

# Rusmiddelmissbrukere i døgnbehandling

*I hvilken grad er det forskjeller mellom  
kvinner og menn?*

Maren Tveit-Winther



Masteroppgaveve i Psykososialt arbeid – selvmord, rus,  
vold og traumer  
Institutt for klinisk medisin  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

26.04.2016



# Rusmiddelmissbrukere i døgnbehandling

I hvilken grad er det forskjeller mellom kvinner og menn?

© Maren Tveit-Winther

2016

Tittel: Rusmiddelmissbrukere i døgnbehandling. I hvilken grad er det forskjeller mellom kvinner og menn?

Forfatter: Maren Tveit-Winther

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

# Abstract

**Aim:** Exploring gender differences in relation to type of substance abuse, differences in mental and physical health problems, and prior treatment history between men and women at admission to in-patient treatment in specialized healthcare (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Extending our knowledge on how men and women differ in relation to these important factors may provide some important insight into the role of gender when treating patients with drug abuse problems.

**Methods:** This thesis has a quantitative, descriptive design, and it is based on a cross section material from the ongoing NorComt- study at SERAF (Senter for rus- og avhengighetsforskning). The sample consisted of 266 patients (28% women) recruited from seven different in-patient facilities for substance abusers. The respondents were interviewed (standardized questionnaire) by treatment admissions during January 2013 - April 2015.

**Results:** Overall, the sample reported severe poly- substance abuse. In addition to their substance disorder and social challenges, chronic somatic illness were reported by more than a third of the sample. 9 out of 10 reported lifetime mental disorders and nearly a half reported mental disorder the month before treatment admission. Almost all had been admitted to substance abuse treatment facilities earlier. The sexes did not differ much in their substance use, nor the extent of chronic somatic illness, but women were more likely to have problems with benzodiazepines and alcohol, while cannabis was more frequently reported by men. Women also tended to inject drugs more often than men. Suicidal thoughts were more common among women. Women and men differ significantly in their treatment experiences. Women had more often received help for mental disorders and were more likely to report outpatient treatment history.

**Conclusion:** The wide range of psychiatric disorders combined with extensive poly-substance abuse, overdose experiences, suicide attempts, and injecting practices among some, reflects a group of patients with considerable risk and extensive treatment needs. Overall, the similarities between women and men seemed to be more prominent than the differences. However, the gender differences that were found in addition to knowledge from prior research literature, highlights the relevance and importance of a gender perspective in order to better understand their treatment needs.

# Sammendrag

**Formål:** Hensikten med delstudien var å beskrive kjennetegn ved et utvalg kvinner og menn ved inntak til døgnbehandling innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og undersøke i hvilken grad det eksisterte kjønnsforskjeller med hensyn til rusmiddelbruk, psykiske lidelser, vedvarende somatiske skader og behandlingserfaring. Oppdatert kjønns spesifikk kunnskap om pasientpopulasjonen kan gi viktige innspill til hvordan behandlingstilbudet kan tilrettelegges best mulig for å møte kvinner og menns behov.

**Materiale og metode:** Delstudien har et kvantitativt, deskriptivt design og tar utgangspunkt i et tverrsnittsmateriale fra den pågående prospektive NorComt- studien ved Senter for rus- og avhengighetsforskning(SERAF). Utvalget består av 266 pasienter (28% kvinner) innlagt ved syv døgn tiltak innen TSB. Datamaterialet ble innsamlet i perioden januar 2013 – april 2015 ved hjelp av standardisert spørreskjema som ble gjennomgått ved inntak til behandling.

**Resultater:** Utvalget rapporterte om et sammensatt, langvarig og alvorlig rusmiddelbruk. I tillegg til sin rusmiddel lidelse og sosiale utfordringer rapporterte over en tredjedel om vedvarende somatiske skader. 9 av 10 rapporterte om psykiske lidelser tidligere i livet og for nærmest halvparten var disse lidelsene også aktuelle i måneden før inntak til behandling. Nærmest alle hadde vært i ulike former for rusbehandling tidligere. Når det gjaldt kjønnsforskjeller hadde kvinner og menns rusmiddelbruk, og omfang av vedvarende somatiske skader store likhetstrekk. De ulike rusmidlene hadde imidlertid noe ulik utbredelse blant kjønnene hvor alkohol og benzodiazepiner hyppigere ble rapportert blant kvinner mens menn oftere oppga cannabis bruk. Flere funn pekte også i retning av mer sprøytebruk blant kvinner. Selvmordstanker var mer utbredt blant kvinner. Kjønnsforskjeller ble også funnet innen behandlingserfaring hvor kvinnene oftere hadde mottatt hjelp for psykiske vansker og i større grad enn menn vært i poliklinisk behandling.

**Konklusjon:** Det store omfanget av psykiske tilleggslidelser kombinert med omfattende blandingsbruk, overdoseerfaringer, selvmordsforsøk, og injiseringspraksis blant enkelte, avspeiler en pasientgruppe med betydelig risiko og omfattende behandlingsbehov. Totalt sett synes likhetene mellom kvinner og menn i utvalget å være mer fremtredende enn forskjellene. Kjønnsforskjellene som pekte seg ut i denne delstudien, og hva vi kjenner til fra forskningslitteraturen, fremhever likevel at kjønnspektivet både er relevant og viktig i møte med kvinner og menn i behandlingsapparatet.

# Forord

En krevende og intens arbeidsperiode er omsider overstått. Jeg har vært heldig som har fått mulighet til å holde på med dette, og det er mange jeg ønsker å takke.

Først og fremst takk Edle Ravndal for god veiledning og støtte gjennom hele prosessen. Dine kunnskaper og din entusiasme for dette feltet har vært til enorm hjelp og inspirasjon. Og jeg er svært takknemlig for at jeg fikk ha deg som veileder.

Jeg vil også takke Anne Bukten for gode innspill og veiledning omkring statistikkarbeidet, og bibliotekarene ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) for god hjelp med litteratursøk.

Takk også til arbeidsgivere som gjorde masterstudiet praktisk gjennomførbart.

Takk til venner og familie for barnepass, betydningsfull støtte og oppmuntring underveis, og ikke minst forståelse for at store deler av fritiden min dette året har gått med til dette prosjektet.

Den største takken går til min fantastiske mann, John, som har støttet meg og vært min emosjonelle kontainer i denne perioden. Mine kjære barn, Hedda og Nora, fortjener også en takk for at dere har distraherert meg ut av masteroppgavetåken.

Takk!

Maren





# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	11
1.1	Rusmiddelbruk i den norske befolkningen.....	11
1.1.1	Alkohol.....	11
1.1.2	Illegale rusmidler.....	13
1.2	Behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere.....	15
1.3	Hva kjennetegner rusmiddelmissbrukere i døgnbehandling.....	16
1.4	Kjønnsforskjeller.....	18
1.5	Bakgrunn for problemstilling.....	19
1.6	Formål og problemstillinger.....	21
1.6.1	Hypoteser.....	22
1.7	Oppgavens oppbygning/Disposisjon.....	22
2	Forskning på rusmiddelmissbruk.....	23
2.1	Bruk og misbruk av rusmidler.....	23
2.2	Rusmiddeldebut og utvikling av rusmiddelmissbruk.....	24
2.3	Rusmiddelbruk og psykiske lidelser.....	25
2.3.1	Kjønnsforskjeller innen psykiatrisk komorbiditet.....	26
2.3.2	Forklæringsmodeller på psykiatrisk komorbiditet.....	26
2.4	Andre skader og problemer forbundet med rusmiddelmissbruk.....	27
2.5	Bruk av behandling ved rusmiddelmissbruk.....	29
3	Materiale og metode.....	31
3.1	Studiedesign.....	31
3.2	Utvalg.....	31
3.3	Datainnsamling og måleinstrumenter.....	32
3.4	Operasjonelle definisjoner av grunnbegreper.....	33
3.5	Bearbeiding og analyse av datamaterialet.....	34
3.5.1	Statistiske analyser.....	34
3.6	Reliabilitet og validitet.....	35
3.7	Generaliserbarhet.....	37
3.8	Etiske betraktninger.....	38
4	Resultater.....	40
4.1	Demografiske og sosiale kjennetegn ved inntak til behandling.....	40

4.2	Rusmiddelbruk.....	43
4.2.1	Blandingsbruk .....	44
4.2.2	De mest brukte rusmidlene.....	44
4.2.3	Bruksfrekvens.....	48
4.2.4	Debutalder og problemfylt bruk.....	48
4.2.5	Sprøytebruk .....	50
4.2.6	Overdoser .....	52
4.3	Psykiske lidelser .....	52
4.4	Somatisk sykdom og skade.....	54
4.5	Behandlingserfaring.....	55
5	Diskusjon.....	57
5.1	Sammenligning med andre studier .....	58
5.1.1	Demografiske og sosiale kjennetegn.....	58
5.1.2	Rusmiddelbruk .....	59
5.1.3	Psykisk helse .....	61
5.1.4	Somatiske skader.....	63
5.1.5	Behandlingserfaring .....	63
5.2	Avsluttende betraktninger og implikasjoner for behandlingsfeltet .....	64
6	Konklusjon .....	66
	Litteraturliste .....	67
	Vedlegg .....	76

# 1 Innledning

Rusmiddelproblemer er et stort folkehelseproblem i Norge og forbundet med et bredt spekter av helsemessige og sosiale utfordringer (Storvoll et al., 2010; Folkehelseinstituttet (FHI), 2016). I tillegg til personlig lidelse utgjør rusmiddelmisbruk også store belastninger for dem som står den rusmiddelavhengige nær og samfunnet for øvrig, ofte omtalt som tredjepartskader (Storvoll et al., 2010). Selv om rusmiddelmisbruk blant kvinner har økt noe de senere årene, er det fremdeles langt flere menn enn kvinner misbruker rusmidler (Sandøy, 2015). Overvekten av menn sees også blant pasienter i rusbehandling (Helsedirektoratet, 2015). Denne oppgaven ser nærmere på hva som kjennetegner dagens døgnpasienter i russektoren med særlig oppmerksomhet på mulige forskjeller mellom kvinner og menn som mottar denne typen behandling.

## 1.1 Rusmiddelbruk i den norske befolkningen

Vi vet en god del om nordmenns bruk av rusmidler (Skretting, Bye, Vedøy & Lund, 2015). Hvor mange mennesker det finnes i Norge med skadelig bruk og avhengighet, heretter omtalt som rusmiddelmisbrukere, er imidlertid vanskeligere å anslå. Det skyldes at hva som anses som «misbruk» er normativt og kulturelt betinget, og at skillelinjene mellom bruk og misbruk dermed er uklare (Lund & Bretteville- Jensen, 2010). I tillegg vil beregningene være påvirket av hvilke utvalg, informasjonstyper og målemetoder som benyttes.

Det finnes en rekke ulike måter å beregne hvor stor andel av befolkningen som bruker og misbruker rusmidler. Hovedsakelige metoder er studier av forbruk i den generelle befolkningen, blant selekterte grupper og via metoder som indirekte anslår omfanget av bruk og misbruk (Amundsen, 2010). Forekomst av bruk og misbruk av rusmidler påvirkes av og varierer avhengig av hvilken metode man velger. Begrensninger og styrker ved de ulike metodene vil ikke bli gjennomgått her, men understreker viktigheten av flere innfallsvinkler når en skal belyse bruk og misbruk i befolkningen.

### 1.1.1 Alkohol

Alkohol er uten sammenligning det mest utbredte rusmidlet i den norske befolkningen, og det rusmiddelet som forårsaker mest skader både med hensyn til antall mennesker med problemer og omfanget av rusrelaterte helsemessige og sosiale konsekvenser (Rossow, 2007; Babor et al., 2010b; Storvoll et al., 2010; FHI, 2016).

Drikkekulturen og nordmenns holdninger til alkohol har endret seg i en mer liberal retning (Nordlund, 2010). Færre er avholdne i dag sammenlignet med tidligere og den relative nedgangen i antall avholdne er størst blant kvinner sammenlignet med menn (Horverak & Bye, 2007). Denne nedgangen har holdt seg noenlunde uendret fra 1970- årene til 2004.

I perioden 1995-2010 økte alkoholforbruket i Norge med 40 prosent, med en særlig vekst blant eldre kvinner (Skretting & Storvoll, 2011). Forskrivninger av antabus, som er det mest brukte legemiddelet ved alkoholmisbruk, har også økt, og relativt sett er økningen størst blant kvinner (Nilsen, 2008). Unge drikker fremdeles langt mer enn den voksne befolkningen (Skretting et al., 2015), men undersøkelser viser en markant nedgang i alkoholforbruket blant norsk skoleungdom siden årtusenskiftet (Bye, 2012; NOVA, 2015).

Selv om alkoholkonsumet er skjevfordelt i befolkningen er det likevel en nær sammenheng mellom totalforbruket og antall personer som drikker veldig mye. Forskning har for eksempel vist at når totalforbruket dobles, øker andelen med høykonsumenter fire ganger. Denne såkalte totalkonsumteorien har solid støtte fra empiriske studier (Skog, 1985; Babor et al., 2010a; Rossow, Mäkelä & Kerr, 2014). Det finnes ikke sikre tall for hvor mange nordmenn som har et alkoholproblem, men i en befolkningsundersøkelse fra 2012 og 2013 ble det anslått at 17 prosent av den voksne befolkningen har et potensielt risikofylt alkoholkonsum (Halkjelsvik & Storvoll, 2014).

Hvorvidt sammenhengen mellom økt alkoholforbruk og omfang av alkoholrelaterte skader fremdeles er tilfelle har vært omdiskutert ettersom det økte alkoholforbruket hovedsakelig skyldes økt vinforbruk i sosiale grupper og miljøer forbundet med mindre risiko for skade (Rossow, 2007). En nyere studie befester imidlertid at denne sammenhengen fremdeles eksisterer (Rossow et al., 2014).

Omfanget av skader og problemer avhenger også av måten folk drikker alkohol på. Et drikkemønster preget av drikkesituasjoner med høyt inntak anses som særlig bekymringsfullt (Babor et al., 2010a). Til tross for at nordmenn i takt med økende vinforbruk synes å ha noe mer kontinentale drikkevaner, bærer det norske drikkemønsteret fremdeles preg av beruselse og helgefyll (Horverak & Bye, 2007; Ravndal, 2008).

Årsakene til økt alkoholforbruk blant kvinner er mange og kan delvis forklares med økt yrkesdeltakelse og større økonomisk selvstendighet (Ravndal, 2008). En annen forklaring kan være at barn har færre totalavholdende voksenmodeller og at normene for hva som ansees

som akseptabel kvinneatferd er endret i en mer liberal retning. Mye tyder imidlertid på at kvinner til tross for større rolleutjevning fremdeles er påvirket av strengere normer for sin omgang med alkohol, som igjen regulerer måten de drikker på (Ravndal, 2008).

Til tross for en betydelig økning i kvinners alkoholforbruk drikker fremdeles menn langt oftere, og mer enn dobbelt så mye som kvinnene (Ravndal, 2008; Skretting et al., 2015). Menn er også overrepresentert hva gjelder alkoholrelaterte skader, innleggelseser og dødsfall, og anslås og stå for 80 prosent av samlet helsetap og tapte leveår relatert til alkoholbruk (FHI, 2016). Blant unge er det imidlertid jevnt over liten, eller ingen forskjell i alkoholforbruk mellom gutter og jenter (Bye, 2012; NOVA, 2015).

### **1.1.2 Illegale rusmidler**

Illegalt rusmiddelbruk er langt mindre utbredt i den norske befolkningen og er hovedsakelig forbundet med lavfrekvent og eksperimentell bruk (Skretting et.al., 2015; Sandøy, 2015).

Av illegale rusmidler er cannabis det mest brukte i Norge (Sandøy, 2015). Antall nordmenn som oppgir cannabisbruk i løpet av livet har økt fra 8,5 til 20 prosent de siste 30 årene, men kan muligens tilskrives en kohorteffekt fremfor et resultat av økt rekruttering (Skretting et al., 2015). Særlig med tanke på at det blant ungdom i skolealder rapporteres om en jevn nedgang i cannabisbruk siden tusenårsskiftet (Bye, 2012; Øia, 2012; NOVA, 2015).

Litt over fire prosent av befolkningen oppgir at de har brukt cannabis i løpet av det siste året og 1,6 prosent rapporterer om bruk siste måneden (Sandøy, 2015). Cannabisbruk er mest utbredt blant unge voksne mellom 16 og 30 år, og signifikant flere menn enn kvinner oppgir bruk av dette. De fleste cannabisbrukere rapporterer om lavfrekvent bruk, mens mellom 4.900 – 14.500 antas å være høyrisikobrukere (Skretting et al., 2015).

Betydelig mindre andeler av befolkningen oppgir bruk av andre illegale rusmidler. Selv om det er knyttet stor bekymring til den økende utbredelsen av nye psykoaktive rusmidler såkalte «designerdrugs» (FHI, 2015), er kokain, amfetamin og ecstasy/MDMA fremdeles de mest brukte sentralstimulerende stoffene i Norge (Sandøy, 2015). Bruken er størst i aldersgruppen 25-34 år og rapporteres dobbelt så ofte blant menn sammenlignet med kvinner. I følge spørreundersøkelser er kokain det mest brukte sentralstimulerende rusmidlet, etterfulgt av amfetamin og ecstasy (Sandøy, 2015), mens amfetamin og metamfetamin samlet sett utgjør en betydelig større andel av politiets beslag (Kripos, 2015) og påvises i større grad

i analyser av avløpsvann (Reid, Harman, Grung & Thomas, 2011). Befolkningsundersøkelser er ofte lite egnet til å fange opp problembruk av rusmidler ettersom de med omfattende rusmiddelbruk ofte er underrepresentert i slike utvalg (Storvoll et al., 2010; Amundsen, 2010). Slike data underestimerer dermed sannsynligvis amfetaminbrukere ettersom amfetamin i større grad er forbundet med høyrisikobruk sammenlignet med andre sentralstimulerende stoffer, spesielt blant sosialt marginaliserte (Skretting et al., 2015; Amundsen & Reid, 2014). Dette gjenspeiles i behandlingspopulasjonen hvor amfetaminbruk er primærdiagnosen i 16 ganger så mange innleggelser som kokain (Hordvin, 2014).

Benzodiazepiner utgjør det tredje mest beslaglagte rusmiddelet i Norge etter cannabis og amfetaminer (Kripes, 2015). Man regner med at minst 30-50.000 nordmenn har et problemfylt forhold til reseptbelagte legemidler med misbrukspotensial (Bramness, 2011). I en kartlegging av kommunale tjenestemottakere med kjent rusproblem i 201 kommuner i Norge ble ikke- forskrevne legemidler rapportert som det tredje mest brukte etter alkohol og cannabis (Helse Stavanger, 2015). Bruken er mest utbredt blant de som er 45 år og eldre (Sandøy, 2015) og i motsetning til alkohol og øvrige rusmidler rapporterer flere kvinner om bruk og misbruk av dette (Helse Stavanger, 2015; Skretting et al., 2015). Man antar at for hver medikamentavhengig mann så finnes tre medikamentavhengige kvinner (Lossius, 2008).

Heroin er det opioidet som brukes mest illegalt og er mest utbredt blant menn i aldersgruppen 35 - 44 år (Sandøy, 2015). Antall høyrisikobrukere av opioider anslås å ligge mellom 6.700-14.000 personer (Gjersing & Sandøy, 2014). De siste årene har det vært en økende bekymring rundt lekkasje og illegal bruk av substitusjonsmedikamentene metadon og buprenorfin, og man har de siste årene sett en økning i metadonrelatere overdosedødsfall (Amundsen, 2015).

Når det gjelder sprøytebruk anslås det at det finnes mellom 6.900- 9.800 injiserende misbrukere i Norge (Skretting et al., 2015). Sprøytebruk er hovedsakelig forbundet med heroin og amfetamin, ofte i kombinasjon med andre illegale rusmidler. Anslag for antall sprøytemisbrukere viser en stabil og nedadgående trend fra 2004-2013, og den økte gjennomsnittsalderen tyder på at det ikke er noen økning i nyrekrutteringen. Over to tredjedeler av sprøytemisbrukerne er menn, mens kvinneandelen er noe høyere blant de yngre (Bretteville-Jensen, 2005; Gjersing & Sandøy, 2014).

De ulike rusmidlenes utbredelse i befolkningen stemmer godt overens med hvilke rusmidler som rapporteres som mest brukt blant personer med kjent rusmiddelmissbruk (Helse Stavanger, 2015) og funn i blodprøver hos bilførere mistenkt for påvirket kjøring (FHI, 2015).

Blandingsmissbruk er utstrakt blant risikobrukere i Norge noe som bekreftes av spørreundersøkelser av aktive rusmiddelmissbrukere (Gjersing & Sandøy, 2014; Amundsen & Reid, 2014), toksikologiske analyser etter overdosedødsfall (Amundsen, 2015) og funn i blodprøver hos bilførere mistenkt for påvirket kjøring (FHI, 2015). Samtidig bruk av rusmidler øker risikoen for alvorlig skade og død betraktelig (EMCDDA, 2009; Amundsen, 2015).

Som gjort rede for er rusmiddelmissbruk langt mer utbredt blant menn enn kvinner. Denne kjønnsfordelingen gjenspeiles i omfanget av skader og problemer relatert til rusmiddelbruk blant kvinner og menn i befolkningen (FHI, 2016), men avhenger av hvilke problemområder man ser på (Storvoll et al., 2010).

## **1.2 Behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere**

Parallelt med endringer i synet på årsaker til rusmiddelmissbruk har hva som anses som den mest hensiktsmessige organiseringen av rusbehandling variert i Norge (Skretting, 2011).

Rusbehandling ble som følge av Rusreformen i 2004 omdefinert fra å være fylkeskommunale, sosiale tjenester til å bli statlige spesialisthelsetjenester og fikk betegnelsen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Ot.prp.nr.3 2002-2003; Ot.prp.nr.54 2002-2003). Med rusreformen fikk rusmiddelavhengige pasientrettigheter og et mer integrert behandlingstilbud med spesialiserte helsetjenester for å redusere somatiske og psykiske plager i tillegg til behandling for sine misbruksproblemer (Lossius, 2008).

Behandlingstilbudet i TSB består av polikliniske tjenester, dagtilbud, ambulante tjenester, avrusning, samt korttids- og langtids døgnbehandling (Helsedirektoratet, 2016). Behandlingstilbudet gis i egne helseforetak eller gjennom private avtalepartnere og skal være sammensatt av både medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig personell.

Retten til fritt sykehusvalg ble innført i 2001 og utvidet i 2015 til fritt behandlingsvalg (Forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester, § 11). Dette innebærer at

personer som er innvilget rett til nødvendig helsehjelp i TSB nå har flere behandlingstiltak å velge mellom.<sup>1</sup>

I Norge har rusbehandling tradisjonelt vært bygget på en medikamentfri tilnærming (Haga, 2011). Substitusjonsbehandling for opioidavhengige ble et permanent landsdekkende tilbud i 1998. Antall pasienter i LAR- behandling har økt betraktelig siden dette og utgjorde ved utgangen av 2014 i underkant av 7.500 (Waal et al., 2015). Det er fremdeles en vekst i pasientantall, men over halvparten av de som søker seg inn i LAR er reinntak. Andelen kvinner har relativt konstant vært i underkant av 30% de siste fem årene.

Innleggelse i døgnbehandling ansees som riktig valg når andre tiltak som poliklinisk-, dag- og ambulerende tilnærming ikke er tilstrekkelig (Helsedirektoratet, 2016). Private og ideelle aktører står i dag for litt over halvparten av døgnplassene innen TSB (Huseby, 2015).

I døgnbehandling tilbys behandling i et skjermet miljø som skal gi mulighet for å utforske rusfrihet i et trygt og støttende behandlingsmiljø (Helsedirektoratet, 2016).

Behandlingstilbudet ved de ulike døgntiltakene varierer både i omfang, innhold og behandlingsslengde. Behandlingstilnærmingen er ofte “eklektisk” hvor elementer fra ulike modeller som motiverende intervju, mentaliseringsbasert terapi, kognitiv atferdsterapi mm. benyttes (Kristoffersen, Holth & Ogden, 2011).

De siste årene har vi sett en dreining fra døgnbehandling til økt dag- og poliklinisk aktivitet, samt kortere behandlingsopphold i døgntiltak (Huseby, 2015). Siden 2010 har imidlertid også antall døgnplasser og innleggelseser økt.

### **1.3 Hva kjennetegner rusmiddelmissbrukere i døgnbehandling**

Om lag 30 500 personer ble behandlet innen TSB i 2014 hvorav døgnpasientene utgjorde i underkant av 30 prosent (Huseby, 2015). En rekke rusmiddelmissbrukere behandles også i andre deler av hjelpeapparatet, særlig psykisk helsevern (PHV) (Helsedirektoratet, 2015).

Menn er overrepresentert blant pasienter i døgntiltak og rusbehandling generelt, mens kvinnene jevnt over kun utgjør en tredjedel. Denne kjønnsfordelingen har holdt seg

---

<sup>1</sup> Fritt behandlingsvalg gjelder både offentlige- og enkelte godkjente private virksomheter innenfor gitt behandlingsnivå (Forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester, § 11).



forholdsvis stabil siden årtusenskiftet (Lauritzen, Waal, Amundsen & Arner, 1997; Lauritzen, Ravndal & Larsson, 2012; Ose & Pettersen, 2014; Helsedirektoratet, 2015).

De fleste pasienter i rusbehandling har vært i behandling tidligere, både innen russektoren og psykisk helsevern (Landheim, Bakken & Vaglum, 2002; Lauritzen et al., 2012).

Døgnpasientene utgjorde tidligere de tyngste rusmiddelmissbrukerne i russektoren med høy forekomst av langvarig heroin- og sprøytebruk i tillegg til utbredt bruk av alkohol, cannabis, amfetamin og benzodiazepiner (Lauritzen et al., 1997; Lauritzen et al., 2012). Bruk av heroin og andre opioider synes å være noe mindre utbredt blant døgnpasienter i dag. Opioidbruk er riktignok primærdiagnosen til de nest fleste som tas inn i døgnbehandling etter alkoholmissbruk (Lauritzen & Amundsen, 2013; Helsedirektoratet, 2015), men ut fra hva pasientene rapporterer som mest brukt kommer derimot opioider lengre ned på listen hvor bruk av alkohol, cannabis og amfetamin dominerer (Ose & Pettersen, 2014). I likhet med rusmiddelmissbrukere i befolkningen er blandingsbruk også svært utbredt i pasientpopulasjonen (Lauritzen et al., 2012; Lauritzen og Amundsen, 2013; Helsedirektoratet, 2015).

Pasienter i rusbehandling har i tillegg til sin rusmiddelmisslidelse utfordringer på en rekke områder. Mange har hatt store bakgrunnsbelastninger før de begynte med rusmidler og kommer inn i behandling med omfattende helsemessige og sosiale problemer (Lauritzen et al. 1997, Lauritzen et al., 2012; Ose & Pettersen 2014).

Den høye forekomsten av psykiske lidelser blant rusmiddelmissbrukere er godt dokumentert og utbredelsen av psykiatrisk komorbiditet<sup>2</sup> er større blant pasienter i døgnbehandling sammenlignet med rusmiddelmissbrukere i befolkningen og pasienter i poliklinisk rusbehandling (Ravndal, 2011; Helse Stavanger, 2015). Angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser er de vanligste psykiske lidelsene blant pasienter i russektoren (Ravndal, 2011; Landheim, 2007). Mange har også selvmordstanker og forsøkt å ta sitt liv (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2006; Lauritzen et al., 2012; Ose & Pettersen, 2014).

---

<sup>2</sup> Komorbiditet innebærer samtidig forekomst av flere sykdommer hos samme person.

De sammensatte utfordringene pasientene kommer i behandling med forutsetter en tverrfaglig innsats som tar hensyn til både rusmiddelmisbruket, psykiatrisk komorbiditet, somatisk helse, sosiale problemer og nettverket rundt pasienten.

## 1.4 Kjønnforskjeller

Kjønnforskjeller innen utbredelse av rusmiddellidelser viser seg å være mindre enn tidligere i den vestlige delen av verden (Rahav, Wilsnack, Bloomfield, Gmel & Kuntsche, 2006; EMCDDA, 2006; Keyes, Grant & Hasin, 2008). En rekke forhold har bidratt til denne utviklingen. For eksempel har kjønnetes livsvilkår nærmet seg hverandre og normer og holdninger for hva som betraktes som akseptabel atferd blant kvinner og menn er noe endret.

Selv om rusmiddelbruken har økt blant kvinner er likevel menn nasjonalt og internasjonalt klart overrepresentert blant personer med rusmiddellidelser i den generelle befolkningen og i ulike behandlingspopulasjoner (Brady, Back & Greenfield, 2009; Degenhardt et al., 2013; Sandøy, 2015, Helsedirektoratet, 2015). Blant de yngste er imidlertid andelen kvinner større (Lauritzen et al., 1997, Lynch, Roth & Carrol, 2002; Ødegård & Bretteville-Jensen, 2002).

Selv om kjønnsfordelingen blant pasienter i rusbehandling synes å gjenspeile andelen menn og kvinner som har et aktuelt rusproblem i Norge (Ødegård & Bretteville-Jensen, 2002; Helse Stavanger, 2015) er det mye som tyder på at mørketallene er store. Kvinner ser ut til å ut til å møte flere hindringer enn menn med hensyn til å oppsøke rusbehandling og søker oftere hjelp innen psykisk helsevern eller i primærhelsetjenesten (Wormnes & Skutle, 2005; Lossius, 2008; Greenfield, Back, Lawson og Brady, 2010). Kvinnene synes også i større grad å velge rusbehandling innen poliklinikk fremfor innleggelse i døgntiltak (Taksdal, 1997; Wasilow-Mueller & Erickson, 2001; Wormnes & Skutle, 2005).

Kunnskapen om kvinners bruk av rusmidler var minimal frem til begynnelsen av 70-tallet hvor kvinners liv og atferd i økende grad ble satt på dagsordenen i takt med framveksten av feministiske strømninger på den tiden (Ravndal, 2008). Den internasjonale forskningslitteraturen frem til begynnelsen av 1990-tallet var stort sett basert på mannlige utvalg, eller blandede utvalg hvor kjønnforskjeller ikke fikk særlig oppmerksomhet (Jarvis, 1992; Greenfield et al. 2007). Siden dette har kjønnsperspektivet fått et større fokus.

Kvinner og menn ser ut til å være forskjellige innen en rekke aspekter ved rusproblematikk. Internasjonale studier av kliniske utvalg, og befolkningen generelt, rapporterer om kjønns-

forskjeller både med hensyn til begrunnelser for å bruke rusmidler, bruksmønstre, utvikling av rusmiddelmissbruk og avhengighet, samt konsekvenser av dette. (Wasilow-Mueller & Erickson, 2001; Greenfield et al., 2010). Eksempelvis hevdes det at kvinner eskalerer raskere fra eksperimentering til problemfylt bruk sammenlignet med menn (“Teleskopeffekten”).

Både kvinner og menn har ofte en historie med vanskelige oppvekstforhold og traumatiske hendelser bak seg når de kommer inn i rusbehandling. Kvinner har i større grad enn menn vært utsatt for seksuelle overgrep (Wasilow-Mueller & Erickson, 2001; Pelissier & Jones, 2005; Ravndal, 2011; Lauritzen et al., 2012), mens menn i større grad vært utsatt for voldshandlinger (ATV & Tyrilistiftelsen, 2010). Kvinner har også oftere partnere med rusmiddelproblemer (Greenfield et al., 2010; Ravndal, 2011).

Flere studier rapporterer om kjønnsforskjeller vedrørende hvilke psykiske lidelser som opptrer samtidig med rusproblemer, hvor depresjon, angst, PTSD, spiseforstyrrelser og borderline personlighetsforstyrrelse synes å forekomme oftere blant kvinner (Landheim, 2007; Ravndal, 2011). Mens antisosial personlighetsforstyrrelse er mest utbredt blant menn. Det er imidlertid knyttet noe usikkerhet til disse kjønnsforskjellene.

Den ulike bakgrunnen kvinner og menn kommer inn i behandling med gjenspeiler ulike betingelser for endringsprosesser og behandlingsbehov som er viktig å ta i betraktning når behandlingstilbudet utformes. Kjønns spesifikk rusbehandling har vært et helsepolitisk fokus i lang tid (Lossius, 2011). Det er likevel få behandlingseinheter i Norge som har egne behandlingstilbud for kvinner og menn, og de fleste døgnbehandlingstilbud drives fremdeles ut fra en kjønnsnøytral tilnærming som i liten grad er innrettet mot at kvinner og menn kan ha særskilte behov (Lossius, 2011; Helsedirektoratet, 2016).

## **1.5 Bakgrunn for problemstilling**

Kunnskapen om kjønnsforskjeller innen rusmiddelproblematikk som i korte trekk er presentert her understreker viktigheten av kjønns perspektivet. De nordiske behandlingsstudiene som omhandler kjønnsforskjeller er imidlertid få (Ravndal, 2008; Storbjörk, 2011).

Kjønnsforskjeller er som beskrevet ikke konstante størrelser, men varierer med tidsperioder og mellom ulike kulturer (Ravndal, 2008, Klyve, 2007). Eventuelle endringer i pasientpopulasjonen er ikke alltid like enkle å se i den kliniske hverdagen. Jevnlige tilstandsbilder og oppdatert kjønns spesifikk kunnskap om hva som kjennetegner norske kvinner og menn

med rusmiddelmissbruk ved oppstart i døgnbehandlingstiltak, kan gi viktige innspill til hvordan behandlingstilbudet kan tilrettelegges best mulig for å møte kvinner og menns behov.

Pasientpopulasjonen i LAR har vært gjenstand for en rekke studier og beskrives grundig i årlige statusrapporter (Waal et al., 2015). Hva som i dag kjennetegner pasienter i døgntiltak er imidlertid i mindre grad dokumentert. Årlige statistikker og registerdata kan i noen grad belyse utviklingstrekk ved døgnpopulasjonen, men kun i grove trekk.

Flere døgntiltak kartlegger systematisk sine pasienter, men slike datamaterialer er vanskelig å sammenligne ettersom måleinstrumentene er forskjellige og utvalgene ofte ikke er sammenlignbare. Det er behov for studier hvor flere døgntiltak er representert for å kunne generalisere funnene utover den enkelte institusjonen eller utvalget studiene representerer.

I Norge har det vært gjennomført få nasjonale oppfølgingsstudier av rusmiddelmissbrukere i døgntiltak og kjønnspektivet er i disse undersøkelsene gitt begrenset oppmerksomhet. Den siste nasjonale oppfølgingsstudien av rusmiddelmissbrukere i behandling ble sist gjennomført i perioden 1998-2009 (Lauritzen et al., 2012). Den prospektive oppfølgingsstudien av 481 rusmiddelmissbrukere i behandling (heretter omtalt som 10-årsstudien) ble igangsatt samme år som LAR offisielt ble et landsdekkende tilbud. 40 prosent av dem som ble intervjuet etter 10 år hadde i løpet av observasjonstiden begynt i LAR behandling. Respondentene som var i døgnbehandling ved baseline stod for størsteparten av rekrutteringen hvor nærmest halvparten ble rekruttert til LAR (Ravndal & Lauritzen, 2015).

Døgnpasientene i denne studien utgjorde en tungt belastet gruppe med høy forekomst av langvarig heroin- og sprøytebruk i tillegg til utbredt bruk av andre rusmidler (Lauritzen et al., 2012). Hvorvidt dette er gjeldende beskrivelser av pasienter i døgntiltak i dag er usikkert med tanke på opptrappingen av LAR. Hva kjennetegner døgnpasientene i dag? Er det sannsynlig at også mange av dagens pasienter i døgnbehandling vil utgjøre fremtidige LAR pasienter?

Og med tanke på de mindre kjønnsforskjellene når det gjelder omfang av rusmiddelbruk i vestlige land med høy grad av likestilling. Er det fremdeles betydelige forskjeller mellom kvinner og menn som søker seg inn i døgnbehandling?

Utvalgene i studier som undersøker kjennetegn ved kvinner og menn i rusbehandling består ofte kun av det ene kjønn, eller omfatter enten alkoholmissbrukere eller illegale

rusmiddelmisbrukere. Det er behov for deskriptive studier av heterogene utvalg som inkluderer både kvinner og menn fra flere behandlingstilstander, med ulike former for rusmiddelmisbruk i samme utvalget.

Denne delstudien av et relativt heterogent utvalg av kvinnelige og mannlige rusmiddelmisbrukere rekruttert fra ulike døgntiltak, vil forsøke å imøtekomme noen av de belyste kunnskapsbehovene. Utvalget er særlig interessant ettersom døgntiltakene respondentene er rekruttert fra utgjør mange av de samme døgntiltakene som døgnpasientene i 10-årsstudien befant seg i ved baseline i 1998 (Lauritzen et al., 2012).

## **1.6 Formål og problemstillinger**

Som ellers i befolkningen er kvinner og menn i rusbehandling ikke en ensartet gruppe. Variasjonene er store med hensyn til omfang og alvorlighetsgrad av rusmiddelmisbruket, samt samtidige psykiske og somatiske lidelser og psykososiale problemer. Mange av dem har også ulik grad av behandlingserfaring bak seg når de kommer i behandling.

Opplysninger om rusmiddelbrukens alvorlighetsgrad, psykiske og somatiske tilleggslidelser og behandlingserfaring gir viktig informasjon om behandlingsbehov og målsetting, og er forhold som kan ha betydning for behandlingsutfallet.

Målet med den foreliggende delstudien er å beskrive hva som kjennetegner norske pasienter i døgntiltak innen TSB og i hvilken grad det eksisterer kjønnsforskjeller med hensyn til rusmiddelbruk, psykiske lidelser, somatiske skader og behandlingserfaring. NorComt studiens (SERAF, 2016) datamateriale bestående av 266 pasienter (28 % kvinner), rekruttert fra syv døgntiltak i perioden 2014-2015, gir gode muligheter for å belyse dette.

Delstudien har følgende problemstillinger:

1. Hva kjennetegner norske kvinner og menn med misbruk av legale og illegale rusmidler ved inntak til døgnbehandling.
2. Hvilke likheter og forskjeller er det mellom kvinner og menn med hensyn til selvrapportert rusmiddelbruk, psykiske lidelser, vedvarende somatiske skader og behandlingserfaring?

### **1.6.1 Hypoteser**

Med bakgrunn i litteraturen som er presentert, forventes det å finne noen kjønnsforskjeller i rusmiddelbruk; særlig høyere forekomst av cannabisbruk blant menn (Sandøy, 2015) og hyppigere bruk av benzodiazepiner blant kvinner (Helse Stavanger, 2015; Skretting et al., 2015). Det forventes også å finne kjønnsforskjeller med hensyn til misbruksutvikling, med et kortere tidsintervall mellom debut og problemfylt bruk blant kvinner sammenlignet med menn (teleskopeffekten) (Greenfield et al., 2010).

Når det gjelder forekomst av psykiske lidelser er det delvis støtte i litteraturen for å anta at en større andel kvinner enn menn rapporterer om psykiske lidelser, særlig angst og depresjon (Landheim, 2007; Ravndal, 2011). Forskrivning av medikamenter for et psykisk problem antas på same bakgrunn også å forekomme oftere blant kvinner.

En hypotese vedrørende behandlingserfaring er at en større andel kvinner enn menn har mottatt profesjonell hjelp for psykiske vansker (Wormnes & Skutle, 2005; Lossius, 2008; Greenfield et al., 2010) og behandlingserfaring fra ruspoliklinikk (Taksdal, 1997; Wormnes & Skutle, 2005), mens en større andel menn forventes å ha behandlingserfaring innen døgntiltak (Lauritzen et al., 2012; Ose & Pettersen, 2014; Helsedirektoratet, 2015).

## **1.7 Oppgavens oppbygning/Disposisjon**

Oppgaven består av 6 hovedkapitler. I første kapittel er delstudiens bakgrunn og formål presentert. Kapittel 2 består av en gjennomgang av nasjonal og internasjonal forskningslitteratur omkring delstudiens hovedområder. I kapittel 3 gjøres det rede for metodisk tilnærming, hvor metodevalg, datainnsamling og dataanalyser blant annet beskrives. Reliabilitet, validitet, generaliserbarhet og etiske hensyn blir også drøftet her. I kapittel 4 presenteres resultatene. Resultatene oppsummeres og drøftes i lys av relevant forskningslitteratur i kapittel 5. Her diskuteres også mulige implikasjoner for behandlingsfeltet, før oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel 6.

## 2 Forskning på rusmiddelmissbruk

I følgende kapittel vil delstudiens hovedområder bli gjennomgått. Eksisterende kunnskap om bruk og misbruk av rusmidler, skader og problemer forbundet med rusmiddelmissbruk med særlig vekt på psykiatrisk komorbiditet, og bruk av behandlingsapparatet vil bli presentert. På bakgrunn av mangelfulle norske litteraturgjennomganger har det også vært nødvendig å støtte seg på internasjonal litteratur og forskning.

Den tilgjengelige kunnskapen om kjønnsforskjeller blant rusmiddelmissbrukere er beheftet med en rekke komplikasjoner. Studiene er for eksempel basert på ulikt sammensatte utvalg og opplysningene innhentet og målt ved hjelp av ulike metoder som gjør det vanskelig å fastslå hvorvidt de rapporterte kjønnsforskjellene er kjønnsrelaterte eller et resultat av det angitte utvalget og metodevalg. Det er også knyttet begrensninger til hvorvidt funn fra internasjonale studier kan overføres til norske forhold.

### 2.1 Bruk og misbruk av rusmidler

De glidende overgangene mellom bruk og misbruk av rusmidler gjør det vanskelig å sette noen skillelinje for når rusmiddelbruken ansees som problematisk. Hva som betraktes som misbruk avhenger blant annet av hvilket rusmiddel som inntas med særlig vekt på rusmidlets lovlig og ruseffekt, hvorvidt rusmiddelet er anskaffet på lovlig eller illegalt vis, hvor mye og hvor ofte det brukes, inntaksmåte og negative konsekvenser forbundet med rusmiddelbruket (Lund & Bretteville-Jensen, 2010). Faktorer utover individnivået har også betydning. Hva som betegnes som rusmiddelmissbruk varierer for eksempel med tid og kultur (Nordlund, 2010).

Illegalt rusmiddelbruk kan grovt deles inn i tre grupper. Personer som bruker rusmidler noen få ganger for så å slutte med det betegnes som «eksperimentbrukere» (Skretting et al., 2015). «Rekreasjonsbrukere» omtaler personer som bruker rusmidler av og til, og hvor bruken ikke hindrer deltakelse i arbeid og utdanning. «Høyrisikobrukere» er derimot personer som ikke klarer å begrense rusmiddelbruken og inntar rusmidler hyppig og på en risikofylt måte. Sistnevnte har forhøyet risiko for sosial eksklusjon, sykdom og død og er ofte i behov av hjelp både for å slutte og for å fungere i dagliglivet.

I Norge brukes den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 (WHO, 1999) til å diagnostisere rusmiddelproblemer. ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighet av

rusmidler. Skadelig bruk kjennetegnes med et bruksmønster der rusmiddelinntaket gir fysiske og/ eller psykiske skader, mens rusmiddelavhengighet er en tilstand der det er utviklet et avhengighetsforhold etter gjentatt bruk av rusmidlet over lang tid. Rusmiddelavhengighet (F10-F19) defineres i ICD-10 (WHO, 1999) som:

«Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi. Et typisk beskrivende kjennetegn ved avhengighetssyndromet er behovet (ofte sterkt eller uimotståelig) for psykoaktive stoffer som kan være medisinsk foreskrevet eller ikke. Det kan synes som om gjenopptak av substansbruken etter en avholdsperiode fører til raskere utvikling av andre symptomer ved syndromet enn tilfellet er for ikke-avhengige personer» (WHO, 1999, s.39)»

Det finnes mange ulike forståelser av hvilke årsaker og opprettholdende mekanismer som ligger til grunn for rusmiddelavhengighet. Dette vil ikke bli gjennomgått her, men det er bred enighet om at rusmiddelavhengighet er en sammensatt lidelse med biologiske, psykologiske og sosiale aspekter (WHO, 2008). En biopsykososial forståelsesmodell gir et godt rammeverk for å forstå årsaker til at kvinner og menn utvikler rusmiddelmisbruk og konsekvenser av dette.

I oppgaven benyttes begrepene rusmiddelmisbruk, rusmiddellidelse og rusmiddelproblemer som samlebetegnelser på skadelig bruk eller avhengighet av alkohol eller illegale rusmidler.

## **2.2 Rusmiddeldebut og utvikling av rusmiddelmisbruk**

Kjønnsforskjeller hva gjelder årsaker til og forløp av misbruksproblemer er godt dokumentert (Wasilow- Mueller & Erickson, 2001; Greenfield et al., 2010).

Det er små kjønnsforskjeller knyttet til debutalder og eksperimentering med rusmidler i Norge (Klyve, 2007; Vedøy & Skretting, 2009). Kvinner og menn ser imidlertid ut til å være ulike med hensyn til hvilke sosiale påvirkninger rusmiddelmisbruket deres relateres til. Kvinner begynner oftere enn menn å misbruke rusmidler sammen med misbrukende partnere mens menn hyppigere eksperimenterer sammen med jevnaldrende (Ravndal 2011; Ravndal, 2008).

Relasjonsperspektivet går som en rød tråd gjennom mange av teoriene rundt kvinner og menns ulike veier inn i rusmiddelmisbruket. Kvinners identitet utvikles gjennom relasjon og



nærhet til andre. Eksperimentering med rusmidler motiveres således blant annet av den intime og fortrolige forbindelsen som rus gir til andre (Klyve, 2007; Ravndal, 2011). Menns identitet utvikles gjennom avgrensning til andre og eksperimenteringen med rusmidler motiveres i større grad av å distansere seg fra andre og applaudering fra jevnaldrende (Klyve, 2007).

Selv om menn ser ut til å ha en større risiko enn kvinner for å gå fra eksperimentering til etablert misbruk (Klyve, 2007) synes kvinner å være mer sårbare for å utvikle rusmiddelproblemer. Det er for eksempel påvist klare kjønnsforskjeller med hensyn til fysiologiske responser på en rekke rusmidler som representerer en biologisk sårbarhet blant kvinner (Wasilow- Mueller & Erickson, 2001; Lynch, Roth & Carrol, 2002). Eksempelvis forbrenner menn alkohol raskere enn kvinner, både på grunn av ulikheter i kroppsbygging, hormonelle forhold, samt at menn har flere enzymer i magesekken som bryter ned alkohol. Dette gjør at kvinner har høyere alkoholkonsentrasjon i blodet etter å ha drukket tilsvarende mengder alkohol som menn med lik kroppsvekt. Kvinner ser også ut til å utvikle langtidsskader som skrumplever og hjerneskade raskere sammenlignet med menn (Wasilow- Mueller & Erickson, 2001; Lynch et al., 2002).

En rekke studier hevder også at kvinner eskalerer raskere fra eksperimentering til problemfylt bruk og har færre år med rusmiddelbruk bak seg før de opplever medisinske, sosiale og psykiatriske konsekvenser sammenlignet med menn (Hernandez-Avila, Rounsaville & Kranzler, 2004; Greenfield et al., 2010). Denne såkalte teleskopeffekten kommer også til uttrykk ved at kvinnene har en kortere ruskarriere bak seg før de oppsøker behandling. Oppfatningen av teleskopeffektens gyldighet utfordres imidlertid av flere studier som ikke har funnet slike kjønnsforskjeller innen misbruksvikling (Hölscher et al., 2009; Keyes, Martin, Blanco & Hasin, 2010).

## **2.3 Rusmiddelbruk og psykiske lidelser**

Den høye forekomsten av psykiske lidelser blant rusmiddelmisbrukere er veldokumentert i flere store befolkningsstudier (Regier et al., 1990; Kessler et al., 1994; Grant et al., 2004).

Kombinasjonen rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse er forbundet med særlige behandlingsutfordringer (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006; Langås, Malt og Opjordsmoen, 2011) og dårligere behandlingsutfall som viser seg i form av blant annet

hyppigere behandlingsavbrudd, flere rustilbakefall og reinnleggelser (Landheim, 2007; Lauritzen et al, 2012; Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen & Duckert, 2013).

Angstlidelser, affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser er de psykiske lidelsene som forekommer hyppigst blant rusmiddelmissbrukere (Regier et al., 1990; Landheim, 2007; Ravndal, 2011). Utbredelsen av både symptomlidelser (Akse I-lidelser) og personlighetsforstyrrelser (Akse II-lidelser) er imidlertid langt større blant pasienter i rusbehandling sammenlignet med rusmiddelmissbrukere i befolkningen. Eksempelvis viste to norske studier av pasienter i rusbehandling at over 70 prosent av utvalget hadde en eller flere personlighetsforstyrrelser (Landheim et al., 2002; Lauritzen et al., 2012) sammenlignet med 13 prosent i en befolkningsstudie fra Oslo (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001).

Personer med samtidig rus og psykisk lidelse synes å være mer tilbøyelig til å søke seg inn i behandling (Landheim, 2007; Brady et al., 2009; Chen, Strin, Crum & Mojtabai, 2013). En skal derfor være varsom med å trekke slutninger om psykiatrisk komorbiditet fra kliniske populasjoner til befolkningen.

### **2.3.1 Kjønnforskjeller innen psykiatrisk komorbiditet**

Flere studier rapporterer om høyere forekomst av psykiatrisk komorbiditet blant kvinnelige rusmiddelmissbrukere i behandling sammenlignet med menn, men kjønn-forskjellene er ikke tilstrekkelig dokumentert (Landheim, 2007; Brady et al., 2009; Ravndal, 2011). Som nevnt innledningsvis rapporterer imidlertid norske og internasjonale studier av rusmiddelmissbrukere i befolkningen og kliniske utvalg om ulikheter mellom kvinner og menn når det gjelder hvilke psykiske lidelser som opptrer samtidig med ruslidelser. (Landheim, Vaglum og Bakken, 2003; Landheim, 2007; Greenfield et al., 2010; Ravndal, 2011; Lauritzen et al., 2012). Kjønnforskjellene er imidlertid mer beskjedne i studier som har kontrollert for andre komorbide lidelser (Brady et al., 2009). Kjønnforskjeller i forekomst av spesifikke psykiske lidelser har med andre ord heller ikke tilstrekkelig empirisk støtte.

### **2.3.2 Forklaringsmodeller på psykiatrisk komorbiditet**

Hvorfor er det en så sterk sammenheng mellom rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser? En rekke modeller forsøker å forklare dette komplekse samspillet av biologiske, psykologiske, genetiske og sosiale faktorer.

Mueser et al. (2006) beskriver fire slike modeller (og modellenes empiriske støtte) som har oppstått i forsøk på å forklare sammenhengen mellom rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse. Disse beskrives i korte trekk under.

**Fellesfaktormodellen** forklarer samvariasjonen av lidelsene som et resultat av felles risikofaktorer. Det er sterk evidens for at antisosial personlighetsforstyrrelse er en slik predisponerende faktor.

I følge **selvmedisineringsmodellen** er rusmiddelmisbruket utløst av en psykisk lidelse. Modellen består av flere undermodeller hvor den klassiske selvmedisineringshypotesen går ut på at rusmidler brukes for å redusere eller bedre håndtere psykisk smerte. Den best dokumenterte undermodellen er **supersensitivitetsmodellen** som hevder at biologisk sårbarhet kombinert med miljømessig stress kan fremkalle en psykisk lidelse som igjen øker sårbarheten for negative konsekvenser av relativt små mengder rusmidler.

**Skadmodellen** forklarer kausaliteten i motsatt retning hvor risikofaktorer forbundet med rusmiddelbruk utløser en selvstendig psykisk lidelse som ellers ikke ville ha utviklet seg. Kun få studier understøtter denne forklaringsmodellen.

**Gjensidig påvirkningsmodellen** taler for at en rekke faktorer er med på å sette i gang og opprettholde både den psykiske lidelsen og rusmiddelmisbruket. Til tross for lite forskning på denne hypotesen harmonerer en slik interaksjonsmodell med kliniske erfaringer.

Ingen av modellene kan alene forklare alle de komplekse sammenhengene mellom rus- og psykiske lidelser. Sannsynligvis bidrar flere av modellene til å forklare samsykeligheten (Mueser et al., 2006,).

## **2.4 Andre skader og problemer forbundet med rusmiddelmisbruk**

Skadepanoramaet forbundet med rusmiddelmisbruk består av akutte og kroniske skader som blant annet død, overdoser, ulykker, vold og suicidal atferd, somatiske sykdommer, psykiske lidelser som nevnt tidligere, og sosiale problemer (Babor et al., 2010b; Storvoll et al., 2010).

Det er ofte vanskelig å fastslå i hvilken grad skadene og problemene kan tilskrives selve rusmiddelbruken ettersom også en rekke andre forhold spiller inn (Storvoll et al., 2010) Det er også vanskelig å gi et entydig svar på hvilke rusmidler som forårsaker de største

problemene ettersom svaret avhenger av hvorvidt man er opptatt av de negative konsekvensene for den enkelte rusmiddelmissbruker og deres nære omgivelser, eller samfunnet i sin helhet. Eksempelvis er illegalt rusmiddelmissbruk, og særlig sprøytemissbruk, forbundet med alvorlige konsekvenser for den enkelte, men ettersom illegalt rusmiddelmissbruk er mindre utbredt i befolkningen bidrar det i betydelig mindre grad til for eksempel dødsfall og tap av friske leveår sammenlignet med alkoholbruk (Storvoll et al., 2010; Babor et al., 2010b; FHI, 2014)

I denne gjennomgangen fokuseres det hovedsakelig på personlige skader og problemer forbundet med intensivt og langvarig rusmiddelmissbruk.

Høyrisiko rusmiddelmissbrukere har ifølge en europeisk oppsummering 10-20 ganger høyere dødelighet enn den generelle befolkningen (EMCDDA, 2015). Selv om langt flere menn dør av rusrelaterte årsaker (Degenhardt et al., 2013; FHI, 2016), er overdødeligheten større for kvinner enn menn ettersom dødeligheten blant unge kvinner ellers er lav (EMCDDA, 2015).

Overdosedødsfall utgjør hovedtyngden av narkotikautløste dødsfall, særlig i Norge hvor injiserende blandingsmissbruk, dominert av heroin er utbredt (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2014; Amundsen, 2015; EMCDDA, 2015). Det er uvisst hvor mange av overdosedødsfallene som har suicidal intensjon, men man antar at om lag 11 prosent av overdosedødsfallene de siste årene skyldes selvmord (forgiftning med intensjon) (Amundsen, 2015).

Også blant rusmiddelmissbrukere er selvmordsforsøk er en av de viktigste prediktorene for selvmord (Landheim 2007). Selvmordsforsøk er langt mer utbredt blant rusmiddelmissbrukere enn befolkningen ellers, særlig blant dem med psykiatriske tilleggslidelser. Når det gjelder kjønnsforskjeller er forekomst av selvmordsforsøk i motsetning til fullbyrdet selvmord høyere blant kvinner enn menn i en rekke studier av pasienter i rusbehandling, noe man også ser i den generelle befolkningen (Rossow, 1999; Landheim, 2007).

Når det gjelder ikke- dødelige overdoser viser norske studier av aktive rusmiddel-missbrukere varierende kjønnsforskjeller (Gjersing & Sandøy, 2014; Bretteville-Jensen, 2005).

Somatiske sykdommer er utbredt blant rusmiddelmissbrukere. Når det gjelder alkohol er det for eksempel påvist sykdommer i alle kroppens organer unntatt det indre øre (Fekjær, 2011). Blant injeksjonsbrukere er sykdommene primært forårsaket av sprøytebruk fremfor selve

rusmiddelet som injiseres. I 10-årsstudien (Lauritzen et al., 2012) rapporterte over halvparten av pasientene om hepatitt C-smitte.

Rusmiddelmissbruk er forbundet med en rekke sosiale problemer som for eksempel svak tilknytning til arbeidslivet, økonomiske problemer, sosialt utenforskap og kriminalitet (Storvoll et al., 2010). En landsdekkende undersøkelse av domfelte i norske fengsler rapporterte at hele 65 prosent misbrukte rusmidler før innsettelse i fengsel (Cramer, 2014). Menn som misbruker rusmidler begår i større grad kriminelle handlinger enn kvinner (Pelissier, & Jones, 2005; Storbjörk, 2011; Skretting et al., 2015) og er dermed også mer utsatt for kontrollskader som følge av straffereaksjoner. Mannlige rusmiddelmissbrukere utøver også oftere vold og annen risikoatferd (ATV & Tyrilistiftelsen, 2010).

## **2.5 Bruk av behandling ved rusmiddelmissbruk**

De aller fleste som bruker rusmidler er eksperimentbrukere som ikke går over til å bruke rusmiddelet regelmessig, og de fleste henter seg inn på egen hånd eller med hjelp fra familie og nettverk eller selvhjelpstilbud (Fekjær, 2008; Klingemann, Sobell & Sobell, 2010). Også de som har utviklet et rusmiddelproblem søker sjeldent hjelp (Helse Stavanger, 2015)

Rusmiddelmissbruk er forbundet med stigma og skam for både kvinner og menn (Taksdal, 1997; Lossius, 2007; Irgens, 2007; Storbjörk, 2011), men synes i større grad å være uforenelig med det å være kvinne (Wormnes & Skutle, 2005; WHO, 2008; Ravndal, 2008). Slike normer og holdninger kan som nevnt se ut til å være en «buffer» mot bruk og misbruk av rusmidler blant kvinner, men representerer også barrierer mot å oppsøke behandling. Frykten for å miste omsorgen for barn (Greenfield et al., 2010) og det å ha en partner som også misbruker rusmidler synes også å være til hinder for å søke seg inn i behandling (Lossius, 2008). Den høye terskelen for å søke hjelp medfører at mange kvinner først tar kontakt med behandlingsapparatet når problemene har hopet seg opp og alle andre alternativer er utprøvd (Wasilow- Mueller & Erickson, 2001; Wormnes & Skutle, 2005; Lossius, 2008).

Også menn opplever barrierer mot å søke hjelp for sitt rusmiddelmissbruk. Erkjennelse av lidelse og tap av kontroll som er en del av avhengighetslidelsen er i liten grad er forbundet med maskulinitet (Storbjörk, 2011). Kvinner og menn har med andre ord ulike hindringer for å erkjenne problemer og søke behandling.

Kvinner og menn synes å ha ulikt fokus når rusproblemene manifesterer seg. Menn ser i større grad enn kvinnene ut til å relatere problemene de havner i til rusmiddelmisbruket, mens mye tyder på at kvinner som misbruker rusmidler sjelden identifiserer rusmiddelbruket som sitt primære problem og søker snarere behandling i andre deler av hjelpeapparatet som for eksempel psykisk helsevern eller fastlegen for hjelp til å mestre andre helseproblemer (Wormnes & Skutle, 2005; Lossius, 2008; Greenfield et al., 2010). Som nevnt synes kvinnene også å være mer tilbøyelige til å søke poliklinisk rusbehandling fremfor innleggelse i døgntiltak (Taksdal, 1997; Wasilow- Mueller & Erickson, 2001). Ved poliklinisk behandling kan kvinnen ivareta større deler av sitt vanlige liv som for eksempel omsorgsansvar og ansvarsoppgaver i hjemmet. Poliklinisk behandling gjør også omfanget av problemet mindre synlig for omgivelsene sammenlignet med døgnbehandling.

Kvinner og menn kommer i behandling med ulik bakgrunn, men også med ulike motiver (Trulsson, 2003; Ravndal, 2011; Storbjörk, 2011). Kvinners primære motivasjon for å søke seg inn i behandling er ofte knyttet til fysiske og følelsesmessige bekymringer og familie problemer, mens menn synes å være mest påvirket av jobb og rettslige problemer. En kartlegging av pasienter i døgntiltak i TSB i 2012 viste imidlertid ikke betydelige kjønnsforskjeller med hensyn til hva formålet med oppholdet var (Ose & Pettersen, 2014).

## 3 Materiale og metode

I dette kapittelet gjøres det rede for benyttet forskningsdesign, utvalg, metode for datainnsamling og datanalyse. Deretter følger en vurdering av studiens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet, samt etiske betraktninger knyttet til gjennomføring av studien.

### 3.1 Studiedesign

Delstudien har et kvantitativt, deskriptivt design og tar utgangspunkt i et tverrsnittsmateriale av 266 pasienter som startet opp i døgntil behandling innen TSB. Datamaterialet gir muligheter for å beskrive forekomst av ulike fenomen og sammenhenger mellom disse.

Allerede valgt metode gir føringer for hvilke type data og resultater det er mulig å trekke fra studien. Tverrsnittsmaterialet fra NorComt- studien er kun egnet til å gi et øyeblikksbilde ettersom datamaterialet ble innsamlet innenfor et bestemt tidsrom (Januar 2013- april 2015). Det er dermed ikke grunnlag for å si noe om utvikling over tid eller årsaksforhold mellom variablene (Ringdal, 2009). Observerte sammenhenger kan imidlertid danne grunnlag for å gjøre antagelser om påvirkningsfaktorer. Ettersom problemstillingene i denne delstudien ikke tar sikte på å beskrive endringer eller årsaker, men gi et tilstandsbilde, er disse begrensningene ikke av vesentlig betydning for designets egnethet.

### 3.2 Utvalg

Utgangspunktet for denne studien er pasientpopulasjonen i syv døgntiltak innenfor TSB. Utvalget er hentet fra NorComt- studien; en prospektiv, naturalistisk oppfølgingsstudie av personer med misbruk av legale og illegale rusmidler i spesialistbehandling som utføres ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo (SERAF, 2016).

NorComt- studien er en multisenterstudie hvor regionale LAR-sentre og døgntiltak over hele Norge forpliktet seg til å spørre alle pasienter som startet opp i behandling om å delta i studien. Denne delstudien tar kun for seg datamaterialet fra døgntiltakene.

De syv døgntiltakene som ble inkludert i studien ble selektert på bakgrunn av praktiske årsaker ved at de primært befant seg på østlandsområdet, samt gode samarbeidserfaringer fra tidligere forskningsprosjekter. Døgntiltakene er geografisk spredte og relativt like med hensyn til organisasjonsform, ideologi og metodikk. Døgntiltakene gir tilbud til begge kjønn, bortsett fra ett som er et rent kvinnekollektiv. Alle baserer seg hovedsakelig på

behandlingsopphold over lengre tid. De fleste døgntiltakene er behandlingskollektiver bygget på modellen for terapeutiske samfunn (Therapeutic Community).

Det eneste kriteriet for deltakelse i studien var innleggelse i et av de syv døgntiltakene innen de siste tolv ukene uavhengig av hovedrusmiddel. 399 pasienter ble tatt inn i behandling i rekrutteringsperioden. 91 (23%) av pasientene kvalifiserte ikke til deltakelse. Det var ulike årsaker til dette, blant annet at intervju samtale ikke lot seg gjennomføre før de forlot behandlingstiltaket (40%), eller at de av ulike grunner ikke ble informert eller spurt om deltakelse (58%).

42 av de 308 gjenværende pasientene som kvalifiserte til deltakelse ble ikke med i undersøkelsen, hovedsakelig på grunn av manglende samtykke. De 266 pasientene som ble inkludert i undersøkelsen ga en total svarprosent på 67%. Det er utover ovennevnte opplysninger, ikke gitt tilgang til informasjon om kjennetegn ved andelen som falt fra. Det er dermed ikke mulig å foreta noen grundigere frafallanalyse for å undersøke om det var noe som skilte pasientene som ikke deltok i undersøkelsen fra de som deltok.

### **3.3 Datainnsamling og måleinstrumenter**

Datamaterialet består av opplysninger om pasientene innhentet ved hjelp av standardisert spørreskjema med lukkede spørsmål som ble gjennomgått med ansatte ved døgntiltakene. Alle ansatte ble kurset av forskere med betydelig erfaring med kliniske studier og kjennskap til fagfeltet (Ravndal, Clausen, Fiksdal, Abel & Skjærvö).

Intervjuene ble gjennomført fortløpende av nye pasienter i døgntiltakene. Anbefalt intervju tidsrom var 6-8 uker etter oppstart i behandling for å sikre rus- og abstinensfrihet. I snitt ble respondentene intervjuet 18 dager (spredning= 0-84 dager, SD=12.8, median=17) etter behandlingsoppstart. Hele 42 respondenter ble intervjuet samme dag som de startet opp i behandling og kun 17 respondenter innenfor det anbefalte intervju tidsrommet.

Denne delstudien tar kun utgangspunkt i deler av NorComt- studiens spørreskjema som inneholder opplysninger om sosiodemografiske forhold, rusmiddelbruk, psykisk og somatisk helse og behandlingserfaring, samt spørsmål om eventuelle overdoser og selvmordsforsøk. Alle spørsmålene, bortsett fra dem som omhandlet behandlingserfaring og kontrollert miljø siste 30 dager, tilsvarer kartleggingsskjemaet «Situasjon ved behandlingsstart» som benyttes ved påbegynt behandling innen TSB (Helsedirektoratet, 2012).



### 3.4 Operasjonelle definisjoner av grunnbegreper

Døgntiltak omfatter i denne delstudien pasienter som behandles for skadelig rusmiddelbruk eller rusmiddelavhengighet i døgntiltak innenfor TSB. Døgntiltak inkluderer her ikke avrusningsopphold i institusjon.

Mange som kommer i døgnbehandling for rusmiddelmisbruk har vært i et kontrollert miljø (for eksempel sykehus, behandlingstilstander, avrusning, fengsel etc.) forut for inntak som kan påvirke informasjonen i måleperioden ettersom tilgangen til rusmidler er vanskelig. For å fange opp den reelle problembelastningen forut for innleggelse sikter de forespurte tidsreferansene konsekvent til «før eventuelt opphold i kontrollert miljø».

#### **Rusmiddelbruk**

«Rusmiddelbruk» referer i denne delstudien til bruk av alkohol, illegale rusmidler, og avhengighetsskapende medikamenter med tidsreferansene «siste fire uker» og «siste seks måneder».

Etttersom mange rusmiddelmisbrukere bruker flere rusmidler, er de fire mest brukte rusmidlene kartlagt for å sikre et mest mulig valid bilde av det totale rusmiddelbruket. Mest brukte rusmiddel (også omtalt som “hovedrusmiddel” i delstudien) angir det rusmiddelet som ga mest rus-tid eller virkningstid (Helsedirektoratet, 2012).

Rusmiddelbruk er operasjonalisert i kategoriene; type rusmiddel brukt i løpet av de siste seks månedene, inntaksmåte, hvor ofte det er brukt siste fire uker, alder ved første gangs bruk og antall år med problemfylt bruk. Sprøytebruk er kartlagt i hvilken grad respondentene har injisert, alder ved første sprøytebruk og sprøytebruk siste fire uker.

#### **Psykisk helse**

Opplysninger om psykisk helse omfatter lidelser som alvorlig depresjon og angst, vrangforestillinger/hallusinasjoner, samt hvorvidt respondentene har hatt alvorlige tanker om å ta livet sitt, har blitt foreskrevet medisiner for et eller annet psykisk/følelsesmessig problem og hvorvidt informantene har mottatt profesjonell hjelp for psykiske vansker. Tidsvinduene er gjennomgående «siste fire uker» og «tidligere i livet».

Opplysningene om eventuelle psykiske lidelser måler ikke tilstand tilsvarende alvorlig angst, depresjon, vrangforestillinger eller selvmordstanker innenfor diagnosesystemer som DSM-5

(American Psychiatric Association (APA), 2013) eller ICD 10 (World Health Organization (WHO), 1999), men angir respondentenes egne vurderinger.

### **Behandlingserfaring**

Behandlingserfaring omfatter hvorvidt og eventuelt hvor lenge respondentene i løpet av livet har vært i døgnbehandling med/uten LAR og poliklinisk behandling med/uten LAR. Under behandlingserfaring ble også innleggelse i et «kontrollert miljø» kartlagt.

### **Vedvarende somatiske skader**

Vedvarende somatiske skader angir hvorvidt respondentene har vedvarende somatiske sykdommer eller skader som påvirker livsførsel og livskvalitet.

## **3.5 Bearbeiding og analyse av datamaterialet**

Datamaterialet var til dels kvalitetssikret før overlevering. Før de statistiske analysene ble utført ble datamaterialet bearbeidet og undersøkt for manglende data («missing»).

Inkonsistente svar på ulike spørsmål, ekstreme verdier og andre åpenbare feil som dukket opp ved frekvenstillinger ble omgjort til «missing». Variablene ble deretter tilrettelagt for analyse med hensyn til valg av analyseteknikk.

### **3.5.1 Statistiske analyser**

Valg av statistisk prosedyre ble gjort på bakgrunn av variablenes målenivå og hva som skulle testes. Etersom de fleste variablene i datamaterialet har nominalt og ordinale målenivå, ble det hovedsakelig benyttet enkle deskriptive analyseteknikker. De enkelte variablene ble først analysert univariat for å beskrive forekomst, fordeling og sentraltendenser i utvalget.

Bivariate analyser ble deretter benyttet for å identifisere og undersøke forskjeller og sammenhenger som kunne granskes mer inngående. Fem prosent nivå ble gjennomgående brukt for å undersøke om det var signifikante forskjeller mellom variablene.

Analyser av sammenhenger mellom dikotome variabler ble utført ved bruk av krysstabulering og signifikansnivået testet med Pearson`s kji-kvadrattest. I krysstabeller med liten utvalgsstørrelse eller store avvik mellom celtall ble Fisher`s exact-test benyttet.

Kontinuerlige variabler ble analysert med hensyn til hvorvidt de var normalfordelte eller ikke ved bruk av frekvenstillinger, visualisering ved stolpediagram og Shapiro-Wilk test.

Etersom ingen av dataene oppfylte kravene til normalfordeling ble den ikke- parametriske

testen Mann Whitney U Test brukt for å undersøke om påviste forskjeller var statistisk signifikante.

For korrelasjonsanalyser ble den ikke-parametriske testen Spearman's rho benyttet til å studere samvariasjon mellom to eller flere kontinuerlige variabler.

De innsamlede dataene ble kodet og registrert av SERAF i statistikkprogrammet «Statistical Package for the Social Sciences» (SPSS, versjon 22 for Windows). SERAF la til rette for tilgang til utvalgte variabler tilpasset studiens formål. SPSS er brukt i videre analyser.

### **3.6 Reliabilitet og validitet**

Undersøkelser som denne vil alltid innebære utfordringer for reliabilitet og validitet.

Reliabilitet omhandler dataenes pålitelighet og vurderes blant annet ut fra hvorvidt de valgte måleinstrumentene måler på en konsistent og stabil måte, nøyaktigheten i behandlingen av data og i hvilken grad resultatene vil kunne reproduseres ved gjentatte målinger med samme måleinstrument (Ringdal, 2009). Reliabilitet er en forutsetning for at dataene skal kunne brukes til å belyse problemstillinger, men dataene må også være valide ved at de måler det undersøkelsen har som hensikt å måle (Ringdal, 2009). Høy validitet forutsetter høy reliabilitet, men også høy grad av samsvar mellom de operasjonaliserte begrepene en benytter og begrepene teoretiske definisjoner. Ved svak validitet og reliabilitet står en i fare for å trekke feilaktige slutninger.

Som gjort rede for ble det gjort mye arbeid i forkant, underveis og i etterarbeidet av undersøkelsen som styrker kvaliteten av resultatene (Ringdal, 2009). Reliabilitets- og validitetsutfordringer har likevel vært tilstede gjennom hele forskningsprosessen.

Selv om det er en rekke fordeler med ansikt- til ansikt intervju via spørreskjema kan en svakhet være at intervjuer ubevisst kan påvirke svarene og skape intervju effekter (Ringdal, 2009). Ettersom et standardisert, strukturert intervju ble benyttet hvor alle respondentene fikk den samme presentasjonen av spørsmålene og svarene ble registrert på identisk vis, er sannsynligheten for slike intervju effekter begrenset.

Datamaterialets validitet er avhengig av profesjonalitet under intervjuene. Ettersom de ansatte som gjennomførte intervjuene fikk grundig opplæring av erfarne forskere, er det grunn til å anta at intervjuene ble gjennomført etter målsettingen.

Mange rusmiddelmissbrukere kommer inn i døgnbehandling fra en krisepreget situasjon hvor problemene er spesielt store slik at situasjonen ved inntak er dramatisk og atypisk. For å avspeile den reelle situasjonen før inntak er det for de fleste av spørsmålene lagt vekt på den gjennomsnittlige situasjonen siste fire uker/seks måneder før behandlingsstart eller eventuelt kontrollert miljø. Dette kan ha styrket validiteten og reliabiliteten. Ettersom «før kontrollert miljø» ikke var uttrykt ved alle spørsmålene i spørreskjemaet kan imidlertid systematiske målefeil kan ha oppstått som kan undergrave målingenes validitet (Ringdal, 2009). At det var ulike intervjuere som gjennomførte datainnsamlingen kan derimot ha begrenset faren for at eventuelle misforståelser ble repetert. Reliabilitets- og validitetsutfordringer er også knyttet til at flere av spørsmålene i spørreskjemaet har utilstrekkelige svaralternativer som kan ha medført usikkerhet i rapporteringen.

Det kan også være vanskelig å favne hele innholdet i teoretiske begreper i enkle spørsmålsstillinger. Når det gjelder rusmiddelbruk dekker variablene de viktigste aspektene for dette, mens en rekke andre variabler som eksempelvis «vedvarende somatisk skade» er snevrere.

Hvorvidt opplysningene som innhentes gir pålitelig informasjon om for eksempel reelt rusmiddelmissbruk, er viktig å vurdere i undersøkelser basert på selvrapporterte data (Ringdal, 2009). Påliteligheten avhenger av respondentenes evne til å gi korrekt informasjon.

Langvarig og omfattende rusmiddelmissbruk kan svekke korttids- og langtidshukommelse, som igjen kan gjøre det vanskelig å svare på spørsmål om forhold tilbake i tid (Landheim, 2007). Eksempelvis det å huske når en inntok rusmiddelet første gang og kanskje særlig når rusmiddelbruken ble opplevd som problematisk, som for øvrig isolert sett kan være vanskelig å anslå med tanke på glidende overganger mellom bruk og misbruk. Det hefter også usikkerhet ved opplysningene om psykiske vansker siste fire uker da det kan være vanskelig å skille symptomer som følge av en psykisk sykdom fra rus- eller abstinensrelaterte symptomer. Særlig ettersom to tredjedeler av respondentene ble intervjuet før det var gått fire uker.

Mulige feilrapporteringer kan også forekomme ved at respondentene kan ha svart sosialt ønskelig (Ringdal, 2009). Ettersom respondentene ble garantert konfidensialitet og trygget i at rapporterte opplysninger ikke ville påvirke behandlingstilbudet deres negativt, er det grunn til å tro at opplysningene de oppga var pålitelige. Ulike studier har også vist at selvrapportering gir pålitelige svar ved spørsmål om rusmiddelbruk (Landheim, 2007).

Sannsynligheten for feilrapportering vil imidlertid alltid være tilstede. Særlig med hensyn til sensitive spørsmål tidlig i behandlingsforløpet før en trygg relasjon er opparbeidet.

Til tross for ovennevnte utfordringer, anses undersøkelsen å imøtekomme tilfredsstillende reliabilitet og validitet ettersom metodedesignet og datainnsamlingen har gitt relevante data for de overordnede problemstillingene.

### **3.7 Generaliserbarhet**

Generaliserbarhet omhandler hvorvidt studiens funn er gyldige utover det eksakte utvalget og det eksakte tidspunktet som studeres (Ringdal, 2009).

Pasienter i rusbehandling utgjør et spesielt utvalg. De representerer en tallmessig liten andel av rusmiddelmissbrukere befolkningen, og som tidligere nevnt skiller de seg også ut ved å ha et mer alvorlig rusmiddelmissbruk, høyere forekomst av psykiatrisk komorbiditet og mer omfattende helsemessige og sosiale problemer sammenlignet med ruspopulasjonen i den generelle befolkningen. Resultater fra undersøkelser som dette kan derfor ikke generaliseres til å gjelde alle kvinner og menn med rusmiddelproblemer, og trolig heller ikke til alle andre pasientpopulasjoner i andre deler av russektoren ettersom døgnpopulasjonen som nevnt også skiller seg fra for eksempel pasienter i poliklinisk behandling (Lauritzen et al., 2012). Når generaliserbarhet diskuteres her gjelder dette i hvilken grad delstudiets resultater kan generaliseres til å gjelde andre personer i tilsvarende situasjon, altså norske døgnpasienter i TSB.

Frafall representerer en trussel med hensyn til generaliserbarhet, men dersom frafallet er tilfeldig vil ikke utvalgets representativitet påvirkes (Ringdal, 2009). Delstudien har som nevnt ikke opplysninger om for eksempel kjønn og alder ved dem som ikke deltok, og kan derfor ikke anslå hvorvidt det er skjevheter i utvalget. Svarprosenten og komplettheten i materialet er imidlertid tilfredsstillende med tanke på relativt lite frafall og få ubesvarte spørsmål.

Delstudien inkluderte kun en liten andel av rusmiddelmissbrukere som var i døgntilbud i rekrutteringstidsrommet. At respondentene er rekruttert fra flere og geografisk spredte døgntiltak styrker representativiteten. En svakhet er imidlertid at døgntiltakene var relativt like og dermed kun dekker et snevert spekter av døgntilbudene i Norge.

Heterogeniteten i grupper av rusmiddelmissbrukere (både kvinner og menn med både alkohol- og illegalt misbruk) øker imidlertid muligheten for å kunne generalisere resultatene.

Generaliserbarhet kan vurderes ved å sammenligne resultater av ulike undersøkelser av tilnærmet samme utvalg, for eksempel hvorvidt utvalgets demografiske profil samsvarer med demografiske karakteristika i populasjonen (Ringdal, 2009). Kjønnssammensetningen i utvalget sammenfaller godt med andre norske studier av døgnpasienter i russektoren (Lauritzen et al., 1997; Lauritzen et al., 2012; Ose & Pettersen, 2014). De eldste pasientene ser imidlertid ut til å være noe underrepresentert i delstudiens utvalg.

Når det gjelder statistisk generalisering er en sentral svakhet ved delstudien at de signifikante sammenhengene og forskjellene mellom ulike variabler ikke ble kontrollert for mulige konfunderende faktorer. De presenterte funnene har dermed svært begrenset overførbarhet.

Oppsummert er det ikke tilstrekkelig grunnlag for å hevde at resultatene kan generaliseres til å gjelde andre kvinner og menn i døgntilak i TSB.

### **3.8 Etiske betraktninger**

Utvalget i denne delstudien utgjør en sårbar gruppe, både forskningsmessig, som pasienter og som rusmiddelmissbrukere. Flere av spørsmålene i spørreskjemaet berører også følsomme områder som kan være belastende å besvare, spesielt tidlig i behandlingskontakten hvor det ikke har vært god nok tid til å etablere god kontakt med pasientene.

NorComt- studien, som datamaterialet er hentet fra, ble godkjent fra Regional forskningsetisk komité (REK) 19.12.12. Alle respondentene ble informert muntlig og skriftlig om hensikten, metodene og tidsrammen for undersøkelsen, og deltakelse foregikk på frivillig basis etter å ha undertegnet informert samtykke. Respondentene ble også underveis i intervjuet påminnet om at besvarelse var frivillig og gitt muligheten til å ta pauser underveis.

Intervjuskjemaene ble lagret fortløpende på SERAF hvor informasjon som kunne identifisere respondentene ble skilt fra selve intervjuskjemaet og kodenøkkelen som sammenkoblet denne informasjonen ble nedlåst separat. Intervjuene ble overført til SPSS uten personidentifiserende opplysninger, og gitt meg i anonymisert og passordbeskyttet versjon. Det er derfor ikke mulig å gjenkjenne enkeltpersoner i datamaterialet:

Ut fra personsensitive hensyn ble svarene delt og presentert i grove kategorier for å sikre anonymitet innenfor utvalget. Kategorier som etnisk bakgrunn og fødeland ble for eksempel slått sammen til større grupper for å minimere muligheten for å identifisere informantene.

## 4 Resultater

I dette kapittelet beskrives respondentenes situasjon ved inntak til døgntil behandling. Først beskrives noen relevante karakteristika ved utvalget. Deretter belyses funn relatert til forskningsspørsmålene; rusmiddelbruk, psykisk helse, somatisk skade og behandlingserfaring. Det vil også fremkomme opplysninger vedrørende områder som er relatert til disse som overdoser, selvmordsforsøk etc. Resultatene fremstilles ved tekst, tabeller og figurer og er systematisk analysert for kjønnsforskjeller. Funnene presenteres gjennomgående i prosenter.

### 4.1 Demografiske og sosiale kjennetegn ved inntak til behandling

I Tabell 1 presenteres kjennetegn ved utvalget ved inntak til behandling<sup>3</sup>.

**Tabell 1: Sosiodemografiske kjennetegn for menn og kvinner ved inntak til behandling.**

	<b>Menn</b> (n=191)	<b>Kvinner</b> (n=75)	<b>Totalt</b> (n=266)	<b>p-verdi</b>
<b>Gjennomsnittsalder (SD)</b>	28,4 (6,8)	28,0 (7,4)	28,3 (6,9)	0,398
<b>Aldersgrupper, % (n)</b>				
<24 år	30,4 (58)	36 (27)	32,0 (85)	0,375
24-29 år	36,6 (70)	34,7 (26)	36,1 (96)	0,762
>30 år	33,0 (63)	29,3 (22)	32,0 (85)	0,566
<b>Fødeland/ etnisk bakgrunn, % (n)</b>				
Norsk	91,1 (174)	88,0 (66)	90,2 (240)	0,444
Annen europeisk opprinnelse	4,2 (8)	6,7 (5)	4,9 (13)	0,527
Ikke- europeisk opprinnelse	4,7 (9)	5,3 (4)	4,9 (13)	0,762
<b>Sivilstatus, % (n)</b>				
Aldri gift	94,2 (180)	88,0 (66)	92,5 (246)	0,153
Separert/skilt/gjenlevende ektefelle	4,7 (9)	9,3 (7)	6 (16)	0,157
Gift/registrert partner	1 (2)	1,3 (1)	0,8 (2)	1,000
<b>Høyeste fullførte utdanning, % (n)</b>				
Maks grunnskole	62,8 (120)	60,0 (45)	62,0 (165)	0,922
Videregående opplæring	24,6 (47)	30,7 (23)	26,3 (70)	0,239
Faglig yrkesutdanning	11,0 (21)	4,0 (3)	9,0 (24)	0,085
Høyere utdanning	1,0(2)	1,3(1)	1,1 (3)	1,000

<sup>3</sup> Tidsangivelsene for spørsmålene om sosiale forhold var mangelfullt uttrykt i spørreskjemaet ved at det ikke ble konkretisert at det var den aktuelle situasjonen «før inntak til behandling eller eventuelt kontrollert miljø» som ble etterspurt. En kan dermed ikke utelukke at enkelte kan ha rapportert om yrkesstatus, hovedinntektskilde og boforhold ved (eller «siste fire uker» der det ble presisert) intervjuetidspunktet eller mens de oppholdt seg i et kontrollert miljø.



<b>Yrkesstatus, % (n)</b>				
Hverken i jobb eller utdanning	85,9 (164)	93,3 (7)	88,0 (234)	0,154
I jobb	9,4 (18)	2,7 (2)	7,5 (20)	0,044
Under utdanning	3,1 (6)	4,0 (3)	3,4 (9)	0,717
<b>Hovedinntektskilde siste 4 uker, % (n)</b>				
Lønnet arbeid	3,7 (7)	0	2,7 (7)	0,196
Dagpenger	11,5 (22)	6,7 (5)	10,3 (27)	0,241
Sykepenger/ arbeidsavklaringspenger	33,5 (64)	48,0 (36)	37,5 (100)	0,026
Uførepensjon	1,6 (3)	2,7 (2)	1,9 (5)	0,622
Sosialstønad	27,7 (53)	36,0 (27)	30,1 (80)	0,181
Forsørget eller annet	20,9 (40)	5,3 (4)	1,5 (44)	0,002
<b>Boligforhold siste 4 uker, % (n)</b>				
Døgntiltak	29,8 (57)	20,0 (15)	27,1 (72)	0,099
Ingen bolig	13,1 (25)	16,0 (12)	13,9 (37)	0,548
Egen privat bolig	11,0 (21)	14,7 (11)	12,0 (32)	0,416
Privat bolig eid av annen	25,1 (48)	18,7 (14)	23,3 (62)	0,253
Annet	20,4 (39)	30,7 (23)	23,3 (62)	0,079

Missing: Sivilstatus: 1, Høyeste fullførte utdanning: 4, Yrkesstatus: 3, Hovedinntektskilde: 3, Boligforhold: 1.

### **Kjønn, alder og etnisk bakgrunn**

Av de 266 pasientene som deltok i studien var under en tredjedel kvinner (28%).

Gjennomsnittsalder ved inntak til behandling var 28 år (spredning= 17-51 år, SD = 6.9, median=26 år) og halvparten av utvalget var mellom 23 og 32 år. Det var tilnærmet ingen kjønnsforskjeller forbundet med alderssammensetningen, men kvinneandelen var noe større blant de under 21 år (n=27, 41% kvinner (n.s.<sup>4</sup>)) og avtagende med alder. Blant de på 30 år og oppover var tre fjerdedeler (74%) menn. 10% av respondentene var født utenfor Norge eller hadde utenlandsk mor og/eller far (9% menn og 12% kvinner). Av disse hadde halvparten ikke- europeisk bakgrunn.

### **Sivilstatus og barn**

Som tabell 1 viser, var det meget få respondenter som var, eller noen gang hadde vært, gift/registrert partner. Omlag en tredjedel av både mennene og kvinnene hadde egne barn. Det fremkommer ikke opplysninger om hvorvidt respondentene hadde foreldreansvar eller deltok i den daglige omsorgen for barna, men med tanke på at kun 5 respondenter oppga at de bodde sammen med barn under 18 år er det lite som tyder på dette.

<sup>4</sup> n.s. = ikke signifikant

## Utdanning

Mange av respondentene rapporterte om mangelfull utdanning og kun en tredjedel (36%) hadde utdanning utover grunnskolenivå. Det var ingen særlige kjønnsforskjeller innen utdanningsnivå. En noe større andel kvinner oppga videregående opplæring (tabell 1), men ved inklusjon av respondentene som oppga faglig yrkesutdanning ble kjønnsforskjellen utjevnet (36% menn vs. 35% kvinner). Utdanningsnivå er selvsagt aldersbetinget, og de aller yngste i dette datamaterialet kan av aldersmessige årsaker ikke ha fullført sin utdanning. Ved fylte 25 år var det imidlertid heller ikke kjønnsforskjeller med hensyn til utdanningsnivå.

## Arbeidsliv og skolegang

Utdanningsbakgrunn avspeiler seg i respondentenes tilknytning til arbeidsliv og skolegang ved inntak til behandling. Ca. 9 av 10 respondenter oppga at de hverken var i jobb eller utdanning<sup>5</sup>. Kvinnene rapporterte om en svakere tilknytning til arbeidsmarkedet. En signifikant ( $p=0.044$ ) større andel menn oppga at de var i jobb (9% menn vs. 3% kvinner). Den høyere andelen menn med dagpenger som viktigste inntekt bekrefter ytterligere mennenes noe sterkere integrasjon i arbeidsmarkedet.

## Inntekt

Hele 80% av utvalget rapporterte at offentlige stønader var deres viktigste inntektskilde de siste fire ukene. Som tabell 1 viser var sykepenger eller arbeidsavklaringspenger<sup>6</sup> mest utbredt, og en stor andel sosialstønad. Kun 7 respondenter oppga arbeidsinntekt som hovedinntektskilde og alle var menn. En signifikant større andel kvinner mottok sykepenger eller arbeidsavklaringspenger (48% kvinner vs. 34% menn,  $p=0.026$ ). Spørreskjemaet manglet svaralternativer for flere aktuelle inntektskilder som for eksempel inntekter fra kriminell virksomhet/ kvalifiseringsstønad eller dagpenger fra kriminalomsorgen. Dette kan muligens forklare den høye andelen som rapporterte «annet» som viktigste inntektskilde. I tabell 1. består kategorien «annet» også av dem som oppga at de ble forsørget ( $n=13$ ), men også justert for disse oppga signifikant flere menn «annet» som hovedinntektskilde ( $p=0.002$ ).

---

<sup>5</sup> Deltakelse i arbeidsmarkedstiltak ble ikke oppgitt som svaralternativ i spørreskjemaet. Det er mulig at flere av respondentene var i en slik aktivitet med tanke på den høye andelen som oppga at de mottok arbeidsavklaringspenger.

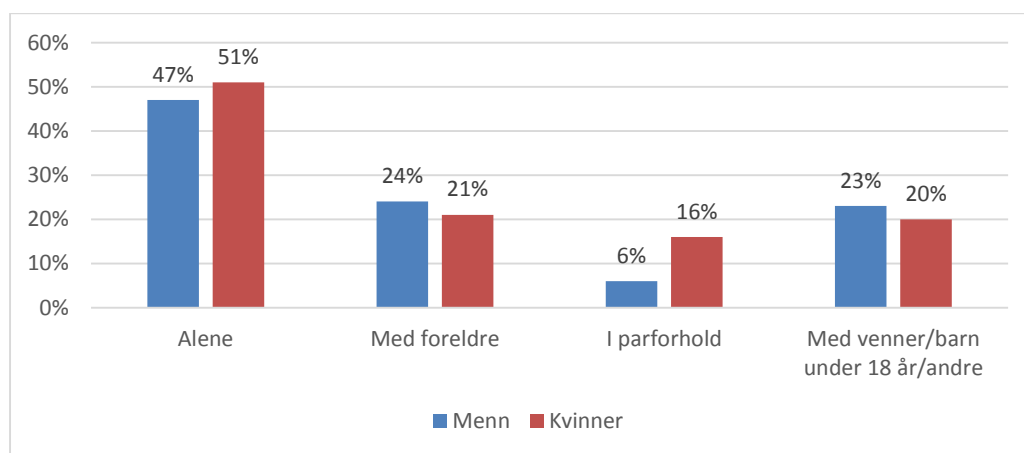
<sup>6</sup> På grunn av uklarheter i spørreskjemaet var det ikke mulig å differensiere hvor stor andel sykepenger utgjorde.

## Boligforhold

Det var flest respondenter (27%) som oppga døgntiltak som boforhold siste fire uker. Som det går frem av tabell 1 gjaldt dette en større andel menn enn kvinner, men forskjellen var ikke signifikant. Henholdsvis 23% og 12% oppga at de bodde i privat bolig eid av annen eller i egen privat bolig. Hele 14 % av utvalget oppga at de ikke hadde bolig. En stor andel oppga også «annet». I tabell 1 inngår også de som oppga hospits/hybelhus/hotell i denne kategorien, men dette utgjorde bare en femtedel av dem. Over halvparten av respondentene opplevde å ha en stabil bosituasjon de siste 4 ukene. En signifikant større andel menn enn kvinner (73% vs. 61%) rapporterte om dette ( $p=0.035$ ).

Signifikant flere kvinner enn menn oppga at de bodde i parforhold før inntak til behandling ( $p=0.013$ ). Nærmest halvparten av respondentene oppga at de bodde alene og andelen som oppga dette var stigende med alder for begge kjønn. En stor andel (23%) rapporterte også at de bodde med foreldre. Dette var tilfelle for 40 % av de yngste (under 24 år).

**Figur 1: «Bor sammen med» før inntak til behandling for menn (n=191) og kvinner (n=75)**



Missing: 6

## 4.2 Rusmiddelbruk

Beskrivelsene i dette delkapittelet tar utgangspunkt i de mest brukte rusmiddeltypene<sup>7</sup>, bruksfrekvens, debutalder og utvikling av problemfylt bruk, samt omfang av sprøytebruk og overdoseerfaringer.

<sup>7</sup> Rusmidlene som ble oppført som svaralternativer var: Ingen, alkohol, cannabis, heroin, metadon/buprenorfin/andre opioider (i LAR-program/ utenfor LAR-program eller ervervet uten forskrivning av

### 4.2.1 Blandingsbruk

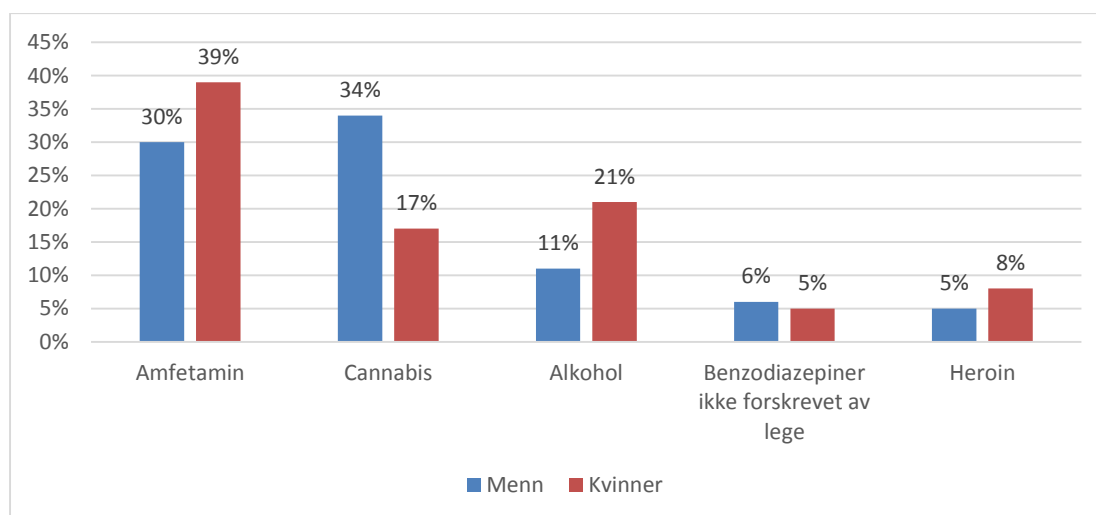
Blandingsbruk var utstrakt i utvalget. Respondentene oppga bruk av gjennomsnittlig 5 rusmidler (spredning= 0-16 rusmidler, SD=3.0) i løpet av de siste 6 månedene dominert av amfetamin, cannabis, alkohol og benzodiazepiner uten forskrivning fra lege. Blandingsbruket var størst blant de yngste og synkende med alder (n.s.). Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller med hensyn til antall rusmidler brukt i løpet av de siste 6 månedene.

### 4.2.2 De mest brukte rusmidlene

Respondentene ble bedt om å rangere de fire mest brukte rusmidlene de siste 6 månedene før inntak til behandling/kontrollert miljø. Ettersom de fleste rapporterte om bruk av flere typer rusmidler er det grunn til å anta at rangeringen av de fire mest brukte rusmidlene var noe tilfeldig. Rusmiddelbruken er derfor både presentert for det mest brukte rusmiddelet (hovedrusmiddel) (Figur 2a) og hvilke rusmidler som hyppigst ble nevnt blant de fire mest brukte (Figur 2b), for å gi et best mulig bilde av det reelle misbruket. Det reelle bildet er muligens annerledes ettersom halvparten (53%) rapporterte om bruk av fem eller flere rusmidler i løpet av de siste 6 månedene.

De mest sjeldent forekommende stoffene er utelatt i figurene, men vil bli belyst i tekstform.

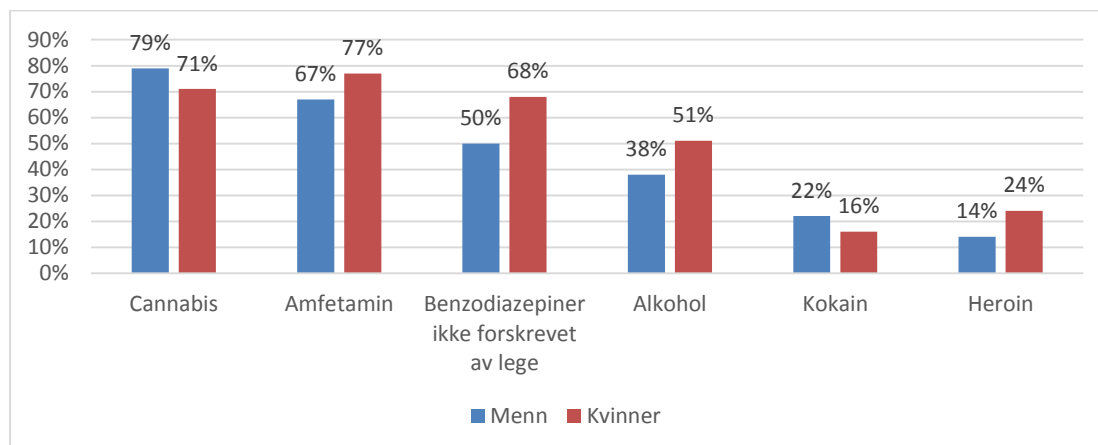
**Figur 2a: Hovedrusmiddel blant menn (n=191) og kvinner (n=75) siste seks måneder før inntak til behandling/kontrollert miljø**



Missing: 3

lege), benzodiazepiner (forskrevet av lege/ ikke forskrevet av lege), andre vanedannende medikamenter, amfetamin, kokain, crack, andre stimulerende midler, LSD og liknende, ecstasy, løsemidler, rødsprit o.l., annet

**Figur 2b: Rusmidler som hyppigst ble nevnt blant de fire mest brukte blant menn (n=191) og kvinner (n=75) siste seks måneder før inntak til behandling/kontrollert miljø**



Som det går frem av figur 2a og b var cannabis og amfetamin de desidert mest brukte rusmidlene, men også benzodiazepiner (BZD) uten forskrivning fra lege ble hyppig nevnt.

Både amfetamin og cannabis ble rapportert som hovedrusmiddel blant en tredjedel av respondentene. Deretter fulgte alkohol (14%), ikke forskrevne BZD (6%) og heroin (6%) som hovedrusmiddel. Med utgangspunkt i «de fire mest brukte» var rangeringen noe annerledes. Cannabisbruk var totalt sett mest utbredt (77%), etterfulgt av amfetamin (70%). Flere rapporterte om bruk av ikke- forskrevne BZD (55%) enn alkohol (41%), og en større andel respondenter oppga bruk av kokain (20%) enn heroin (17%) som et av sine fire mest brukte.

De fleste (78%) av dem som oppga bruk av BZD, ervervet dette uten forskrivning fra lege, mens forskrevne BZD ble rapportert brukt av 16% av utvalget. Metadon, buprenorfin og andre opioider ble også rapportert brukt (n=52). Basert på «de fire mest brukte» oppga 4% bruk av dette forskrevet i LAR program, 7% etter forskrivning fra lege utenfor LAR-program og 9% uten forskrivning av lege. 8% av respondentene oppga bruk av ecstasy som et av sine fire mest brukte rusmidler. Svært få oppga bruk av andre rusmidler.

Det er uttrykt bekymring for utbredelse av nyere typer rusmidler som for eksempel GHB/GBL og nye psykoaktive stoffer. Slike rusmidler ble ikke konkret etterspurt, men kun 13 respondenter rapporterte om «annet» som et av sine fire mest brukte.

## Kjønnsforskjeller

Det var store likheter mellom kjønnene med hensyn til hvilke rusmidler som ble rapportert brukt, men den totale utbredelsen var noe ulik (Figur 2b). Det var også kjønnsforskjeller vedrørende hvilke rusmidler som ble rapportert som hovedrusmiddel (Figur 2a).

De største kjønnsforskjellene var knyttet til bruk av cannabis, alkohol og ikke- forskrevne BZD. Som vist i figur 2a oppga en signifikant større andel menn enn kvinner cannabis som sitt hovedrusmiddel ( $p=0.006$ ). Kvinnene rangerte i større grad cannabis som sitt nest mest og tredje mest brukte rusmiddel, men også med utgangspunkt i alle «de fire mest brukte» rusmidlene (Figur 2b) var cannabisbruk mest utbredt blant menn sammenlignet med kvinner, henholdsvis 79% og 61%. Kjønnsforskjellen var imidlertid ikke signifikant ( $p= 0.145$ ). Kjønnsforskjellene viste seg særlig blant dem under 30 år, hvor 40% av mennene og 19% av kvinnene oppga cannabis som hovedrusmiddel ( $p=0.005$ ). Også basert på «de fire mest brukte» var kjønnsforskjellene størst blant de yngste, men ikke signifikant ( $p=0.091$ ).

Når det gjaldt alkoholbruk var kjønnsfordelingen motsatt (Figur 2a). En signifikant større andel kvinner enn menn oppga alkohol som sitt hovedrusmiddel, henholdsvis 21% og 11% ( $p=0.016$ ). Kjønnsforskjellene var stigende med alder og blant dem fra 30 år og oppover oppga hele 27% av kvinnene alkohol som det mest brukte sammenlignet med 11% av mennene ( $p=0.075$ ). Kvinnene oppga også i større utstrekning enn menn alkohol som et av sine fire mest brukte rusmidler (Figur 2b). Halvparten av kvinnene oppga dette sammenlignet med 38% av mennene. Forskjellen var tilnærmet signifikant ( $p= 0.053$ ). Også her var kjønnsforskjellene økende med alder, og blant dem fra 30 år og oppover oppga en nesten dobbelt så stor andel kvinner (64%) enn menn (33%) alkohol som et av sine fire mest brukte rusmidler ( $p=0.013$ ).

Kjønnsforskjeller ble også funnet innen bruk av ikke forskrevne BZD. En signifikant større andel kvinner (68%) enn menn (50%) oppga dette som et av sine fire mest brukte rusmidler ( $p=0.009$ ). Kjønnsforskjellen var størst i den mellomste aldersgruppen (24 til 29 år), hvor 43% av mennene og 65% av kvinnene oppga dette som et av de fire mest brukte ( $p=0.050$ ).

Som vist i figur 2b rapporterte en langt større andel kvinner enn menn også heroin som et av sine fire mest brukte rusmidler (24% vs. 14%) ( $p=0.054$ ). Kjønnsforskjellen var signifikant blant dem under 30 år, hvor 28% av kvinnene og 13% av mennene i dette alderssegmentet oppga bruk av heroin ( $p=0.016$ ). En større andel menn enn kvinner i totalutvalget oppga

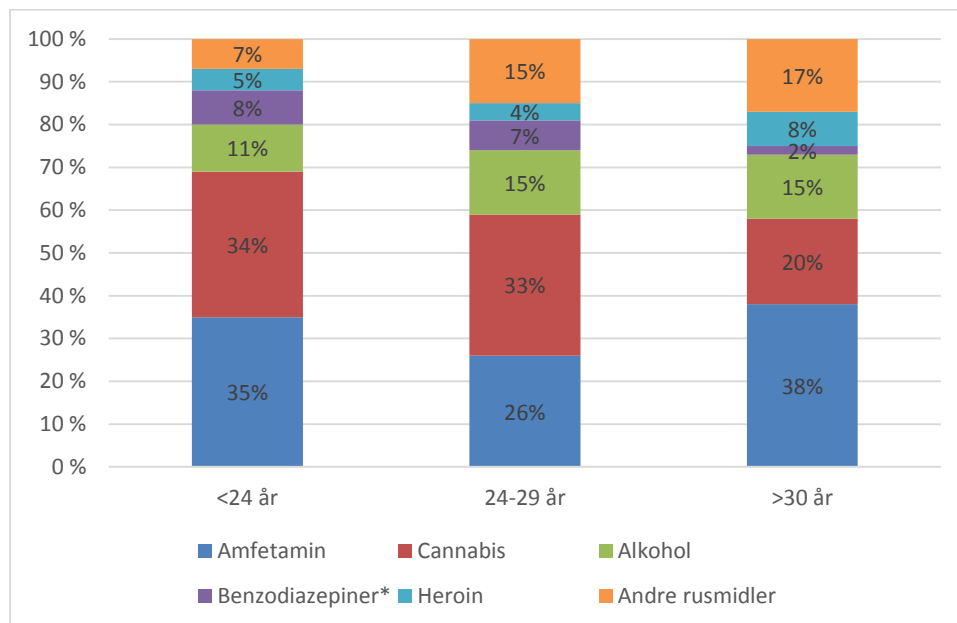
imidlertid bruk av metadon, buprenorfin og/eller andre opioider som var forskrevet utenfor LAR-program eller ervervet uten forskrivning av lege. Ved inklusjon av disse var kjønnsforskjellene samlet sett svært små med hensyn til opioidbruk.

Det var også tendenser til kjønnsforskjeller knyttet til av amfetamin- og kokainbruk, hvor en større andel kvinnene rapporterte om bruk av amfetamin (særlig de yngste), mens kokainbruk var mest utbredt blant menn. Kjønnsforskjellene var imidlertid ikke statistisk signifikante. Det var også liten forskjell mellom kvinner og menn når det gjaldt bruk av andre rusmidler enn de ovennevnte.

### Aldersforskjeller

Noen aldersforskjeller pekte seg ut. De største forskjellene ble funnet for cannabis og BZD uten forskrivning fra lege. Disse rusmidlene utgjorde oftere hovedrusmidlene i de to yngste aldersgruppene sammenlignet med de over 30 år, men forskjellene var ikke signifikante.

**Figur 3: Hovedrusmiddel fordelt på aldersgrupper siste seks måneder før inntak til behandling/kontrollert miljø (n=266), prosentandel av rusmiddelgruppene**



\*BZD uten forskrivning fra lege

Missing: 3

Heroin ble derimot oftere rapportert som hovedrusmiddel i den eldste gruppen fra 30 år og oppover. Andelen som rapporterte alkohol som sitt mest brukte rusmiddel var også stigende med alder og mest utbredt blant dem fra 24 år og oppover. Blant de eldste var det også et større innslag av rusmidler som metadon/buprenorfin og/eller andre opioider og noen flere

som oppga bruk av BZD forskrevet av lege. Andre rusmidler som ikke inngår i figur 3 var mer spredt mellom de ulike aldersgruppene.

### 4.2.3 Bruksfrekvens

Respondentene ble spurt om hvor ofte de hadde brukt de nevnte rusmidlene de siste fire ukene før inntak til behandling/ kontrollert miljø. Spørsmålene hadde seks svarkategorier fra «ikke brukt» til «daglig bruk»<sup>8</sup>. Disse ble omkategorisert til tre kategorier.

**Tabell 2: Bruksfrekvens hovedrusmiddel blant menn (n=191) og kvinner (n=75) siste 4 uker før inntak til behandling/kontrollert miljø, prosentandel av rusmiddelgruppen (n)**

	Flere ganger i uken		<1 gang i uken til ca ukentlig		Ikke Brukt	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
<b>Amfetamin (n=87)</b>	41,4 (24)	41,4 (12)	12,1 (7)	17,2 (5)	46,6 (27)	41,4 (12)
<b>Cannabis (n=78)</b>	67,7 (44)	69,2 (9)	7,7 (5)	7,7 (1)	26,2 (17)	23,1 (3)
<b>Alkohol (n=36)</b>	55,0 (11)	50,0 (8)	20,0 (4)	25,0 (4)	15,0 (3)	25,0 (4)
<b>BZD* (n=16)</b>	33,3 (4)	50,0 (2)	0 (0)	25,0 (1)	66,7 (8)	25,0 (1)
<b>Heroin (n=15)</b>	66,7 (6)	50,0 (3)	0 (0)	0 (0)	33,3 (3)	50,0 (3)

\*BZD uten forskrivning fra lege

Missing: Alkohol: 1

Den gjennomsnittlige bruksfrekvensen av det angitte hovedrusmiddelet lå mellom 2-4 dager i uken. Halvparten av respondentene oppga bruk av sitt hovedrusmiddel flere ganger i uken, og litt over en tredjedel rapporterte om daglig bruk de siste fire ukene før kontrollert miljø.

Som vist i tabell 2 rapporterte dem med cannabis som hovedrusmiddel om hyppigst inntak.

Den rapporterte bruksfrekvensen av de ulike rusmidlene var relativt lik for kvinner og menn.

### 4.2.4 Debutalder og problemfylt bruk

Respondentene ble spurt om alder ved første gangs bruk og hvor mange år de hadde hatt et problemfylt bruk av de fire mest brukte rusmidlene. Ut fra disse variablene ble det utarbeidet variabler for alder ved problemfylt bruk og differansen mellom debutalder og alder ved problemfylt bruk for å undersøke eventuelle forskjeller i problemutvikling mellom de ulike rusmidlene og kjønn. Dette presenteres i tabell 3.

<sup>8</sup> Svarkategorier for bruksfrekvens var; ikke brukt/ sjeldnere enn en gang i uken/ omtrent ukentlig/ 2-4 ganger i uken/ 5-6 ganger i uken/ daglig.



**Tabell 3: Debutalder, alder ved opplevd problemfylt bruk og antall år mellom første gangs bruk og problemfylt bruk (differanse) for menn og kvinner basert på de 4 mest brukte rusmidlene, gjennomsnittlig antall år (SD)**

	<b>Menn (n=191)</b>	<b>Kvinner (n=75)</b>	<b>Total (n=266)</b>	<b>p-verdi</b>
<b>Cannabis (n=204)</b>				
Debutalder	14,6 (2,9)	14,8 (2,5)	14,6 (2,8)	0,636
Alder ved problemfylt bruk	18,8 (6,3)	19,8 (6,0)	19,1 (6,2)	0,097
Differanse	4,2 (5,9)	5,0 (6,0)	4,5 (5,9)	0,156
<b>Amfetamin (n=185)</b>				
Debutalder	17,0 (3,9)	17,3 (4,2)	17,1 (4,0)	0,671
Alder ved problemfylt bruk	20,6 (5,3)	21,0 (6,4)	20,7 (5,6)	0,852
Differanse	3,6 (4,3)	3,7 (4,9)	3,6 (4,5)	0,688
<b>Benzodiazepiner* (n=147)</b>				
Debutalder	17,4 (3,9)	16,8 (4,2)	17,2 (3,9)	0,083
Alder ved problemfylt bruk	22,2 (7,3)	20,4 (5,6)	21,6 (6,8)	0,150
Differanse	4,8 (5,8)	3,6 (5,0)	4,4 (5,5)	0,318
<b>Alkohol (n=110)</b>				
Debutalder	13,1 (2,3)	13,3 (2,5)	13,1 (2,4)	0,901
Alder ved problemfylt bruk	20,7 (7,7)	22,8 (8,5)	21,4 (8,0)	0,230
Differanse	7,6 (6,9)	9,5 (8,3)	8,3 (7,5)	0,152
<b>Kokain (n=54)</b>				
Debutalder	18,9 (4,4)	19,0 (4,6)	18,9 (4,4)	0,817
Alder ved problemfylt bruk	22,5 (4,8)	20,5 (4,9)	22,1 (4,9)	0,187
Differanse	3,6 (3,5)	1,5 (2,3)	3,2 (3,4)	0,044
<b>Heroin (n=45)</b>				
Debutalder	18,8 (3,8)	19,3 (6,3)	19,0 (4,8)	0,651
Alder ved problemfylt bruk	21,7 (4,8)	21,3 (6,1)	21,6 (5,3)	0,651
Differanse	2,9 (3,7)	2,0 (1,8)	2,6 (3,1)	0,673

\*Benzodiazepiner uten forskrivning fra lege

### Debutalder

Som det går frem av tabell 3 startet alkoholbruken for de fleste i 13 årsalderen (spredning: 5-22år). De fleste (78%) debuterte med alkohol før fylte 15 år og en tredjedel (35%) før fylte 13 år. Cannabisbruken begynte også tidlig, gjennomsnittlig i 14-15 årsalderen (spredning= 12-30 år). Majoriteten (ca. 80%) debuterte med cannabis før fylte 17 år. Debutalder for cannabis og alkohol ligger med andre ord på ungdomsskoletrinnet.

Den gjennomsnittlige debuten av amfetamin og ikke- forskrevne BZD skjedde like etter fylte 17 år (spredning amfetamin= 11-39 år og for BZD=: 8-33 år) og var forbundet med større spredning i alder enn de ovennevnte. Variasjonen i debutalder var også stor for første gangs bruk av kokain og heroin med en gjennomsnittlig debutalder på ca 19 år (spredning kokain= 12-30 år og heroin= 11-41 år).

Som det går frem av tabell 3 rapporterte mennene gjennomsnittlig om tidligere debut enn kvinnene av alle rusmidlene bortsett fra ikke forskrevne BZD hvor kvinnene gjennomsnittlig debuterte et halvt år tidligere. Kjønnsforskjellene var imidlertid svært små for alle rusmidlene.

### **Problemutvikling**

Mange eksperimenterer med rusmidler forholdsvis tidlig uten at det nødvendigvis fører til problemfylt bruk med det første. Som vist i tabell 3 (differanse) oppga respondentene raskest problemutvikling for heroin med 2.5 år mellom første gangs bruk og opplevd problemfylt bruk, deretter kokain og amfetamin. Alkohol var ikke overraskende det rusmiddelet som det ble rapportert om lengst periode mellom første gangs bruk og opplevd problemfylt bruk.

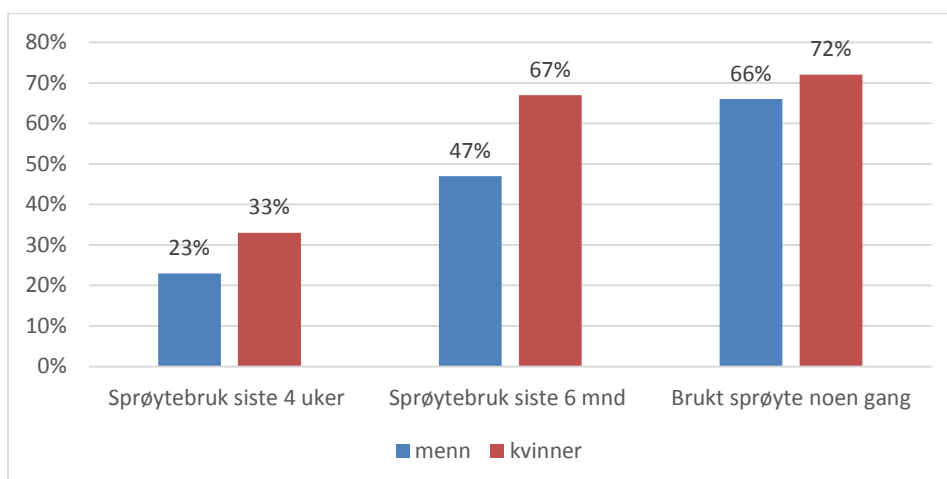
For cannabis, amfetamin og alkohol oppga mennene raskest problemutvikling, mens kvinnene rapporterte om kortere tid mellom første gangs bruk og opplevd problemfylt bruk for ikke- forskrevne BZD, kokain og heroin. For kokain var denne kjønnsforskjellen signifikant ( $p= 0.044$ ). Utover dette ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller, men kvinnene oppga vesentlig raskere problemutvikling ved bruk av ikke- forskrevne BZD ( $p=0.083$ ).

Det ble ikke ansett som interessant å sammenholde debutalder med alder ved oppstart i behandling da de fleste hadde flere behandlingsopphold bak seg.

### **4.2.5 Sprøytebruk**

To tredjedeler (68%) hadde brukt sprøyter noen gang, halvparten (53%) siste halvåret og en fjerdedel (26%) i løpet av den siste måneden før inntak. Gjennomsnittlig debutalder for sprøyter var 20 år (menn 19.7 år (SD=4.8) vs. kvinner 20.4 år (SD=6.4)) (n.s).

**Figur 4: Sprøytebruk blant menn (n=191) og kvinner (n=75)**

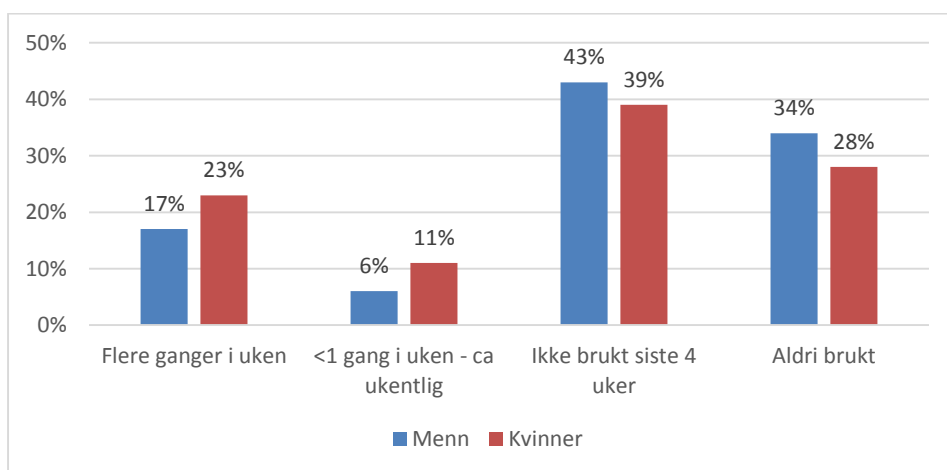


\*Missing: Brukt sprøyte noen gang; 1, Sprøytebruk siste 4 uker; 1

En større andel kvinner enn menn injiserte amfetamin (72% vs. 62%) og heroin (76% vs. 63%) (n.s.). En større andel kvinner enn menn rapporterte også om sprøytebruk både noen gang, i løpet av de siste seks månedene og de siste fire ukene. Kjønnsforskjellene var imidlertid kun signifikant for de siste seks månedene ( $p=0.004$ ).

En fjerdedel av utvalget og 38% av dem som hadde brukt sprøyter noen gang, oppga sprøytebruk i løpet av de siste fire ukene<sup>9</sup>. Av disse rapporterte oppunder tre fjerdedeler at de brukte sprøyter flere ganger i uken.

**Figur 5: Hyppighet av sprøytebruk siste fire uker for menn (n=191) og kvinner (n=75).**



Missing: 1

<sup>9</sup> Når det gjaldt sprøytebruk siste fire uker ble det ikke konkretisert i spørreskjemaet hvorvidt det var snakk om før inntak til behandling eller eventuelt kontrollert miljø.

### 4.2.6 Overdoser

Respondentene ble spurt om hvor mange ganger de hadde tatt overdose i løpet av livet og hvilket rusmiddel overdosene var forbundet med. Besvarelsene er sannsynligvis forbundet med en viss feilrapportering ettersom sammenhenger mellom overdose og type rusmidler kan være vanskelig å fastslå ved utstrakt blandingsmisbruk (Amundsen, 2015). Rapporterte sammenhenger mellom overdose og type rusmiddel er derfor utelatt i følgende beskrivelser.

Over halvparten (64%) av utvalget rapporterte at de hadde tatt overdose; 63% av mennene (n=121) og 67% av kvinnene (n=50) (n.s.). Gjennomsnittlig antall overdoser var 3.5 (Spredning= 0-34, SD=5.5, median=1). Det var ikke forskjeller mellom menn og kvinner med hensyn til antall overdoser. Det var imidlertid en signifikant sammenheng mellom antall overdoser og antall rusmidler brukt de siste seks månedene, hvor de med størst blandingsbruk rapporterte om flere overdoser ( $p < 0.001$ ,  $RS = 0.33$ ).

## 4.3 Psykiske lidelser

Respondentene ble spurt om hvorvidt de opplevde å ha psykiske lidelser/vansker de siste 4 ukene og tidligere i livet, samt om de hadde mottatt profesjonell hjelp og medikamentell behandling for et psykisk problem.

**Tabell 4: Forekomst av alvorlige psykiske lidelser, samt medikamentell og annen profesjonell behandling av psykiske vansker blant menn og kvinner.**

	<b>Menn</b> <b>(n=191)</b> % (n)	<b>Kvinner</b> <b>(n=75)</b> % (n)	<b>Total</b> <b>(n=266)</b> % (n)	<b>p-verdi</b>
<b>Depresjon</b>				
Siste 4 uker	25,7 (49)	20,0 (15)	24,1 (64)	0,358
Tidligere i livet	70,7 (135)	80,0 (60)	73,3 (195)	0,065
<b>Angst</b>				
Siste 4 uker	34,6 (66)	37,3 (28)	35,3 (94)	0,670
Tidligere i livet	75,4 (144)	76,0(57)	75,2 (200)	0,816
<b>Vrangforestillinger/ hallusinasjoner</b>				
Siste 4 uker	13,1 (25)	14,7 (11)	13,9 (37)	0,823
Tidligere i livet	60,7 (116)	70,7 (53)	63,5 (169)	0,135
<b>Selv mordstanker</b>				
Siste 4 uker	4,2 (8)	13,3 (10)	6,8 (18)	0,008
Tidligere i livet	50,3 (96)	72,0 (54)	56,4 (150)	0,002

**Blitt forskrevet medisiner for et psykisk problem**

Siste 4 uker	29,3 (56)	34,7 (26)	30,8 (82)	0,395
Tidligere i livet	65,4 (125)	69,3 (52)	66,5 (177)	0,581

**Mottatt profesjonell hjelp for psykiske vansker**

	67,7 (128)	84,0 (63)	72,3 (191)	0,019
--	------------	-----------	------------	-------

Missing: Depresjon (siste 4 uker; 1/ tidligere i livet; 3), Angst tidligere i livet; 3, Vrangforestillinger tidligere i livet; 2, Forskrevet medisiner for psykisk problem livet; 1, Tanker om å ta livet a seg tidligere i livet; 2.

9 av 10 respondenter oppga at de hadde hatt en av de forespurte psykiske lidelsene (tabell 4) i løpet av livet og de aller fleste (81%) rapporterte om flere. Mest utbredt var angst etterfulgt av depresjon, vrangforestillinger og selvmordstanker. Når det gjelder forekomst av psykiske lidelser de siste fire ukene rapporterte nærmest halvparten (47%) av respondentene om dette hvor angst var mest utbredt etterfulgt av depresjon, vrangforestillinger og selvmordstanker.

Nærmest alle som rapporterte om psykiske lidelser siste fire uker oppga at de hadde hatt de samme psykiske lidelsene tidligere i livet. De som rapporterte om en eller flere psykiske lidelser de siste fire uker hadde et mer omfattende blandingsmisbruk siste halvår ( $p=0.004$ ), oppga hyppigere bruk av hovedrusmiddel (siste fire uker) ( $p=0.016$ ), og hadde i større grad brukt sprøyter de siste fire ukene ( $p=0.003$ ).

Som tidligere problematisert kan intervju tidspunktet påvirke rapporteringen av eventuelle psykiske lidelser siste fire ukene før inntak til behandling. Sammenligninger av dem som ble intervjuet de første fire ukene etter inntak til behandling og de som ble intervjuet senere viste imidlertid ingen forskjeller med hensyn til forekomst av psykiske lidelser de siste 4 ukene. Det var heller ikke forskjeller mellom de som ble intervjuet innen en uke sammenlignet med resten av utvalget.

Kvinnene rapporterte om signifikant flere psykiske lidelser tidligere i livet sammenlignet med menn ( $p=0.019$ ). 72% av kvinnene sammenlignet med 58% av mennene oppga eksempelvis 3 eller fire psykiske lidelser. Det var ikke kjønnsforskjeller innen totalomfang av psykiske lidelser siste fire uker.

Som vist i tabell 4 hadde signifikant flere kvinner alvorlige tanker om å ta livet sitt både i løpet av de siste fire ukene ( $p=0.008$ ) og tidligere i livet ( $p=0.002$ ). Kjønnsforskjellen var stigende med alder og hele 77% ( $n=17$ ) av kvinnene mot 44% ( $n=28$ ) av mennene over 29 år oppga at de hadde hatt tanker om å ta livet sitt tidligere i livet.

En signifikant større andel kvinner enn menn oppga også at de hadde mottatt profesjonell hjelp for psykiske vansker ( $p=0.019$ ). Også her var kjønnsforskjellen størst blant de over 29 år med 91% kvinner ( $n=20$ ) og 57% menn ( $n=36$ ).

Som det går frem av tabell 4 var det tendenser til hyppigere rapportering av også andre psykiske plager sammenlignet med mennene, særlig livstidsforekomst av depresjon (n.s.).

De signifikante kjønnsforskjellene innen selvmordstanker gjenspeilet seg ikke i rapporterte selvmordsforsøk. Hele 42% av respondentene opplyste at de hadde forsøkt å ta selvmord i løpet av livet. 41% av mennene og 45% av kvinnene (n.s.). De fleste av disse (63%) hadde forsøkt å ta selvmord ved overdose. Det var heller ikke her betydelige kjønnsforskjeller.

## 4.4 Somatisk sykdom og skade

Respondentene ble spurt om hvorvidt de hadde vedvarende somatiske sykdommer og/eller skader, heretter omtalt som somatisk skade, og om de hadde blitt testet for og hadde kunnskap om blodsmittavirus.

**Tabell 5: Sykdom og skade for menn og kvinner.**

	<b>Menn</b> <b>(n=191)</b> % (n)	<b>Kvinner</b> <b>(n=75)</b> % (n)	<b>Total</b> <b>(n=266)</b> % (n)	<b>p-verdi</b>
<b>Vedvarende somatiske sykdommer/skader</b>	40,3 (77)	32,0 (24)	38,0 (101)	0,202
<b>Testet for blodsmittavirus</b>				
Testet for Hepatitt B	59,7 (114)	68,0 (51)	62,0 (165)	0,125
Testet for Hepatitt C	66,5 (127)	73,3 (55)	68,4 (182)	0,098
Testet for HIV	59,7 (114)	65,3 (49)	61,3 (163)	0,178
<b>Egen kunnskap om blodsmittavirus</b>				
Hepatitt B	12,6 (24)	14,7 (11)	13,2 (35)	0,425
Hepatitt C	26,2 (50)	2,3 (19)	25,9 (69)	0,780
HIV	11,5 (22)	10,7 (8)	11,3 (30)	0,973

Missing: Vedvarende somatiske sykdommer eller skader: 3 menn og 1 kvinne,

Som det går frem av tabell 5 rapporterte over en tredjedel om vedvarende somatiske skader. Ingen kjønns- eller aldersforskjeller ble funnet, og det var heller ikke signifikante sammenhenger mellom somatisk skade og bruk av sprøyter.

Over halvparten av det totale utvalget hadde testet seg for blodsmittavirus. Det var likevel en mindre andel som rapporterte at de var kjent med hvorvidt de hadde blodsmittavirus.

## 4.5 Behandlingserfaring

Respondentene ble spurt om antall måneder siden siste rusbehandling og hvor mange måneder de hadde vært behandlet i poliklinikk og døgntiltak med eller uten LAR.

Nærmest alle (97%) hadde mottatt behandling for sitt rusmiddelproblem tidligere.

Gjennomsnittlig tid siden siste rusbehandling var 4 år og 7 måneder (spredning= 0-612 mnd, SD=168.2, median= 8 mnd). Ca. halvparten (47%) hadde vært i en form for rusbehandling i løpet av det siste halvåret før inntak i døgntiltak. Ingen kjønnsforskjeller ble funnet. Det var imidlertid en signifikant negativ sammenheng mellom alder og tid siden siste behandlingskontakt ( $p=0.005$ ). Sammenhengen var imidlertid ikke særlig sterk ( $RS=0,17$ ).

**Tabell 6: Behandlingserfaring innen russektoren for menn og kvinner**

	<b>Menn (n=191)</b>	<b>Kvinner (n=75)</b>	<b>Total (n=266)</b>	<b>p-verdi</b>
	% (n)	% (n)	% (n)	
<b>Døgntiltak uten LAR</b>	69,1 (132)	80,0 (60)	72,2 (192)	0,106
<b>Døgntiltak med LAR</b>	7,9 (15)	8,0 (6)	7,9 (21)	0,812
<b>Poliklinisk behandling uten LAR</b>	64,4 (123)	89,3 (67)	71,4 (190)	<0,001
<b>Poliklinisk behandling med LAR</b>	6,3 (12)	6,7 (5)	6,4 (17)	0,92

Missing: Døgntiltak uten LAR: 6, Døgntiltak med LAR: 21, Poliklinisk behandling uten LAR: 15, Poliklinisk behandling med LAR: 19.

De fleste rapporterte om behandling både innen poliklinikk og døgntiltak, og 14% av alle respondentene hadde vært i LAR- behandling (27 menn vs. 11 kvinner).

Som vist i tabell 6 hadde en signifikant større andel kvinner vært i poliklinisk behandling tidligere. En større overvekt av kvinnene sammenlignet med mennene hadde også vært innlagt i døgntiltak tidligere (88% vs. 77%) (n.s.).

**Tabell 7: Gjennomsnittlig antall måneder i rusbehandling i løpet av livet for menn og kvinner, gjennomsnittlig antall måneder (SD)**

	<b>Menn (n=191)</b>	<b>Kvinner (n=75)</b>	<b>Total (n=266)</b>	<b>p-verdi</b>
<b>Døgntiltak uten LAR</b>	7,1 (9,6)	8,8 (13,3)	7,6 (10,8)	0,319
<b>Døgntiltak med LAR</b>	0,9 (6,5)	0,6 (2,8)	0,8 (5,7)	0,758
<b>Poliklinisk behandling uten LAR</b>	15,1 (26,3)	22,7 (29,2)	17,3 (27,4)	<0,001
<b>Poliklinisk behandling med LAR</b>	1,1 (9,4)	1,4 (5,3)	1,2 (8,3)	0,995

Missing: Døgntiltak uten LAR: 6, Døgntiltak med LAR: 21, Poliklinisk behandling uten LAR: 15, Poliklinisk behandling med LAR: 19.

Over halvparten (55%) hadde vært i rusbehandling i et år eller mer og 41% i minst to år. Som det går frem av tabell 7 oppga kvinnene signifikant flere måneder i poliklinisk behandling uten LAR (median= 12 mnd) enn mennene (median= 4 mnd). Kjønnsforskjellene var størst blant de eldste (over 29 år) hvor kvinnene gjennomsnittlig rapporterte om 18.6 måneder (median= 16,5 mnd) i poliklinisk behandling sammenlignet med 12.8 måneder (median= 2 mnd) blant menn (p=0.002).

Det var ingen tydelige aldersforskjeller med hensyn til antall måneder i behandling bortsett fra døgnbehandling/poliklinikk med LAR hvor de to eldste aldersgruppene (fra 24 år og oppover) hadde lengre behandlingserfaring. Ulikhetene med hensyn til behandlingsbakgrunn for kvinner og menn kunne med andre ord ikke forklares med aldersforskjeller.

**Tabell 8: Innleggelser i kontrollert miljø i løpet av de siste 30 dagene før behandlingsoppstart for menn (n=191) og kvinner (n=75)**

	<b>Menn</b> % (n)	<b>Kvinner</b> % (n)	<b>Total</b> % (n)	<b>p-verdi</b>
<b>Nei</b>	24,1 (46)	21,3 (16)	23,3 (62)	0,633
<b>Noen form for kontrollert miljø</b>	75,9 (145)	78,7 (59)	76,7 (204)	0,633
Fengsel	12,6 (24)	4,0 (3)	10,2 (27)	0,037
Behandlingsinstitusjon for rusmiddelmissbrukere	7,9 (15)	6,7 (5)	7,5 (20)	0,741
Somatisk sykehus	0,5 (1)	2,7 (2)	1,1 (3)	0,136
Psykiatrisk sykehus/klinikk	4,7 (9)	4,0 (3)	4,5 (12)	0,801
Bare avrusning	40,3 (77)	53,3 (40)	44,0 (117)	0,054
Annet kontrollert miljø	9,9 (19)	8,0 (6)	9,4 (25)	0,640

Over tre fjerdedeler av utvalget var innlagt i en eller annen form for kontrollert miljø i løpet av de siste 30 dagene. Det var ingen forskjeller mellom kvinner og menn.

Som vist i tabell 8 oppga signifikant flere menn enn kvinner at de hadde vært i fengsel i løpet av de siste 30 dagene før behandlingsstart (p=0.037). Dette var relativt likt fordelt i de ulike aldersgruppene.

En tilnærmet signifikant større andel kvinner enn menn oppga avrusningsopphold i forkant av oppstart av døgnbehandling. Overvekten av kvinner var særlig stor blant de yngste (under 24 år) (20% vs. 11%) (n.s).



## 5 Diskusjon

I dette kapittelet vil delstudiens problemstillinger og resultater bli oppsummert og drøftet opp mot forskningslitteraturen på feltet. Avslutningsvis oppsummeres resultatene i henhold til hypotesene som ble stilt, og noen mulige implikasjoner for behandlingsfeltet blir nevnt.

Hensikten med delstudien var å beskrive kjennetegn ved et utvalg kvinner og menn ved inntak til døgnbehandling innen TSB, og undersøke i hvilken grad det eksisterte kjønnsforskjeller med hensyn til rusmiddelbruk, psykiske lidelser, vedvarende somatiske skader og behandlingserfaring.

De 266 respondentene (28% kvinner) som ble inkludert i studien rapporterte om tidlig rusmiddeldebut, omfattende blandingsmisbruk og et stort omfang av overdoseerfaringer. Kvinner og menns rusmiddelbruk hadde store likhetstrekk med hensyn til debutalder, utvikling av problemfylt bruk, blandingsbruk, bruksfrekvens og omfang av overdoseerfaringer. Cannabis og amfetamin var de desidert mest brukte rusmidlene. Bruk av BZD (hovedsakelig uten forskrivning fra lege) og alkohol ble også hyppig rapportert, mens inntak av heroin og andre opioider var mindre utbredt. En større andel kvinner rapporterte om bruk av ikke forskrevne BZD og alkohol. Menn oppga oftere om cannabisbruk. To tredjedeler hadde brukt sprøyter noen gang, halvparten siste halvåret og en fjerdedel siste måneden før inntak. Flere funn pekte i retning av mer omfattende sprøytebruk blant kvinner.

I tillegg til sin rusmiddellidelse var utvalget marginalisert på en rekke områder. Vedvarende somatiske skader ble rapportert av over en tredjedel og kjønnsforskjellene var små.

Forekomsten av psykiske lidelser var høy både blant kvinner og menn. 9 av 10 rapporterte om psykiske lidelser tidligere i livet og for nærmest halvparten av utvalget var disse lidelsene også aktuelle i måneden før inntak til behandling. Psykiske lidelser siste måned var assosiert med alvorligere rusmiddelmisbruk. Kvinnene rapporterte om et større antall psykiske lidelser tidligere i livet sammenlignet med menn. Selvmordstanker var også mer utbredt blant kvinnene. Omfanget av selvmordsforsøk var utbredt i utvalget (42%) og de fleste av dem (63%) hadde forsøkt å ta livet sitt ved overdose.

Når det gjaldt behandlingserfaring hadde nærmest alle (97%) vært i ulike former for rusbehandling tidligere og halvparten hadde hatt en form for behandlingkontakt siste halvåret før inntak i døgnbehandling. Utvalget rapporterte om langvarig behandlingserfaring

både innen poliklinikk og døgntiltak. Poliklinisk behandling var mer utbredt blant kvinnene enn mennene mens det var små kjønnsforskjeller med hensyn til behandlingserfaring innen døgn-tiltak. Kvinnene hadde også oftere enn menn mottatt profesjonell hjelp for psykiske vansker.

## **5.1 Sammenligning med andre studier**

Som nevnt er kunnskapen om kjønnsforskjeller blant rusmiddelmissbrukere beheftet med en rekke begrensninger med hensyn til ulike utvalg, målekriterier og måleinstrumenter. Det er også begrenset hvorvidt funn fra utenlandske studier kan relateres til norske forhold. I den foreliggende gjennomgangen tas det derfor hovedsakelig utgangspunkt i norske kliniske studier innen russektoren. Etersom pasientpopulasjonene i de ulike rusbehandlingstiltakene ser ut til å være ulike på en rekke områder (Lauritzen et al., 1997, Lauritzen et al., 2012), er resultatene hovedsakelig relatert til opplysninger som omhandler døgnpasientene i de ulike studiene. Sammenligninger med 10-årsstudien (Lauritzen et al., 2012) er særlig aktuell da benyttet måleinstrument og rekrutteringstiltak tildels sammenfaller med denne undersøkelsen.

### **5.1.1 Demografiske og sosiale kjennetegn**

Kjønnsfordelingen i utvalget stemmer godt overens med andre norske studier av pasienter i døgnbehandling (Lauritzen et al., 1997; Lauritzen 2012; Ose & Pettersen, 2014), mens respondentene i denne undersøkelsen hadde noe lavere gjennomsnittsalder enn for eksempel døgnpasientene som ble kartlagt i TSB i 2012 (Ose & Pettersen, 2014) og pasientene som befant seg i døgntiltak i 10-årsstudien (Lauritzen et al., 2012).

Døgnpasienter viser seg å være marginalisert på en rekke områder med lav utdanning, liten integrasjon i familie og arbeidsliv, ustabil bosituasjon og økonomiske problemer (Lauritzen et al. 1997; Lauritzen et al., 2012, Ose & Pettersen, 2014). Dette var også tilfelle for utvalget i denne delstudien og kjønnsforskjellene var i likhet med ovennevnte undersøkelser små.

Den vanskelige situasjonen pasientene befinner seg i ved inntak til behandling, understreker behovet for omfattende rehabiliteringstiltak. I tillegg til at pasientene skal lære å leve et rusfritt liv, er de i behov av støtte og hjelp på en rekke områder som for eksempel bolig, utdanning og muligheter for lønnet arbeid. Slike oppfølgingsoppgaver krever tidlig innsats i behandlingsforløpet og et tett samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. I en nasjonal brukerundersøkelsen av 976 pasienter fra 96 døgntiltak innen TSB oppga en tredjedel av pasientene at de i liten grad eller ikke i det hele tatt hadde fått tilstrekkelig hjelp til å

forberede seg til tiden etter utskrivning. Og om lag halvparten rapporterte at de ikke fikk tilfredsstillende hjelp fra kommunen (Haugum, Iversen & Bjertnæs, 2013).

### **5.1.2 Rusmiddelbruk**

Utvalget rapporterte om to til tre år lavere debutalder for de ulike rusmidlene sammenlignet med den samlede pasientpopulasjonen i TSB i 2014 (Helsedirektoratet, 2015). Tidlig rusmiddeldebut rapporteres også av døgnpasienter i andre kliniske populasjoner (Lauritzen et al., 1997; Melberg et al., 2003). I likhet med befolkningsundersøkelser og kliniske studier var det ikke betydelige kjønnsforskjeller med hensyn til alder ved første gangs bruk (Lauritzen et al., 1997; Melberg et al., 2003; Vedøy & Skretting, 2009).

Som nevnt ble det heller ikke funnet kjønnsforskjeller med hensyn til tidsintervall mellom debut og problemfylt bruk bortsett fra for kokain. Det var det andre ord lite som tydet på at kvinnene i denne delstudien eskalerte raskere fra bruk til problematisk bruk som flere studier antyder (Greenfield et al., 2010; Hernandez-Avila et al., 2004). Manglende spesifisering av spørsmålet som ligger til grunn for denne analysen gir imidlertid et stort tolkningsrom som gjør at rapporteringene bør tolkes med forsiktighet. I tillegg til at det kan være vanskelig å erindre og vurdere når rusmiddelbruket ble problemfylt, kan kvinner og menns opplevelse av hva som er problematisk bruk være påvirket av de ulike normene og holdningene til hva som ansees som akseptabel atferd for kjønnene (Ravndal, 2008). Den såkalte teleskopeffekten er for øvrig ikke tilstrekkelig dokumentert (Hölscher et al., 2009; Keyes et al., 2010).

Når det gjelder kjønnsforskjeller innen bruk av ulike typer rusmidler er overrepresentasjonen av mannlige cannabisbrukere og den høyere andelen kvinner som rapporterte om bruk av ikke forskrevne BZD i denne undersøkelsen sammenfallende med tidligere studier både innen pasientpopulasjonen og i den generelle befolkningen (Lauritzen et al., 1997; Lauritzen et al., 2012; Ose & Pettersen, 2014; Skretting et al., 2015). Kjønnsforskjellene med hensyn til alkoholbruk, hvor en større andel kvinner oppga bruk av dette, skiller seg derimot fra tidligere kliniske studier hvor det enten ikke rapporteres om kjønnsforskjeller (Landheim, 2002; Lauritzen et al., 2012) eller motsatte funn med mest bruk blant menn (Lauritzen et al., 1997).

Selv om BZD som ble rapportert brukt stort sett ikke var forskrevet av lege kan det se ut til at kvinner oftere tyr til tilsynelatende «legale» rusmidler enn menn. Hvorvidt dette handler om

at det er mindre stigma knyttet til legalt rusmiddelbruk blant kvinner eller at det for eksempel er lettere å holde medikamentmisbruk skjult for omgivelsene er uvisst.

Datamaterialet viste heller ingen forskjeller i bruksfrekvens mellom kvinner og menn. Studier av aktive rusmiddelmisbrukere i norske byer fant heller ikke betydelige kjønnsforskjeller i bruksfrekvens (Gjersing & Sandøy, 2014) eller mengde brukt (Amundsen & Reid, 2014).

Tidligere studier av rusmiddelmisbrukere døgnpasienter rapporterer om utbredt bruk av heroin og sprøyter (Lauritzen et al., 1997, Lauritzen et al., 2012). Bruk av heroin var som nevnt mindre utbredt i dette utvalget, noe også nyere pasientkartlegginger rapporterer om (Iversen et al., 2009; Ose & Pettersen, 2014). Selv om en relativt stor andel hadde brukt sprøyter i løpet av sin rusmiddelkarriere (66%) og det siste halvåret (53%), var omfanget langt mindre sammenlignet med for eksempel døgnpasientene i 10-årsstudien hvor mer enn 90% av pasientene var aktive sprøytebrukere (Lauritzen et al., 2012). Gjennomsnittlig alder ved første sprøytebruk var derimot relativt sammenfallende med tidligere studier av kliniske utvalg (Lauritzen et al., 1997, Lauritzen et al., 2012) og aktive rusmiddelmisbrukere i befolkningen (Gjersing & Sandøy, 2014).

Nedgangen i andel heroin- og sprøytebrukere i pasientpopulasjonen kan sannsynligvis forklares med at en større andel av heroin- og sprøytebrukere i dag behandles i LAR, men også med en nedadgående trend i antall injiserende misbrukere i befolkningen og nedgangen i heroinbeslag (Skretting et al., 2015).

Når det gjelder kjønnsforskjeller innen sprøytebruk rapporterer studier av aktive rusmiddelmisbrukere at kvinner injiserer like ofte eller oftere enn menn (Bretteville- Jensen, 2005; Gjersing & Bretteville- Jensen, 2014; Gjersing & Sandøy, 2014). I denne delstudien var kjønnsforskjellen kun signifikant i sprøytebruk det siste halvåret. Tendensen til mer utbredt bruk både noen gang og siste fire uker, og større injiseringspraksis ved inntak av heroin og amfetamin blant kvinner, peker likevel i retning av mer utbredt sprøytebruk blant kvinnene. Slike sammenfallende tendenser kan være vel så viktige som signifikante forskjeller.

Til tross for mindre utbredt heroin og sprøytebruk i dette utvalget var omfanget av overdoser svært sammenfallende med rapporteringer fra tidligere døgnpasienter i russektoren (Lauritzen et al., 1997; Lauritzen et al., 2012) og aktive rusmiddelmisbrukere i befolkningen (Gjersing

& Sandøy, 2014). Nevnte studier benyttet imidlertid en strengere definisjon<sup>10</sup> av overdose enn denne undersøkelsen. Til tross for at overrapportering således kan ha vært tilfelle i denne undersøkelsen, kan det høye omfanget av overdoser også muligens forklares ved det omfattende blandingsbruket i dette utvalget som er forbundet med overdoserisiko (Amundsen, 2015). Nærmest fire femtedeler (78%) av dem som rapporterte om bruk av heroin brukte også BZD i samme tidsrom. Begge disse rusmidlene demper pustemekanismen og er forbundet med økt dødsrisiko ved samtidig bruk (Amundsen, 2015). Det er i dette datamaterialet ikke opplysninger vedrørende hvorvidt overdosene var intendert, men 15% rapporterte at de hadde forsøkt å ta selvmord ved overdose. Både nasjonale og internasjonale studier rapporterer om en nær samvariasjon mellom overdoser og selvmordsforsøk med flere overlappende risikofaktorer (Rossow & Lauritzen, 1999; Bohnert, Roeder & Ilgen, 2010).

Bortsett fra mindre utbredt heroin- og sprøytebruk er det ut fra dette datamaterialet lite som tyder på tendenser til store endringer i rusmiddelvaner blant pasienter i døgntilbud sammenlignet med tidligere studier. Totalt sett tyder resultatene også på at menn og kvinner i døgntilbud er relativt like i sine rusmiddelkarrierer og nåværende bruksmønster. Også en svensk studie av pasienter i ulike rusbehandlingstiltak fant få kjønnsforskjeller innen rusmiddelbruk (Storbjörk, 2011). Hvorvidt likhetene mellom kvinner og menn også gjenspeiles blant rusmiddelmissbrukere i befolkningen, i tråd med antagelsen om mer kjønnsnøytrale mønstre i likestilte land (Rahav et al. 2006), er imidlertid uvisst ettersom døgntilbudene utgjør en spesiell gruppe.

### **5.1.3 Psykisk helse**

Resultatene fra undersøkelsen viser at respondentene i stor grad opplevde å være plaget med psykiske lidelser, særlig angst og depresjon.

Som nevnt knyttes det usikkerhet til det egenrapporterte omfanget av psykiske lidelser i denne undersøkelsen. Flere av symptomene på de ulike lidelsene overlapper og kan lett forveksles (Langås et al., 2011). Psykiske symptomer kan også likne effekter under ruspåvirkning og abstinens. En kan derfor ikke utelukke at de rapporterte psykiske lidelsene i denne delstudien kan ha vært knyttet til symptomer på andre psykiske lidelser som ikke ble etterspurt i denne undersøkelsen, eller ruspåvirkning. Dette gjelder særlig forekomst av

---

<sup>10</sup> I studiene (Lauritzen et al., 1997; Lauritzen et al., 2012; Gjersing & Sandøy, 2014) ble overdose definert dersom det var behov for hjelp fra andre for å komme tilbake til bevissthet.

psykiske lidelser siste fire uker før behandlingsstart hvor rusmiddelbruken ofte er omfattende. Selvrapporingens pålitelighet utfordres ytterligere ved at en stor andel ble intervjuet kort tid etter inntak til behandling og lenge før anbefalt intervjutidsrom. Det ble imidlertid ikke funnet forskjeller i forekomst av psykiske lidelser de siste fire ukene mellom dem som ble intervjuet tidlig i behandlings-forløpet og senere. Det er derfor mindre sannsynlig at tidsaspektet i seg selv kan ha gitt utslag i noen over- eller underrapportering. utfordringer med å differensiere selvstendige psykiske lidelser, og symptomer på psykiske lidelser knyttet til rusmiddelbruk eller abstinenser, gjelder forøvrig for de fleste respondenter i studier av rusmiddelmissbrukere i behandling. Det er derfor likevel grunnlag for å sammenligne resultatene. En skal imidlertid være varsom med direkte sammenligninger ettersom omfanget av psykiatrisk komorbiditet i kliniske utvalg varierer avhengig av utvalg, måleinstrumenter og en rekke andre forhold.

Omfanget av psykiske lidelser i utvalget, og hvilke symptomlidelser som dominerer, samsvarer relativt godt med tidligere studier og kartlegginger av pasienter i russektoren (Lauritzen et al., 1997; Landheim et al., 2002; Iversen et al., 2009; Lauritzen et al., 2012). Likheter ble også funnet innen forekomst av de ulike psykiske lidelsene. Det var imidlertid flere i dette utvalget som oppga at de hadde blitt forskrevet medisiner for et psykisk problem.

Det var en sterk sammenheng mellom forekomst av psykiske lidelser de siste fire ukene og tidligere i livet for alle de psykiske lidelsene som ble etterspurt. Datamaterialet i denne delstudien inneholder ikke opplysninger om når disse psykiske lidelsene oppstod, men i en undersøkelse av pasienter ved ulike behandlingstiltak i russektoren (ROP-undersøkelsen) var det antydninger til at over halvparten av pasientene hadde en primær psykisk lidelse (Landheim et al., 2002). Som nevnt er det imidlertid vanskelig å forstå etiologien bak den samtidige forekomsten av psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk (Mueser et al., 2006).

Når det gjelder totalomfang av psykiske lidelser rapporterte kvinnene i dette utvalget om signifikant flere psykiske lidelser tidligere i livet enn mennene. En større andel kvinner hadde også mottatt profesjonell hjelp for sine psykiske vansker. To norske undersøkelser av pasienter i russektoren rapporterte også om høyere forekomst av symptomlidelser blant kvinner (Landheim et al., 2003; Johansen & Lanesskog, 2008). Som tidligere nevnt er det imidlertid ikke klart hva totalomfanget av psykiske lidelser er blant de to kjønn på rusmiddelfeltet (Landheim, 2007, Brady et al., 2009, Ravndal, 2011).

Forekomsten av selvmordsforsøk i dette utvalget samsvarer godt med andre studier av rusmiddelmissbrukere i behandling (Lauritzen et al., 1997; Landheim et al., 2006; Lauritzen et al., 2012). Når det gjelder suicidal atferd er det både blant rusmiddelmissbrukere og befolkningen generelt flere menn som begår selvmord mens forekomsten av selvmordsforsøk synes å være høyere blant kvinner (Rossow, 1999; Landheim et al., 2006; Landheim, 2007). Kjønnforskjeller innen selvmordsforsøk ble ikke funnet i dette utvalget, men en signifikant større andel kvinner rapporterte om selvmordstanker både siste måned og tidligere i livet.

Personer med psykiatrisk komorbiditet har ofte et mer alvorlig rusmiddelmissbruk (Landheim, 2007). Dette syntes også å være gjeldende for dette utvalget hvor forekomst av psykiske lidelser de siste fire ukene var assosiert med hyppigere bruk av sprøyter, et mer omfattende blandingsmissbruk og hyppigere bruk av hovedrusmiddel måneden før behandlingsstart. Ettersom disse sammenhengene kun er basert på bivariante analyser og det ikke er kontrollert for andre potensielle konfunderende forhold bør resultatene imidlertid tolkes med forsiktighet (Ringdal, 2009). Det er heller ikke mulig å fastslå hvilken retning en eventuell kausalitet går.

#### **5.1.4 Somatiske skader**

Forekomst av vedvarende somatiske skader i utvalget var høyere enn blant døgnpasientene i SIFA-undersøkelsen (19%) (Lauritzen et al., 1997), men tilsvarende som 10-årsstudien (32%) (Lauritzen et al., 2012). Det var heller ikke i disse studiene forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til slike skader.

#### **5.1.5 Behandlingserfaring**

Rusmiddelmissbruk omtales ofte som en kronisk tilbakevendende lidelse (Sellman, 2010; Bramness, 2011). Få klarer å holde seg helt rusfrie på lengre sikt, og de fleste pasienter i rusbehandling har vært i behandling tidligere, både innen russektoren, men også innen andre deler av hjelpeapparatet (Landheim et al., 2002; Ose & Pettersen, 2014; Huseby, 2015). Dette var også tilfelle for utvalget i denne delstudien.

Som tidligere nevnt ser det ut til å være forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til hvor de oppsøker hjelp for sine rusmiddelproblemer (Lossius, 2008; Greenfield et al., 2010). Datamaterialet i denne delstudien befester antagelsen om at kvinner i større grad oppsøker poliklinisk rusbehandling (Taksdal, 1997; Wasilow- Mueller & Erickson, 2001). Den høyere andelen kvinner som oppga at de hadde mottatt profesjonell hjelp for psykiske vansker, kan også tyde på at de i større grad enn menn oppsøker hjelp for sine psykiske plager fremfor

rusbehandling. Hypotesen om mer utbredt døgnbehandlingserfaring blant menn ble imidlertid avvist. Det var snarere tendenser til at kvinnene oftere hadde slik behandlingshistorikk.

Selv om kvinnene rapporterte om mer behandlingserfaring fra russektoren, er det på grunnlag av dette datamaterialet ikke mulig å drøfte spørsmål om kvinner og menns tilbøyelighet til å oppsøke rusbehandling. Informasjon om alder ved oppstart av første behandlingsepisode og antall behandlingskontakter kunne vært interessante bidrag med hensyn til å belyse kvinner og menns behandlingshistorikk. I ROP-undersøkelsen (Landheim et al., 2002) hadde pasientene sin første behandlingskontakt i russektoren lenge etter at rusmiddelmissbruket var etablert, og et flertall hadde mottatt behandling innenfor psykisk helsevern før de oppsøkte rusbehandling. Det var ikke opplysninger om hvorvidt kvinner og menn skilte seg fra hverandre på dette.

Selv om respondentene i denne delstudien har vært fanget opp av behandlingsapparatet tidligere ser altså ikke behandlingen ut til å ha vært særlig virksom. Den omfattende behandlingserfaringen respondentene i denne og andre studier rapporterer om viser hvor vanskelig det er å oppnå langsiktig bedring for denne gruppen. Som Bramness (2011) presiserer, skal man imidlertid være varsom med å sette langsiktig og vedvarende rusfrihet som en forventet standard etter endt behandling. Slike forventninger er ofte urealistiske og kan føre til ytterligere skuffelser og muligens hindre folk i å søke hjelp på nytt.

## **5.2 Avsluttende betraktninger og implikasjoner for behandlingsfeltet**

Flere hypoteser på forventede kjønnsforskjeller innen rusmiddelbruk, psykiske lidelser og behandlingserfaring ble undersøkt i dette utvalget. Hypotesen om høyere forekomst av cannabisbruk blant menn og hyppigere bruk av BZD blant kvinner ble befestet. Det var imidlertid lite som tydet på raskere misbruksutvikling blant kvinner bortsett fra for kokain.

Resultatene gav ikke støtte til hypotesen om at en større andel kvinner enn menn har psykiske lidelser, men kvinnene rapporterte om et større antall samtidige psykiske lidelser tidligere i livet sammenlignet med menn. Forventet overhyppighet av angst, depresjon, og forskrivning av medikamenter for psykiske plager blant kvinner ble avvist. Hypotesen om mer utbredt poliklinisk behandling og profesjonell hjelp for psykiske plager blant kvinner ble imidlertid understøttet, mens den antatte høyere andelen menn med tidligere døgnbehandling ble avvist.



Resultatene fra denne delstudien tegner et bilde av en sårbar pasientpopulasjon med omfattende psykososiale problemer i tillegg til sin rusmiddellidelse. De sammensatte utfordringene kvinner og menn kommer inn i behandling med understreker viktigheten av et integrert og helhetlig behandlingsforløp. Økende krav til effektivisering og kortere behandlingstid i døgniltak kan representere utfordringer for en rekke behandlingsopp-gaver.

Det store omfanget av psykiske lidelser blant pasientgruppen, kombinert med kjennskapen til de opprettholdende mekanismene mellom rusmiddel-misbruk og psykisk lidelse, understreker viktigheten av samtidig behandling av rusmiddel-misbruk og psykisk lidelse. I

brugerundersøkelsen av døgnpasienter i 2013 oppga nærmest en tredjedel av pasientene at de i liten grad, eller ikke i det hele tatt, opplevde at de hadde fått hjelp med psykiske plager i nåværende behandling (Haugum et al., 2013). Selv om fokuset på integrert behandling har stått på dagsordenen over lang tid, er det altså fremdeles et stort forbedrings-potensiale med hensyn til å gi tilstrekkelig hjelp til rusmiddel-misbrukere med psykiske lidelser i døgniltak.

Til tross for at injisering og opioidbruk var mindre omfattende i dette utvalget sammenlignet med tidligere døgnpasienter, peker flere funn i denne delstudien mot betydelig grad av risikoatferd. Utvalgets utstrakte blandingsbruk, omfattende overdoseerfaringer, selvmordsforsøk og injiseringspraksis blant enkelte, representerer betydelig risiko.

Bekymringen er ytterligere forsterket med hensyn til det store omfanget av psykiske tilleggslidelser. Slike risikofaktorer er viktige å kartlegge tidlig i behandlingsforløpet. Særlig med tanke på kjennskapen til høy grad av behandlingsavbrudd blant pasienter (særlig unge) i rusbehandling (Brorson et al., 2013) og døgnpasienters forhøyede risiko for overdosedødsfall ved utskrivelse eller behandlingsavbrudd (Ravndal & Amundsen, 2010). Identifisering av slike risikofaktorer, og god oppfølging og informasjon om overdoserisiko er derfor viktig.

Som tidligere nevnt begynte nærmest halvparten av døgnpasientene i 10årsstudien i LAR-behandling i løpet av observasjonstiden (Ravndal & Lauritzen, 2015). Selv om bruk av heroin og andre opioider var mindre utbredt i dette utvalget (32%), er det med tanke på den lave gjennomsnittsalderen (median 26 år) ikke usannsynlig at flere av dem kan komme til å eskalere til tyngre rusmidler med alderen. Særlig med hensyn til det tilsynelatende ukritiske bruksmønsteret med utstrakt blandingsmisbruk og omfattende overdoseerfaringer. Kriteriene for inntak til LAR var også langt strengere under 10-årsstudiets observasjonstid enn de er i dag (Haga, 2011). Det er derfor ikke usannsynlig at flere av døgnpasientene i utvalget kan være fremtidens LAR- brukere.

## 6 Konklusjon

Hensikten med delstudien var å beskrive hva som kjennetegnet et utvalg av døgnpasienter innen TSB og undersøke i hvilken grad det eksisterte kjønnsforskjeller med hensyn til rusmiddelbruk, psykisk helse, vedvarende somatiske skader og behandlingserfaring.

Resultatene fra denne delstudien viser en pasientgruppe med svært alvorlig og langvarig rusmiddelmisbruk ved inntak til døgnbehandling. I tillegg til sin rusmiddellidelse var sosiale, somatiske og særlig psykiske lidelser utbredt. Nærmest alle hadde vært i ulike former for rusbehandling tidligere. Det store omfanget av psykiske tilleggslidelser kombinert med omfattende blandingsbruk, overdoseerfaringer, selvmordsforsøk, og injiseringspraksis blant enkelte avspeiler en pasientgruppe med betydelig risiko og omfattende behandlingsbehov.

Når det gjaldt kjønnsforskjeller hadde kvinner og menns rusmiddelbruk store likhetstrekk. Det var heller ikke betydelige kjønnsforskjeller med hensyn til omfang av vedvarende somatiske skader. Noen forskjeller skilte seg likevel ut. De ulike rusmidlene hadde noe ulik utbredelse blant kjønnene hvor bruk av alkohol og BZD hyppigere ble rapportert av kvinner mens menn oftere oppga cannabisbruk. Flere funn pekte også i retning av mer sprøytebruk blant kvinner. Kvinnene rapporterte også i større grad enn menn om selvmordstanker. Kjønnsforskjeller ble også funnet innen behandlingserfaring hvor kvinnene oftere hadde mottatt hjelp for psykiske vansker og i større grad enn menn vært i poliklinisk behandling.

Totalt sett synes likhetene mellom kvinner og menn i utvalget å være mer fremtredende enn forskjellene. Kjønnsforskjellene som pekte seg ut i denne delstudien og hva vi kjenner til fra litteraturen, fremhever likevel viktigheten av kjønnsperspektivet i møte med kvinner og menn i behandlingsapparatet. Kvinner og menn i døgnbehandling er imidlertid som kvinner og menn ellers i samfunnet ikke en ensartet gruppe og ved et overdrevent fokus på kjønnsforskjeller kan en risikere å overdimensjonere de antatte ulikhetene. Den enkleste tilnærmingen er sannsynligvis å fokusere på både individuelle og kjønnsspesifikke forskjeller.

Som gjort rede for i kapittel 3.6 er det en rekke metodiske svakheter ved delstudien, men samlet sett ansees undersøkelsen å imøtekomme tilfredsstillende reliabilitet og validitet. Selv om utvalget ser ut til å ha en rekke likhetstrekk med den øvrige pasientpopulasjonen i døgnbehandling kan resultatene imidlertid ikke generaliseres utover det eksakte utvalget.

# Litteraturliste

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition, DSM-5. Arlington: American Psychiatric Association.
- Amundsen, E.J. (2010). Hvor mange misbrukere har vi? I I. Lund, A.L. Bretteville-Jensen, A. Skretting, S. Nordlund & E.J. Amundsen (Red.), *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang* (s. 56-69) (SIRUS rapport 4/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.4.10.pdf>
- Amundsen, E. J. & Reid, M. J. (2014). Self-reports of consumption of amphetamines, cocaine and heroin in a survey among marginalized drug users. *Science of the Total Environment*, 487(1), 740-745. doi:10.1016/j.scitotenv.2013.12.098
- Amundsen, E.J. (2015). *Narkotikautløste dødsfall* (SIRUS rapport 2/2015). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/09/sirusrap.2.15.pdf>
- ATV & Tyrilistiftelsen (2010). *Prosjekt Rus & vold – et samarbeid mellom Tyrilistiftelsen og Stiftelsen Alternativ til Vold*. Sluttrapport til Helsedirektoratet. Oslo. Hentet fra <http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/08/19/sluttrapport-rus-og-vold-prosjektet.pdf>
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2010a). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy* (2. utgave). Oxford: Oxford University Press.
- Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., et al. (2010b). *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press.
- Bohnert, A.S., Roeder, K., Ilgen, M.A. (2010). Unintentional overdose and suicide among substance users: a review of overlap and risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(3),183-92. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.03.010.
- Brady, K.T., Back, S.E. & Greenfield, S.F. (2009) *Women & Addiction: A comprehensive Handbook*. Guilford Press: New York.
- Bramnes, J. (2011). Innledende ord. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s.5-7). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bretteville-Jensen, A. (2005). *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukernes forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993 – 2004* (SIRUS rapport 4/2005). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.4.05.pdf>
- Brorson, H.H., Arnevik, E.K., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010- 1024 . doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Bye, E.K. (2012). *Bruk av alkohol og cannabis blant ungdom i perioden 1995-2011*. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, (12), 89-101. Hentet fra [http://www.hioa.no/asset/6474/1/6474\\_1.pdf](http://www.hioa.no/asset/6474/1/6474_1.pdf)
- Chen, L.Y., Strain, E.C., Crum, R.M., Mojtabai, R. (2013) Gender differences in substance

abuse treatment and barriers to care among persons with substance use disorders with and without comorbid major depression. *Journal of Addiction Medicine*, 7(5), 325-34. doi: 10.1097/ADM.0b013e31829b7afe.

- Cramer, V. (2014) Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler (Kompetansesenterets prosjektrapport 2014-1). Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helseregion Sør-Øst. Hentet fra [http://sifer.no/files/Forekomst\\_av\\_psykiske\\_lidelser\\_hos\\_domfelte\\_i\\_norske\\_fengsler.pdf](http://sifer.no/files/Forekomst_av_psykiske_lidelser_hos_domfelte_i_norske_fengsler.pdf)
- Degenhardt, L., Whiteford, H.A., Ferrari, A.J., Baxter, A.J., Charlson, F.J., Hall, W.D., Freedman, G., Burstein, R., Johns, N., Engell, R.E., Flaxman, A., Murray, C.J.L. & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1564-1574. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61530-5
- EMCDDA (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Hentet fra [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/426/sel2006\\_2-en\\_69712.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/426/sel2006_2-en_69712.pdf)
- EMCDDA (2009). *Polydrug use: Patterns and responses*. Lisbon,: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Hentet fra <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>
- EMCDDA (2015). *Mortality among drug users in Europe: New and old challenges for public health*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Hentet fra <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/961/TDAU14010ENN.pdf>
- Fekjær, H.O. (2011). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2014): *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge* (FHI rapport 2014:4). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2015). Rusmiddelstatistikk. Funn i blodprøver hos bilførere mistenkt for påvirket kjøring 2014. Divisjon for rettsmedisinske fag. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/0e56724e57.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2016) *Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013* (FHI rapport 2016:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/8f54a3ea2c.pdf>
- Forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester. *Forskrift av 29.10.2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-10-29-1232>
- Gjersing, L. & Bretteville- Jensen, A.L. (2014). Gender differences in mortality and risk factors in a 13-year cohort study of street-recruited injecting drug users. *Bmc Public Health*, 14(1), 440. doi: 10.1186/1471-2458-14-440
- Gjersing, L. & Sandøy, T.A. (2014). *Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2014/10/sirusrap.1.14.pdf>
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., Pickering, R.P. (2004) Cooccurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and

- Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361–368.  
doi:10.1001/archpsyc.61.4.361.
- Greenfield, S.F., Brooks, A.J., Gordon, S.M., Green, C.A., Kropp, F., McHugh, R.K., Lincoln, M., Hien, D., Miele, G.M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*. (86), 1-21. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012
- Greenfield, S.F., Back, S.E., Lawson, K. & Brady, K.T. (2010). Substance abuse in women. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(2),339-55.  
doi:10.1016/j.psc.2010.01.004.
- Haga, W. (2011). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 332-349). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halkjelsvik T, Storvoll E.E. (2014). Andel av befolkningen i Norge med et risikofyllt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31, 1 – 11. doi: 10.2478/nsad-2014-0035
- Haugum, M., Iversen, H.H. & Bjertnæs, Ø.A. (2013) *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013* (PasOpp-rapport nr. 7-2013). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestem. Hentet fra  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2013?vis=sammendrag>
- Helsedirektoratet (2012). Registrering i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmidelmisbruk (TSB). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/626/Veileder-for-registrering-i-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-rusmidelmisbruk-tsb-IS-1787.pdf>
- Helsedirektoratet (2015). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014, Norsk pasientregister* (Rapport IS-2301). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/936/PHV-TSB-arsrapport-2014-endelig.pdf>
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra  
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Behandling%20og%20rehabilitering%20av%20rusmiddelproblemer%20og%20avhengighet.pdf>
- Helse Stavanger (2015): Rusmidelmisbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2014. Stavanger: Helse Stavanger. Hentet fra  
<http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmidelforskning/Documents/Brukerplan/2015/BrukerPlan2014%20Nasjonale%20all.pdf>
- Hernandez-Avila, C.A., Rounsaville, B.J., Kranzler, H.R. (2004). Opioid-, cannabis-, and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3), 265–272. Hentet fra  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15194204>
- Hordvin, O. (2015). *The drug situation in Norway 2014. Annual report to the*

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/TheDrugSituationInNorway2014.pdf>
- Horverak, Ø. & Bye, E.K. (2007). *Det norske drikkemonsteret (SIRUS-rapport 2/2007)*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://www.sirus.no/publikasjon/rapporter/2007-2/det-norske-drikkemonsteret/>
- Huseby, Beate M. (red) (2015). Samdata spesialisthelsetjenesten 2014. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/989/SAMDATA%202014%20IS-2348.pdf>
- Hölscher, F. & Reissner, V. & Di Furia, L. & Room, R. & Schifano, F. & Stohler, R. & Yotsidi, V. & Scherbaum, N. (2009): Differences between men and women in the course of opiate dependence: is there a telescoping effect? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(3), 235-241. doi: 10.1007/s00406-009-0053-x
- Irgens, G.H. (2007) Om å gi mannen et kjønn i rusbehandlingen. I A. Klyve (Red.), *Kjønnheten og udyret*. Bergen: Bergensklinikkene
- Iversen, E., Lauritzen, H., Skretting, A. & Skutle, A. (2009). *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata. Rapport for 2008*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene, Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra [http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/Rapport\\_nasjodoksyst\\_tiltak2008.pdf](http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/Rapport_nasjodoksyst_tiltak2008.pdf)
- Jarvis, T.J. (1992). Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction*, 87(9), 1249-1261. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1392550>
- Johansen, T. H. & Laneskog, J. (2008). Psykiske plager blant pasienter i langtidsbehandling. *Rus & Samfunn*, 3(2), 14-17.
- 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. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8720638>
- Keyes, K. M., B. F. Grant and D. S. Hasin (2008). Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug and Alcohol Dependence*, 93(1-2), 21-29. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.08.017
- Keyes, K. & Martin, S. & Blanco, C. & Hasin, D. (2010): Telescoping and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 969–976. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2009.09081161>
- Klingemann, H. & Sobell, M. & Sobell, L. (2010): Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105(9), 1510–1518. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02770.x
- Klyve, A (2007). *Kjønnheten og udyret*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene
- Kripos (2015) *Narkotika- og dopingstatistikk 2015*. Oslo: Kripos. Hentet fra [https://www.politi.no/vedlegg/lokale\\_vedlegg/kripos/Vedlegg\\_3549.pdf](https://www.politi.no/vedlegg/lokale_vedlegg/kripos/Vedlegg_3549.pdf)
- Kristoffersen, C.H., Holth, P. & Ogden, T. (2011). *Modeller for rusbehandling*. En

- kunnskapsoversikt. Oslo: Atferdssenteret. Hentet fra [http://www.ogden.no/filer/110622\\_modeller\\_for\\_rusbehandling\\_en\\_kunnskapsoversikt.pdf](http://www.ogden.no/filer/110622_modeller_for_rusbehandling_en_kunnskapsoversikt.pdf)
- Landheim, A.S., Bakken, K., Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi*, 12(3), 309-318.
- Landheim, A.S., Bakken, K., Vaglum, P. (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research*, 9(1),8-17. doi:10.1159/000067732
- Landheim, A.S., Bakken, K., Vaglum (2006) What characterizes substance abusers who commit suicide attempts? Factors related to Axis I disorders and patterns of substance use disorders. A study of treatment-seeking substance abusers in Norway. *European Addiction Research*, 12, 102–108.
- Landheim, A.S.(2007): Psykiske lidelser hos pasienter i russektoren: Forekomst og relasjon Til langtidsforløpet av rusmisbruket. En tverrsnittstudie og en prospektiv studie i to fylker. Doktoravhandling. (Doktoravhandling), Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Langås, A.-M., Malt, U. and Opjoirdsmoen, S. (2011). Comorbid mental disorder in substance users from a single catchment area: a clinical study. *BMC Psychiatry*, 11(25), 1-12. doi:10.1186/1471-244X-11-25
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. & Arner, O. (1997) A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 14, 43–63. Hentet fra <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/15411/A%20Nationwide%20Study%20of%20Norwegian%20Drug%20Abusers%20in%20Treatment%20Methods%20and%20Findings.pdf>
- Lauritzen, G., Ravndal, E. & Larsson, J. (2012). *Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling* (SIRUS rapport 6/2012). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2014/12/sirusrap.6.12.pdf>
- Lauritzen, G. & Amundsen, E.J. (2013) *Pasienter tatt inn i behandling i 2011 for problemer knyttet til bruk av narkotiske stoffer og vanedannende legemidler* (SIRUS- rapport 3/2013). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2014/12/sirusrap.3.13.pdf>
- Lossius, K. (2008). Kvinner, alkohol og behnadling. I Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik, B., *Kvinner og alkohol* (s.107-143). Oslo: Universitetsforlaget
- Lossius K. (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lund, I., Bretteville- Jensen, A.L., Skretting, A., Rise, J., Nordlund, S. & Amundsen, E.J. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang* (SIRUS-rapport 4/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.4.10.pdf>
- Lund, I. & Bretteville- Jensen, A.L. (2010). Kan vi skille mellom bruk og misbruk? I I. Lund, A.L. Bretteville- Jensen, A. Skretting, J. Rise, S. Nordlund & E.J. Amundsen (Red.), *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang* (s. 13-27) (SIRUS- rapport 4/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

- <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.4.10.pdf>
- Lynch, Roth & Carrol, 2002 Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology (Berl)*, 164(2), 121-137. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12404074>
- Melberg, H.O., Lauritzen, G. & Ravndal, E. (2003). Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?: En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling (SIRUS rapport 4/2003). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.4.03.pdf>
- Mueser, K.T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., Fox, L.(2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilsen, L. (2008,18.98.). Flere får antabusbehandling. *Dagens Medisin*. Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2008/09/18/flere-far-antabusbehandling/>
- Nordlund, S. (2010). Alkoholmisbruk før og nå – Har vår oppfatning endret seg? I I. Lund, A.L. Bretteville- Jensen, A. Skretting, J. Rise, S. Nordlund & E.J. Amundsen (Red.), *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang* (s.44-55) (SIRUS rapport 4/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.4.10.pdf>
- NOVA (2015). *Ungdata: Nasjonale resultater 2014* (NOVA Rapport 7/15). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet fra [http://www.rustelefonen.no/wp-content/uploads/2015/08/NOVA-rapport-7-15\\_Ungdata2014.pdf](http://www.rustelefonen.no/wp-content/uploads/2015/08/NOVA-rapport-7-15_Ungdata2014.pdf)
- Ose, S.O. & Pettersen, I. (2014). Døgnpasienter i TSB 20. november 2012. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Rus%20og%20avhengighet/Dognpasienter%20i%20TSB%20-%20SINTEF%202014.pdf>
- Ot.prp. nr. 3 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-3-2002-2003-/id170865/?ch=1&q>
- Ot.prp. nr. 54 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-54-2002-2003-/id173487/?ch=1&q>
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (4 utg.) Maidenhead: McGraw-Hill.
- Pelissier, B., & Jones, N. (2005). A review of gender differences among substance abusers. *Crime & Delinquency*, 51(3), 343-372. doi: 10.1177/0011128704270218
- Rahav, G. & Wilsnack, R. & Bloomfield, K. & Gmel, G. & Kuntsche, S. (2006): The influence of societal level factors on men's and women's alcohol consumption and alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism*, 41(1), 47-55. doi:10.1093/alcalc/agl075
- Ravndal, E. (2008). Kvinner og alkohol. I F. Duckert, K. Lossius, E. Ravndal, & B. Sandvik, *Kvinner og alkohol* (s.37-66). Oslo: Universitetsforlaget



- Ravndal, E. (2011). *Female poly drug abuse and psychopathology - gender differences; An overview* (SERAF rapport 3/2011). Senter for rus- og avhengighetsforskning. Hentet fra <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2011/nedlastinger/seraf-rapport-3-2011-female-poly-drug-abuse-and-psychopathology-gender-differences.pdf>
- Ravndal, E. & Amundsen, E.J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 65-69. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008.
- Ravndal, E. & Lauritzen, G. (2015). Rusmisbruk, angst og depresjon etter 10 år: En prospektiv undersøkelse av stoffmisbrukere med og uten LAR-behandling. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 32(5), 495-507. Hentet fra [http://www.degruyter.com/dg/viewarticle.fullcontentlink:pdfeventlink/\\$002fj\\$002fnsad.2015.32.issue-5\\$002fnsad-2015-0048\\$002fnsad-2015-0048.pdf?t:ac=j\\$002fnsad.2015.32.issue-5\\$002fnsad-2015-0048\\$002fnsad-2015-0048.xml](http://www.degruyter.com/dg/viewarticle.fullcontentlink:pdfeventlink/$002fj$002fnsad.2015.32.issue-5$002fnsad-2015-0048$002fnsad-2015-0048.pdf?t:ac=j$002fnsad.2015.32.issue-5$002fnsad-2015-0048$002fnsad-2015-0048.xml)
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, D. 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 American Medical Association*, 264, 2511–2518. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232018>
- Reid, M.J., Harman, C., Grung, M. & Thomas K.V. (2011). The current status of community drug testing via the analysis of drugs and drug metabolites in sewage. *Norsk Epidemiologi*, 21(1), 15–23. Hentet fra <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/1421/1274>
- Ringdal, K. (2009). *Enhet og mangfold* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget
- Rossow, I. (1999). Kjønnforskjeller i suicidal atferd. *Norsk Epidemiologi*, 9(2), 129-134. Hentet fra <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/477/447>
- Rossow, I. & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and lifethreatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 94(2), 209-19. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10396789>
- Rossow, I. (2007): Trends in alcohol consumption and alcohol-related harm in Norway around the turn of the millennium. *Nordic Studies in Alcohol and Drugs*, 24, 61-72. Hentet fra <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/29201/Trends%20in%20alcohol%20consumption%20and%20alcohol%20related%20harms%20in%20Norway%20around%20the%20turn%20of%20the%20millennium.pdf>
- Rossow, I., Mäkelä, P., Kerr, W. (2014). The collectivity of changes in alcohol consumption revisited. *Addiction*, 109(9), 1447-1455. doi: 10.1111/add.12520
- Sandøy, T.A. (2015). *Bruk av illegale rusmidler: Resultater fra befolkningsundersøkelser 2012-2014* (SIRUS rapport 4/2015). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://www.sirus.no/ny-rapport-om-narkotikabruk-i-befolkningen/#sthash.IIVk7pTu.dpuf>
- Sellman, D. (2010). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, 105(1), 6-13. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02673.x.
- SERAF (2016). NorCOMT: Norsk kohort av pasienter i legemiddelasistert

- rehabilitering og annen rusbehandling. Hentet 05.06.2015 fra [www.norcomt.no](http://www.norcomt.no)
- Skog, O.-J. (1985). The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction*, 80, 83-99. doi: 10.1111/j.1360-0443.1985.tb05294.x
- Skretting, A. (2011). Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere – noen utviklingstrekk. I A. Skretting & E.E. Storvoll, *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken (s.12-23)* (SIRUS rapport 3/2011). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning Oslo, 2011. Hentet fra <http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/212176/1/sirusrap.3.11.pdf>
- Skretting, A. Bye, E.K., Vedøy, T.F., & Lund, K.E. (2015). *Rusmidler i Norge: Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2014/12/sirusrap.3.11.pdf>
- Storbjörk, J. (2011). Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(3), 185-209. doi: 10.2478/v10199-011-0020-5.
- Storvoll, E. E., Rossow, I., Moan, I. S., Norström, T., Scheffels, J. & Lauritzen, G. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk* (SIRUS-rapport 3/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.3.10.pdf>
- Taksdal, A. (1997). Kvinnerettet rusbehandling. Rapport fra prosjektet «Evaluering av kvinnerettede tiltak i rusmiddelsektoren» (Notat 109). Bergen: Senter for samfunnsforskning
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596. doi:10.1001/archpsyc.58.6.590.
- Trulsson, K. (2003). Manligt och kvinnligt i smältdegeln – om könets betydelse för missbruk. *Nordisk alkohol og narkotikatidskrift*, 20(1), 5-19. Hentet fra <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/9698/Manligt%20och%20kvinnligt%20i%20smältdegeln%20-%20om%20könets%20betydelse%20för%20missbruk.pdf>
- Vedøy, T.F. og Skretting, A. (2009). Ungdom og rusmidler: Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968–2008 (SIRUS rapport 5/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.5.09.pdf>
- Waal, Busserud, Clausen, Skeie, Håseth og Lillevold (2015) Statusrapport 2014. En aldrende LAR-populasjon? (SERAF rapport 2/2015). Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning. Hentet fra <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2015/edlastninger/seraf-rapport-nr2-2015-statusrapport-2014.pdf>
- Wasilow- Mueller, S. & Erickson, C.K. (2001). Drug Abuse and Dependency: Understanding Gender Differences in Etiology and Management. *Journal of the American Pharmacists Association*, 41(1), 78-90. doi: 10.1016/S0003-0465(15)32996-7
- World Health Organization (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*. Discussion

paper, World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime.  
<https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>

Wormnes, E. & Skutle, A. (2005). Pandoras boks: Kvinner, kjærlighet, rus og håpet. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene

Ødegård, E. & Bretteville-Jensen, A.L. (2002). Where have all the young girls gone or where do all the men come from? *European Addiction Research*, 8, 141–146.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12065964>

Øia, T. (2012). *Ung i Oslo 2012: nøkkeltall* (Notat 7/2012). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

# Vedlegg

1. Intervjuskjema
2. Informasjonsskriv til nye pasienter
3. Veiledning i bruk av intervjuskjema
4. Huskeliste for koordinatorene i NorComt

# Norsk oppfølgingsstudie av opioid-avhengige i behandling (NorComt)

## Intervjuskjema

### Behandlingsoppstart

Samarbeid mellom SERAF, regionale LAR-sentre og  
rusbehandlingsinstitusjoner

SERAF 2012

**Kontaktpersoner:**

Edle Ravndal: [edle.ravndal@medisin.uio.no](mailto:edle.ravndal@medisin.uio.no)

Thomas Clausen: [thomas.clausen@medisin.uio.no](mailto:thomas.clausen@medisin.uio.no)

## Liste over tiltaksnummer

- 01 = LAR Vestfold
- 02 = LAR Vest-Agder
- 03 = Helse Bergen
- 04 = LAR Nord
- 05 = SPA, Oslo
- 06 = LAR Telemark
- 07 = LAR Buskerud
- 09A = LAR Hamar (Innlandet)
- 09B = LAR Gjøvik (Innlandet)
- 09C = LAR Lillehammer (Innlandet)
- 10 = Veksthuset Rogaland
- 11 = Samtun Sauherrad
- 12 = Arken
- 13 = Sollia
- 14 = Tyrili 1 (Høvringen)
- 15 = Tyrili 2 (Frankmotunet)
- 16 = Tyrili 3 (Tyrilihaugen)
- 17 = Tyrili 4 (Tyrilitunet)
- 18 = Tyrili 5 (Kampen)
- 19 = Tyrili 6 (Tyrili Sør)
- 20 = Veksthuset Molde
- 21 = LAR Midt
- 22 = LAR Akershus
- 23 = LAR Aust-Agder
- 24 = Renåvangen
- 25 = LAR Fredrikstad (Østfold)
- 26 = LAR Moss (Østfold)
- 27 = LAR Sarpsborg (Østfold)
- 28 = LAR Askim (Østfold)
- 29 = LAR Halden (Østfold)

## Bare for LAR-tiltak

LAR-medisiner i dag	
	Dose mg/dag
Subutex / buprenorfin	.....
Subuxone	.....
Metadon	.....
Annet	.....

Utleveringsordning LAR-medisin	
LAR-senter	<input type="checkbox"/>
Apotek	<input type="checkbox"/>
Fastlege	<input type="checkbox"/>
Hjemmesykepleier	<input type="checkbox"/>
Annet: .....	<input type="checkbox"/>

Henteordning for LAR-medisin	
	Antall dager per uke
Observervert inntak	.....
Ta med hjem-dosering	.....

Kontrolltiltak mht rusmiddelinntak	
	Antall ganger per uke
Urinprøvekontroller	.....
Spyttprøvekontroller	.....
Sporadiske spytt/urinprøvekontroller	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

**Fødselsnummer**

**Kjønn**

1 = Mann  
2 = Kvinne

**Dato for start kartlegging (NPR)**

dag måned år

**Dato for første behandlingsdag**  
(for LAR-pasienter første dag med LAR medisin)

dag måned år

**Behov for tolk**

1 = Ja  
2 = Nei

**Fødeland og etnisk bakgrunn**

1 = Norge  
2 = Norden utenom Norge  
3 = Vest-Europa utenom Norden  
4 = Øst-Europa  
5 = Asia (inkl. Tyrkia)  
6 = Afrika

7 = Sør- og Mellom-Amerika (inkl. Mexico)  
8 = Nord-Amerika  
9 = Oceania  
99 = Ukjent

Fødeland Mors fødeland Fars fødeland

**Sivilstatus**

0 = Ikke oppgitt  
1 = Aldri gift  
2 = Gift  
3 = Enke / enkemann  
4 = Separert  
5 = Skilt  
6 = Registrert partner  
7 = Separert partner  
8 = Skilt partner  
9 = Gjenlevende partner

**Høyeste fullførte utdanning**

1 = Ikke avsluttet grunnskole  
2 = Grunnskole  
3 = Videregående skole/gymnas/yrkesskoleutdanninger  
4 = Faglig yrkesutdanning  
5 = Treårig høyskole/universitet  
6 = Mer enn treårig høyskole/universitet  
9 = Ukjent

**Yrkesstatus**

**Viktigste inntekt siste 4 uker**

1 = Utenfor arbeidsmarkedet og ikke under utdanning  
2 = Heltidsjobb  
3 = Deltidsjobb  
4 = Under utdanning  
5 = Deltidsjobb og under utdanning  
9 = Ukjent

**Bor sammen med (NPR)**  
(flere valg mulig)

1 = Lønnet arbeid  
2 = Forsørget  
3 = Arbeidsledighetsstrygd  
4 = Syke-/rehabiliteringspenger  
5 = Atføringspenger  
6 = Uførepensjon  
7 = Alderspensjon  
8 = Sosial stønad  
9 = Annet  
10 = Ukjent  
11 = Studielån/stipend  
12 = Stønad til enslig forsørger

**Bolig**

**Hatt en stabil bosituasjon siste 4 uker**

- 1 = Bor alene  
2 = Bor i parforhold  
3 = Bor sammen med venner  
4 = Bor sammen med foreldre



## Barn (NPR)

Antall egne barn uansett alder og bosituasjon (NPR)

### Alder og bosituasjon for barn under 18 år (NPR)

	0-6 år	7-12 år	13-17 år
Hjemmeboende barn (egne), angi antall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjemmeboende barn (andres), angi antall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Tiltak for barn under 18 år (ikke NPR)

	1 = Ikke behov	2 = Bør iverksettes	3 = Er iverksatt	9 = Ukjent
Hjemmeboende barn (egne), angi antall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjemmeboende barn (andres), angi antall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Graviditet (NPR)

1 = Ja  
2 = Nei  
9 = Ukjent

**Antall uker gravid**  
(Eks.: 1 uke = 01; 2 uker = 02; 10 uker = 10)

## Vedvarende somatiske sykdommer eller skader (NPR)

1 = Ja  
2 = Nei  
9 = Ukjent

## Testet for blodsmittevirus?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 = Ja 2 = Nei 9 = Ukjent
<b>Hepatitt B</b>	<b>Hepatitt C</b>	<b>HIV</b>	

## Egen kunnskap om blodsmittevirus

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 = Ja 2 = Nei 9 = Ukjent om pasienten vet
<b>Hepatitt B</b>	<b>Hepatitt C</b>	<b>HIV</b>	

## Psykiske vansker/lidelser (NPR)

**Siste 4 uker**    **Tidligere i livet** (begge kolonnene må besvares for hvert spørsmål)  
1 = Ja    2 = Nei    9 = Ukjent

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hatt alvorlige depresjoner
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hatt alvorlig angst
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Blitt forskrevet medisiner for et eller annet psykisk/følelsesmessig problem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hatt alvorlige tanker om å ta livet av seg

## Forsøk på selvmord

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

## Mottatt profesjonell hjelp for psykiske vansker/lidelser

1 = Ja  
2 = Nei  
9 = Ukjent

## Type tidligere behandling rus

1 = Kun avrusning (institusjon eller poliklinisk)  
2 = Poliklinisk vedlikeholdsrehabilitering (LAR)  
3 = Annen poliklinisk behandling, inkludert dagtilbud  
4 = Døgnbehandling ut over avrusning  
5 = Poliklinisk-(LAR eller annen) og døgnbehandling (inkludert avrusning)  
6 = Behandling utenfor rusinstitusjon/rustiltak  
8 = Ikke tidligere behandlet  
9 = Ukjent

## Tid siden siste behandling rus

**Angi antall måneder siden siste behandling**  
(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144)  
000 = Vært i behandling, men ukjent når sist

## Antall rusmidler brukt siste 6 måneder

**Angi antall rusmidler**  
(Eks.: 1 rusmiddel = 01; 2 rusmidler = 02;  
10 rusmidler = 10)  
00 = Ingen  
99 = Ukjent

## Rusmiddel-/medikamentprofil siste 6 måneder (før kontrollert miljø)

	Type rusmiddel/medikament(NPR) (Bruk koden nedenfor)	Inntaksmåte (NPR) (Bruk koden nedenfor)	Hvor ofte brukt siste 4 uker (NPR) (Bruk koden nedenfor)	Alder brukt første gang (NPR)	Hvor lenge problemfylt bruk (Antall år)
Mest brukte rusmiddel/medikament	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. mest brukte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. mest brukte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. meste brukte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
0 = Ingen 1 = Alkohol 2 = Cannabis 3 = Heroin/Opium 4 = Metadon, buprenorfin, andre opiatere/opioider forskrevet i LAR-program 5 = Metadon, buprenorfin, andre opiatere/opioider forskrevet utenfor LAR-program 6 = Metadon, buprenorfin, andre opiatere/opioider ervervet uten at forskrevet av lege 7 = Benzodiazepiner forskrevet av lege 8 = Benzodiazepiner ikke forskrevet av lege 9 = 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 99 = Ukjent 1 = Drikker/spiser 2 = Injiserer 3 = Røyker 4 = Sniffer 8 = Annet 9 = Ukjent 1 = Ikke brukt 2 = Sjeldnere enn 1 gang i uken 3 = Omtrent ukentlig 4 = 2-4 dager i uken 5 = 5-6 dager i uken 6 = Daglig 9 = Ukjent 99 = Ukjent 00 = Ikke 01 = Et år eller mindre 99 = Ukjent					

### Brukt sprøyter før?

<input type="text"/>	1 = Ja 2 = Nei 9 = Ukjent
----------------------	---------------------------------

### Alder første sprøytebruk

<input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Angi alder i år</b> 00 = Aldri brukt sprøyter 99 = Ukjent
---	--

### Sprøytebruk siste 4 uker (NPR)

<input type="text"/>	1 = Ikke brukt sprøyte 2 = Sjeldnere enn 1 gang i uken 3 = Omtrent ukentlig 4 = 2-4 dager i uken 5 = Daglig eller nesten daglig 9 = Ukjent
----------------------	---

### Antall ganger overdose hele livet

<b>Antall for hvert av stoffområdene</b>			
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	00 = Ingen ganger 99 = Ukjent	
Alkohol	Narkotika		
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>		
Medikament	Kombinasjon		

## Behandlingserfaring

Hvor mange måneder til sammen har du vært i døgnbehandling uten LAR i ditt liv?

(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144)

Hvor mange måneder til sammen har du vært i døgnbehandling med LAR i ditt liv?

(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144)

Hvor mange måneder til sammen har du vært i poliklinisk behandling uten LAR i ditt liv?

(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144)

Hvor mange måneder til sammen har du vært i poliklinisk behandling med LAR i ditt liv? (Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144)

Hva er ditt behandlingsmål med dette behandlingsopplegget?

1 = Rehabilitering med rusfrihet

2 = Stabilisering med bedre rusmestring

Ønske for varighet av behandling?

(Eks.: 1 mnd = 001; 12 mndr = 012; 12 år = 144, Livslang = 999)

## Kontrollert miljø

I løpet av de siste 30 dagene før denne behandlingen, har du vært innlagt i det vi kan kalle et «kontrollert miljø»?

1 = Nei

2 = Fengsel

3 = Behandlingsinstitusjon for rusmiddelmissbrukere

4 = Somatisk sykehus

5 = Psykiatrisk sykehus/klinikk

6 = Bare avrusning/avgiftning

7 = Annet kontrollert miljø, spesifiser: .....

Var dette miljøet/behandling med LAR?

Nei

Ja

## Sosialt nettverk siste 6 måneder (før kontrollert miljø)

Hvem er du mest sammen på fritiden vanligvis?

(Lengeværende kjæresteforhold defineres som familie/minst 1 år)

1 = Familie uten nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter

2 = Familie med nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter

3 = Venner uten nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter

4 = Venner med nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter

5 = Er mest alene

### Utsatthet for kriminalitet siste 6 måneder (før kontrollert miljø)

	Siste 6 mnd		
	Nei	Ja	Ant ganger
Har du blitt frastjålet personlige ting som penger, mobiltelefon eller andre ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du blitt utsatt for vold som førte til synlige merker eller skader på kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du blitt utsatt for vold som ikke førte til synlige merker eller skader på kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du noen gang blitt utsatt for seksuelt motivert vold, overgrep eller voldtekt, eller forsøk på dette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Egen kriminalitet siste 6 måneder (før kontrollert miljø)

	Siste 6 mnd		
	Nei	Ja	Ant ganger
Har du vært involvert i kriminelle handlinger? (unntatt egen bruk og besittelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Herunder vinningskriminalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Narkotikaforbrytelser? (unntatt egen bruk og besittelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Voldskriminalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Trafikk kriminalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvis Ja: Annen kriminalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### LAR-medisin og kriminalitet hele livet

	Nei	Ja	Ikke aktuelt	Ønsker ikke å svare
Har du noen gang omsatt/delt ditt eget LAR medikament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang kjøpt illegalt LAR-medikament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Soning hele livet

	Nei	Ja	Ant ganger	Dersom soning, ant måneder totalt
Har du sonet dom i fengsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## SCL – 25. Hvor mye har du vært plaget av: (den siste uka)

(samme spørsmål i SCL-90)

	0	1	2	3	4
<i>Sett en ring rundt det svaret som passer deg best.</i>	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Veldig mye
1. Hodepine	0	1	2	3	4
2. Skjelving	0	1	2	3	4
3. Matthet eller svimmelhet	0	1	2	3	4
4. Nervøsitet, indre uro	0	1	2	3	4
5. Plutselig frykt uten grunn	0	1	2	3	4
6. Stadig redd eller engstelig	0	1	2	3	4
7. Hjerterbank, hjerteslag som løper avgårde	0	1	2	3	4
8. Følelse av å være anspent, oppjaget	0	1	2	3	4
9. Anfall av angst eller panikk	0	1	2	3	4
10. Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille	0	1	2	3	4
11. Mangel på energi, alt går langsommere enn vanlig	0	1	2	3	4
12. Lett for å klandre seg selv	0	1	2	3	4
13. Lett for å gråte	0	1	2	3	4
14. Tanker om å ta ditt liv	0	1	2	3	4
15. Dårlig matlyst	0	1	2	3	4
16. Søvnproblemer	0	1	2	3	4
17. Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	0	1	2	3	4
18. Nedtrykt, tungsindig	0	1	2	3	4
19. Følelse av ensomhet	0	1	2	3	4
20. Tap av seksuell lyst og interesse	0	1	2	3	4

21. Følelse av å være lur i en felle eller fanget	0	1	2	3	4
22. Mye bekymret eller urolig	0	1	2	3	4
23. Uten interesse for noe	0	1	2	3	4
24. Følelse av at alt er et slit	0	1	2	3	4
25. Følelse av å være unyttig	0	1	2	3	4

## Somatisk helse. Hvor mye har du vært plaget av: (siste 6 måneder) (før kontrollert miljø)

Sett en ring rundt det svaret som passer deg best.	0	1	2	3	4	Kronisk lidelse?	
	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Veldig mye	(minst 3 mnd i løpet av siste halvår før inntak)	
						Ja	Nei
Fordøyelsesplager	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diare	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstoppelse	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftveisplager	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudinfeksjoner	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddsmerter	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhet	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt hukommelse	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synsforstyrrelser	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinveisplager	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjønnsykdommer	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tann/tannkjøttplager	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Har du noen av de nevnte sykdommer per i dag?

	Ja	Nei	Ukjent/ vet ikke	Hvis Ja, har du i løpet av de siste 6 mnd fått behandling for din(e) sykdom(mer)?	
				Ja	Nei
				Diabetes	<input type="checkbox"/>
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitt B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitt C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leverchirrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreft	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Livskvalitet før oppstart i behandling (før kontrollert miljø)

Sett en ring rundt det svaret som passer deg best.

		0	1	2	3	4
	Ikke aktuelt	Meget dårlig	Dårlig	Verken god/t eller dårlig	God/t	Meget god/t
Hvordan synes du selv din fysiske helse var før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan synes du selv din psykiske helse var før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var ditt forhold til deg selv før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var ditt forhold til dine venner før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var ditt forhold til din partner før behandling?	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4
Hvordan var din evne til å være glad i andre mennesker før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan fungerte du seksuelt før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan fungerte du sosialt før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var din arbeidsevne før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan synes du kvaliteten på livet ditt var før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var kontakten med din familie før behandling?		0	1	2	3	4
Hvordan var kontakten med egne barn før behandling?	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4



## Mål på psykologisk avhengighet siste 4 uker

<i>Som du opplevde det mht til rusmidler siste måned før du begynte i behandling (avrusning er behandling).</i>	0	1	2	3
	Aldri	Noen ganger	Ofte	Alltid
Tenkte du at ditt forbruk av rusmidler var ute av kontroll?	0	1	2	3
Gjorde tanken på å ikke ta rusmidler at du følte deg engstelig eller bekymret?	0	1	2	3
Har ditt forbruk av rusmidler bekymret deg?	0	1	2	3
Skulle du ønske du kunne klare å slutte?	0	1	2	3
	Ikke i det hele tatt	Litt vanskelig	Vanskelig	Umulig
Hvor vanskelig synes du det var å stoppe? (gjelder ikke LAR-medisiner)	0	1	2	3

## Selvkontroll

<i>Nedenfor skal du vurdere påstandene etter hvor godt de passer for deg.</i>	0	1	2	3	4
	Passer ikke det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Passer svært godt
Jeg er flink til å motstå fristelser	0	1	2	3	4
Jeg synes det er vanskelig å endre dårlige vaner	0	1	2	3	4
Jeg er lat	0	1	2	3	4
Jeg sier upassende ting	0	1	2	3	4
Jeg gjør enkelte ting som er morsomt, selv om det ikke er bra for meg	0	1	2	3	4
Jeg motstår ting som er dårlig for meg	0	1	2	3	4
Jeg skulle ønske jeg hadde mer selvdisiplin	0	1	2	3	4
Folk vil si jeg har jerndisiplin	0	1	2	3	4
Ønsket om å ha det gøy forhindrer meg noen ganger i å få jobben gjort	0	1	2	3	4
Jeg har konsentrasjonsvansker	0	1	2	3	4
Jeg klarer å jobbe effektivt mot langsiktige mål	0	1	2	3	4
Enkelte ganger klarer jeg ikke å stoppe meg selv i å gjøre noe jeg vet er galt	0	1	2	3	4
Jeg handler ofte uten å ha vurdert alle alternativene	0	1	2	3	4

## Generelle matvaner siste 4 uker før inntak til behandling (før kontrollert miljø)

Hvor mange måltider spiste du per dag?

Hvor mange varme måltider spiste du vanligvis per dag?

Hvor mange mellommåltider (snack) spiste du per dag?

Hvor mange brødmåltider spiste du vanligvis per dag?

Med hvem spiste du vanligvis dine måltider?

1 = Alene

2 = Med familie

3 = Med venner

4 = Med andre

## Generelle matvaner siste 4 uker før inntak til behandling (før kontrollert miljø)

	0	1	2	3
<i>Sett en ring rundt det svaret som passer deg best.</i>	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte
Hvor ofte spiste du tilberedt mat som ble servert på for eksempel suppestasjoner/institusjon/værested?	0	1	2	3
Hvor ofte spiste du «fast food» (hamburgere, pizza, pølser etc) som et hovedmåltid?	0	1	2	3
Hvor ofte spiste du halvfabrikatmat (frossenpizza, supper etc) som du varmet selv?	0	1	2	3
Hvor ofte lagde du/familiemedlem varme hjemmelagde måltider som du spiste?	0	1	2	3
Hvor ofte mottok du «matposer» fra for eksempel Frelsesarmeen?	0	1	2	3
Benyttet du deg av kosttilskudd	0	1	2	3

### Tobakksvaner siste 6 måneder før behandling (før kontrollert miljø)

Røyket du tobakk?

1 = Ja  
2 = Nei

Brukte du snus?

1 = Ja  
2 = Nei

Hvis ja, hvor mange sigaretter daglig?

Hvis ja, antall dager per boks?

### Dopingmidler siste 6 måneder før behandling (før kontrollert miljø)

Brukte du dopingmidler?

1 = Ja  
2 = Nei

Hvis ja, hvor mange ganger per uke?

Hvis ja, hvilken type dopingmidler?

Anabole steroider     Andre: .....

Hvis ja, brukte du sprøyter?

1 = Ja  
2 = Nei

### Fysisk trening siste 6 måneder før behandling (før kontrollert miljø)

Drev du med fysisk trening, enten organisert eller i privat regi?

1 = Ja  
2 = Nei

Hvis ja, hva slags trening? .....

Hvis ja, hvor mange dager per uke?

### Høyde og vekt

Selvrapportert vekt i kilo

Selvrapportert høyde i cm

Hvordan vurderer du din egen vekt i dag?

For lav     Passe     For høy



Deltagelse i denne studien innebærer at vi vil forsøke å få høre hvordan det har gått med deg igjen etter noe tid (1-5 år). For at vi skal kunne komme i kontakt med deg ved oppfølgingstidspunktene, må vi ha oppdatert kontaktinformasjon.

*Vi ber også om at du i tillegg til egen informasjon oppgir minst 2 andre kontaktpersoner som vet hvor du stort sett befinner deg. Vi har erfaring fra at mange skifter adresse, og telefonnummer i oppfølgingstiden. Vi trenger derfor informasjon fra tilleggskontaktene for å kunne nå deg.*

## Kontaktinformasjon for pasienten:

Navn:

Adresse:

Telefonnr 1:

Telefonnr 2:

Telefonnr 3:

E-mail:

Din kontakt i kommunen:

### Kontaktperson 1

Relasjon/rolle: familie, behandler, venn, annet .....

Navn:

Adresse:

Telefonnr 1:

Telefonnr 2:

E-mail:

### Kontaktperson 2

Relasjon/rolle: familie, behandler, venn, annet .....

Navn:

Adresse:

Telefonnr 1:

Telefonnr 2:

E-mail:

## **Informasjon om deltakelse i forskningsprosjektet NorComt – en naturalistisk oppfølgingsstudie av pasienter i rusbehandling**

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, Universitetet i Oslo

### **Bakgrunn og hensikt**

Det finnes nesten ingen forskningsstudier som følger opp LAR-brukere over lang tid verken internasjonalt eller nasjonalt. Vi mangler derfor viktige kunnskaper om hvordan både helt nye og «gamle» LAR-brukere har det etter flere år både med tanke på psykososiale forhold og livskvalitet generelt. Denne undersøkelsen vil prøve å tilrettelegge for innhenting av denne typen kunnskap som kan bli et viktig bidrag inn i en bedre planlegging og tilrettelegging av differensierte tiltak for gruppen på sikt. Kunnskapen om LAR-brukere vil bli systematisk sammenlignet med tilsvarende kunnskap om stoffmisbrukere i døgnbehandling som ikke bruker substitusjonsmedisin.

### **Hva innebærer din deltagelse?**

Undersøkelsen går ut på at du deltar i et intervju som tar rundt en time med en av de ansatte i dette tiltaket, og at du skriftlig samtykker i at vi kan kontakte deg for en lignende oppfølgingsundersøkelse etter sannsynligvis 1, 3 og 5 år. For oppfølgingsundersøkelsene er det viktig at du samtykker i at vi kan koble de opplysningene du har gitt til oss til ulike registre (helsetjenester, arbeid og trygdeytelser, reseptregisteret, strafferegisteret og dødsårsaksregisteret). Dette er viktig på sikt da det ofte er vanskelig å finne tilbake til alle som opprinnelig deltok i undersøkelsen. Koblingen til registerdata vil skje etter nøye vurderte rutiner og etter koblingen vil ingen kunne finne tilbake til deg som person.

### **Frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i studien, og om du ikke ønsker og delta vil ikke dette ha noen konsekvenser for din videre behandling. Du kan også når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien og alle opplysninger om deg vil bli slettet. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en nedlåst navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

### **Mer utfyllende informasjon om studien**

Om du vil ha mer detaljerte opplysninger om hva denne undersøkelsen går ut på finner du det i skjemaet som du skriver under på om du vil delta (*Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet*). Se også [www.norcomt.no](http://www.norcomt.no) for mer informasjon.

## Siste veiledning (28.10.13) for utfylling av intervju skjema – samt noen viktige punkter å huske i forbindelse med intervjuingen

- Intervjuet bør finne sted i løpet av **de 6-8 første ukene** etter behandlingsoppstart. Tidsrammen er fleksibel. Ta kontakt med prosjektgruppen om du er i tvil om det har gått for lang tid.
- Om personlig møte ikke lar seg gjøre av ulike praktiske hensyn kan **telefonintervju** foretas.
- Når intervjuet skal utføres bør intervjuer tilrettelegge for et godt møte med pasienten, både mht en god tidsramme, muligheter for pauser, servering av kaffe og framvise genuin interesse for klientens situasjon og problemer.
  - o Begynn intervjuet med kort å forklare bakgrunnen for at vedkommende blir spurt om å delta i undersøkelsen og ca. hvor lang tid det vil ta å gjennomføre intervjuet.
  - o Hovedgrunnen er at en gjerne vil ha brukernes fremstilling av hva de har problemer med for å kunne gi brukerne best mulig hjelp. På sikt kan undersøkelsen være med på å bidra til at tiltak tilrettelegges på en best mulig måte for klientgruppa. Uten innspill fra brukerne selv er det vanskelig å tilrettelegge gode tiltak.
  - o Understrek at det er mulig å ta pauser underveis
  - o Si at det er greit å ikke svare dersom spørsmål oppleves følelsesmessig vanskelige.
  - o Det beste er om intervjuet gjøres sammenhengende, dvs. ikke litt i dag, litt i morgen og litt en tredje dag, men om ikke annet er mulig er det også OK.
- **SKRIV TYDELIG OG PENT, BÅDE TALL og BOKSTAVER.** Dere sender inn **ORIGINALEN**, og skjemaene scannes inn av oss og må kunne leses av tydelig.
- Hvilket tiltaksnr du fyller inn på forsiden finner du på side 2.
- Løpenr på forsiden settes på fortløpende (første klient som intervjues får løpenr 001, andre klient løpenr 002 etc. Tiende klient løpenr 010 etc).
- Pasienter som har startet opp i LAR i en by, men som flytter til en annen by, for eksempel å bo i et spesielt tiltak/begynner i behandling av en eller annen art, regnes som NY i LAR i den byen hvor vedkommende nå skal følges opp.
- Side 3 i skjema gjelder bare dem som bruker substitusjonsmedisin.

- Side 5, om du har intervjuet på to ulike dager settes dato for intervju på dagen du starter intervjuet (som det står START intervju).
- Side 5, et nytt begrep er kommet inn istedenfor rehabiliterings- og atføringspenger som kalles *arbeidsavklaringspenger (AAP)*. Dette kan dere kode som verdi 5. atføringspenger.
- Side 6, spørsmål om barn skal alltid fylles ut. Sett 0 i første boks om ingen barn. Med tiltak for barn under 18 år spørres det om pasienten mener det er behov for å iverksette noen hjelpetiltak (alle typer støttetiltak) for barn (egne/andres). Dette fylles ut på vanlig måte, selv om det ikke står i deres opprinnelige KK-skjema.
- Side 8, ønske for varighet av behandling gjelder både for de i døgnbehandling uten LAR, og for de i LAR-tiltak.
- Side 9, nederst under Utsatthet for kriminalitet siste 6 måneder står spørsmålet *Har du noen gang blitt om utsatt for seksuelt motivert vold, overgrep eller voldtekt, eller forsøk på dette?* Dette gjelder NOEN GANG GJENNOM HELE LIVSLØPET.
- Side 11, pass på at spørsmålene helt til høyre i skjema som Kronisk lidelse og Hvis ja, Behandling siste 6 mnd ikke hoppes over.
- Side 10, SCL-25 skal pasienten helst fylle ut selv. **Her må det sjekkes grundig med en gang at alle spørsmål er besvart.** Om vedkommende vil at intervjuer leser opp spørsmålene og fyller ut er det også OK, men **da lager du et hjelpeark med med de ulike svaralternativene** (0=ikke i det hele tatt, 1=litt etc) som du gir pasienten før du starter å spørre.
- Lag slike **HJELPEARK** til de andre skalerte spørsmålene på side 11, 12, 13 (0=ikke i det hele tatt, 1=litt etc) med svaralternativer på og gi dette til pasienten før du stiller spørsmålene.
- Side 14 (øverst), mellommåltid (snack) regnes ikke som et fullverdig måltid.
- Side 16, arket om **KONTAKTINFO** for pasienten fylles ut av **INTERVJUER** med tydelig skrift.
- På samtykket fyller pasient under "Villig til å delta i studien", mens **INTERVJUER** fyller ut «Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om».
- Intervjuer går ALLTID igjennom intervjuet etter at skjemaet er utfyllt, mens pasienten fortsatt er tilstede, og passer på at det er riktig utfyllt. Koordinator kvalitetssjekker ALLTID hvert intervjueskjema som blir levert til henne/han for å forsikre seg om at det er riktig utfyllt.



Det er viktig at intervjuer **avrunder intervjumøtet på en god måte for pasienten** slik at vedkommende forlater møtet på en positiv måte. Husk å takke for et viktig bidrag inn i arbeidet med å lage bedre tiltak for pasientgruppa det gjelder (LAR- eller medikamentfri døgntilrettelagt behandling).

- **NB NB. Send alltid inn den TOSIDIGE ORIGINALEN og ta eventuelt kopi for å ha i journalen.**
- Ferdig utfylt og **kontrollerte intervju skjema samt klientsamtykke** sendes til SERAF fortløpende:

Universitetet i Oslo,  
SERAF ved Edle Ravndal  
Postboks 1039 Blindern,  
0315 Oslo.

-

## Huskeliste for koordinatører i NorCOMT

1. Koordinatorere skal ved hjelp av et LOGG-skjema registrere ALLE pasienter som begynner i det aktuelle tiltaket med oppstartsdato for substitusjonsmedisin (LAR-tiltak) eller inntaksdato (døgn-tiltak) og registrere om vedkommende ble intervjuet i løpet av de 6-8 første ukene. Om noen pasienter av ulike grunner IKKE blir intervjuet skal det registreres på loggskjema hva årsaken var (fyller ut faste kategorier).
2. Intervjudato er den dagen skjema er komplett utfyllt.
3. DET DØGNTILTAK OG DET LAR-TILTAK SOM INTERVJUER FLEST PASIENTER FORTLØPENDE AV TILTAKETS NYE PASIENTER FÅR EN PREMIE PÅ KR 10 000 SOM BIDRAG TIL ET VELFERDSTILTAK FOR TILTAKETS INTERVJUERE og KOORDINATORER.
4. Koordinatorere skal sammen med tiltakets ledelse/intervjuere/andre aktuelle personer i tiltaket tilrettelegge gode og praktiske rutiner for at intervjuene kan gjennomføres på en god og mest mulig smidig og praktisk måte.
5. ALLE skjema som skal brukes ved hvert intervju er følgende:
  - ✓ Skjema med veiledning for hvordan undersøkelsen presenteres for pasienten (informasjon til klinikerne).
  - ✓ En enkel og mer uformell orientering om undersøkelsen som gis til pasienten.
  - ✓ Formelt klientsamtykke med grundig orientering om undersøkelsen som skrives under av pasienten.
  - ✓ Intervjuskjema
6. Begge koordinatører skal lære opp intervjuere i hvordan undersøkelsen bør presenteres og er superbrukere av intervjuskjema. De plikter å lære opp alle konsulenter i hvert tiltak som skal intervjuer i rett bruk av alle skjema.
7. ALLE skjema som skal brukes ved intervju skal koordinatører ha ferdig trykket opp (2-sidig!) og dele ut til alle intervjuere/avtale med intervjuere hvor de kan hentes. Viktig å lage felles og praktiske rutiner for dette.
8. Alle intervjuer bør utføres i løpet av de 6-8 første ukene etter behandlingsoppstart

9. Intervjuer går ALLTID igjennom intervjuet etter at skjemaet er utfylt mens pasienten fortsatt er tilstede og passer på at det er riktig utfylt. Koordinator kvalitetssjekker ALLTID hvert intervjueskjema som blir levert til henne/han at det er riktig utfylt.
10. Viktig at intervjuer avrunder intervjumøtet på en god måte for pasienten slik at vedkommende forlater møtet på en positiv måte. Husk å takke for et viktig bidrag inn i arbeidet med å lage bedre tiltak for pasientgruppa det gjelder (poliklinisk LAR- eller døgnbehandling).
11. Ferdig utfylte og kontrollerte intervjueskjema med samtykke- og kontaktinformasjon sendes til SERAF fortløpende.