske lidelser tidligere vært dominerende: sekvensiell behandling og parallell behandling. Begge disse behandlingene har vært forbundet med en rekke problemer av både administrativ og organisatorisk art. I tillegg har behandlerne vært preget av filosofisk uenighet og kliniske barrierer som har fremmet en fortsatt ikke-integrert behandling (Mueser et al., 2006).

Sekvensiell behandling innebærer at en pasient med samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk kan avvises av det ene behandlingssystemet inntil det andre problemet er løst eller stabilisert. En slik tilnærming kan man si er en måte å klinisk forsvare hvorfor en behandling ikke gis (Mueser et al., 2006). Et eksempel kan være at en pasient med en bipolar lidelse og ruslidelse som oppsøker det psykiske helsevernet for å få hjelp, kan

bli informert om at stemningsstabiliserende medisiner for den bipolare lidelsen ikke kan forskrives så lenge hun er i aktiv rusing og rusmisbruket pågår. Det som er det alvorligste problemet med en slik sekvensiell behandling er at den ignorerer den, i dette tilfellet, bipolare lidelsens interaktive og sykliske natur. Ruslidelser forsvinner sjelden spontant og bidrar ofte til å forverre den psykiske lidelsen (Mueser et al., 2006). Misbruk av stimulerende stoffer og cannabis kan også forverre schizofrenisymptomer, og uten å ta tak i rusproblemet kan det være vanskelig å stabilisere disse symptomene. Når en psykisk lidelse blir mer alvorlig og pasienten opplever intenst stress, vil dette ofte resultere i et økt rusmisbruk. Dermed kan også symptomtrykket knyttet til den psykiske lidelsen øke. Akutt mani er ofte forbundet med økt alkoholkonsum som igjen kan forsterke en manisk periode (Bernadt and Murray, 1986).. Med mindre symptomene på mani stabiliseres med medisiner, er det stor fare for at rusmisbruket fortsetter i samme grad eller øker (Mueser et al., 2006).

I parallell behandling behandles den psykiske lidelsen og ruslidelsen samtidig, men av forskjellige behandlere. Behandlerne bør i teorien forsøke å koordinere behandlingen ved å ha jevnlig kontakt gjennom forløpet og enes om behandlingen og behandlingsplanen. I praksis har det ikke alltid fungert slik. Organisatoriske og administrative utfordringer har skapt problemer for et slikt samarbeid, da det ofte har vært lite kontakt mellom de to behandlergruppene. En slik organisering fører ofte til at det er pasienten som ender opp med ansvaret for integrering av de to behandlingene, og pasienten er ofte for dårlig utrustet til å ta ansvar og håndtere en slik oppgave. En svekket kognitiv evne er ofte forbundet med en alvorlig psykisk lidelse og en slik oppgave kan da bli ganske uoverkommelig (Mueser et al., 2006).

Det kan finnes flere forklaringer på den dårlige integreringen av parallell behandling. En forklaring og faktor kan være at personalet fra de to behandlingstradisjonene er preget av ulike behandlingsfilosofier (Mueser et al., 2006). I RoP-Nord undersøkelsen ble det gjort fokusgruppeintervju om relasjonsarbeid med personalet ved to av enhetene som var med i studien. Den ene enheten var en rusbehandlingsinstitusjon (Færingen terapeutiske samfunn) og den andre en utredningspost innenfor psykisk helse (Rus og psykiatriposten, RoP). Deltagerne fra begge enhetene var opptatt av en god relasjon og

mente at en god relasjon til pasienten var viktig. Deltakerne fra RoP beskrev en tettere relasjon til pasientene, og mente i større grad enn deltakerne fra Færingen at en god relasjon er viktig og har betydning for behandlingen. Deltakerne fra Færingen beskrev at andre pasienter og strukturen i behandlingsopplegget var viktigere elementer. Det var noen likheter og noen ulikheter i beskrivelsen av relasjonsarbeidet til pasienten fra de to enhetene. Disse forskjellene kan komme av forskjellige behandlingsfilosofier, forskjellige målgrupper blant pasientene, forskjellige teoretisk grunnlag, eller at det har utviklet seg forskjellige kulturer på de forskjellige enhetene (Hoxmark, 2011).

På slutten av 1980-tallet hadde evalueringer av den tradisjonelle behandlingen dokumentert de ovennevnte problemer i forholdt til pasienter med både en ruslidelse og en psykisk lidelse (Mueser et al., 2006). Det kom også frem at pasienter med både rus og psykisk lidelse hadde dårlig prognose ved tradisjonell sekvensiell og parallell behandling, og det ble foreslått nye og bedre måter å utnytte kostbare tjenester (Mueser et al., 2006, Drake et al., 1996).

Integrert behandling kan eliminere mange av de ovennevnte ulempene ved tradisjonell sekvensiell og parallell behandling av pasienter med rus og psykiske lidelser. Helsevesenet har beveget seg mer mot en integrert behandling av samtidige rus og psykiske lidelser. En effektiv måte å møte pasienter med samtidige rus og psykiske lidelser på er en tjeneste som inkluderer integrerte tjenester, allsidighet, redusering av negative konsekvenser og et langsiktig perspektiv, som er aktiv oppsøkende, og som gir tilgang til en rekke psykoterapeutiske behandlingsmåter inkludert motivasjonsbasert behandling (Mueser et al., 2006).

I mars 2012 ble Nasjonal faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser lansert (Helsedirektoratet, 2012). Sentrale anbefalinger i disse retningslinjene er at personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig om lidelsen er rusutløst. Den instansen som tar i mot personen med en samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har ansvaret for å ivareta et sammenhengende tilbud og sikre at personen følges opp i forhold til både ruslidelsen og sine psykiske lidelser.

Behovet for individuell plan skal alltid vurderes. Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid. Eventuelle uenigheter om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud. Det foreligger god dokumentasjon på at en integrert behandlingsmodell har en god effekt på pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Det er også dokumentert at noen psykososiale behandlingsmetoder, for eksempel motiverende intervju, har effekt.

I Tromsø har man vært tidlig ute i forhold til andre steder i landet med å etablere ulike tilbud til mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse. Blant annet etablerte Tromsø kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) et oppsøkende team for mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser. Oppsøkende team ble etter hvert til ACT- Teamet i Tromsø. ACT-team står for Assertive community treatment- team. ACT-Teamet er organisert under omsorgstjenester i Tromsø Kommune og er et samarbeidsprosjekt mellom Tromsø kommune ved Rus- og psykiatritjenesten og Psykiatrisk senter for Tromsø- og omegn ved UNN Åsgård. ACT-teamet sin målgruppe er mennesker med alvorlig psykiske lidelse i form av psykose lidelser og/eller bipolare lidelser, hvor det er omfattende funksjonsnedsettelse og manglende behandlingstilbud. Brukerne av ACT-teamet kan også ha tilleggslidelser i form av ruslidelse og/eller lettere psykisk utviklingshemming. ACT-teamets arbeid omfatter en aktiv og oppsøkende virksomhet, samt kartlegging av psykisk og/eller somatisk helse, rus, økonomi og funksjonsnivå. De gir også en langvarig behandling og samordner tjenester som kommunale helse- og sosiale tjenester og spesialisthelsetjenester. Relasjonsbygging og nettverksbygging står også i fokus hos ACT-teamet. De tilbyr hjelp til mestring og strukturering av dagliglivets gjøremål ([www.tromso.kommune.no/act-team](http://www.tromso.kommune.no/act-team)).

ACT-teamet er et prosjekt som har innvilget driftsmidler frem til utgangen av 2014. I 2012 ble det gjort en midtveisevaluering (Ruud and Landheim, 2012). Det er til sammen 15 ACT-team i Norge, 12 av disse teamene er med i midtveisevalueringen. De fleste andre teamene i Norge er organisert under spesialisthelsetjenesten. Det som er blitt evaluert er funksjonsnivå, om brukerne har fått det bedre, antall liggedøgn på sykehus, og rusatferd målt ved hjelp av AUDIT og DUDIT. Mange av brukerne i ACT-



teamet i Tromsø er mennesker med RoP-lidelser, ACT-teamet har alvorlig psykisk lidelse som et av sine kriterier for brukere av ACT-teamet. Personer med alvorlig psykisk lidelse er en gruppe hvor det er høy grad av komorbiditet(Kessler et al., 2005).

I spesialisthelsetjenesten ble Rus og psykiatriposten på UNN Åsgård ble etablert i 2002, 10 år før de Nasjonale retningslinjene for ROP lidelser trådte i kraft. På UNN har de også nylig etablert et familieteam, forebyggende familieteam, som arbeider med gravide eller familier med barn i alderen 0-6 år hvor en eller begge foreldrene sliter med psykisk lidelse og/eller ruslidelse. Teamet har blitt etablert som et ledd i nasjonal satsing på barn som pårørende. Det har som målsetning å forebygge rusrelaterte skader og psykososiale vansker hos barn, dette ønsker de å oppnå gjennom tidlig innsats i utsatte familier. Formålet er å styrke foreldreskapet og barnets omsorgssituasjon fra fosterliv og frem til skolestart. Forebyggende familieteam er organisert under UNN og er et tilbud til befolkningen i Ofoten, Troms og Finnmark. På grunn av geografiske utfordringer har teamet både et klinisk tilbud direkte til familiene og en ambulant tjeneste der familiene nås gjennom veiledning og konsultasjon til utøvende lokale tjenester ([www.unn.no](http://www.unn.no)).

## **2.7 Faktorer som påvirker utfall av rusbehandling**

Tilbakefallsprosenten etter behandling for narkotikaavhengighet varierer mellom 30 og 90 %, og for pasienter som har vært til behandling for alkoholavhengighet varierer tilbakefallsprosenten mellom 9 og 44 % (Hassel et al., 2013). Et vanlig problem blant pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse er manglende tilslutning til den anbefalte behandlingen (Coldham et al., 2002, Weiss et al., 2002, Miner et al., 1997). Autoseponering av medisiner kombinert med et rusmisbruk medfører ofte tilbakefall og sykehusinnleggelse (Swartz et al., 1998). Mange pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse rapporterer at de slutter med sine foreskrevne medisiner når de bruker stoff eller inntar alkohol på grunn av redsel og bekymringer for interaksjoner, eller fordi de klager på bivirkninger av medisiner. Noen studier antyder at pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse oftere opplever å ha bivirkninger av medisiner(Dixon et al., 1992, Voruganti et al., 1997, Salyers and Mueser, 2001).

Psykologiske og interpersonlige problemer hos pasienter med rusavhengighet er vanlig, og innebærer ofte en økt belastning på familiemedlemmer, i tillegg til mellommenneskelige konflikter med venner og slektninger (Mueser et al., 2006). En norsk undersøkelse viser at disse problemene ikke nødvendigvis endres under behandling (Hassel et al., 2013). I den samme studien ble self-efficacy undersøkt. Self-efficacy kan oversettes med flere ord, blant annet mestringstillit, selvtro, egen evne til å mestre utfordrene situasjoner eller mestringstro (Brumoen, 2000) Mestringstillit er en personkarakteristikk som endres over tid, derfor vil sammenhengen mellom mestringstillit og rusavhengighet være mest hensiktsmessig å vurdere i modeller som vurderer tidsmessige endringer.

## **2.8 Selvpoplevd velvære og Symptomtrykk**

I ROP-Nord studien ble sammenhengen mellom symptomtrykk og selvpoplevd velvære undersøkt. Pasientene som scoret høyt på symptomtrykk, hadde som forventet en lav score på selvpoplevd velvære (Hoxmark, 2011). Andre studier hvor velvære og symptomer på depresjon har vært undersøkt viser også at det er en sammenheng mellom lav score på velvære og høyt på symptomtrykk (Bonicatto et al., 2001).

Ved måling av symptomtrykk finner man forskjell mellom kvinner og menn. Kvinner scorer høyere på symptomtrykk i ulike populasjonsstudier (Lindquist and Lindquist, 1997, Lavik et al., 1999, Loge and Kaasa, 1998, Thapa and Hauff, 2005). Samtidig finner man ikke noen signifikant forskjell på kvinner og menn når det kommer til selvpoplevd velvære. Flere studier viser at gjennomsnittscoren for både kvinner og menn når det gjelder selvpoplevd velvære er nesten lik (Veenhoven, 1996, Diener et al., 1999).

WHO(fem) (Bech et al., 2003) måler selvpoplevd velvære, mens Hopkins Symptom Check List (Strand et al., 2003) måler selvpoplevd symptomtrykk. Score på velvære (WHO(fem)) og symptomtrykk (HSCL-10) kan være med å forutsi grad av rusbruk. Et større inntak av rusmidler predikerte en høyere score på symptomtrykk og en lavere score på velvære i ROP-Nord-studien (Hoxmark et al., 2010b). I denne studien fant man også at symptomtrykk målt ved hjelp av HSCL-10 ble redusert under

innleggelse(Hoxmark et al., 2010a). Et høyere forbruk av rusmidler, det å være kvinne, og det å ikke ha noen utdanning utover 10-årig grunnskole predikerte en signifikant reduksjon av psykiske plager fra innleggelse til utskrivelse. Høyere score på HSCL-10 ved innleggelse predikerte også større grad av reduksjon i skåre på HSCL-10 (Hoxmark, 2011).

## **2.9 Oppgavens hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne oppgaven er å se om psykisk helse og behandling påvirker rusatferd, målt ved hjelp av Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993) og Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) (Berman et al., 2004), seks måneder etter utskrivelse fra behandling. En faktor som jeg tror spiller inn i et menneskes opplevelse av å mestre livet og dets utfordringer er selvopplevd velvære.

### **Hvordan påvirker psykisk helse og selvopplevd velvære rusatferd 6 måneder etter utskrivelse fra rusbehandling, kontrollert for demografiske variabler?**

Forskning er en viktig kilde til erkjennelse i helse- og sosialfagene (Bjørndal and Hofoss, 2012). For å finne ut om behandling for rusavhengige påvirker rusatferd er det viktig å forske på dette området. Det er viktig å dokumentere det som gjøres innen rus og psykiatrifeltet. Jeg vil med min oppgave belyse akkurat dette.

Rusatferd seks måneder etter utskrivelse fra behandling blir målt ved hjelp av AUDIT og DUDIT. Dette er ingen effektstudie, så jeg vil ikke kunne si noe om behandlingen har hatt noen effekt på pasientene. Det jeg kan si noe om er om psykisk helse og selvopplevd velvære seks måneder etter utskrivelse henger sammen med rusatferd på samme tid. Dersom det er noen sammenheng, hva er det som predikerer denne?

Dersom det er noen sammenheng, hva er det som predikerer denne?

Mange av de som var med i Rop-Nord studien rapporterte symptomer på psykiske lidelser, dette er ikke så merkelig da det å ruse seg eller være i en abstinensfase som regel utløser eller forsterker symptomer på psykiske problemer, som for eksempel angst

og depresjon. Det å bli lagt inn på institusjon i seg selv kan være en stressende påkjenning som kan forsterke symptomer (Hoxmark, 2011).

### **2.10 Begrepsavklaring**

ICD-10 og DSM-IV er diagnoseklassifikasjoner som brukes i helsevesenet. Tallet bak forteller hvilken utgave det er, da de revideres for å holdes oppdatert. ICD-10 ble innført som offisiell norsk klassifikasjon av psykiske lidelser fra og med 1997 og for legemlige sykdommer og skader fra 1999 (ICD-10 Statens helsetilsyn, 2000, DSM-IV American Psychiatric Association, 2011).

Med selvopplevd velvære menes menneskets egen opplevelse av hvordan man har det uavhengig av diagnoser og avhengighet. Velvære sier noe om "hvordan man har det". Tradisjonelt sett har man kartlagt pasienters mentale helse å spørre om deres vonde og dårlig følelser (Hoxmark, 2011). En økt bevissthet rundt viktigheten av å utvide det mentale helsebegrepet utover å fokusere på fravær av symptomer og psykiske plager, har resulterte i en stor mengde litteratur om psykisk helse og trivsel (Nes et al., 2006, Tinghög and Carstensen, 2010).

Med selvopplevd velvære menes menneskets egen opplevelse av hvordan man har det uavhengig av diagnoser og avhengighet. Tradisjonelt sett har man kartlagt pasienters mentale helse å spørre om deres vonde og dårlig følelser (ICD-10 Statens helsetilsyn, 2000, DSM-IV American Psychiatric Association, 2011). En økt bevissthet rundt viktigheten av å utvide det mentale helsebegrepet utover å fokusere på fravær av symptomer og psykiske plager, har resulterte i en stor mengde litteratur om psykisk helse og trivsel (Nes et al., 2006, Tinghög and Carstensen, 2010). I denne studien måles selvopplevd velvære ved hjelp av WHO(fem) (Bech et al., 2003) Symptomtrykk, pasientens opplevelse av å være plaget med symptomer på sin sykdom, måles i denne studien ved hjelp av HSCL-10 (Strand et al., 2003)

### **2.11 Teorier om atferd og endring**

Vårt forhold til verden viser seg gjennom vår kroppslige forståelse av verden, Bourdieu bruker begrepene habitus, felt og kapital for å beskrive dette forholdet (Bourdieu et al.,

1995). Begrepene habitus, felt og kapital er ikke statiske begrep. De er basert på grunnleggende forestillinger om sosial liv og om hvordan mennesker handler (Wilken, 2008). Fenomenologene viser til enheten mellom mennesket og dets situasjon. Heidegger bruker begrepet ”væren-i-verden” for å beskrive dette (Bourdieu et al., 1995). Dette beskriver hvordan fenomenene rundt mennesker viser seg på en bestemt måte, hvordan vi oppfatter ulike situasjoner alt etter vår grunnholdning, og hvordan vi ikke kan skille mellom hvordan verden er og vår egen holdning (Bourdieu et al., 1995).

Habitusbegrepet er det som er mest knyttet til hvem vi er som person, da dette er det begrepet som beskriver vår være på og våre reaksjoner. Begrepet felt kan tolkes som en beskrivelse av våre omgivelser og sosiale arenaer, mens begrepet kapital kan beskrive vår rolle i våre omgivelser. I denne oppgaven er det habitusbegrepet som er mest aktuelt.

Habitus kan tolkes som et kulturbegrep, som understreker de dynamiske relasjonene mellom mennesker og det sosiale. Det refererer til både menneskers mentale disposisjoner, til erfaringers kroppslige forankring og til menneskers sosiale forankring. Habitus forholder seg til det folk gjør med utgangspunkt i deres forståelse av den situasjonen de er i. Habitusbegrepet retter oppmerksomheten mot to samtidige og interagerende prosesser: menneskets tilegnelse av den kunnskap som gjør dem i stand til å handle meningsfullt i verden, og menneskets omsetning av denne kunnskapen til praktisk handling (Wilken, 2008).

Bourdieu beskriver habitus som en slags transformerende maskin som får mennesker til å ”reprodusere” de sosiale forholdene som vi selv har skapt. Denne reproduksjonen skjer på en relativt uforutsigbar måte, vi er har lært våre reaksjonsmønstre av våre omgivelser og det er ikke alltid slik at forstår eller vet hvorfor vi er slik vi er. Man kan ikke bare bevege seg enkelt mekanisk fra en kunnskap om produksjonsforholdene til en kunnskap om produksjon (Bourdieu, 1993).

Det sosiale livet er ikke forutsigbart, og mennesker må i høy grad improvisere seg gjennom tilværelsen slik den former seg. Men habitus utstyrrer mennesker med en

matrise eller algoritme for hvordan vi oppfatter, forstår og derfor handler i gitte situasjoner. Habitus blir formet ved sosialisering. Vi tilegner oss en forståelse av hva som er rett og hva som er galt, mulig og umulig, uten at det er helt klart at det er en læringsprosess. Vår habitus blir tilegnet, utviklet og lært gjennom sosialisering helt fra barndommen. Denne læringsprosessen blir glemt eller fortrent, og i den forstand er ikke habitus en sinnstilstand, men en kroppstilstand. Den kroppslige forankringen av habitus betyr at det sosiale er innleiret i kroppen og dette har betydning for både erindring og praksis (Wilken, 2008). Uttrykket ”ryggmargskunnskap” eller ”ryggmargsrefleks” er gode begreper for og beskrivelser av, hvordan man kan beskrive habitus. På den andre siden er kroppen formet at habitus. Med det menes det at blant annet kroppsholdning, vekt, tannhelse og livsstilssykdommer er relatert til menneskers individuelle og kollektive habitus (Bourdieu et al., 1995). Habitus reflekterer menneskers sosiale historier, og de er nødvendigvis ikke velordnet og uproblematisk.

Habitus er beskrevet som varige disposisjoner, som ofte blir oppfattet som livsvarige. Bourdieu mener at forandring eller endring i habitus er knyttet til forandringer eller endringer i menneskers ytre omgivelser. Det krever både en sosial forankring og en individuell aksept av et nytt sosialt miljø. Det kreve også aksept fra det nye miljøet. Det kan skje, men det skjer verken hurtig eller uproblematisk (Wilken, 2008).

## **3.0 Materiale**

### **3.1 Presentasjon av ROP-Nord studien.**

Denne oppgaven baserer seg på datamaterialet som ble samlet inn i forbindelse med ROP-Nord studien. ROP-Nord studien var et forskningsprosjekt innenfor enhetene som tilbyr døgnbehandling for rus- og avhengighetsproblematikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Målet for studien var å bidra til økt kunnskap om pasientene som mottok rus- og avhengighetsbehandling ved UNN. Det var også et mål å kunne bidra internasjonalt med ny kunnskap om psykisk helse blant rusavhengige i behandling og hvordan behandling påvirker psykisk helse (Hoxmark, 2011). Studien hadde spesielt fokus på pasienter med samtidig rusproblematikk og psykiske lidelser, hvilket tilbud



pasientene fikk mens de var innlagt, hvor fornøyd de var med behandlingen og tilbudet, og hvilke faktorer som hang sammen med endring. Inklusjonsperioden for studien var halvannet år fra høsten 2007. Datainnsamlingen foregikk fram til våren 2010, og det ble samlet inn et betydelig materiale. Prosjektleder for studien var dr. philos Mary Nivison, professor Rolf Wynn var veileder og psykologspesialist Ellen Hoxmark var stipendiat i studien og ledet innsamlingen av dataene.

Dataene i ROP-Nord-studien besto av deltagernes egne vurderinger og selvrappotering ved tre målepunkter: ved innleggelse, ved utskrivelse og seks måneder etter utskrivelse. I tillegg ga deltagerne prosjektet samtykke til å hente ut opplysninger fra journal. Behandler rapporterte disse opplysningene til prosjektet. Hvert behandlingssted i undersøkelsen var små institusjoner og det var derfor ønskelig å få alle med for å få et betydelig antall informanter (Hoxmark, 2011) Det var ønskelig å få samtlige pasienter som var innlagt i inklusjonsperioden som deltakere i denne studien.

Det er kun utvalgte data fra innleggelse og seks måneder etter utskrivelse som er presentert i denne oppgaven.

### **3.2 Beskrivelse av utvalget i RoP-Nord**

RoP-Nord studien inkluderte pasienter som ble innlagt til rusbehandling i Universitetssykehuset Nord-Norge fortløpende i inklusjonsperioden fra 1. september 2007 til 29. mai 2009 (Hoxmark, 2011). Det var 296 pasienter som samtykket til å være med i studien, dette utgjorde 58 % av de innlagte i perioden. De som deltok var 22 pasienter fra Rus og Psykiatriposten, 31 pasienter fra Færingen terapeutiske samfunn, 135 pasienter fra Avrusning og utredning (tidligere Krise- og utredningsenheten, KUEN), 41 pasienter fra Restart (tidligere Basisenheten) og 67 pasienter fra Nordlandsklinikken. Årsaken til at det var flest pasienter som deltok fra Avrusning og Utredning var at dette er en avdeling med langt større pasientflyt og raskere ”turn-over” enn de andre inklusjonsstedene . Flere av pasientene hadde vært til behandling i andre institusjoner tidligere.

### **3.3 Inkluderte enheter**

Ved oppstart av datainnsamlingen i 2007 var enhetene for rusbehandling ved UNN organisert i henholdsvis Rusklinikken og Spesialpsykiatrisk avdeling. Enhetene som tilbød behandling i institusjon i Rusklinikken var Færingen terapeutiske samfunn, Basisenheten og Krise- og utredningsenheten, som alle var lokalisert på ulike steder i Tromsø kommune, og Nordlandsklinikken som lå i Narvik kommune. Rus- og psykiatriposten tilbød også rusbehandling i institusjon, var en del av spesialpsykiatrisk avdeling og lokalisert på Åsgård i Tromsø. I løpet av datainnsamlingen var det omorganisering i helseforetaket og nye klinikker ble opprettet. Med dette ble alle de fem enhetene som var med i ROP-Nord-studien samlet under en felles ledelse i Rus og Spesialpsykiatrisk klinikk og organisert i to avdelinger: Avdeling for Rusbehandling og Avdeling for psykiatri. Denne omorganiseringen hadde ingen betydning for datainnsamlingen, da strukturene rundt pasientene og behandlingstilbudet forble uforandret.

UNNs opptaksområde er de tre nordnorske fylkene, og det var derfor i hovedsak pasienter fra Nord-Norge som fikk behandling ved de inkluderte enhetene. Det bor ca 500.000 mennesker i Nord-Norge og behandlingsstedene i studien representerer ca. 60 % av behandlingstilbudene i institusjon til rusavhengige i Nord-Norge.

#### **3.3.1 Rus og psykiatriposten**

Rus og Psykiatriposten er en psykiatrisk sengepost med 8 plasser. Målgruppen for Rus og psykiatriposten er unge pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse. Posten er i hovedsak et tilbud til pasienter i aldergruppen 18 til 35 år, hvor de mellom 18 og 23 år er en prioritert gruppe. Behandlingen som blir gitt der er miljøterapi, farmakologisk behandling og utredning. Normert liggetid er ca 6 måneder. Rus og psykiatriposten er lokalisert på UNN Åsgård, Tromsø.

#### **3.3.2 Færingen terapeutiske samfunn**

Færingen terapeutiske samfunn er en rusbeholdingsinstitusjon som gir en individuelt tilpasset behandling og minimalt med farmakologisk behandling. Færingen har 15

sengeplasser og målgruppen er personer med alvorlig rusmisbruk og cannabismisbruk. Max liggetid er 18 måneder. Institusjonen er lokalisert i Tromsø.

### **3.3.3 Avrusning og utredning (tidligere Krise- og utredningsenheten, KUEN)**

Avrusning og utredning er en sengepost som er lokalisert på UNN Åsgård Tromsø.

Postens behandlingstilbud består av avrusning, kartlegging, krisehåndtering og farmakologisk behandling. Avrusning og utredning er en rusbehandlingsinstitusjon og er derfor ikke underlagt psykisk helsevernloven. Pasientmålgruppen er rusmisbrukere, det er 10 sengeplasser og max liggetid er 6 uker.

### **3.3.4 Restart (tidligere Basisenheten)**

Restart er en rusbehandlingsinstitusjon med 10 sengeplasser som gir en individuell tilpasser behandling med 6 ukers program. Restart tilbyr også gruppeterapi og farmakologisk behandling. Målgruppen er pasienter med alkoholmisbruk, mildt cannabismisbruk og lettere psykiske lidelser. Institusjonen er lokalisert i Tromsø, og max liggetid er 6 måneder.

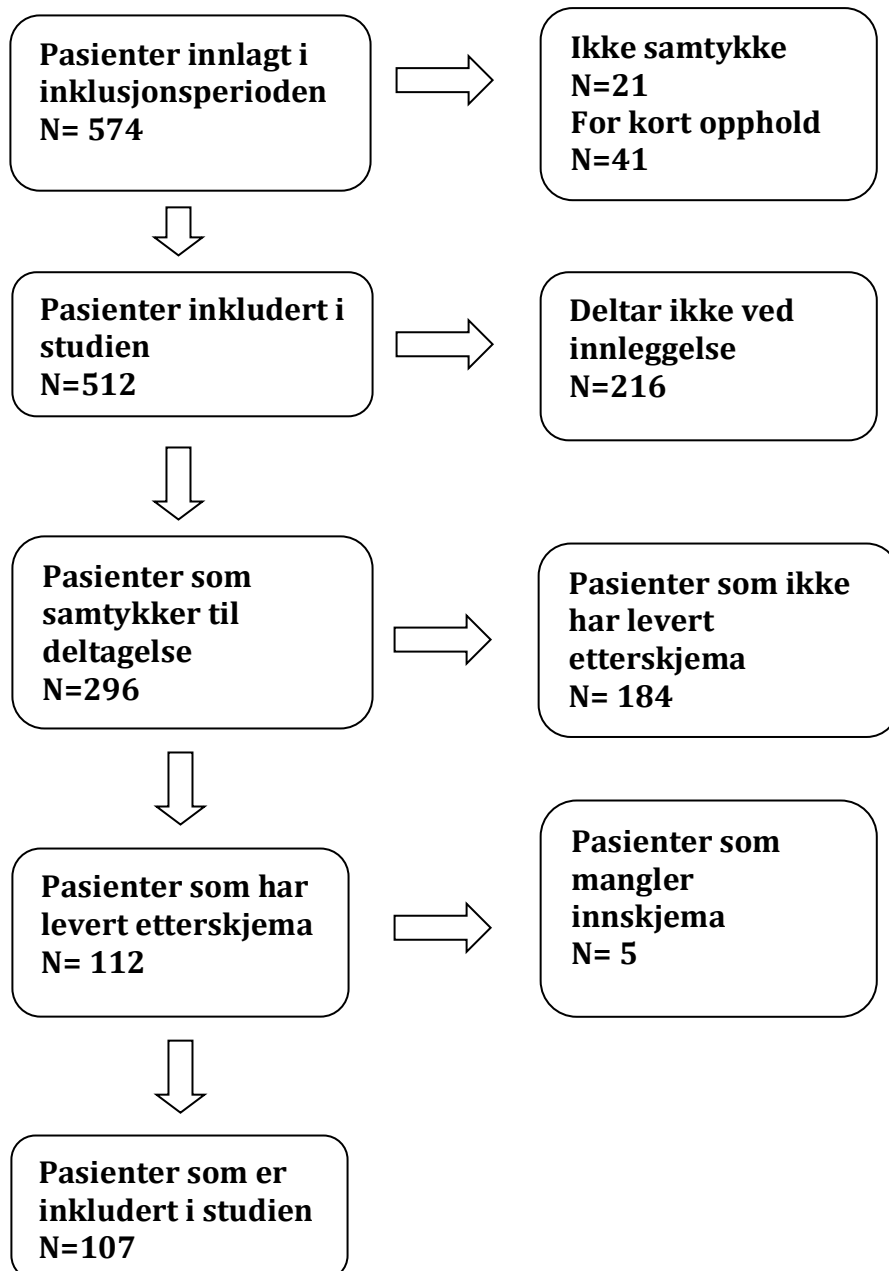
### **3.3.5 Nordlandsklinikken**

Nordlandsklinikken er en rusbehandlingsinstitusjon som er lokalisert i Narvik. Klinikken har 27 sengeplasser, og tilbyr individuell behandling, 6 ukers program, gruppeterapi og farmakologisk behandling. Pasientmålgruppen er rusmisbrukere, og max liggetid er 6 måneder.

## **3.4 Drop-out fra studien**

I løpet av inklusjonsperioden var 574 pasienter innlagt ved inklusjonsstedene. Av de 574 var det 21 pasienter som ikke ønsket å være med i studien og 41 pasienter som hadde for kort opphold på institusjon til at de kunne være med i studien. Det var 512 pasienter som hadde mulighet til å delta i studien, og av disse var det 216 som ikke samtykket til å delta ved innleggelse. Det var 296 pasienter som deltok i RoP-Nord studien og som er inkludert i hovedstudien som det er blitt gitt en kort presentasjon av tidligere i denne oppgaven. Dette utgjorde 58 % av alle aktuelle deltagere. Av de som

Samtykket var det 184 som ikke besvarte spørreskjemaet seks måneder etter utskrivelse. Disse er dermed ekskludert fra denne studien. Av de 112 som har levert inn skjema seks måneder etter utskrivelse er det 5 stykker som ikke har besvart skjema ved innleggelse og som er dermed også ekskludert. Det er derfor 107 informanter som er med i denne studien. Dette er illustrert i skjemaet under:



### 3.5. Beskrivelse av utvalget i denne studien.

Utvalget består av 31 (29 %) kvinner og 72 (71 %) menn Gjennomsnittsalderen er 40 år. Den yngste var 18 år og den eldste er 79 år, 50 % av utvalget er under 50 år. Egen bolig er i denne studien definert som en egen eiet eller leiet bolig. De som har svart at de bor på hospits, hybelhus, hotell, institusjon, hos foreldre eller hos andre er registrert som ”ikke egen bolig”. Det er 2 pasienter (2 %) i denne undersøkelsen som ikke har egen bolig. og 98 % som har egen bolig. Det er 85 % av pasienten som ikke bor i et parforhold. Av de 107 informantene er det 49 (46 %) som har fullført videregående skolen. De resterende 54 % har ikke utdanning utover grunnskolen. Det er 72 % som ikke er i jobb eller utdanning i 6 måneder etter utskrivelse fra institusjon.

#### Deltagelse fra hvert av inklusjonsstedene:

Behandlingssted	Antall pasienter
RoP	10
Færingen	8
Avrusning og utredning	38
ReStart	22
Nordlandsklinikken	29
	<b>107</b>

## 4.0 Metode

### 4.1 Kvantitativ metode

For å besvare problemstillingen vil en kvantitativ metode være hensiktsmessig. I problemstillingen spørres det om hvordan psykisk helse og velopplevd velvære påvirker rusatferd 6 måneder etter utskrivelse. Pasientene har fylt ut et skjema som heter WHO (fem) som er utviklet og funnet valid til å måle selvpoplevd velvære og symptomtrykk. Innenfor de fleste vitenskapsdisipliner er fenomenene som studeres, ikke direkte observerbare (Martinussen and Araï, 2010). Dette gjelder også de fenomenene jeg ønsker å se på. Selvpoplevd velvære og symptomtrykk er vanskelig å måle og tallfeste.

Dette er pasientens egne opplevelse, å det vil være vanskelig for noen utenfor pasientens egen kropp å vite hvordan pasienten føler det i forhold til både velvære, symptomtrykk og rusatferd. De som har deltatt i studien har fylt ut skjema som omhandler dette, det er de samme skjemaene som den samme pasienten fyller på forskjellige tidspunkt. Så det vil være teoretisk mulig å se om det har vært noen endring i det pasienten rapporterer med tanke på velvære, symptomtrykk og rusatferd. Konstrukt som for eksempel personlighet, temperament, intelligens, velvære, håp og optimisme kan ikke sees med det blotte øye eller observeres (Ibid) Jeg antar at det vil være mulig å se om det er noen sammenheng mellom velvære og symptomtrykk.

*”Konstrukt er per definisjon ikke mulig å observere direkte. Derimot er det mulig å observere og måle attributtene eller egenskapene som er forbundet med et konstrukt. Måling er et kvantitativt begrep primært rettet mot å finne systematiske måter å tilordne numeriske størrelser til objekter eller hendelser i den fysiske verden(..)For å sikre presisjon i målinger er det vanlig å operasjonalisere et konstrukt. Det er en prosess hvor forskeren definerer hvilke egenskaper ved konstruktet som anses mest relevant å måle” (Martinussen and Araï, 2010s.16)*

Vi kan ikke måle menneskers følelser og opplevelse, men man kan måle vekt, øyefarge, lengde og lignende. Det finnes nesten ikke noe psykologisk fenomen som lar seg direkte observere, eller adekvat måles gjennom bare ett observasjonsholdepunkt. Ettersom det nesten ikke finnes noe konstrukt som kan måles tilstrekkelig gjennom en enkelt tilnærming, er den beste løsningen å måle flere aspekter ved et konstrukt (Martinussen and Araï, 2010).

For å svare på min problemstilling vil det være mest hensiktsmessig å gjøre dette utfra en kvantitativ metode. Å svare på spørreskjema er en dominerende målemetode i helseforskning (Martinussen and Araï, 2010).

Innenfor kvantitativ forskning og statistikk er det en del begreper og benevninger som er nødvendig å kunne for å få en forståelse av hva tallene sier. Ofte fremstilles statistikk i kurver og diagrammer. En normalfordelt kurve har som regel høyeste topp på midten, på gjennomsnittet. Normalfordeling mellom gjennomsnitt, eller midtverdien og de ytterste punktene i en kurve, denne fordelingen heter standardavvik.

I en normalfordeling vil ca 99% av observasjonene eller resultatene ligge innen for tre standardavvik (Raaheim and Nielsen, 2001). Det som varierer i en kurve er verdiene for gjennomsnitt og standardavvik. Signifikans eller p-verdi sier noe om observasjonene eller resultatene er tilfeldige, eller om det er en statistisk sannsynlighet for at nullhypotesen bør forkastes eller ikke. I denne studien hvor det skal undersøkes om psykisk helse og selvpålevd velvære har en påvirkning på rusatferd er det viktig for meg å finne ut om det er signifikant forskjell, eller om det er rent tilfeldig. For å finne ut dette er det mange analyser som må gjøres, dette blir beskrevet senere i oppgaven. Med en p-verdi mindre enn 0.05 ansees forskjellen vanligvis som statistisk signifikant, det betyr at 95 % av utvalget ligger inntil to standardavvik fra gjennomsnittet.

Sammenheng mellom variabler benevnes som korrelasjon, som har verdier mellom +1.0 og -1.0. Et fullstendig manglende samsvar mellom to variabler vil gi en verdi på 0. Dette betyr at det ikke er noen sammenheng mellom variablene. Hvis man får en positiv eller negativ korrelasjon vil man kunne trekke en slutning om at det statistisk sett er en sammenheng mellom variablene. Korrelasjonsverdiene uttrykker ingen prosentvis samsvar mellom variablene, en korrelasjonskoeffisient på 0.50 er ikke halvparten så bra som +1.0.

I denne studien er det mer enn korrelasjonen mellom to variabler som må analyseres for å besvare problemstillingen. Derfor er det utført en lineær regresjonsanalyse, eller en multivariat analyse. En ”multipel korrelasjon” beregner samsvaret mellom resultatene av de tidligere analysene, univariate som beskriver fordelinger på enkeltvariabler og bivariate analyser som undersøker sammenhenger mellom par av variabler. Samsvaret mellom kombinerte resultatene kalles prediktorer (Raaheim and Nielsen, 2001, Bjørndal and Hofoss, 2012).

#### **4.1.2 Validitet og reliabilitet**

Bruk og valg av metode innbefatter gjerne tilrettelegging av målesituasjonen, det som blir målt eller ønskes målt kan variere som et resultat av ulike påvirkninger og feilkilder (Raaheim and Nielsen, 2001). Pålitelighet er et grunnleggende krav til målemetoden og måleverktøyene.

Dersom målemetoden er upålitelig, er den ikke god for noen vitenskapelig bruk. Man har grunn til å tro at det gjennom lengre tids forskning har blitt utviklet valide måleapparater for den eller de faktorer som ønskes målt. For at man skal motvirke vilkårlighet i skåringen av data, bør og må det på forhånd brukes likt av ulike personer uten at de er avhengig av forkunnskaper og kjennskaper i forhold til forskning (Raaheim and Nielsen, 2001). For at resultater fra studier skal ha en overføringsverdi og være generaliserbare er det tre krav som skal oppfylles, det er: at inklusjonskriteriene i studien er veldefinerte, de som er med i studien må være tilfeldig valgt av de som oppfylte inklusjonskriteriene og egne pasienter eller klienter må ligne dem forsøket omfatter (Bjørndal and Hofoss, 2012). Det foreligger også en del krav til selve studien og analyseprosessen for at resultatene skal være valid. Feil kan oppstå på grunn av systematiske feil som skyldes mangler ved undersøkelsens design eller gjennomføring, bakenforliggende faktorer eller tilfeldig variasjon. Disse faktorene må utelukkes i studien. Systematiske feil, også kalt bias, er feil som har noe med hvordan forskeren har gått frem, går igjennom hele prosessen og ødelegger resultatene. Slike feil kan være forskningsdesign, målemetoder, datainnhenting eller oppfølging av informanter. Bakenforliggende årsaker, eller effektforveksling kan skyldes en faktor som lurer i bakgrunnen. Dette kalles også konfundering, det kan føre til en forvirring mellom to forhold som tilsynelatende har en sammenheng eller at det en sammenheng som egentlig eksisterer ikke kommer til syne. Tilfeldig variasjon, når det er et utvalg som analyseres må man ta med i betraktningen at resultatene kan variere fra utvalg til utvalg (Bjørndal and Hofoss, 2012). I denne studien er utvalget kontrollert opp mot det totale utvalget i RoP-Nord studien.

#### **4.2 Prosedyrer**

Ved hver av enhetene som deltok var det to personale som jobbet i miljøet som var prosjektmedarbeidere. De informerte pasientene om studien, innhentet samtykke og sørget for at de som ønsket å delta fikk selvrapporteringsskjemaer. I tillegg deltok behandlerne ved de ulike enhetene. Behandlerne i denne studien er leger eller psykologer som har behandleransvar for pasientene under innleggelse. De fylte ut et eget behandler skjema med informasjon fra journal og kontakt med pasienten. Alle pasientene som var innlagt ved de ulike enhetene i inklusjonsperioden skulle bli spurt



om å delta i undersøkelsen, så fremst de var samtykkekompetente og innlagt lenge nok til å bli spurt om å delta. Prosjektmedarbeiderne på de respektive enhetene som var med i studien spurte alle nye aktuelle pasienter som de ville delta i prosjektet. Dersom pasienten ønsket å være med, etter å ha fått informasjon, ble det innhentet et skriftlig samtykke. Så raskt som mulig etter dette delte prosjektmedarbeideren ut det første settet med spørreskjema. Neste skjema ble gitt til pasienten ca en uke før utskrivelse. Stipendiat Ellen Hoxmark sendte ut det siste spørreskjemaet til deltagerne ca 6 måneder etter utskrivelse. Alle deltagerne fikk 2 flakslodd eller en kinobillett etter at de hadde fylt ut et skjema.

### 4.3 Måleinstrumenter

Måleinstrumentene som ligger til grunn i den studien som jeg tar utgangspunkt i er selvrapporteringskjemaer som brukes i utredning og behandling både i psykisk helsevern og i rusbehandling.

#### Måleinstrumentene som ble brukt:

Ved innleggelse	6 måneder etter utskrivelse
WHO fem	WHO fem
AUDIT	AUDIT
DUDIT	DUDIT
HSCL-10	HSCL-10

#### 4.3.1 Rusatferd

##### Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

AUDIT er et skjema som kartlegger pasientens alkoholinntak (Saunders et al., 1993) AUDIT består av 10 spørsmål og er basert på utvalgte kriterier for rusmisbruk, skadelig bruk og avhengighet etter ICD-10 og DSM-IV diagnose systemer.

Tre av spørsmålene dekker mengde og hyppighet av alkoholinntak, tre spørsmål som omhandler avhengighet og fire spørsmål som dekker problemer som en konsekvens av alkoholinntak. (Reinert and Allen, 2007) AUDIT måler alkoholinntak de 12 siste

måneder før innleggelse. Spørsmålene blir scoret fra 0 til 4. Spørsmål 1 til 8 har fem forskjellige svaralternativ som har score 0, 1, 2, 3 eller 4. Spørsmålene 9 og 10 har tre forskjellige svaralternativ og blir scoret med 1, 2 eller 4. Totalscoren går fra 0 til 40. Cut-off for skadelig bruk for menn er  $\geq 8$ , skadelig bruk for kvinner  $\geq 6$ . Cut-off for avhengighet er for begge kjønn  $\geq 19$  (Bergman and Källmén, 2002)

### **Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT)**

DUDIT er et skjema som kartlegger pasientens inntak av andre rusmidler enn alkohol (Berman et al., 2004). DUDIT består av 11 spørsmål som blir scoret fra 0 til 4, det er et parallellinstrument til AUDIT og ble utviklet av ansatte ved Karolinska Institutet i Stockholm. Spørsmålene i DUDIT er direkte relatert til diagnosekriteriene i ICD-10 og DSM-IV. Totalscoren av DUDIT går fra 0 til 44, cut-off for skadelig bruk blant menn er  $\geq 6$ , og for kvinner  $\geq 2$ . Cut-off for avhengighet for begge kjønn er  $\geq 25$ .

### **4.3.2 Psykisk helse**

#### **Hopkins symptom check list (HSCL-10)**

HSCL-10 er et skjema som måler 10 ulike symptomer som er knyttet til psykiske plager formet som påstander (Strand et al., 2003). Disse påstandene besvares ved å krysse av på en skala som går fra 1 (ikke plaget) 2 (litt plaget) 3 (ganske mye plaget) og 4 (veldig mye plaget). Påstandene skal besvares med bakgrunn i opplevelser den siste uken, inkludert den dagen skjemaet besvares. Dette ga en indikasjon på hvor mye pasienten (i denne studien) kjente av negative symptomer eller psykiske plager (Hoxmark, 2011). Den gjennomsnittlige scoren regnes ut ved at man deler totalen på antall spørsmål som er besvart, så verdiene kan variere fra 1.00 til 4.00. En gjennomsnittlig score på 1.85 er en gyldig prediktor på psykisk lidelse i en normal populasjon (Strand et al., 2003). Dette skjemaet kalles også SCL-10, og er en kortversjon av den opprinnelige versjonen med 58 ledd, senere 90 ledd (Derogatis et al., 1974, Lipman et al., 1979).

#### **WHO (fem) velvære skala (WHO (fem))**

WHO(fem) er et skjema med fem spørsmål om velvære de siste to uker (Bech et al., 2003). Spørsmålene er formulert som påstander om en har hatt positive følelser de siste

to uker, f.eks. ....*har jeg kjent meg fornøyd og i godt humør*. Pasienten svarer på dette ved å krysse av svarene som er basert på en likert-skala med svaralternativene 1 (aldri), 2 (av og til), 3 (mindre enn halve tiden), 4 (mer enn halve tiden), 5 (det meste av tiden og hele tiden). Scoren blir regnet ut ved at man ganger totalsummen med 4, som gjør at man får en score mellom 0-100. Cut-off som er en indikasjon på depresjon ( $\leq 28$ ), lettere depresjon (29-49) og bra emosjonelt velvære ( $\geq 50$ ) (De Wit et al., 2007)

### 4.3.3 Demografi

Informasjon om pasientenes bakgrunn, demografi og behandling ble innhentet ved hjelp av et behandler skjema og et standard pasient- og klientkartleggingsskjema (KKS). I løpet av inklusjonsperioden fylte behandler ut de ovennevnte skjema sammen med pasienten. Klientkartleggingsskjemaet er blitt brukt rutinemessig av alle rusbehandlingsinstitusjoner i Norge, mens behandler skjemaet er utformet spesielt for RoP-Nord studien. Informasjon som inngår i denne studien fra disse skjemaene er alder, kjønn, utdanning, tidligere behandling innen rusomsorg eller psykisk helsevern, sivilstatus og bolig. Variabelen om boforhold er gjort om til en dikotom variabel. I utgangspunktet var det flere svaralternativer: ingen bolig, hospits, institusjon, hos foreldre og hos andre. Alle disse har jeg valgt å gjøre om til ”ingen bolig”. Svaralternativene egen eiet eller leiet bolig er ”egen bolig”. Utdannelse har jeg delt inn i ”grunnskole/ikke avsluttet grunnskole” og ”videre utdanning”. Før denne variabelen ble gjort om til en dikotom variabel var svaralternativene ikke avsluttet grunnskole, grunnskole, videregående skole, faglig utdanning, høyere utdanning og ukjent. Grunnskole, fagutdanning og høyere utdanning er i denne studien definert som ”videre utdanning”. Ukjent valgte vi å gruppere sammen med ”grunnskole/ikke avsluttet grunnskole”. Arbeid er delt inn i ”arbeid” og ”ikke arbeid”. Svaralternativene heltidsjobb, deltidsjobb, under utdanning, deltidsjobb og under utdanning i denne studien ble alle regnet som ”i arbeid”. Å være gift, samboer eller registeret parter ble registrert som ”bor i parforhold”.

## 4.5 Etiske hensyn

RoP-Nord studien er godkjent av REK5 (Regional etisk komite for helseregion 5) og NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste). All data som ble samlet inn ble

anonymisert ved at alle informanter fikk et ID-nummer, all informasjon ble behandlet konfidensielt. Supplerende informasjon om studien ble gitt muntlig til informantene, de fikk også informasjon om de hadde mulighet til å trekke seg fra studien på hvilket som helt tidspunkt i inklusjonstiden. Ved prosjektavslutning fikk alle deltagerne informasjon om resultatene av studien så langt. All informasjon og data som kan identifisere noen av informantene i denne studien er nå slettet. Alle data er nå kun knyttet opp mot et ID nr for hver informant. REK og NSD er informert om dette, og det er derfor ikke nødvendig at denne masteroppgaven må godkjennes av NSD eller REK.

#### **4.6 Statistisk analyse**

The Statistical Package for Social Sciences, versjon 21 ble brukt for å analysere dataene. Siden jeg i problemstillingen ønsker å finne ut av om det har skjedd en endring fra et tidspunkt til en annet og om rusatferd var blitt påvirket har jeg slått sammen datasett fra flere skjema. Jeg har brukt data fra selvutfyllingsskjemaer ved innleggelse og seks måneder etter utskrivelse, i tillegg til klientkartleggingskjemaet (KKS). KKS inneholder opplysninger om demografiske variabler samt tidligere innleggelser. Jeg har gjort univariate analyser av alle variablene. For at jeg skulle kunne bruke noen av de demografiske variablene i min regresjonsanalyse uten at det ble for mange variabler ble de gjort om til dikotome variabler, dette gjelder arbeidsforhold, boforhold, utdanning og tidligere behandling. Tidligere behandling har jeg delt inn i langtidsbehandling og kortidsbehandling. Disse variablene hadde flere verdier og ble gjort om til dikotome variabler. Alle måleinstrumentene i denne studien (AUDIT, DUDIT, WHO(fem) og HSCL-10) opererer med ulike cut-off-skårer. I denne studien har jeg valgt å bruke disse måleinstrumentene som kontinuerlige variabler.

Det er noen måleinstrumenter hvor ikke alle spørsmålene er besvart. Jeg har i denne studien akseptert max 2 manglende svar, der hvor det manglet flere ble ekskludert fra studien.

Det var 112 informanter som hadde levert inn skjemaet seks måneder etter utskrivelse, 5 av disse manglet skjemaet ved innleggelse, og de ble derfor ikke tatt med i analysen av datamaterialet. Det var 5 skjema der ett svar manglet på AUDIT, dette ble erstattet med svaret 0, de som manglet et svar hadde også lav score på AUDIT uavhengig av det

manglende svaret som ble erstattet med 0. Samtlige av de som manglet svar på DUDIT ved innleggelse scorete under cut-off på DUDIT 6 måneder etter utskrivelse. Dette så jeg ved at jeg har ID-nr på hver informant, og så på DUDIT etter på alle de 28 som ikke hadde svart på DUDIT inn. Skjemaet DUDIT blir bare fylt ut av de i utvalget som bruker illegale rusmidler. Det er 42 % i dette utvalget som ikke har fylt ut DUDIT. DUDIT var det 8 stk som manglet 1 svar som ble erstattet med 0. Årsaken til at det er 28 som mangler/ikke har svart på DUDIT er at pasientene fikk informasjon om at DUDIT bare skal besvares av de pasientene som har et misbruk/bruker narkotiske stoffer. Denne informasjonen ble ikke gitt muntlig til pasientene når de besvarte skjemaene som de fikk disse tilsendt i posten hjem til seg 6 måneder etter utskrivelse.

Jeg har gjort bivariate analyser. Jeg har forholdt meg til at en p-verdi under 0.05 viser at sammenhengen er signifikant, altså et femprosenters signifikansnivå.

Det var 31 kvinner og 72 menn med i utvalget, det var 4 informanter som ikke hadde oppgitt kjønn. Dersom man skal anta hvilke kjønn de som mangler er kan man ut fra statistikk si at det er 3 menn og 1 kvinne. Jeg har ikke skrevet dette inn i arbeidsfilen, da jeg ikke fant noen signifikant forskjell når det kom til kjønn og skåre på AUDIT og DUDIT da jeg gjorde t-tester.

Endring i rustferd, symptomtrykk og velvære fra innleggelse til seks måneder etter behandling ble analysert ved hjelp av enveis variansanalyse.

I en regresjonsanalyse må det være et visst antall enheter, det finnes ikke noe absolutt minimum, men en tommelfingerregel er minst 10 enheter for hver uavhengig variabel. Det vil si at i denne undersøkelsen hvor der er 107 informanter bør det ikke være mer enn 10 uavhengige variabler (Johannessen, 2009).

Da analysene i denne studien startet var det 12 uavhengige variabler og 2 avhengige. Dette ble gjort ved at de variablene som ikke utgjør en signifikant forskjell på de avhengige variablene ble valgt bort i forhold til en regresjonsanalyse. De er fortsatt med i de univariate og bivariate analysene. Alle variablene ble signifikantstestet i de

univariate og bivariate analysene. De variablene som ikke utgjør noen signifikant forskjell er kjønn, arbeidsforhold, utdannelse og sivilstatus.

Det var noen svar som manglet i datasettet da analysen skulle gjennomføres, disse svarene ble erstattet med gjennomsnittsverdien for alder, WHO(fem) og HSCL-10. For variablene tidligere behandling ble halvparten av de som manglet erstattet med ingen tidligere behandling og resten med tidligere behandling.

#### **4.7 Regresjonsanalyse**

De fleste typer statistisk analyse handler om å studere sammenhengen mellom variabler (Bjørndal and Hofoss, 2012). Regresjonsanalyse er en metode der man ser på sammenhengen mellom en avhengig variabel, i denne studien rusatferd målt ved selvrapporteringskjemaene AUDIT og DUDIT og en eller flere uavhengige variabler (prediktorer), i denne studien er det behandling, psykisk helse målt ved HSCL-10 og selvopplevd velvære målt ved WHO (fem). Informantene og behandler fylte ut skjema ved innleggelse, og informantene fylte ut de samme skjemaene 6 måneder etter utskrivelse som de hadde fylt ut ved innleggelse.

I analyseprosessen i denne studien er det som nevnt tidligere utført univariate og bivariate analyser av variablene. Etter dette er det utført multivariate analyser. En multivariat analyse kan gjøres ved hjelp av en krysstabell, men en slik tabell vil bestå av mange celler og det vil bli svært uoversiktlig og vanskelig å lese. Noe som også vil bli et problem er at krystabeller med mange variabler krever et datamaterialet med mange enheter, dette for at det skal bli tilstrekkelig mange i hver enkelt celle. Jo flere variabler, jo større blir dette problemet. Derfor er denne fremgangsmåten lite egnet for å gjøre en multivariat analyse (Johannessen, 2009) og derfor har det blitt utført en regresjonsanalyse.

Det finnes flere former for regresjonsanalyse, og det er den avhengige variabelens målenivå og type i den konkrete situasjonen som bestemmer hvilken variant som bør velges (Martinussen and Araï, 2010). Det er gjort en lineær regresjonsanalyse, da er det sett på sammenhengen mellom en avhengig variabel og flere uavhengige variabler. I en

regresjonsanalyse har man i hovedsak to mål. Det ene er å predikere for eksempel helserelaterte fenomener på grunnlag av en eller flere uavhengige variabler i en anvendt setting, og det andre er å utvikle teorier for å forklare hvilke faktorer som påvirker et bestemt fenomen (Martinussen and Araï, 2010).

For å kunne gjøre en regresjonsanalyse er det nødvendig å beskrive en statistisk modell for sammenhengen mellom  $X$ , de uavhengige og  $Y$ , den avhengige, og angi hvilke forutsetninger som ligger til grunn for en slik analyse (Martinussen and Araï, 2010). Målet med en regresjonsanalyse er å gi den beste prediksjon for den avhengige variabel på bakgrunn av de uavhengige variablene. Et viktig element i en regresjonsanalyse er at jo høyere korrelasjon det er mellom variablene, jo mer nøyaktig er prediksjonen (Polit and Beck, 2012).

For at en regresjonsanalyse skal være gyldig, altså gi presise  $p$ -verdier, må flere forutsetninger være oppfylt. Observasjoner av den avhengige variabelen må være uavhengig og variasjonen skal være uavhengig av  $X$ . For en gitt verdi av den uavhengige variabelen er den avhengige variabelen normalfordelt. Forventet verdi av den avhengige variabelen er en lineær funksjon av den uavhengige variabelen. Disse forutsetningene bør alltid kontrolleres (Martinussen and Araï, 2010)

## **5.0 Resultater**

### **5.1 Univariante analyser**

#### **5.1.1 Rusatferd**

Verdiene på AUDIT og DUDIT er de avhengige variablene i denne studien, da det er den psykiske helsens påvirkning på rusatferd som skal undersøkes. AUDIT og DUDIT er måleinstrumenter som sier noe om pasienters rusatferd. Endring i skårene på AUDIT og DUDIT fra innleggelse til seks måneder etter utskrivelse ble analysert i denne studien ved hjelp av enveis variansanalyse og det viser seg at det er en signifikant endring i rusatferd fra innleggelse til seks måneder etter utskrivelse. Det var en signifikant negativ korrelasjon mellom AUDIT og DUDIT seks måneder etter

utskrivelse ( $r = -.272$ ,  $N=79$ ,  $p<0.05$ , toveis), det vil si at dersom man ruset seg mer på andre stoffer enn alkohol ruset man seg mindre på alkohol, og motsatt.

### **AUDIT**

Det var 44 % av informantene som scoret under cut-off ved innleggelse, som betyr at de ikke hadde en skadelig bruk eller avhengighet til alkohol. 56 % scoret over cut-off, og det betyr at over halvparten hadde en skadelig bruk eller en alkoholavhengighet ved innleggelsestidspunktet. Seks måneder etter utskrivelse var det 70 % som hadde en score under cut-off, og som dermed ikke hadde en skadelig bruk/alkoholavhengighet, mens 30 % hadde en score over cut-off og dermed hadde et skadelig alkoholforbruk/alkoholavhengighet. Gjennomsnittscoren på AUDIT var 18,41 ved innleggelsen og 13.43 seks måneder etter utskrivelse. Det var en signifikant endring i skåre på AUDIT ( $F(1,78) = 37,521$ ,  $p<.0005$ , delvis  $\eta^2 = .33$ ) fra innleggelse til seks måneder etter utskrivelse.

### **DUDIT**

Ved innleggelse var det 44 informanter som scoret under cut-off for skadelig bruk, dette utgjør 41% av utvalget. Seks måneder etter utskrivelse var det 94 informanter som scoret under cut-off, dette utgjør 88 %. Gjennomsnittscoren var 19,21 ved innleggelse og 8.10 seks måneder etter utskrivelse. Det var en signifikant endring i skåre på DUDIT ( $F(1,106) = 25,335$ ,  $p<.0005$ , delvis  $\eta^2 = .19$ ) fra innleggelse til seks måneder etter utskrivelse.

#### **5.1.2 Demografi enkelt variabler**

Det var 72 (72 %) menn og 31 kvinner i utvalget til denne studien.

Gjennomsnittsalderen var 40 år. 105 (98 %) informanter hadde egen bolig. Det var 91 (85 %) som ikke bodde i et parforhold. 58 (54 %) hadde ikke utdanning utover grunnskole eller avsluttet grunnskole, og 77 (72 %) var ikke i jobb eller utdanning.



### 5.1.3 Tidligere behandling

Når det gjelder tidligere behandling er det 15 deltagere, dette utgjør 14 %, som ikke har svart på dette, og 1 har svar at det er ukjent. For til sammen 16 deltagere av de 107 kan man derfor ikke si noe om tidligere behandling. 40 % har vært i behandling på institusjon tidligere, 8 % har bare fått poliklinisk behandling før innleggelse og 22 % har fått både poliklinisk behandling og vært på institusjon tidligere. 15 % har verken vært på institusjon eller i poliklinisk behandling tidligere.

### 5.1.4 Psykisk helse HSCL-10

Symptomtrykk hos pasienten ble målt ved hjelp av HSCL-10. Det var pasienten selv som fylte ut skjemaet. Det er 8 pasienter som ikke har en gyldig skåre på HSCL-10 ved innleggelse, dette utgjør 8 %. Av de 8 som ikke har en gyldig skåre på HSCL-10 ved innleggelse er det 7 informanter som har en score over cut-off 6 måneder etter utskrivelse. Det er 75 % som rapporterer så høyt symptomtrykk at de scorer over cut-off ved innleggelse. Seks måneder etter utskrivelse var det 67 informanter som scorete over cut-off, dette utgjør 62 %. Gjennomsnittscoren ved innleggelse var 2.52, og seks måneder etter utskrivelse 2.22. Det var en signifikant endring i skåre på HSCL-10 ( $F(1,106) = 16,571, p < .0005$ , delvis  $\eta^2 = .14$ ) fra innleggelse til seks måneder etter utskrivelse.

### WHO(fem)

WHO (fem) måler både dårlig emosjonelt velvære og depresjon. Ved innleggelse er det 67 % som scorer over cut-off på dårlig emosjonelt velvære og 42 % som scorer over cut-off på depresjon. Seks måneder etter utskrivelse var det 59 informanter som scorer over cut-off på dårlig emosjonelt velvære, dette utgjør 55 %. Det er 38 informanter som scorer over cut-off når det gjelder depresjon, dette utgjør 36 %. Gjennomsnittscoren ved innleggelse var 39.15 og seks måneder etter utskrivelse 44.75. Endringen i gjennomsnittskåre var ikke signifikant ( $F(1,106) = 3,757, p = .055$ , delvis  $\eta^2 = .03$ )

## 5.2 Bivariate analyser

### 5.2.1 Demografi

Det ble gjort bivariate analyser av sammenhengen mellom skåre på AUDIT og DUDIT og alle variablene (Tabell 1). Signifikante variabler ble senere tatt inn i en regresjonsanalyse.

Alder henger i denne studien sammen med en signifikant forskjell i rusatferd, som betyr at man kan si at statistisk sett så vil alder gi indikasjon på hvordan pasientens rusatferd er. Ved AUDIT var sammenhengen positiv ( $p=.030$ ), som enkelt forklart vil si at ved høyere alder vil det være større mulighet for at pasienten vil ha et skadelig forbruk av alkohol. Ved DUDIT var sammenhengen negativ ( $p=.001$ ), det betyr at jo lavere alder jo mer skadelig bruk av narkotiske rusmidler.

### 5.2.1 Behandling

Om pasientene hadde vært i behandling tidligere var signifikant i forhold til AUDIT. Det å ha vært i behandling tidligere predikerte høyere skåre på AUDIT ( $p=.006$ ). De andre demografiske variablene som kjønn, egen bolig, utdanning og sivilstatus utgjør ingen signifikant forskjell på AUDIT- og DUDIT-skårer i denne studien.

### 5.2.3 Psykisk helse og selvopplevd velvære

Selvopplevd velvære ved innleggelse henger i følge denne studien ikke signifikant sammen med rusatferd seks måneder etter utskrivelse, verken når det gjelder skåre på AUDIT eller DUDIT,. Psykisk helse ved innleggelsestidspunktet målt i symptomtrykk ved HSCL-10 viste seg å henge signifikant sammen med skåre på DUDIT ( $p=.001$ ), men henger ikke signifikant sammen med skåre på AUDIT ( $p=0.584$ ). Seks måneder etter utskrivelse er sammenhengen mellom psykisk helse målt med HSCL-10 og skåre på AUDIT ( $p<.001$ ) og DUDIT ( $p<.001$ ) signifikant. Det samme er sammenhengen mellom skåre på WHO(fem) og skåre på AUDIT ( $p=.004$ )

De bivariate analysene vises i tabell 1 på neste side:

<b>Tabell 1</b>			<b>AUDIT skåre</b>			<b>DUDIT skåre</b>		
			<b>N=107</b>	<b>M eller n</b>	<b>Variasjon, %, eller SD</b>	<b>t</b>	<b>r</b>	<b>Sig</b>
<b>Demografiske variabler</b>								
omsnittsalder	40	18-79		.21	<b>.030</b>		- .454	<b>.001</b>
Kjønn (mann)	72	70	- 1.20		.232	-.07		.289
I arbeid	30	28	0.44		.659	1.214		.228
Har egen bolig	105	98	0,83		.407	-1,05		.297
Bor ikke i parforhold	91	85	1.02		.313	-1.02		.312
Utdannelse etter grunnskole	49	46	-.51		.613	-.17		.86
<b>Behandling</b>								
Innlagt til kortidsbehandling	69	65	.442		.659	-.53		.597
Tidligere innlagt til rusbehandling	67	63	- 2.86		<b>.006</b>	-.22		.826
<b>Psykisk helse</b>								
HSCL-10 ved innleggelse	2.52	0,82		.06	.584		.35	<b>.001</b>
HSCL-10 etter	2.22	0,77		.32	<b>.001</b>		.34	<b>.001</b>
WHO fem Ved innleggelse	39.15	22.53		- .10	.321		.01	.944
WHO fem etter	44.75	25.01		- .28	<b>.004</b>		-.32	<b>.001</b>

#### **5.2.4 Sammenligning av utvalgene**

Utvalget i denne studien og det totale utvalget som er med i ROP-Nord studien ble analysert for å se om det er store variasjoner i demografi, psykisk helse og rusatferd ved innleggelse mellom utvalgene. Antall informanter i hele utvalget er som beskrevet tidligere 296, og i denne studien 107. Det er 1 år i forskjell på gjennomsnittsalder på de to utvalgene, 40 år i denne studien og 39 år i hele utvalget. Laveste alder er i begge utvalgene 18 år og 79 som den høyeste alder. Det er også flest menn som i begge utvalgene. Det er 85 % som ikke er i et parforhold i utvalget til denne studien, og 83 % i det totale utvalget. 46 % av informantene i denne studien hadde utdanning etter grunnskolen, mens det var 55 % i av det totale utvalget. I denne studien var det 63 % som hadde vært innlagt i rusbehandling tidligere, mens det er 73 % i det totale utvalget. Gjennomsnittscoren på SCL-10 ved innleggelse er 2.52 i denne studien, mens det er 2.53 i det totale utvalget. Gjennomsnittet på WHO fem ved innleggelse var 44.75 i denne studien og 45.29 i det totale utvalget. Gjennomsnittsscoren på AUDIT ved innleggelse i denne studien er 18.41, mens det i det totale utvalget er 17.77. Gjennomsnittscoren på DUDIT ved innleggelse er i denne studien 19.22 og i det totale utvalget 15.68 Så man kan med dette se at utvalget i denne studien ikke spriker så langt fra det totale utvalget i ROP-Nord- studien.

Sammenligningen av utvalgene er illustrert i tabell 2 under:

	Utvalget i denne studien N = 107		Utvalget totalt N = 296	
	M eller n	Variasjon, %, eller SD	M eller n	Variasjon, %, eller SD
<b>Demografiske variabler</b>				
Gjennomsnittsalder	40	18-79	39	18 - 79 (11.7)
Kjønn (mann)	72	70	213	72
<b>I arbeid</b>	30	28	64	22
Har egen bolig	105	98	181	64
Bor ikke i parforhold	91	85	245	83
Utdannelse etter grunnskole	49	46	162	55
<b>Behandling</b>				
Innlagt til kortidsbehandling	69	65	152	52
Tidligere innlagt til rusbehandling	67	63	215	73
<b>Psykisk helse</b>				
SCL-10 ved innleggelse	2.52	0,82	2,53	0,75
SCL-10 etter	2.22	0,77	2,21	0,77
WHO fem Ved innleggelse	39.15	22.53	36,64	22,63
WHO fem etter	44.75	25.01	45,29	25,04
AUDIT Ved innleggelse	18,41	12,04	17,77	12,01
AUDIT etter	13,44	11,23	13,44	11,27
DUDIT ved innleggelse	19,22	16,24	21,96	15,68
DUDIT etter	8,10	11,04	8,44	11,30

### **5.3 Regresjonsanalyse**

I denne studien ble det utført korrelasjonstester og uavhengige t-tester for å finne ut om demografi, behandling og psykisk helse og velvære hang signifikant sammen med rusatferd. Det ble utført to separate regresjonsanalyser, en for AUDIT og en for DUDIT. To regresjonsanalyse ble utført med skåre på AUDIT og DUDIT seks måneder etter utskrivelse som avhengige variabler. Prediktorene ble lagt inn i analysen i tre steg: 1) signifikante demografiske variabler, kjønn og alder 2) tidligere behandling 3) skåre på WHO (fem) og HSCL-10 seks måneder etter utskrivelse. Ved å bruke stegvis multipl regressjon fant vi en signifikant modell for samvariasjonen mellom AUDIT-skåre seks måneder etter utskrivelse, og alder og skåre på HSCL-10:  $F(5,100) = 4,34, p < .001$ . Denne modellen forklarte 14 % av variansen. For samvariasjonen mellom DUDIT-skåre og alder og tidligere behandling dukket det også opp en signifikant modell:  $F(5,100) = 11,37, p < .001$ . Denne modellen forklarte 33 % av variansen.

#### **5.3.1 Demografiske variabler.**

Det var en av informantene som av dataprogrammet ikke ble tatt med i analysen på grunn av for høy alder i forhold til gjennomsnittsalderen. Det antas at dataprogrammet har valgt å gjøre dette fordi at gjennomsnittsalderen da ville blitt for høy. Alder var signifikant i begge regresjonsanalysene, og samvarierte både med skåre på AUDIT ( $p = .016$ ) og skåre på DUDIT ( $p < .001$ ). Kjønn hang ikke signifikant sammen med skåre på verken AUDIT eller DUDIT.

#### **5.3.2 Tidligere behandling**

Om pasienten hadde vært i tidligere behandling varierer ikke i signifikant sammen med skåre på AUDIT i regresjonsanalysen på AUDIT. Regresjonsanalysen utført med DUDIT viser at det å ha vært i rusbehandling tidligere henger sammen med høyere skåre på DUDIT ( $p = 0.028$ ).

#### **5.3.3 Psykisk helse og selvopplevd velvære.**

Psykisk helse målt ved HSCL-10 henger ikke signifikant sammen med skåre på DUDIT, men varierer signifikant med skåre på AUDIT ( $p = .020$ ). Selvopplevd velvære målt ved WHO(fem) viser ingen signifikant sammenheng med verken skåre på DUDIT eller på AUDIT.

## 5.4 Sammenfatning resultater

Problemstillingen i denne studien er ”Hvordan påvirker psykisk helse og selvopplevd velvære rusatferd 6 måneder etter utskrivelse fra rusbehandling?- Kontrollert for demografiske variabler.” Etter at alle analysene er utført viser det seg at i denne studien er det alder og tidligere rusbehandling som predikerer grad av illegalt rusbruk målt ved DUDIT seks måneder etter utskrivelse, og alder og psykisk helse (målt ved HSCL-10) som predikerer grad av alkoholbruk målt ved DUDIT seks måneder etter utskrivelse

## 6.0 Diskusjon

### 6.1 Resultater

Resultatene i denne studien viser at det er sammenheng mellom alkoholmisbruk og narkotikamisbruk. AUDIT – DUDIT har en negativ korrelasjon, det betyr at dersom en pasient ruser seg mer på alkohol ruser han eller hun seg sannsynligvis mindre på narkotiske stoffer. Også alder spiller inn, jo eldre desto høyere alkoholinntak og ved inntak av narkotika er det slik at jo yngre desto mer inntak av narkotika. Det kan være mange årsaker til at det er slik. En av årsakene kan være at bruk av narkotika brukes for å fremkalle feststemning og at det er ungdommer som eksperimenterer med ulike narkotiske stoffer. Yngre mennesker er mer tilbøyelig til å misbruke rusmidler, spesielt kokain og cannabis. Rusmisbruk starter ofte i relativt ung alder.

I denne studien viser det seg at psykisk helse i form av skåre på HSCL-10 har en påvirkning på bruk av alkohol. En av årsakene til dette kan være at alkohol blir brukt for å forsøke å dempe psykiske plager. Selvopplevd velvære hang ikke sammen med rusatferd i denne studien. Dette med selvopplevd velvære er svært subjektivt og det kan derfor være vanskelig å trekke noen slutninger om hvilken påvirkning dette har på rusatferd. Jeg tenker da på at pasienter kan oppleve å ha bedre selvopplevd velvære nettopp fordi at de inntar rusmidler og demper sine psykiske plager. Det er 83 % av hele utvalget i RoP-Nord studien som ved innleggelse scorer over cut-off, det vil da si at de har et antatt behov for behandling for sin psykiske lidelse. Det er 75 % av utvalget i denne studien som rapporterer så høyt symptomtrykk ved innleggelse at de scorer over cut-off. Seks måneder etter utskrivelse er prosentandelen som har et så høyt

symptomtrykk at de scorer over cut-off sunket til 63 %. I en undersøkelse av normalbefolkningen var det 11 % som scoret over cut-off (Strand et al., 2003). Symptomtrykket er svært høyt i denne gruppa, selv seks måneder etter utskrivelse fra behandling.

Det å ha vært innlagt til rusbehandling tidligere hang sammen med høyere skåre på DUDIT i denne studien. Tidligere har forskning vist at det er en stor tilbakefallsprosent blant pasienter som har vært i rusbehandling, for narkotikaavhengighet varierer det mellom 30 og 90 %, og for pasienter som har vært til behandling for alkoholavhengighet varierer tilbakefallsprosenten mellom 9 og 44 % (Hassel et al., 2013). Dette kan være en årsak til at tidligere behandling var en faktor som spilte inn på rusatferd seks måneder etter behandling. I denne studien er gjennomsnittsalderen opp mot 40 år. Dersom pasientene har hatt rusproblemer store deler eller hele sitt voksne liv er det større sannsynlighet for at de har vært i behandling tidligere.

I hele utvalget av RoP-Nord studien hadde de som tidligere hadde fått behandling i psykisk helsevern en høyere score på HSCL-10 enn de som ikke hadde fått det. De som rapporterte mer alvorlig bruk av rusmidler hadde en høyere score enn de som rapporterte et mindre skadelig bruk av rusmidler. Det at en så høy prosentandel av både det totale utvalget og utvalget i denne studien rapporterte et så høyt symptomtrykk er ikke overraskende. Det å ruse seg eller å være i en abstinensfase kan både utløse og forsterke symptomer på psykiske lidelser.

65 % av utvalget i denne studien var innlagt til kortidsbehandling, det vil si et opphold på inntil 6 uker. Denne variabelen hadde ingen signifikans i forhold til rusatferd. En forklaring på det kan være at kortidsenheten i denne studien er en avrusningsavdeling der pasienter ofte blir sendt til videre til annen behandling. Motivasjon i forhold til behandling og ønske om å slutte med rusmidler er ikke analysert i denne studien.

Tidligere forskning har vist at menn har en større sannsynlighet for å utvikle ruslidelser enn kvinner (Mueser et al., 2006). I denne studien besto utvalget av 70 % menn, noe som kan tilsa at dette også stemmer for denne studien.



Utdanning utgjorde ingen signifikant forskjell på rusatferd i denne studien. Det var bare halvparten av utvalget i denne studien som hadde utdanning utover grunnskolen. En årsak til dette kan være at mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse ofte har svake skoleferdigheter (Mueser et al., 2006).

## 6.2 Psykisk helse

Det er mange tanker omkring psykiske helse og behandling. Det er tradisjonelt tre dominerende idetradisjoner i psykisk helsevern i den vestlige verden: den biologiske, den sosialpsykiatriske, og den psykodynamiske tradisjonen (Skårderud et al., 2010).

Den biologiske tankegangen har fått større betydning den senere tid blant annet på grunn av moderne teknologi som kan undersøke hva som foregår i sentralnervesystemet. Den sosialpsykiatriske tankegangen legger stor vekt på sosiale forhold og hvilken betydning det har for forekomsten av psykiske lidelser.

Psykodynamisk tradisjon har sitt utspring i forståelsen rundt og av det kliniske møtet. Relasjonsbygging blir sett på som et viktig terapeutisk redskap, ikke bare et åsted for å utøve klinisk praksis (Skårderud et al., 2010). Jeg mener at alle idetradisjonene har en viktig rolle i behandling av psykiske lidelser, da det ofte er mange årsaker og aspekter rundt psykiske lidelser. Det kan være vanskelig å få grep om hva som er årsak til psykiske lidelser, men jeg mener at årsaken ikke er det viktigste når symptomtrykket er høyt og pasienten kan oppleve livet som kaotisk. Jeg mener at det absolutt er en fordel med kunnskap om teorier rundt årsak og behandling. Jeg mener det er med å på øke forståelsen og respekten for mennesker man møter. I møte med mennesker er en grunnleggende respekt en av de viktigste grunnpilarene.

Vi mennesker møter alle utfordringer og hindringer på vår vei, men mennesker med psykisk lidelser møter mange utfordringer, ofte flere enn det man klarer å håndtere. Som jeg skrev innledningsvis, når kan man si at det de psykiske plagene er et problem? Det er når de er så inngripende at det går ut over daglig fungering, og skaper vesentlige problemer for personen. Jeg har ofte hørt at angst og depresjon er de nye ”folkesykdommene”. Mange går på en smell, blir utbrent. Jeg tenker at det er viktig å stoppe opp i hverdagen. Dette er kanskje lett for mennesker uten en alvorlig psykisk

lidelse, men for mennesker med for eksempel schizofreni eller bipolar lidelse kan de ikke bare "stoppe opp" og ta en pause. Det er ikke bare tanker og følelser, men også biologi som spiller inn. Ofte må pasienter med en alvorlig psykisk lidelse ta medisiner for å lette sine psykiske plager. Min erfaring er at pasienter ofte motsetter seg bruk av psykofarmaka, av mange grunner. Det som ofte går igjen er problemer knyttet til uønskede bivirkninger, som for eksempel vektoppgang og skjelvninger. Mange sier også at de blir så "flate" i humøret. De føler ingenting, de bare er. Jeg har også møtt pasienter som ikke vil ha antipsykotiske medikamenter fordi de ikke ser behovet for slike medisiner, mennesker med psykoser har ofte dårlig selvinnsikt og sykdomsforståelse. Ofte har de en påfallende atferd, er ukritisk i sin tale og væremåte.

Mange mennesker med psykiske lidelser vil ofte ikke være i "kontakt" med sin egen kropp. Handling og konsekvenstenkning er etter min erfaring lite utbredt blant pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. De er ofte impulsive, og tenker akkurat her og nå. Dette fører ofte til et kaos, da vi mennesker som regel har et behov for stabilitet i livet. Det å ha en alvorlig psykisk lidelse alene fører ofte med seg slike utfordringer. Disse faktorene fører ofte til at denne gruppen pasienter ikke har så stort nettverk, da det ofte oppleves som "slitsom" å forholde seg til mennesker som er ukritisk i både tale og atferd. Jeg tenker at symptomtrykk i form av angst og depresjon kan bli forverret av dårlig selvbilde, selvtillit og sin egen mestringstillit. Jeg går nærmere inne på mestringstillit senere i diskusjonen. Dersom man ikke føler at man er god nok, hva er man da? Jeg har møtt mange pasienter som har dårlig selvbilde, de kan nok fremstå som om de har god selvtillit. De virker tøffe, sterke og fremstår som om de har store tanker om seg selv. Men hvis man klarer å bygge en relasjon til mange av disse kommer det ofte frem en liten redd person med utrolig dårlig selvbilde. Hvis man har dårlig selvbilde vil jeg si at fundamentet har en stor brist, for å kunne få bedre selvtillit og mestringstillit er det viktig at man har et godt selvbilde som fundament. Dette er særlig viktig i møte med pasienter med psykiske lidelser, mange av de har kanskje ryggsekken full av negative erfaringer.

### 6.3 Hvem er RoP pasienten?

Det er vanskelig å definere mennesker i grupper, da alle mennesker er ulike individer med egne tanker og følelser. En diagnose er nyttig informasjon om en pasients reaksjonsmønster og behandlingsbehov, det er en del generaliserbare trekk ved en diagnose som gir relevant og vesentlig informasjon til hjelpeapparatet på en kort og tidsbesparende måte (Raaheim and Nielsen, 2001). Jeg synes samtidig det er viktig å poengtere at selv om et menneske har fått en diagnose, er det viktig at vi ser menneskets individuelle behov og særtrekk. Det er viktig at man som hjelper overfor denne gruppen mennesker ikke forveksler diagnosen med personen. Jeg ønsker å gi en beskrivelse av ulike problemstillinger en kan møte med mennesker i gruppen pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, for at videre refleksjon skal bli mer oversiktlig og lettforståelig. RoP pasienter er RoP pasienter fordi de samtidig har en ruslidelse og en psykisk lidelse, men innenfor disse begrepene og diagnosene er det mange aspekter og graderinger. De er noen ulikheter blant pasienter med samtidig ruslidelse og psykisklidelse, avhengig av om de er innen rusomsorgen eller innen psykiske helsevern. Selv om denne gruppen pasienter har en tendens til å pendle mellom behandlingssystemene. (Evjen et al., 2003) De fleste RoP-pasienter innen psykisk helsevern har en alvorlig psykisk lidelse, ofte en psykoselidelse. En del har også alvorlig angst og depresjon. Denne gruppen pasienter misbruker som regel alkohol, cannabis og sentralstimulerende midler. For denne gruppen er det viktig med en støttende behandling da mange av de ikke tåler en konfronterende behandlingsstil. For RoP-pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det langt færre som har en grunnleggende psykoseproblematikk. Noen kan ha kortvarige psykotiske episoder. Det er større grad av personlighetsforstyrrelser. Mange med en dyssosial personlighetsforstyrrelse og utagerende atferd. Det er en relativt stor gruppe som har angst og depresjon. Denne gruppen pasienter trenger i større grad klare, tydelige rammer og atferdsorienterende behandlingsopplegg (Evjen et al., 2003).

Det er forskjell på det å ha lettere eller moderat angst og depresjon og en alvorlig kronisk psykisk lidelse eller alvorlig angst og depresjon. Angst og depresjon er relativt vanlig og man kan si en forventet konsekvens av rusmisbruk eller innleggelse på institusjon. Mine erfaringer viser at forutsetningen for at en pasient med alvorlig psykisk lidelse som for eksempel schizofreni, bipolar lidelse type 1 og type 2, alvorlig

personlighetsforstyrrelse eller alvorlig angst, med et alvorlig rusmisbruk og et svært lavt funksjonsnivå, skal klare å endre sin rusatferd er lagt vanskeligere. Det er mange elementer som ligger til grunn her, det er mange instanser som skal inn i behandlingen og pasienten har som regel et stort hjelpebehov.

Det er mange av disse pasientene som ikke klarer å nyttiggjøre seg av hjelpetilbudet uten at det er en oppsøkende tjeneste som fanger opp pasienten når et oppstår en krise. Pasienter med lettere eller moderate psykiske lidelser og et rusmisbruk kan man anta lettere vil klare å nyttiggjøre seg av etablerte hjelpetilbud. Det vil være vanskelig å generalisere hjelpebehovet for pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse uten å ta i betraktning hvilke utfordringer den enkelte har som utgangspunkt. Mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har ofte et destruktivt rusmønster og faller ofte utenfor ulike behandlingstilbud og behandlinger.

#### **6.4 Tilbakefall**

Hvor stor tilbakefallsprosenten er i denne studien kan jeg ikke si noe om, da jeg ikke har analysert dette. Det kan også være vanskelig å si noe om dette, da man ikke vet om pasientene har sluttet helt med rusmidler ved utskrivelsestidspunktet. Kan man ha ulike definisjoner på tilbakefall? Når en pasient har holdt seg rusfri inne på institusjon, men begynne å ruse seg etter utskrivelse regnes det som tilbakefall, men kan det være ulike måter å falle tilbake til et liv i rus? Når en pasient er inne til behandling er det i en helt annen kontekst enn utenfor institusjon. Ut fra min egen erfaring har jeg sett at mange pasienter kommer inn under den store tilbakefallsprosenten. Jeg tror at det er mange av disse som faller tilbake til et liv i rus på grunn av det er helt andre forutsetninger utenfor institusjon. Av erfaring fra egen praksis vet jeg at det ikke er alle pasientene som ønsker å slutte med rusmidler selv om de er i behandling, mens andre ytrer et sterkt ønske om å slutte. De mener det, oppriktig. Jeg har flere ganger erfart at mennesker ikke tror at pasienten er motivert selv om de ytrer et ønske om å slutte med rusmidler. Denne tanken om manglende motivasjon oppstår gjerne på grunn av gjentatte tilbakefall på tross av gjentatte lovnader og ytringer om ønske om å slutte med rusmidler. Det som kan oppfattes som manglende motivasjon er ofte et uttrykk for en manglende tro på at endring er mulig. De ønsker å nå målet, men dårlig eller manglende mestringstillit gjør

at de nærmest gir opp på forhånd. Jeg mener derfor at det er viktig at man som helsepersonell i rusomsorgen må være bærer av troen på endring. For at pasientene ikke skal falle tilbake til en destruktiv rusbruk tror jeg at motivasjon er en viktig faktor, en egen motivasjon til endring. For å holde på den motivasjonen, å bli trygg på at man klarer det, tror jeg det er nødvendig med langvarig behandling slik at pasienten får en mulighet til å opprettholde motivasjonen, selv om han eller hun skulle møte motstand i form av for eksempel tilbakefall og liten mestringstillit. Dersom de er på institusjon når de møter på slike utfordringer har de mulighet til å få støtte og motivasjon til å takle dette. Sjansen for å lykkes blir langt større om man tror at man kan nå målet (Fekjær, 2009). Mestringstillit er en personkarakteristikk som endres over tid, derfor vil sammenhengen mellom mestringstillit og rusavhengighet være mest hensiktsmessig å vurdere i modeller som vurderer tidsmessige endringer. Som dynamiske målinger er mestringstillit en sterkere prediktor for rusmisbruk enn en statistisk måling (Hassel et al., 2013). Mestringstilliten har en betydning for hvilke mål en setter seg, hvor mye man anstrenger seg for å nå målet og hvordan man takler tilbakefall.

### **6.5. Behandling**

Tromsø kommune har som tidligere nevnt vært tidlig ute med oppstart av ACT-Team og etablering av Rus og psykiatriposten. Rus og psykiatriposten ble etablert 10 år før de nasjonale retningslinjene kom i 2012 (Helsedirektoratet, 2012). Da ROP-Nord studien ble gjennomført var ikke ACT-teamet etablert, det ble etablert like etter at innsamling av datamaterialet var avsluttet, men oppsøkende team var etablert i Tromsø kommune under denne tiden.

Når det gjelder pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse kan det ofte være slik at de ikke nyttiggjør seg av rusbehandling eller psykiatrisk behandling i så stor grad at de vil få en økt livskvalitet i etterkant av behandling. Dette har jeg også erfart i min jobb som sykepleier på psykiatrisk sengepost som utreder pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Flere av pasientene har vært innom enten rusbehandling eller på akuttpost.

I midtveisrapporten til ACT-teamene ser man at antall liggedøgn på sykehus har gått ned for de pasientene som får oppfølging fra en oppsøkende tjeneste. Jeg tror dette er kommet av at denne gruppen pasienter har behov for at noen oppsøker de og tilbyr sin hjelp før krisen er så stor at de trenger innleggelse. Min erfaring er at denne gruppen pasienter har et stort behov for et hjelpeapparat som er aktive hjelpere i form av å være oppsøkende og tilstede der pasienten er.

### **6.6 Alkohol og narkotika**

Alkohol er det vanligste rusmidlet i Norge, 90% av den voksne befolkning drikker alkohol. Drikkevanene varierer fra person til person, men alle påvirkes av den drikkekulturen som råder i vårt sosiale miljø. De fleste drikke lite, det er noen få som drikke mye, 10 % av befolkningen drikker 46 % av det totale alkoholforbruket (Skårderud et al., 2010). Befolkningen generelt drikker som regel mindre mengder alkohol jo eldre man blir, eller er det slik at man endrer drikkemønster? Det største forbruket finner man blant ungdom, i ungdomstiden er det ofte fester med masse alkohol, og man drikker for å drikke seg beruset. I noen kretser blir det også inntatt andre rusmidler. Når man blir eldre vil man kanskje få et litt mer ”kontinentalt” drikkemønster? Med det mener jeg at man tar ett eller to glass vin til mat, en cognac til kaffen, et glass vin på fredagskvelden for å slappe av, en øl eller to i sosiale lag eller ”lønningpils” med kollegaer uten at man drikker for å oppnå en rus. Hvorfor er det slik at høyere alder spiller inn på alkoholavhengighet? Hvorfor er det noen som ikke klarer å hoppe av ”festkarusellen” når man blir eldre og ansvaret øker? Jeg tror at mange tenker at ”det skjer ikke meg”, de har en oppfatning av hvordan en person med en rusavhengig er og hvordan de lever. De tenker nok ikke over at en avhengighet i de fleste tilfeller ikke kommer over natten. Jeg tror også at det er slik at denne gruppen mennesker sakte men sikkert havner i et slik miljø, for de man i stor grad sosialiserer med andre mennesker som er lik seg selv. Jeg tror mange er som meg, har et annet nettverk i voksen alder enn det man hadde da man var i ungdomsårene, eller i studietiden. Ofte er det slik at de som liker å ta seg en fest oftere enn ”normalen” er sammen med likesinnede. Da vil det nok være vanskelig å se de negative konsekvensene før de er blitt så store at de nærmest banker på. Avhengighet og problemer med rusmidler kan være noe som kommer snikende på mennesker.

Man tenker at man har kontroll, og inntaket øker gradvis. Mange har et relativt høyt alkoholinntak i ungdomstiden, men når man blir voksen og får forpliktelser og ansvar vil måten å nyte alkohol på endre seg eller opphøre helt.

Inntak av alkohol og andre rusmidler fører med seg en del negative konsekvenser. Det er vanlig etter inntak av store mengder alkohol er at man kjenner på angst og depresjon, også kalt ”fyllenerver” på folkemunne. Noe av det som hjelper mot slike plager er å ”ruse” bort slike følelser, eller ”reparere” som noen kaller det. Når er det man har et skadelig forbruk av alkohol? I følge AUDIT er det når man scorer over en verdi som settes utfra hvor mye man drikker og har drukket de siste 12 måneder, og hvilke konsekvenser det har at man drikker. Alkohol har en skadelig virkning både somatisk og psykisk. Det kan kanskje være slik at et menneske med en avhengighetsproblematikk ikke merker sin avhengighet eller blir klar over at det er et problem før det har gått for langt, og konsekvensene er relativt store og inngripende i livet. I ICD-10 skilles det mellom avhengighet og skadelig bruk (ICD-10 Statens helsetilsyn, 2000). Det betegnes som skadelig bruk når bruk av rusmidler brukes slik at det gir helseskade. Helseskaden kan være både somatisk og psykisk og er i hovedsak forårsaket av bruk og ikke knyttet til avhengighet. Man kan ha en skadelig bruk av rusmidler uten at det trenger å ligge en avhengighet til grunn. Ikke bare er det rusmidlene som påfører helseskade, men ofte ser man at evnen og tanken om opprettholdelse av blant annet personlig hygiene, riktig og sunt kosthold ikke er like god som tidligere. Dette kan føre til at man får en nedsatt helsetilstand. Også skader som oppstår i ruset tilstand er en medvirkende årsak til nedsatt somatisk helse fordi at de forhåndsreglene som er nødvendig for en optimal tilheling og rekonvalesens ikke følges og opprettholdes. Dømmekraften og evnen til å vurdere sine egne behov blir nedsatt ruset tilstand.

Dersom man skal diagnostisere avhengighet er det flere faktorer som ligger til grunn. Avhengighet handler om en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt rusmiddelbruk. Brukeren har vanligvis et sterkt ønske om å ta rusmidlet, og har vansker med å kontrollere bruken og fortsatt bruk selv om det har skadelige og negative konsekvenser for brukeren. Brukeren vil også utvikle en økt toleranse for rusmidler,, noen ganger vil det å ikke innta rusmidler føre til fysiske

abstinenssymptomer og rusmisbruket vil få en høyere prioritet enn andre forpliktelse og aktiviteter. Avhengighet kan knyttes til flere ulike psykoaktive stoffer som for eksempel alkohol eller diazepam, en gruppe stoffer som for eksempel opioider eller et bredt spekter av forskjellige rusmidler. Avhengighet utvikles over tid i motsetning til skadelig bruk.

### **6.7 Årsaker til bruk/misbruk**

Denne studien i seg selv gir ingen svar eller indikasjoner på årsaken til at pasientene misbruker rusmidler eller har en avhengighet, men jeg tenker at det er viktig å reflektere rundt årsaker likevel. Jeg har klinisk erfaring, og legger denne, forskning og litteraturen til grunn for min refleksjon. Det er mange årsaker til bruk og misbruk av ulike rusmidler. Jeg har i min praksis møtt flere pasienter som sier at de ikke ruser seg, selv om de åpenbart inntar rusmidler og har en ruslidelse. Mennesker med psykiske lidelser er mer åpne for rusmidler fordi de bruker ulike rusmidler til å dempe og selvmedisinere plagsomme symptomer (Mueser et al., 2006). Mange pasienter opplever et ubehag når de ikke ruser seg, derfor inntar de rusmidler for å dempe smerter eller ubehag. Mange pasienter som blir innlagt i behandling har ofte ikke et ønske om å kutte ut rusmidler helt, noen ønsker å slutte med amfetamin men fortsette å røyke litt hasj, eller drikke alkohol av og til. Noen har beskrevet at de ønsker å slutte med rusmidler som for eksempel amfetamin, fordi de har opplevd og erfart psykotiske episoder eller andre negative konsekvenser av for eksempel amfetaminrus. Mens de ser på det å røyke hasj eller cannabis som en måte å slappe av på, få sove eller å dempe ubehagelige følelser. Jeg har ofte erfart at pasientene ønsker å fortsette med dempende stoffer, og mange har heller ikke et ønske om å slutte med foreskrevne medisiner, i hovedsak benzodiazepiner. Mange tenker kanskje at cannabis og benzodiazepiner ikke er like skadelige da det ene er et medikament som man kan få foreskrevet av lege og det andre er et naturlig stoff som er ”laget av naturen”. Selv om det i den senere tid også er blitt mer vanlig med syntetisk THC, som er virkestoffet i cannabis. Det arrangeres egne demonstrasjoner for legalisering av cannabis, jeg kan ikke se for meg at dette har noen som helst salgs positiv innvirkning på fremtidig ruspolitikk og forebyggingsarbeid. Det gir noen signaler om at cannabis ikke er et farlig rusmiddel. Noe som jeg mener klart blir motbevist av forskning hvor innleggelsesårsak i akuttpsykiatri på grunn av psykose



kartlegges. Et argument som jeg ofte har hørt når det argumenteres for legalisering er at hasj distribueres av kriminelle nettverk, og at veien til sterke stoffer da er kortere. Jeg tror at veien til andre rusmidler blir kortere uavhengig av hvem som distribuerer. Man vet de psykiske skadevirkningene ved bruk av cannabis, og jeg tror at terskelen for å prøve ut andre rusmidler blir lavere. Også fordi at ved bruk av cannabis vil man som regel oppleve at man får et nedsatt stemningsleie, vil ofte oppleve å være paranoid og ha angst når man ikke er påvirket av rus. Dette er også noe jeg har erfart i klinisk arbeid.

Mange pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har et blandingsmisbruk, det vil si at de ikke misbruker bare et rusmiddel. Noen som selvmedisinerer seg ”ruser seg til balanse”. Mange føler seg mer vel og føler at de fungerer bedre dersom de har inntatt rusmidler. Høye nivåer av angst, depresjon eller hallusinasjoner kan få pasienter til å misbruke rusmidler i et forsøk på å kontrollere eller dempe de plagsomme symptomene. Pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har en tendens til å rapportere at rusmisbruk reduserer sosiale problemer, søvnløshet, nedstemthet og en rekke andre tilstander, men de rapporterer sjelden at spesifikke rusmidler lindrer spesifikke symptomer. Det foreligger lite konkret og kritisk forskning på dette, men det har imidlertid viktige kliniske implikasjoner (Mueser et al., 2006)

### **6.8 Endring av atferd og miljø**

Når man skal slutte å ruse seg må man endre en atferd, endre sin habitus. I følge Pierre Bourdieu er habitus innlært og vanskelig å endre (Wilken, 2008). Det er noe som tar tid, hvordan skal man kunne klare dette i løpet av kanskje 6 eller 18 måneder som er maksimal liggetid på inklusjonsenhetene i denne studien. Hvordan skal man klare å holde seg rusfri dersom man etter utskrivelse fra behandling kanskje drar tilbake til det miljøet som man var i før innleggelse? Bourdieu bruker begrepet felt og kapital, man kan kalle ulike miljøer for felt og kapital kan brukes for å beskrive den posisjonen eller kredibiliteten man har i de enkelte felt eller miljøer. Ikke bare er det vår habitus som spiller en rolle når det kommer til vår atferd, hjernens funksjon og sentralnervesystemet er en stor og viktig del av dette. Pasienter med en samtidig ruslidelse og psykisk lidelse kan i tillegg ha en kognitiv svikt knyttet til enten en alvorlig psykisk lidelse eller som en følge av sitt rusmisbruk.

Rusmisbrukere er ofte en stigmatisert gruppe, det kan være mye kriminalitet på grunn av at de som regel er i dårlig stand til å arbeide for å tjene penger til livets opphold. De må da finne andre måter å skaffe til veie penger til livets opphold. Det å kjøpe, selge eller misbruke narkotiske stoffer er i seg selv en kriminell handling. Jeg har mange ganger fundert over hvordan det er for mennesker som vil ut av et rusmiljø å på en måte starte på nytt etter behandling? Det er mange utfordringer som ligger der, det ene er at de har en avhengighet til rusmidler, det andre få ordnet ulike praktiske ting som følger med og ikke minst så er det absolutt en fordel å få en sosialt nettverk hvor rus ikke er en del av det sosiale miljøet. Disse utfordringene kan hver for seg virke overveldende, og det blir ikke mindre overveldende når man får alle på en gang. Mange pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har vansker med å klare daglige gjøremål som for mennesker uten denne type lidelser er en selvfølge å mestre. Noe så enkelt som å opprettholde personlig hygiene kan være vanskelig. Når helt elementære ting blir en utfordring, hvordan blir det da å skulle klare å endre seg fra å være rusmisbruker eller alkoholavhengig til å ikke misbruke rusmidler? Hvordan endrer man sin ”ryggmargsrefleks”?

Mange pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har kanskje ikke hatt et sosialt nettverk uten rusmidler på mange år. Hvordan er det da for disse menneskene å knytte kontakter med rusfrie nettverk? Man har kontakt med flere forskjellige arenaer, eller felt. Mange av disse er det man kan kalle for profesjonelle felt, som for eksempel jobb og ulike hjelpeinstanser. Man har også en familie, men mange av pasientene med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har ofte brutte familierelasjoner. Det sosiale nettverket hvor man kan være seg selv og som man på en måte har valgt seg er sine venner, og ofte har man venner med de samme interessene som seg selv. Når man ikke skal ruse seg lengre bør man jo også ha et sosialt nettverk som ikke ruser seg. Det er ofte ulike psykologiske og biologiske fenomener som oppstår i et sosial miljø som er preget av rusmisbruk. Dersom man etter utskrivelse fortsatt har tilhørighet til sitt gamle sosiale miljø som er preget av rusmisbruk vil det øke risikoen for at rusmisbruket og avhengigheten opprettholdes. Det kan være vanskelig for mennesker generelt å endre atferd, vi reagere på forskjellige måter, vi oppfører oss ulikt i forskjellige sosiale

settinger, vi har ulik måte å ordlegge oss på. Dette endrer vi også alt etter hvilken sosial setting vi er i. Alt dette er en del av vår habitus, vår habitus er blitt formet gjennom hele livet. Habitus er vanskelig å forandre, men det er mulig og det tar tid (Wilken, 2008). Mennesker med samtidig ruslidelse har som tidligere nevnt en redusert fungeringsevne, økonomiske problemer, manglende støtte fra sitt sosiale nettverk når det kommer til å ta avstand fra rus og det er en sosial stigmatisering av denne gruppen mennesker. De har også ofte svake mellommenneskelige ferdigheter, en redusert kognitiv fungering, svake skole- og yrkesferdigheter, manglende fritidsaktiviteter, fravær av voksenansvar og meningsfulle aktiviteter og omgang med rusmiljø og ofte har de bolig i et rusbelastet miljø.

### **6.9 Komorbiditet**

Befolkningsstudier som undersøker og viser forekomsten av psykiske lidelser hos pasienter med en ruslidelse er ikke mange, men de studiene som er utført viser en sterk sammenheng mellom angst, affektive lidelser og alkoholavhengighet (Alonso et al., 2004a, Kessler et al., 1994, Regier et al., 1990). En norsk studie utført i Asker og Bærum på Blakstad psykiatriske sykehus viser at rusmisbruk viste at 54 % av pasientene som ble innlagt akutt for psykose hadde inntatt rusmidler den siste måneden, hos 40 % var det illegale rusmidler, hyppigst brukt var cannabis (Mordal et al., 2008). En annen studie som undersøkte utbredelsen av inntak av rusmidler før innleggelse ved en akuttpsykiatrisk post i Norge, fant at ved 82% av innleggelsene hadde pasientene før innleggelse inntatt enten alkohol, narkotiske stoffer, benzodiazepiner eller andre stimulerende stoffer (Fløvig et al., 2009).

Det er mange forklaringer på hvorfor pasienter med psykisk lidelse er så sårbare for rusmidler. Sannsynligvis vil det være flere faktorer som spiller inn for komorbiditet både på individuelt plan og generelt plan. Det er flere risikofaktorer hos mennesker med en ruslidelse eller psykisk lidelse som er relatert til komorbiditet. Livstidsforekomsten av ruslidelser er langt høyere hos mennesker med en alvorlig psykisk lidelse enn hos befolkningen generelt. Det finnes som nevnt ikke en enkelt stående forklaring på sammenhengen mellom rus og psykisk lidelse, men resultatene fra denne studien viser at det er en sammenheng mellom psykisk helse og rusatferd, både ved innleggelse og

seks måneder etter behandling. Selvopplevd velvære hang ikke signifikant sammen med rusatferd. Symptomtrykk derimot var signifikant både ved innleggelse og seks måneder etter utskrivelse. Symptomtrykk er pasientens egen opplevelse av plagsomme symptomer i forbindelse med psykisk sykdom. Ofte vil det være en gjensidig interaksjon mellom det å ruse seg og psykiske plager. Det er ikke alle som bruker det som selvmedisinering, men de fleste som ruser seg vil oppleve en forsterkning av sine psykiske plager. Mange mennesker med en alvorlig psykisk lidelse har en dårlig sosial fungering i forkant av sykdomsutbrudd, det kan være symptomer på sykdommen som gjør at de unngår å oppsøke sosiale arenaer. Men mennesker med en samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har ofte en bedre sosial fungering i forkant av sykdomsutbrudd, dette kan komme av som nevnt tidligere at det å bruke rusmidler ofte er i sosiale sammenhenger.

### **6.10 Demografi**

Jeg tror at fordelingen mellom menn og kvinner vil endre seg over tid, kvinner begynner å ta innpå menn når det kommer til alkoholkonsum, selv om det fortsatt er menn som drikker mest (Fekjær, 2009) Det er mulig at årsaken til at kvinner har begynt å ta innpå menn når det gjelder alkoholinntak er likestilling, nå er kvinner likestilt med menn på flere områder. Dersom man skal se på det i et historisk perspektiv var det mer vanlig at kvinner hadde ansvar for familien, nå er det mer likt fordelt. Kvinner er også studenter, yrkeskvinner og vil dermed også være på sosiale arenaer hvor inntak av alkohol er en vanlig aktivitet. Kvinner rapporterer oftere problemer med internaliserte problemer, der de bærer sine bekymringer inni seg. Når man ser på befolkningsstudier som undersøker forekomsten av psykiske lidelser ser man at kvinner i større grad enn menn har angstlidelser, mens menn i større grad har antisosiale trekk. Har kvinner og menn ulike måter å takle problemer på?

Dette med kvinner og rus gir grunnlag for mye refleksjon. Selv om forskning viser at det i hovedsak er menn som har større sannsynlighet for å utvikle et rusproblem er det viktig å tenke på kvinners utfordring i et rusmiljø. Jeg har med min kliniske erfaring og i samtaler med pasienter fått et inntrykk av at det er et hierarki inne rusmiljøet, og kvinner er langt nede. Kvinner er oftere ofre for hensynsløs fylleatferd, særlig i private hjem (Fekjær, 2009). Kvinner er fysisk underlegne de fleste menn, så muligheten til å

klatre opp i hierarkiet er i liten grad tilstede for kvinner. Jeg tror også at man vil se en økning i antall kvinner med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse fordi at det i de senere år har blitt et økt fokus på kropp, det å passe inn og være perfekt. For meg virker det som at den boksen som alle ønsker å passe inn i blir mindre og mindre, og den psykiske belastningen ved å ikke føle at man passer inn der øker parallelt med at ”boksen” blir mindre.

Andre studier har vist at det er en korrelasjon mellom utdanning og stoffmisbruk, lav utdanning henger ofte sterkere sammen med stoffmisbruk enn med alkoholmisbruk. Forskjellen mellom skolegang, narkotikamisbruk og alkoholmisbruk tror jeg kan henge sammen med alder for debut, de fleste drikker som nevnt tidligere i ungdomstiden. Fest og alkohol er da som regel forbeholdt helger, og det er flere i samme miljø som går på skole og fester sammen. En annen faktor er at misbruk av narkotika sjelden lar seg kombinere med forpliktelser som skole eller jobb, da konsekvensene av rusmisbruket som regel gjør et stor inngripen i livet på et tidligere stadium enn alkohol.

Sivilstatus har også vist seg korrelert til rusmisbruk, mennesker som ikke er gift har større risiko for å utvikle rusmisbruk enn mennesker som er eller har vært gift, i utvalget til denne studien er det 85 % som ikke er i et parforhold. Det å være i et parforhold hadde ingen signifikant innvirkning på rusatferd, sannsynligvis fordi det var et så stort flertall som ikke var i et parforhold. Man kan anta at det ofte er det slik at dårlige parrelasjoner fører med seg rusmisbruk, da det sannsynligvis vil være en psykisk belastning som påfører mer stress, angst og depresjon dersom man ikke har et godt parforhold. Rus kan også være en årsak til dårlig parrelasjon, når man opplever et indre kaos av for eksempel stress og angst vil det ofte være vanskelig å forholde seg til andre mennesker. Og da særlig i et kjærlighetsforhold. Hvilken psykisk lidelse er nok også en faktor, pasienter med personlighetsforstyrrelser vil ofte ha vanskeligere for å opprettholde nære relasjoner da dette er en del av deres symptombylle.

Pasienter som kommer fra en familie med rushistorie eller en familie hvor de har blitt eksponert for traumer har større risiko for å utvikle et rusmisbruk eller psykisk lidelser. Stress - sårbarhetsmodellen er en grunnleggende tankemodell inne psykisk helse

(Skårderud et al., 2010). De fleste psykiske lidelser skapes i kombinasjon av en bakenforliggende sårbarhet og stress som overstiger det man klarer å håndtere. Det å leve i en familie med rusmisbruk eller å bli påført traumer er slike stressfaktorer. Dersom mor misbruker rusmidler i svangerskapet kan dette skade hjernens utvikling og barnet vil være mer sårbar i forhold til stress, og ugunstige oppvekstforhold som nedsatt omsorgsevne fra foreldrene, psykiske lidelser hos omsorgspersoner vil være stressfaktorer.

Det er også ofte brutte familierelasjoner i familier hvor det er noen med en ruslidelse. Det medfører mange bekymringer, brutte løfter og svik. Jeg har opplevd at flere pårørende har vært lettet over at deres barn, søsken eller lignende har blitt lagt inn til behandling. Det jeg ofte får høre er at de da vet hvor vedkommende er og at de for en periode slipper mange bekymringer.

Det å ha egen bolig var ikke signifikant i forhold til rusatferd seks måneder etter utskrivelse, dette kan være for at det var et høyt prosentantall (98 %) av utvalget i denne studien som hadde egen bolig. I det totale utvalget i RoP-Nord studien var det 64 % som hadde egen bolig ved innleggelse. Årsaken til at antallet som hadde egen bolig seks måneder etter utskrivelse var så høyt kan være at svarene i denne studien ble samlet inn seks måneder etter behandling og at man kan anta at de som valgte å svare på denne etterundersøkelsen enten hadde et etablert hjelpeapparat rundt seg eller at de hadde en bra fungering i dagliglivet selv om de opplevde å fortsatt ha rusmisbruk og psykiske lidelser. Ofte er det slik at dersom man ikke har fast bosted ved innleggelse til behandling er dette noen som blir skaffet i løpet av oppholdet på institusjon. Ofte er det slik at en bolig de får er sosialbolig som ligger i et belastet miljø. Hvis omsorgs- og hjelpebehovet er tilstrekkelig kan de få tildelt en bemannet bolig i et bokollektiv som er tilpasset deres behov.

Denne studien gir ingen informasjon om hvor pasienten kommer fra, om pasienten kommer fra en større by eller et mindre sted. I Nord-Norge er det lange geografiske avstander. De små tettstedene er ofte veldig små, og langt fra de større byene. Min erfaringer at det kan være både fordeler og ulemper knyttet til geografisk tilhørighet.

Pasienter fra større byer har ofte flere tilbud som er tilrettelagt dere behov. I Tromsø er det ACT-team som følger opp denne pasientgruppen på en oppsøkende måte. Dette tilbudet er ikke andre steder i Nord-Norge. Om det er noen psykiatriske hjemmetjenester som fungerer på tilnærmet lik måte vet jeg ikke noe om. På små steder er tilbudene som regel færre, kanskje totalt fraværende. Og kommunen må kanskje bygge opp et tilbud helt fra grunn. Det kan også være mangel på helsepersonell med kunnskap og erfaring inne feltet. Et annet moment i forhold til mindre steder er at ”alle kjenner alle”, dette kan også være både en fordel og en ulempe. En fordel kan være at det kan være letter å skape en relasjon. En ulempe kan være at man er kjent som ”rusmisbruker” selv i rusfrie miljøer.

### **6.11 Videre forskning**

Forskning åpner for ny forskning. Det er mange spørsmål og hypoteser som har åpnet seg i løpet av arbeidet med denne oppgaven. Jeg ser i ettertid at jeg gjerne skulle hatt med motivasjon og diagnose som variabler. Det er usikkert om dette ville gitt noe annet resultat, men det hadde gitt meg som forsker et litt større innblikk i hvilke pasienter det er som har høyt symptomtrykk og om hvordan deres motivasjon er. Dersom jeg hadde valgt å ha med diagnose som en variabel ville dette kanskje gitt noen svar på om det er pasienter med en alvorlig psykisk lidelse som for eksempel schizofreni som har et høyere symptomtrykk. Det ville også vært interessant å vite noe om hvilken oppfølging pasientene har fått etter utskrivelse fra behandling, hvilke tjenester de har fått tilbud om og om de har klart å nyttiggjøre seg av det tilbudet da denne brukergruppen ofte har vanskelig for å nyttiggjøre seg av etablerte tiltak og ofte har behov for oppsøkende tjenester. Det ville også vært interessant å undersøkt om det er store forskjeller fra urbane og rurale strøk i Nord-Norge, både med tanke på rusatferd, psykisk helse og oppfølging etter behandling.

## 7.0 Avslutning

Jeg vil reflektere rundt utfordringer med metoden og statistisk forskning, jeg vil også oppsummere oppgaven.

### 7.1 Metodiske utfordringer

Det er få studier i Norge som tar for seg psykisk helse og selvopplevd velvære blant rusmisbrukere i Norge, og RoP-Nord studien er den første som tar for seg dette i Nord-Norge. Studier har vist at det i dette området er et høy grad av misbruk av amfetamin (Wynn, 2007). Nord-Norge er et godt definert geografisk område hvor mesteparten av rusbehandlingen foregår på døgninstitusjoner. Denne studien har materiale fra sentrale behandlingsinstitusjoner i Nord-Norge. Materialet er samlet inn ved fem forskjellige institusjoner innen rusbehandling. De ulike enhetene har ulik profil, der en primært har fokus på avrusning, en har fokus på vurdering og utredning av pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse og tre er mer rettet mot rusbehandling. Det er derfor en ulikhet i dette utvalget. Dette kan være en begrensning dersom målet er å identifisere prediktorer. Dersom man ønsker å beskrive gruppen rusmisbrukere kan denne ulikheten i gruppen være en fordel.

En begrensning i denne studien er det relativt lave antall informanter. Et stort antall av informantene fullføre ikke utfyllingen av skjemaene som er brukt i denne studien. De fleste som fylte ut skjemaene som er grunnlaget for denne studien var eldre og var i ikke innlagt ved rus og psykiatrien. Det var 10 informanter fra denne enheten som er med i denne studien. Dette kan bety at resultatet i denne studien ikke er valid i forhold til yngre rusmisbrukere. Kartleggingen av symptomtrykk og selvopplevd velvære ble besvart en til to uker før innleggelse. Dette kan påvirke resultatet i den grad at nivået av symptomtrykk selvopplevd velvære kan ha blitt påvirket av at det å legges inn på institusjon kan være en stressfaktor. Samtidig som påvirkning av rusmidler kan være med på å dempe disse symptomene.

En potensiell ulempe med å beregne endringer fra to måletidspunkt er risikoen for reduksjon i testscorens reliabilitet, og at to måleresultat blir lagt sammen. Dermed vil den totale målefeilen øke. Konsekvensen vil da være tap av statistisk styrke. En betydelig reduksjon av reliabilitet er ikke alltid tilfelle, dette viste en studie som brukte



generalizability for å estimere absolutt og relativ reliabilitet av endringskåre (Halvorsen et al., 2006). Generalizability er en liberalisering av klassisk testteori som gir rom for modeller for å dekomponere den udifferensierte feilkomponenten (Martinussen and Araï, 2010).

En annen begrensning av denne typen studier er at man ikke kan konkludere noe i forhold til effekt av behandling. Studien mangler en kontrollgruppe som ikke har vært i behandling. Dette vil være vanskelig å få til under de forutsetninger som ligger til grunn.

Utvalget i denne studien ble kontrollert opp mot det totale utvalget for å se om det var store variasjoner i forhold til variablene. Det er ikke noen store variasjoner, bortsett fra egen bolig. Det er det 64 % i det totale utvalget som har egen bolig, mens det i utvalget i denne studien er 98 % som har egen bolig.

## **7.2 Oppsummering**

I denne studien har jeg gjort undersøkelse basert på RoP-Nord studien. Resultatene viser at psykisk helse i form av symptomtrykk predikerer bruk av alkohol seks måneder etter behandling. Alder viser seg å ha en sammenheng med både bruk av alkohol og illegale rusmidler. Tidligere rusbehandling henger sammen med økt bruk av illegale rusmidler. Det er også en sammenheng mellom misbruk av alkohol og narkotiske stoffer, bruker man mer av det ene bruker man mindre av det andre. Det viser seg i følge denne studien at alder spiller inn på den måten at de yngre i større grad har et narkotikamisbruk, mens de eldre i større grad har et alkoholmisbruk. De som tidligere har vært i behandling brukte mer illegale rusmidler. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser til høy tilbakefallsprosent i denne pasientgruppen. Når men tenker på at utviklingen nå er slik at pasientene skal har kortere opphold på institusjon før de skal hjem tror jeg at dette langt fra vil føre til en reduksjon i tilbakefallstatistikken. Det er også viktig å tenke på hva pasientene skrives ut til, hvilket tilbud de får.

## Litteraturliste

- ALONSO, J., ANGERMEYER, M. C., BERNERT, S., BRUFFAERTS, R., BRUGHA, T., BRYSON, H., GIROLAMO, G. D., GRAAF, R. D., DEMYTTENAERE, K. & GASQUET, I. 2004a. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- ALONSO, J., ANGERMEYER, M. C., BERNERT, S., BRUFFAERTS, R., BRUGHA, T. S., BRYSON, H., DE GIROLAMO, G., DE GRAAF, R., DEMYTTENAERE, K., GASQUET, I., HARO, J. M., KATZ, S. J., KESSLER, R. C., KOVLESS, V., LÉPINE, J. P., ORMEL, J., POLIDORI, G., RUSSO, L. J., VILAGUT, G., ALMANSA, J., ARBABZADEH-BOUCHEZ, S., AUTONELL, J., BERNAL, M., BUIST-BOUWMAN, M. A., CODONY, M., DOMINGO-SALVANY, A., FERRER, M., JOO, S. S., MARTÍNEZ-ALONSO, M., MATSCHINGER, H., MAZZI, F., MORGAN, Z., MOROSINI, P., PALACÍN, C., ROMERA, B., TAUB, N. & VOLLEBERGH, W. A. M. 2004b. Use of mental health services in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 47-54.
- ARNDT, S., TYRRELL, G., FLAUM, M. & ANDREASEN, N. C. 1992. Comorbidity of substance abuse and schizophrenia: the role of pre-morbid adjustment. *Psychol Med*, 22, 379-388.
- BECH, P., OLSEN, L. R., KJOLLER, M. & RASMUSSEN, N. K. 2003. Measuring well - being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF - 36 Mental Health subscale and the WHO - Five well - being scale. *International journal of methods in psychiatric research*, 12, 85-91.
- BERGMAN, H. & KÄLLMÉN, H. 2002. Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and alcoholism*, 37, 245-251.
- BERMAN, A. H., BERGMAN, H., PALMSTIERNA, T. & SCHLYTER, F. 2004. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European addiction research*, 11, 22-31.
- BERNADT, M. W. & MURRAY, R. M. 1986. Psychiatric disorder, drinking and alcoholism: what are the links? *The British Journal of Psychiatry*, 148, 393-400.
- BJØRNDAL, A. & HOFLOSS, D. 2012. *Statistikk for helse- og sosialfagene*, Gyldendal akademisk.
- BONICATTO, S., DEW, M., ZARATIEGUI, R., LORENZO, L. & PECINA, P. 2001. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social science & medicine*, 52, 911-919.
- BOURDIEU, P. 1993. *Sociology in question*, London, Sage.
- BOURDIEU, P., ØSTERBERG, D., PRIEUR, A. & BARTH, T. 1995. *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*, Oslo, Pax.

- BREAKEY, W. R., GOODELL, H., LORENZ, P. C. & MCHUGH, P. R. 1974. Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia. *Psychol Med*, 4, 255-261.
- BRUMOEN, H. 2000. *Bygning av mestringsstillit*, Gyldendal Akademisk.
- COHEN, M. & KLEIN, D. F. 1970. Drug abuse in a young psychiatric population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, 448.
- COLDHAM, E., ADDINGTON, J. & ADDINGTON, D. 2002. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 286-290.
- DE WIT, M., POUWER, F., GEMKE, R. J., DELEMARRE-VAN DE WAAL, H. A. & SNOEK, F. J. 2007. Validation of the WHO-5 Well-Being Index in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30, 2003-2006.
- 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.
- DIENER, E., SUH, E. M., LUCAS, R. E. & SMITH, H. L. 1999. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125, 276.
- DIXON, L., HAAS, G., WEIDEN, P. J., SWEENEY, J. & FRANCES, A. J. 1991. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*, 148, 224-230.
- DIXON, L., WEIDEN, P. J., HAAS, G., SWEENEY, J. & FRANCES, A. J. 1992. Increased tardive dyskinesia in alcohol-abusing schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 121-122.
- DRAKE, R. E., MUESER, K. T., CLARK, R. E. & WALLACH, M. A. 1996. THE COURSE, TREATMENT, AND OUTCOME OF SUBSTANCE DISORDER IN PERSONS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 42-51.
- DSM-IV AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2011. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*, American Psychiatric Association.
- EVJEN, R., ØIERN, T. & KIELLAND, K. B. 2003. *Dobbelt opp om psykiske lidelser og rusmisbruk*, Universitetsforlaget.
- FEKJÆR, H. O. 2009. *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- FLØVIG, J. C., VAALER, A. E. & MORKEN, G. 2009. Substance use at admission to an acute psychiatric department. *Nordic journal of psychiatry*, 63, 113-119.
- HALVORSEN, M. S., HAGTVET, K. A. & MONSEN, J. T. 2006. The reliability of self-image change scores in psychotherapy research: An application of generalizability theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 308.
- HASSEL, A., NORDFJÆRN, T. & HAGEN, R. 2013. Psychological and interpersonal distress among patients with substance use disorders: Are these factors associated with continued drug use and do they change during treatment? *Journal of Substance Use*, 18, 363-376.
- HELSEDIREKTORATET 2012. *Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse -ROP-lidelser*, Helsedirektoratet.

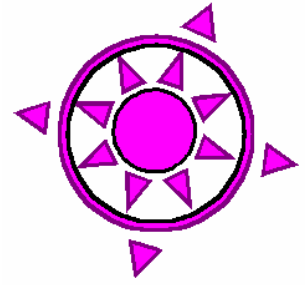
- HELSETILSYN, S. 2000. *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*, Gyldenadal akademisk.
- HOXMARK, E., BENUM, V., FRIBORG, O. & WYNN, R. 2010a. Reduction in mental distress among substance users receiving inpatient treatment. *Int J Ment Health Syst*, 4, 30.
- HOXMARK, E., NIVISON, M. & WYNN, R. 2010b. Research Predictors of mental distress among substance abusers receiving inpatient treatment. *Mental*, 21, 22.
- HOXMARK, E. M. 2011. *Substance use treatment in northern Norway: initial results from the ROP-Nord study*, Tromsø, Nord-norsk psykiatrisk forskningscenter.
- ICD-10 STATENS HELSETILSYN 2000. ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer : systematisk del og alfabetisk indeks. Oslo: Statens helsetilsyn.
- JOHANNESSEN, A. 2009. *Introduksjon til SPSS: versjon 17*, Oslo, Abstrakt forl.
- KESSLER, R. C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K. R. & WALTERS, E. E. 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S. & ET AL. 1994. Lifetime and 12-month prevalence of dsm-iii-r psychiatric disorders in the united states: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- KESSLER, R. C., NELSON, C. B., MCGONAGLE, K. A., EDLUND, M. J., FRANK, R. G. & LEAF, P. J. 1996. THE EPIDEMIOLOGY OF CO-OCCURRING ADDICTIVE AND MENTAL DISORDERS: Implications for Prevention and Service Utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- KESSLER, R. C., RUBINOW, D. R., HOLMES, C., ABELSON, J. M. & ZHAO, S. 1997. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Medicine*, 27, 1079-1089.
- LANDHEIM, A. S. 2007. *Psykiske lidelser hos pasienter i russektoren: Forekomst og relasjon til langtidsforløpet av rusmisbruket. En tverrsnittstudie og en prospektiv studie ai to fylker.*, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultetet
- LANDHEIM, A. S., BAKKEN, K. & VAGLUM, P. 2002. Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere i russektoren. *Norsk Epidemiolog*, 12, 309-218.
- LAVIK, N. J., HAUFF, E., SOLBERG, Ø. & LAAKE, P. 1999. The use of self-reports in psychiatric studies of traumatized refugees: Validation and analysis of HSCL-25. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 17-20.
- LINDQUIST, C. H. & LINDQUIST, C. A. 1997. Gender differences in distress: Mental health consequences of environmental stress among jail inmates. *Behavioral sciences & the law*, 15, 503-523.
- LIPMAN, R. S., COVI, L. & SHAPIRO, A. K. 1979. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): factors derived from the HSCL-90. *Journal of affective disorders*, 1, 9-24.
- LOGE, J. H. & KAASA, S. 1998. Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 26, 250-258.

- LOSSIUS, K., BRAMNESS, J. G. & ANDRESEN, N. E. 2011. *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- MARTIN, G. N., CARLSON, N. R. & BUSKIST, W. 2013. *Psychology*, Harlow, Pearson.
- MARTINUSSEN, M. & ARAÏ, D. 2010. *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag*, Bergen, Fagbokforl.
- MINER, C. R., ROSENTHAL, R. N., HELLERSTEIN, D. J. & MUENZ, L. R. 1997. Prediction of compliance with outpatient referral in patients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 706.
- MORDAL, J., BRAMNESS, J. G., HOLM, B. & MØRLAND, J. 2008. Drugs of abuse among acute psychiatric and medical admissions: laboratory based identification of prevalence and drug influence. *General hospital psychiatry*, 30, 55-60.
- MUESER, K. T., LINDEROTH, L. & ANDERSEN, T. M. 2006. *Integrert behandling: av rusproblemer og psyksike [psykiske] lidelser*, Oslo, Universitetsforl.
- MYKLETUN, A., KNUDSEN, A. K. & MATHIESEN, K. S. 2009. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*.
- NES, R., ROYSAMB, E., TAMBS, K., HARRIS, J. & REICHBORN-KJENNERUD, T. 2006. Subjective well-being: genetic and environmental contributions to stability and change. *Psychological medicine*, 36, 1033-1042.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2012. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia, Pa., Wolters Kluwer Health.
- REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J., JUDD, L. L. & GOODWIN, F. K. 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- REINERT, D. F. & ALLEN, J. P. 2007. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 185-199.
- RUUD, T. & LANDHEIM, A. 2012. Evaluering av 12 ACT-team, Midtveisrapport. KoRus øst.
- RAAHEIM, K. & NIELSEN, G. H. 2001. *En innføringsbok i psykologi for universiteter og høyskoler*, Cappelen akademisk forlag.
- SALYERS, M. P. & MUESER, K. T. 2001. Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 48, 109-123.
- SAUNDERS, J. B., AASLAND, O. G., BABOR, T. F. & GRANT, M. 1993. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction*, 88, 791-804.
- SKÅRDERUD, F., STÄNICKE, E., HAUGSGJERD, S. A. M. D. & ENGELL, S. 2010. *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- SNOEK, J. E. & ENGEDAL, K. 2004. *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*, [Oslo], Akribe.
- STRAND, B. H., DALGARD, O. S., TAMBS, K. & ROGNERUD, M. 2003. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the

- instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry*, 57, 113-118.
- SWARTZ, M. S., SWANSON, J. W., HIDAY, V. A., BORUM, R., WAGNER, H. R. & BURNS, B. J. 1998. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American journal of psychiatry*, 155, 226-231.
- SYSE, A. 2007. *Psykisk helsevernloven: lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern : kommentarutgave med forskrifter*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- THAPA, S. B. & HAUFF, E. 2005. Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low-and middle-income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 78-84.
- TINGHÖG, P. & CARSTENSEN, J. 2010. Cross-cultural equivalence of HSCL-25 and WHO (ten) Wellbeing Index: findings from a population-based survey of immigrants and non-immigrants in Sweden. *Community mental health journal*, 46, 65-76.
- VEENHOVEN, R. 1996. Developments in satisfaction-research. *Social Indicators Research*, 37, 1-46.
- VORUGANTI, L. N., HESLEGRAVE, R. J. & AWAD, A. G. 1997. Neuroleptic dysphoria may be the missing link between schizophrenia and substance abuse. *The Journal of nervous and mental disease*, 185, 463-465.
- WEISS, K. A., SMITH, T. E., HULL, J. W., PIPER, A. C. & HUPPERT, J. D. 2002. Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 341.
- WILKEN, L. 2008. *Pierre Bourdieu*, Tapir Akademisk forlag.
- WYNN, R. 2007. Prior psychotic episodes among patients in a substance abuse clinic. *Journal of Substance Use*, 12, 127-132.

[WWW.TROMSOKOMMUNE.NO](http://WWW.TROMSOKOMMUNE.NO)

[WWW.UNN.NO](http://WWW.UNN.NO)



**ROP - Nord**

**INN-skjema**

Tusen takk for at du har sagt deg villig til å delta i forskningsprosjektet ROP - Nord!

Det tar ca. 30 minutter å fylle ut dette skjemaet, og du må bruke sort eller blå penn. Det kan være fint å ha noen sammen med seg mens man fyller det ut.

Når du er ferdig leverer du skjemaet til det personalet du fikk det fra. Du får da to Flax-lodd eller en kinobillett som takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Ellen Hoxmark  
Psykologspesialist, stipendiat

010109

Dato

dd		mm		åååå	

Avdeling

ID-Nr

--	--	--	--

- Rus- og psykiatriposten
- Færingen Terapeutiske samfunn
- Rusklinikken BASIS
- Rusklinikken KUEN
- Nordlandsklinikken

### AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

Her er noen spørsmål om din bruk av alkohol siste 12 måneder. Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

1. Hvor ofte drikker du alkohol?  Aldri
- Månedlig eller sjeldnere
- To til fire ganger i måneden
- To til tre ganger i uken
- Fire ganger i uken eller mer
2. Hvor mange alkoholenheter tar du på en "typisk" - drikkedag?  1 - 2     3 - 4     5 - 6     7 - 9     10 eller flere
- (En alkoholenhet er: 1 glass vin; 1 drink; en liten flaske pils)
- |  | Aldri                    | Sjelden                          | Noen ganger i måneden    | Noen ganger i uken       | Nesten daglig            |
|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hvor ofte i løpet av siste året var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hvor ofte i løpet av siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort pga drikking?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hvor ofte starter du dagen din med alkohol?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse pga. drikking?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hvor ofte i løpet av det siste året har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før pga. drikking? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Nei                      | Ja, men ikke i løpet av siste år | Ja, i løpet av siste år  |                          |                          |
| 9. Har du eller andre blitt skadet som følge av at du har drukket?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| 10. Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                          |                          |

7421





**DUDIT - E**

11. Så ofte bruker jeg følgende stoff:

	Aldri	Har prøvd noen ganger	1 gang per måned eller sjeldnere	2-4 ganger per måned	2-3 ganger per uke	4 ganger per uke eller mer	sett et "x" her hvis du mener ved tilbakefall eller enkelte episoder
a) Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) GHB og øvrige stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tabletter (søvn/beroligende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Tabletter (smertestillende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test**

Her er noen spørsmål om stoff. Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

	Aldri	1 gang i måneden eller sjeldnere	2-4 ganger i måneden	2-3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer	
12. Hvor ofte bruker du andre stoff enn alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Bruker du flere enn et stoff ved ett og samme tilfelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 el. flere
14. Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff, når du tar stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag	
15. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Har du i det siste året opplevd at lengselen etter stoff har vært så sterk at du ikke kunne stå i mot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta stoff når du først hadde begynt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt stoff og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta stoff etter stort stoffinntak dagen før?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



--	--	--	--

- |  | Nei                      | Ja, men ikke<br>i løpet av det<br>siste året | Ja, i løpet<br>av det<br>siste året |
|--|--------------------------|--|-------------------------------------|
| 21. Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av stoff?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>            |
| 22. Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av stoff eller sagt til deg at du bør slutte med stoff? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>            |

**DUDIT - E Fylles ut hvis du bruker stoff. Gå til spørsmål 26 på side 5 hvis du ikke bruker stoff.**

23. Hva er positiv for deg ved å bruke stoff?

- |   | Slett<br>ikke            | Litt                     | En del                   | Mye                      | Svært<br>mye             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Sover bedre. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Blir avspent og avslappet. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Blir glad. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Blir sterk. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Kjenner meg "normal". ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Blir kreativ (får mange ideer, gjør kunstneriske ting). ....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Blir aktiv (rydder, vasker opp, vasker bilen, snekrer og lignende). .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Elsker alle og hele verden. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Får økt selvtillit. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Får mindre vondt i ryggen, nakken, hodet osv. ....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Får en følelse av at alt ordner seg. ....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Livet uten stoffer kjedelig. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Jeg kan styre følelser som angst, sinne og depresjon. ....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Med stoff kan jeg fungere sosialt. ....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Med stoff føler jeg at jeg er med i gruppen. ....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Jeg får bedre kontakt med andre. ....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) Jeg får mer ut av mitt liv. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

--	--	--	--

## 24. Hva er negativt for deg ved å bruke stoff?

	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
a) Jeg har i løpet av de siste årene hatt problemer på jobb, på skolen eller hjemme på grunn av stoff. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jeg har i løpet av det siste året søkt lege- eller sykehusbehandling eller hatt medisinske problemer (for eks. hukommelsetap eller hepatitt) på grunn av stoff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jeg har i løpet av det siste året havnet i bråk eller brukt vold når jeg har vært påvirket av stoff. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jeg har i løpet av det siste året hatt problemer med politiet på grunn av stoff. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Får angst. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Får selvmordstanker. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Trekker meg unna andre. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Får hodepine eller føler meg dårlig. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Får dårligere kontakt med venner. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Får vanskeligheter med å konsentrere meg. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Lysten på sex blir redusert. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Forstyrrer økonomien. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Blir passiv. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Får dårlig helse. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Blir hensynsløs. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Forstyrrer familielivet. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Ser alt som et stort kaos. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



--	--	--	--

## 25. Hva tenker du om stoff?

	Slett ikke	Delvis	Svært mye
a) Trives du med å ta stoff? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Blir du lei av å bruke stoff? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Har du i løpet av det siste året uroet deg for ditt stoffbruk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Er du klar for å jobbe med å endre ditt stoffbruk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Synes du at du trenger profesjonell hjelp for å forandre ditt stoffbruk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tror du at du kan få tak i riktig type profesjonell hjelp? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tror du at du kan bli hjulpet av profesjonell behandling for ditt stoffbruk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Synes du at det er viktig å forandre ditt stoffbruk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Tror du det blir vanskelig å forandre ditt stoffbruk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Har du allerede forandret ditt stoffbruk og søker etter metoder som hjelper deg å unngå tilbakefall? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SCL 10**26. Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)?  
(Sett ett kryss for hver plage)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye	Veldig mye
a) Plutselig frykt uten grunn. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Føler deg redd eller engstelig. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Matthet eller svimmelhet. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Føler deg anspent eller oppjaget. .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Lett for å klandre deg selv. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Søvnproblemer. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Nedtrykt, tungsindig. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Følelse av å være unyttig, lite verd. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Følelse av at alt er et slit. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Følelse av håpløshet mht. framtida. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**WHO (fem) VELVÆRE skala (1999 versjon)**

27. I de siste to ukene . . .

	Aldri	Av og til	Mindre enn halve tiden	Mer enn halve tiden	Det meste av tiden	Hele tiden
a) ... har jeg kjent meg fornøyd og i godt humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... har jeg kjent meg rolig og avslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... har jeg kjent meg aktiv og energisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... har jeg kjent meg frisk og uthvilt når jeg våkner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... har dagliglivet vært fylt av ting som interesserer meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bruk av helse- og sosialtjenester**

28. Hvor mange ganger de siste 12 månedene har du selv hatt kontakt med eller brukt følgende helse- og sosialtjenester (sett ett kryss for hver linje)

	Ingen	1-3 ganger	4 eller flere
a) Fastlegen din . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Psykolog eller psykiater (privat eller poliklinikk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Legevakt (privat eller offentlig) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sykehusinnleggelse (somatisk) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Akuttinnleggelse psykisk helsevern . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Planlagt innleggelse psykisk helsevern . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hjemmetjenesten . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sosialkontor . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ruskonsulent og lignende . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Støttekontakt og lignende . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fysioterapeut . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Kiropraktor . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Tannlege . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Alternativ behandler . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



--	--	--	--

Aktiviteter og fritidsinteresser	Jeg gjorde denne aktiviteten før jeg fikk rusproblemer		Jeg gjør denne aktiviteten nå (i løpet av de tre siste månedene)		Jeg ønsker å gjøre denne aktiviteten i fremtiden (når jeg får kontroll over rusbruket)	
	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
Lese ukeblader og aviser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butikkbesøk/handle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avslapping/hvile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lese bøker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spille instrumenter eller synge selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spill (brettspill, kort, sjakk, dart el. lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Båtturer, seiling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøk av/hos slektninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biltur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biljard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friluftsliv (jakt/fiske)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lage mat (middag, bake brød etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfe på internett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøke bibliotek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiser og ferieturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndarbeid (sy, strikke, rosemaling el. lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dataspill (pc, x-box, playstation el. lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sløyd/snekring/trearbeid/hugge ved	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans, diskotek, uteliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotograferere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se på video/dvd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pass/stell av barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tegning/maling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klær, tøyvedlikehold, vaske/stryke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lytting til musikk (cd, ipod el.lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinobesøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stell av kjæledyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--

Aktiviteter og fritidsinteresser	Jeg gjorde denne aktiviteten <b>før</b> jeg fikk rusproblemer		Jeg gjør denne aktiviteten <b>nå</b> (i løpet av de tre siste månedene)		Jeg ønsker å gjøre denne aktiviteten i <b>fremtiden</b> (når jeg får kontroll over rusbruket)	
	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
Samle på ting (frimerker el. annet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svømming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjønnhetspleie (negler, hud, hår)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ballsport (fotball, basket, innebandy el. lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høre på radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restaurant - og kafebesøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pynte hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltaing i gudstjeneste, andakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lønnet arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaserturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interiør, oppussing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltaking i organisasjonsvirksomhet/møter i klubber eller foreninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hagearbeid (klippe plen, plante blomster etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skiturer (langrenn/slalåm/telemark om)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skrive brev eller mail/chat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøk på teater eller konserter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruke mobiltelefon (samtaler, tekstmeldinger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøk av/hos naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøk på museum eller utstillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modellbygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykkelturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotturer i skog/mark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puslespill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøk av/hos venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konkurransedrett/ - trening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilskuer på idrettsarrangementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ID-nr

(fylles ut av prosjektmedarbeideren)



## ROP - Nord Etterundersøkelse

Dato   .   .

Dette spørreskjemaet gjelder oppholdet du hadde for 6 måneder siden ved:

- Rus- og psykiatriposten
- Færingen Terapeutiske samfunn
- Rusklinikken BASIS
- Rusklinikken KUEN
- Nordlandsklinikken



- Boforhold siste 4 uker:**
- Ingen bolig
  - Hospits/hybelhus/hotell
  - Institusjon (vernehjem, rehabiliteringssenter, behandlingstinstitusjon, fengsel)
  - Hos foreldre
  - Hos andre
  - Egen privat bolig (eiet eller leiet)

- Yrkesstatus:**
- Uten beskjeftigelse
  - Heltidsjobb
  - Deltidsjobb
  - Under utdanning
  - Deltidsjobb og under utdanning

- Viktigste inntekt(er) siste 4 uker:**
- Forsørget av andre
  - Arbeidsinntekt
  - Studielån/stipend
  - Dagpenger (arbeidsledig)
  - Sykepenger
  - Yrkesmessig attføring
  - Rehabiliteringspenger
  - Uførepensjon
  - Stønad til enslig forsørger
  - Sosialhjelp
  - Annet  
(hva: \_\_\_\_\_)

**Hvor mange mennesker står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?**

- Ingen
- 1 eller 2
- 3 til 5
- Mer enn 5

## Bruk av helse- og sosialtjenester

ID-nr   
(fylles ut av prosjektmedarbeideren)

*Hvor mange ganger de siste 6 månedene har du selv hatt kontakt med eller brukt følgende helse- og sosialtjenester (sett **ett kryss** for hver linje)*

	Ingen	1-3 ganger	4 eller flere
a) Fastlegen din .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Psykolog eller psykiater (privat eller poliklinikk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Legevakt (privat eller offentlig) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sykehusinnleggelse (somatisk) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Akuttinnleggelse psykisk helsevern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Planlagt innleggelse psykisk helsevern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hjemmetjenesten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sosialkontor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ruskonsulent og lignende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Støttekontakt og lignende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fysioterapeut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Kiropraktor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Tannlege .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Alternativ behandler .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hjalp den behandlingen du fikk under oppholdet deg med dine problemer?

- I svært liten utstrekning
- I liten utstrekning
- I verken stor eller liten utstrekning
- I stor utstrekning
- I svært stor utstrekning

### Om du skulle trenge å legges inn igjen, ville du ønsket å komme tilbake til samme institusjon?

- Absolutt ikke
- Helst ikke
- Kanskje
- Gjerne
- Absolutt

**I de siste to ukene . . .**

	<b>Aldri</b>	<b>Av og til</b>	<b>Mindre enn halve tiden</b>	<b>Mer enn halve tiden</b>	<b>Det meste av tiden</b>	<b>Hele tiden</b>
a) ... har jeg kjent meg fornøyd og i godt humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... har jeg kjent meg rolig og avslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... har jeg kjent meg aktiv og energisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... har jeg kjent meg frisk og uthvilt når jeg våkner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... har dagliglivet vært fylt av ting som interesserer meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SCL 10**

Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)?  
(Sett ett kryss for hver plage)

	<b>Ikke plaget</b>	<b>Litt plaget</b>	<b>Ganske mye</b>	<b>Veldig mye</b>
a) Plutselig frykt uten grunn. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Føler deg redd eller engstelig. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Matthet eller svimmelhet. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Føler deg anspent eller oppjaget. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Lett for å klandre deg selv. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Søvnproblemer. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Nedtrykt, tungsindig. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Følelse av å være unyttig, lite verd. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Følelse av at alt er et slit. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Følelse av håpløshet mht. framtida. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvordan har du det nå med tanke på dine psykiske plager, sammenlignet med før du ble innlagt?**

ID-nr   
(fylles ut av prosjektmedarbeideren)

- Mye bedre
- Bedre
- Litt bedre
- Verken bedre eller verre
- Litt verre
- Verre
- Mye verre

**AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test**

**Alkohol** Her er noen spørsmål om din bruk av alkohol de siste 6 måneder.

1. Hvor ofte drikker du alkohol?  Aldri  
 Månedlig eller sjeldnere  
 To til fire ganger i måneden  
 To til tre ganger i uken  
 Fire ganger i uken eller mer
2. Hvor mange alkoholenheter tar du på en "typisk" - drikkedag?  
(En alkoholenhet er: 1 glass vin; 1 drink; en liten flaske pils)
- |  | 1 - 2                    | 3 - 4                    | 5 - 6                        | 7 - 9                     | 10 eller flere           |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Aldri</b>             | <b>Sjelden</b>           | <b>Noen ganger i måneden</b> | <b>Noen ganger i uken</b> | <b>Nesten daglig</b>     |
3. Hvor ofte drikker du 6 alkoholenheter eller mer?  Aldri  Sjelden  Noen ganger i måneden  Noen ganger i uken  Nesten daglig
4. Hvor ofte i løpet av de siste 6 måneder var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?  Aldri  Sjelden  Noen ganger i måneden  Noen ganger i uken  Nesten daglig
5. Hvor ofte i løpet av de siste 6 måneder unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort pga drikking?  Aldri  Sjelden  Noen ganger i måneden  Noen ganger i uken  Nesten daglig
6. Hvor ofte starter du dagen din med alkohol?  Aldri  Sjelden  Noen ganger i måneden  Noen ganger i uken  Nesten daglig
7. Hvor ofte i løpet av de siste 6 måneder har du hatt skyldfølelse pga. drikking?  Aldri  Sjelden  Noen ganger i måneden  Noen ganger i uken  Nesten daglig
8. Hvor ofte i løpet av de siste 6 måneder har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før pga. drikking?
- |  | Nei                      | Ja, men ikke i løpet av de siste 6 måneder | Ja, i løpet av de siste 6 måneder |
|--|--------------------------|--|-----------------------------------|
| 9. Har du eller andre blitt skadet som følge av at du har drukket?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>          |
| 10. Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>          |



**DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test**

(fylles ut av prosjektmedarbeideren)

Så ofte bruker jeg følgende stoff:	sett et "x" her hvis du mener ved tilbakefall eller enkelte episoder						
	Aldri	Har prøvd noen ganger	1 gang per måned eller sjeldnere	2-4 ganger per måned	2-3 ganger per uke	4 ganger per uke eller mer	
a) Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Opiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Løsemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) GHB og øvrige stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tabletter (søvn/beroligende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Tabletter (smertestillende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldri	1 gang i måneden eller sjeldnere	2-4 ganger i måneden	2-3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer	
12. Hvor ofte bruker du andre stoff enn alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Bruker du flere enn et stoff ved ett og samme tilfelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff, når du tar stoff?		0	1-2	3-4	5-6	7 el. flere

	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
15. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Har du i de siste 6 månedene opplevd at lengselen etter stoff har vært så sterk at du ikke kunne stå i mot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har det hendt at du i løpet av de siste 6 månedene ikke kunne slutte å ta stoff når du først hadde begynt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du tatt stoff og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du hatt behov for å starte dagen med å ta stoff etter stort stoffinntak dagen før?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hvor ofte i løpet av de siste 6 månedene har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ID-nr

(fylles ut av prosjektmedarbeideren)

	Nei	Ja, men ikke i løpet av de siste 6 månedene	Ja, i løpet av de siste 6 månedene
21. Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av stoff eller sagt til deg at du bør slutte med stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvordan har du det nå med tanke på dine rusproblemer, sammenlignet med før du ble innlagt?**

- Mye bedre
- Bedre
- Litt bedre
- Verken bedre eller verre
- Litt verre
- Verre
- Mye verre

- Har du rusproblemer nå?**  Nei, jeg har ikke problemer  
 Ja, jeg har fortsatt problemer

Har du noen kommentarer til forskningsprosjektet eller oppholdet i institusjon?  
Eller andre ting du har lyst til å formidle til oss?

---

---

---

---

---

**Tusen takk for at du deltok i denne undersøkelsen!**

11016







## B. SITUASJON VED BEHANDLINGSSTART

### 12. Møtt til behandling

- 0 = Nei → Gå til 13.1 og avslutt skjema  
 1 = Ja → Gå til 13.2 og videre i skjema

### 13.1 Dato for registrert ikke møtt (avslutt skjema)

Gå til 44 og avslutt  
 dag måned år

### 13.2 Dato for behandlingsstart

Start Beh  
 dag måned år

### 14. Lovgrunnlag for inntak i behandling

#### Frivillig:

- 00 = Frivillig uten lovgrunnlag  
 01 = Lov om sosiale tjenester § 4-2/3; evt. § 6-1 (henvendelse fra sosialtjenesten til tiltak utenfor spesialisthelsetjenesten)  
 02 = Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-12 (henvisning fra sosialtjenesten til spesialisthelsetjenesten)  
 03 = Med henvisning fra lege

- 04 = Psykisk helsevernloven § 2-1 (inkl. alle PUT)  
 05 = Lov om barnevernstjenester § 4-4

#### Tvang med samtykke fra klient:

- 06 = Lov om sosiale tjenester § 6-3  
 07 = Psykisk helsevernloven § 2-2  
 08 = Lov om barnevernstjenester § 4-26

#### Tvang uten samtykke fra klient:

- 09 = Lov om sosiale tjenester § 6-2  
 10 = Lov om sosiale tjenester § 6-2a  
 11 = Psykisk helsevernloven §§ 3-1 til 3-8  
 12 = Lov om barnevernstjenester § 4-24

#### Annet:

- 13 = Straffegjennomføringsloven §§ 12, 16, 43  
 14 = Straffeloven § 53  
 15 = Annet

### 15. Høyeste fullførte utdanning

- 0 = Ikke avsluttet grunnskole  
 1 = Grunnskole  
 2 = Videregående skole/gymnas/yrkesskole  
 3 = Faglig yrkesutdanning  
 4 = Høyere utdanning (universitet, høyskole)  
 9 = Ukjent

### 16. Yrkesstatus

- 0 = Uten beskjeftigelse  
 1 = Heltidsjobb  
 2 = Deltidsjobb  
 3 = Under utdanning  
 4 = Deltidsjobb og under utdanning  
 9 = Ukjent

### 17. Viktigste inntekt siste 4 uker

- 00 = Forsørgt av andre  
 01 = Arbeidsinntekt  
 02 = Studielån/stipend  
 03 = Dagpenger (arbeidsledig) / annen støtte fra aetat  
 04 = Sykepenger  
 05 = Delvis sykepenger  
 06 = Yrkesmessig attføring  
 07 = Rehabiliteringspenger  
 08 = Uførepensjon  
 09 = Alderspensjon  
 10 = Stønad til enslig forsørger  
 11 = Sosialhjelp  
 12 = Annet  
 99 = Ukjent

### 18. Juridisk sivilstatus

- 0 = Ugift  
 1 = Gift  
 2 = Registrert partnerskap  
 3 = Separert  
 4 = Skilt

### 19. Bodd alene siste 4 uker?

- 0 = Ingen bolig  
 1 = Nei  
 2 = Ja  
 9 = Ukjent

BoAlene

### 20. Samlivsforhold siste 4 uker

- 0 = Bor ikke i parforhold  
 1 = Bor i parforhold  
 9 = Ukjent

Samlivsforh

### 21. Bodd med barn under 18 år siste 4 uker?

- 0 = Nei  
 1 = Ja  
 9 = Ukjent

Bo Barn

### 22. Hatt en stabil posisusjon siste 4 uker?

- 0 = Nei  
 1 = Ja  
 9 = Ukjent

Bo Stabilt

### 23. Boligforhold siste 4 uker

- 0 = Ingen bolig  
 1 = Hospits/hybelhus/hotell  
 2 = Institusjon (vernehjem, rehabiliteringssenter, behandlingstinstitusjon, fengsel)  
 3 = Hos foreldre  
 4 = Hos andre  
 5 = Egen privat bolig (ejet eller leiet)  
 9 = Ukjent

BoForhold

### 24. Hvis bodd sammen med samlivspartner/kjæreste siste 4 uker, er denne misbruker?

- 0 = Ikke bodd med samlivspartner/kjæreste  
 1 = Nei, samlivspartner er ikke misbruker  
 2 = Ja, samlivspartner er misbruker  
 9 = Ukjent

Bo Misbruker

### 25. Er klienten gravid?

- 0 = Ikke kvinne  
 1 = Nei  
 2 = Ja  
 9 = Ukjent

Gravid

### 26. Statsborgerskap og etnisk bakgrunn

- 0 = Norge  
 1 = Norden utenom Norge  
 2 = Vest-Europa utenom Norden  
 3 = Øst-Europa  
 4 = Asia (inkl. Tyrkia)  
 5 = Afrika  
 6 = Sør- og Mellom-Amerika (inkl. Mexico)  
 7 = Nord-Amerika  
 8 = Oseania/Australia  
 9 = Ukjent

27 Statsborgerskap  28 Fødeland  29 Mors fødeland  30 Fars fødeland  
 Statsborger fødeland Morfødeland Farfødeland

### 27. Noen kroppslige skader eller sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet?

- 0 = Nei  
 1 = Ja  
 9 = Ukjent

Skade Sykdom

### 28.1 Er klienten testet for følgende blodsmittevirus?

- 32 Hepatitt B  33 Hepatitt C  34 HIV  
 HepB test HepC test HIV test

### 28.2 Vet klienten at hun/han er kronisk bærer av blodsmittevirus?

- 35 Hepatitt B  36 Hepatitt C  37 HIV  
 HepB vet HepC vet HIV vet

- 0 = Nei  
 1 = Ja  
 9 = Ukjent om klienten vet

14

15

Paragraf

16

Utdanning

17

Yrke

18

Inntekt

19

Sivil-



## B. SITUASJON VED BEHANDLINGSSTART

### 29. Hatt en lengrevarende periode hvor hun/han har:

Siste 4 uker | I livet (Begge kolonner må besvares for hvert spørsmål).  
0 = Nei 1 = Ja 9 = Ukjent

38  39  Hatt alvorlige depresjoner  
Depr Nylig Depr Livet

40  41  Hatt alvorlig angst  
Angst Nylig Angst Livet

42  43  Hatt alvorlige spenninger/smerter i kroppen  
Smerter Nylig Smerter Livet

44  45  Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner  
Vrang Nylig Vrang Livet

46  47  Blitt foreskrevet medisiner for et eller annet psykisk/følelsesmessig problem  
Med Nylig Med Livet

48  49  Hatt alvorlige tanker om å ta livet av seg  
Suicid Nylig Suicid Livet

### 30. Har noen gang forsøkt å ta livet av seg?

50  0 = Nei  
1 = Ja, ved overdose  
2 = Ja, på annen måte  
3 = Både ved overdose og på annen måte  
9 = Ukjent

Suicid Forsøk

### 31. Har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer

0 = Nei  
 1 = Ja  
 9 = Ukjent

51  Psykt Hjelp

### 32. Har vært i behandling i noen form for behandlingstiltak for rusmiddelbruk tidligere

52  0 = Nei, aldri  
1 = Poliklinisk  
2 = Institusjon  
3 = Poliklinisk og institusjon  
9 = Ukjent

Tid 1 RusBeh

### 33. Hvis vært i noen form for behandling for rusmiddelbruk tidligere, hvor lenge er det siden siste behandling?

53    Angi antall måneder siden siste behandling  
(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr. = 012; 12 år = 144)  
000 = Vært i behandling, men ukjent når sist  
888 = Ikke vært i behandling  
999 = Ukjent om noen gang vært i behandling

Tid 2 RusBeh

### 34. Antall rusmidler brukt siste 6 måneder

54   Angi antall rusmidler  
00 = Ingen  
99 = Ukjent

RusmAntall

### 35. Rusmiddel-/medikamentprofil siste 6 måneder

	Type rusmiddel/medikament (Bruk koden nedenfor)	Inntaksmåte (Bruk koden nedenfor)	Hvor ofte brukt siste 4 uker (Bruk koden nedenfor)	Alder brukt første gang	Hvor lenge problemfylt bruk (Antall år)
Mest brukte rusmiddel/medikament	55 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H RusmType	56 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H RusmInntak	57 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H RusmNylig	58 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H RusmFørste	59 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H RusmLengde
Annet rusmiddel/medikament som brukes	60 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm1Type	61 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm1Innt	62 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm1Nylig	63 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm1Første	64 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm1Lengde
Annet rusmiddel/medikament som brukes	65 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm2Type	66 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm2Innt	67 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm2Nylig	68 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm2Første	69 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm2Lengde
Annet rusmiddel/medikament som brukes	70 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm3Type	71 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm3Innt	72 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm3Nylig	73 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm3Første	74 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A Rusm3Lengde

00 = Ingen  
01 = Alkohol  
02 = Cannabis  
03 = Heroin/Opium  
04 = Metadon, buprenorfin, andre opiat/er/-opioider foreskrevet i LAR-program  
05 = Metadon, buprenorfin, andre opiat/er/-opioider foreskrevet utenfor LAR-program  
06 = Metadon, buprenorfin, andre opiat/er/-opioider ervervet uten at foreskrevet av lege  
07 = Benzodiazepiner foreskrevet av lege  
08 = Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege  
09 = Andre vanedannende medikamenter  
10 = Amfetamin  
11 = Kokain  
12 = Crack  
13 = Andre sentralstimulerende midler  
14 = LSD og likn.  
15 = Ecstasy  
16 = Løsemidler  
17 = Rødsprit o.l.  
18 = Annet  
19 = Ukjent  
0 = Drikker/spiser  
1 = Injiserer  
2 = Røyker  
3 = Sniffer  
9 = Ukjent  
0 = Ikke brukt  
1 = Sjeldnere enn 1 gang i uken  
2 = Omtrent ukentlig  
3 = 2-4 ganger i uken  
4 = Daglig eller nesten daglig  
9 = Ukjent  
99 = Ukjent  
00 = Ikke  
01 = Ett år eller mindre  
99 = Ukjent

### 36. Brukt sprøyter noen gang?

75  0 = Nei  
1 = Ja  
9 = Ukjent

Sprøyter

### 37. Hvis brukt sprøyter, alder første gang

76   Angi alder i år  
00 = Aldri brukt sprøyter  
99 = Ukjent

### 38. Sprøytebruk siste 4 uker

77  0 = Ikke brukt  
1 = Sjeldnere enn 1 gang i uken  
2 = Omtrent ukentlig  
3 = 2-4 dager i uken  
4 = Daglig eller nesten daglig  
9 = Ukjent

Sprøyter Nylig

### 39. Overdose/livstruende forgiftning (Intox)

78  0 = Nei, aldri  
1 = 1 gang  
2 = 2-3 ganger  
3 = 4-10 ganger  
4 = Mer enn 10 ganger  
8 = Ukjent

79  80  81   
Alkohol Narkotika Medikament Kombinasjon

