



Resultater av Tolvtrinnsbehandling ved rusmiddelavhengighet.

Effekt og forløpsstudie av to årganger rusmiddelavhengige pasienter to år etter fullført seks ukers behandling på A-klinikken.

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA),
Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand

John-Kåre Vederhus og Øistein Kristensen

Forskningsserie fra A-klinikken

Kristiansand S.

2005

Nr. 22

Kontaktinformasjon:

*Sørlandet Sykehus HF
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand
Serviceboks 416
4604 Kristiansand*

*Kontaktperson:
John-Kåre Vederhus
john-kare.vederhus@sshf.no
Tlf. 38148000*

Hjemmeside: www.avhengighetsbehandling.no

Opptrykk ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand, 2005

ISBN 82-91191-15-8

Innholdsfortegnelse

1.0	<i>Innledning</i>	1
1.1	Eget ståsted	2
1.2	Problemstilling	2
1.3	Definisjoner / begreper	3
2.0	<i>Presentasjon av behandlingen</i>	4
3.0	<i>Metodisk tilnærming</i>	5
3.1	Hvordan kan vi måle resultat av en rusbehandling?	5
3.2	Fordeler og ulemper ved intern evaluering	5
3.2.1	Motiver	7
3.3	Etisk komité / Datatilsynet	7
3.4	Valg av metode	8
3.5	Utvalget	8
3.5.1	Mer om diagnoser:	9
3.5.2	Om psykisk komorbiditet	9
3.6	Praktisk gjennomføring	10
3.7	Hvem svarte på undersøkelsen?	11
4.0	<i>Resultater</i>	12
4.1	Fullført oppfølgingsprogrammet (11 måneder)	12
4.2	Rusbruk / rusmestring	12
4.2.1	Rusfrihet hele perioden etter behandling	12
4.2.2	Rusbruk siste 6 måneder	13
4.2.3	Tilbakefall	14
4.2.4	Reliabilitetstesting av informasjonen	14
4.2.5	Bortfallsanalyse og rusbruk for hele utvalget	15
4.2.6	Hva vet vi om de som er døde (6 pasienter, 5 %)?	16
4.3	Psykisk helse	16
4.4	Sosial / praktisk situasjon	17
4.4.1	Jobb / viktigste inntekt	17
4.4.2	Bolig	18
4.4.3	Forholdet til de nærmeste	18
4.4.4	Kontakt med selvhjelpsgrupper	20
4.5	Opplevelse av livssituasjonen etter oppholdet og A-klinikkens betydning for bedring	20
4.6	Sammenligning med tidligere undersøkelser	23
4.7	Kvalitative funn	24
4.7.1	Beskrivelse av behov som pasientene mener ikke ble møtt:	24
4.7.2	Negative tilbakemeldinger	24
4.7.3	Positive tilbakemeldinger	25
4.7.4	Oppsummering	26
5.0	<i>Drøfting</i>	27
5.0.1	Svakheter ved studien	28
5.1	Nyttige erfaringer / forslag til videre tiltak	29
6.0	<i>Oppsummering</i>	30

<i>Litteraturliste</i>	<i>31</i>
<i>VEDLEGG 1: Forespørsel om å delta.....</i>	<i>33</i>
<i>VEDLEGG 2: Spørreskjema.....</i>	<i>34</i>
<i>VEDLEGG 3:: Artikkel i "Rus & Avhengighet", nr. 1/05.....</i>	<i>38</i>
<i>VEDLEGG 4: Artikkel i BMC Psychiatry 2006, 6:35.....</i>	<i>41</i>

Tabeller og figurer:

<i>Tabell 1 Demografiske data for pasientutvalget (n=108)</i>	8
<i>Tabell 2 Selvrapportert psykisk komorbiditet og diagnose (%). Livstidsprevalens (n=114)</i>	9
<i>Figur 1 Oversikt over antall pasienter og svar:</i>	10
<i>Tabell 3 Demografiske data på de som svarte på undersøkelsen (n=75)</i>	11
<i>Tabell 4 Svarprosent etter årstall for oppholdet</i>	11
<i>Tabell 5 Fullført oppfølging fordelt på diagnose (n=114)</i>	12
<i>Tabell 6 Ny rusbruk etter behandlingen? (n=74, 1 ubesvart)</i>	12
<i>Tabell 7 Alkoholbruk siste 6 måneder for de med diagnose F10.2</i>	13
<i>Tabell 8 Rusbruk siste 6 måneder for de med diagnose F19.2</i>	13
<i>Tabell 9 Første rusmiddel brukt etter behandling (n=39, 1 uregistrert)</i>	14
<i>Tabell 10 Rusbruk for hele utvalget (n=108) fordelt på diagnose:</i>	15
<i>Tabell 11 Psykiske symptomer / plager før og etter behandling (n=69)</i>	16
<i>Tabell 12 Sammenhengen mellom psykiske symptomer og rusbruk</i>	17
<i>Tabell 13 Arbeidssituasjon før behandlingen og nå (n=71)</i>	17
<i>Tabell 14 Viktigste inntekt før og etter behandling, antall (n=74)</i>	17
<i>Tabell 15 Bolig før og nå (n=75)</i>	18
<i>Tabell 16 Forholdet til ektefelle / samboer etter behandling, (n=67)</i>	18
<i>Tabell 17 Forholdet til foreldre etter behandling, antall (n=66)</i>	19
<i>Tabell 18 Forholdet til barn etter behandling (n=71)</i>	19
<i>Tabell 19 Forholdet til søsken etter behandling (n=71)</i>	19
<i>Tabell 20 Kontakt med selvhjelpsgrupper siste 6 mnd. (n=74)?</i>	20
<i>Tabell 21 Sammenheng mellom selvhjelpsgruppedeltagelse og rusbruk siste 6 mnd. (n=74)</i>	20
<i>Tabell 22 Livssituasjon siste 6 mnd. sammenlignet med før behandling (n=74)</i>	20
<i>Tabell 23 Dersom du har opplevd noe bedring, hvor mye har oppholdet på A-klinikken betydd for det? (n=70).</i>	21
<i>Figur 2 Hvis en venn av deg fikk rusproblemer, ville du anbefale han / henne å ta basisbehandling på A-klinikken? (n=75)</i>	22
<i>Tabell 24 Hvor fornøyd er du med den behandlingen du fikk (n=75)?</i>	22
<i>Tabell 25 Oversikt over funn ved tidligere studier, A-klinikken. Prosenten edru / rusfrie siste 6 måneder, 12 og 24 måneder etter behandling.</i>	23

1.0 Innledning

A-klinikken i Kristiansand har i 2004 50 års jubileum. Før 2004 var det en fylkeskommunal institusjon og var organisert sammen med Ruspoliklinikken under navnet Vest-Agder Klinikkene. Fra nyttår gikk organisasjonen inn under Sørlandet Sykehus HF og ble da organisert under Klinik for psykiatri og avhengighetsbehandling. Navnet på organisasjonen er *Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)*, og består altså av poliklinikk og døgnposter. *Basisposten* gir en korttids døgnbehandling på 6 uker, og det er denne som er fokus for studien. I fortsettelsen vil vi av historiske grunner bruke benevnelsen A-klinikken på institusjonen.

A-klinikken har på slutten av -80 og til slutten av -90 tallet jevnlig sendt ut spørreskjema til tidligere pasienter. Formålet var å ha en løpende evaluering av tilbudet, og få tilbakemelding fra brukerne på om behandlingen virker. Det ble skrevet flere rapporter basert på disse spørreskjemaene, delvis av studenter fra Høgskolen i Agder, men og av klinikkens egne ansatte. Den siste er fra 1999 og gjaldt de som hadde vært i behandling fra 1993- 96 (1). På slutten av 90-tallet opphørte spørreskjemaets utsendelse, delvis fordi skjemaene var modne for revidering og delvis fordi de bare ble liggende uten å bli brukt.

Det har etter hvert blitt et ønske i organisasjonen å komme i gang igjen med brukerundersøkelser. Det har vært motivert ut fra det samme ønsket om å evaluere og dokumentere effekten av behandlingen. En har og ønsket å sammenligne med tidligere undersøkelser. Målgruppen har endret seg, spesielt siden undersøkelsene tidlig på -90 tallet, fra å bestå hovedsaklig av alkoholmisbrukere til en målgruppe med en blandet problematikk (alkohol og narkotika). Det er derfor ekstra interessant og viktig å sammenligne med tidligere undersøkelser, og se om en har samme resultater nå som tidligere. Dette kan gi signaler om behandlingen er tilpasset den endrede målgruppen.

For å få i gang nye evalueringsrutiner var det nødvendig å utarbeide nye verktøy. På midten av 90-tallet ble det nasjonale *Klientkartleggingsskjema (KKS)* innført av Sosialdepartementet (2) Alle tiltak i russektoren ble bedt om å bruke dette, og vi fikk da en standardisert basisregistrering på behandlingstidspunktet. En av målsetningene var at en da også kunne bruke dette som et utgangspunkt for å drive behandlingsevaluering, men det ble ikke utviklet tilstrekkelige verktøy for dette formålet. Det foregår nå en tilpasning av verktøyene EuropASI og EuropADAD (ved SIRUS), men disse verktøyene er basert på intervju av brukerne. Utgangspunktet for vår undersøkelse var å få en mindre ressurskrevende metode å evaluere på gjennom spørreskjema. Vi har derfor utviklet et spørreskjema basert på KKS. En vil da ha et grunnlag for "før og etter"-studier.

Ambisjonsnivået i dette prosjektet er ikke generaliserbar forskning, det ville innebære andre metodiske krav, for eksempel at en sammenligner hvordan det har gått med en rimelig lik gruppe pasienter som får to typer behandlingsopplegg eller mellom to like grupper der en får behandling og en ikke får (kontrollgruppe) (3). Denne studien er en forløpsstudie av en bestemt

populasjon som har gjennomgått et bestemt behandlingsopplegg. Det kan i utgangspunktet ikke si noe om den relative styrken i dette behandlingsopplegget. Men det kan gi oss en oppfatning av hvordan det har gått med utvalget etter behandlingen, og det kan derfor gi indikasjoner på hvor godt og nyttig det aktuelle behandlingsopplegget er. Det er sterkt anbefalt fra sentrale myndigheter at de forskjellige tiltak foretar slike studier på egen behandlingspopulasjon som et ledd i egne kvalitetsvurderinger, og at tiltakene lokalt får seg erfaringer og kompetanse på slike undersøkelser. Sosialminister Ingjerd Schou uttalte i forbindelse med NOU nr. 4 2003 at: *"NOU'en gir et klart signal til de som driver tiltak på området om at de må bli flinkere til å dokumentere effekten av tiltakene"* (4).

Som nevnt har A-klinikken fortatt flere etterundersøkelser i løpet av -90 tallet. Styrken nå er at en har fått et bedre utgangspunkt for slike undersøkelser, ved at KKS ble innført. Med slike basisregistreringer kan en på en helt annen måte både beskrive pasientenes utgangspunkt ved oppstart av behandlingen, og måle eventuelle endringer.

1.1 Eget ståsted

De som har gjennomført denne studien og skrevet rapporten er selv ansatt i organisasjonen. John-Kåre Vederhus er sykepleier og arbeider til daglig med poliklinisk forberedelse til basisposten. Han har i tillegg hatt denne studien som et prosjekt. Han har tidligere gjennomført en lignende studie ved Blå Kors Halvveishus. Øistein Kristensen er overlege ved ARA og har tidligere gjennomført flere lignende studier ved A-klinikken. Se for øvrig i metodekapittelet om det å forske på egen organisasjon.

1.2 Problemstilling

Undersøkelsen har som målsetting å dokumentere effekter av behandlingen og sammenligne resultatene med tidligere undersøkelser.

Problemstillingen er formulert slik:

- Gir behandlingen like gode resultater som tidligere undersøkelser?
- Kan en fortsatt se like god behandlingseffekt på ulike målgrupper som ved tidligere undersøkelser (1)?
- Hvordan er brukerne fornøyd med behandlingen og resultatene av behandlingen for egen del, sammenlignet med tidligere undersøkelser?

Behandlingsmål:

1. *Fullføring av behandling (oppfølgingsprogram)*
2. *Rusfrihet / -mestring*
3. *Bedring av selvrapportert psykiske problem / symptomer*
4. *Bedring av sosiale forhold*
5. *Brukernes subjektive opplevelse av positiv endring i livssituasjon*

6. *Brukernes opplevelse av behandlingens betydning for evt. bedring av livssituasjonen*

1.3 Definisjoner / begreper

- Diagnose ¹ F10.2: *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol, avhengighetssyndrom*. For enkelhets skyld brukes "alkoholavhengige" synonymt i rapporten.
- Diagnose F19.2: *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer, avhengighetssyndrom*. For enkelhets skyld brukes "stoffavhengige" synonymt i rapporten.
- KKS: Nasjonalt Klientkartleggingsskjema for russektoren

¹ Etter ICD-10

2.0 Presentasjon av behandlingen

Behandlingen på Basisposten innebærer 6 ukers innleggelse i døgnavdeling. Behandlingen bygger på at rusavhengighet er en primær lidelse, jf. tolvtrinnsstenkningen.² Det er derfor en fokusering på rusbruken og dens konsekvenser og følgetilstander. Det blir lagt vekt på hva rusmiddelavhengighet innebærer for den enkelte og for familien.

Behandlingsopplegget er intensiv og strukturert gruppeterapi, individuelle oppgaver, familiemøte, undervisning, selvstyrte studier, gruppesamlinger mv. Det legges hovedvekt på gruppeprosess og undervisning. En har hentet behandlingsteknikker fra ulike tradisjoner så som kognitiv terapi, gestalt terapi mv., samtidig som det hele er bygd opp rundt AA's tolvtrinnsprogram. Selv om opplegget er basert på gruppeterapi, behandles pasienten individuelt og det gis oppgaver konkretisert ut fra den enkeltes rus- og livshistorie og den aktuelle situasjon. Individuelle samtaler med gruppeleder eller andre i det tverrfaglige behandlingsteamet, så som lege, psykolog, psykiater, sosialkonsulent eller etisk rådgiver avtales ved behov.

Målsetning for behandlingen er:

- Total rusfrihet og forbedret livskvalitet for den rusavhengig og familien
- Legge grunnlaget for en rusfri livsstil.

Det er en viktig del av behandlingen å gi pasienten kjennskap og kontakt med selvhjelpsgruppene innenfor AA-bevegelsen (AA (Anonyme Alkoholikere), NA (Anonyme Narkomane), Al-Anon (grupper for pårørende)).

I løpet av behandlingen, inviteres familie, nære venner eventuelt arbeidskolleger til en familieuke. Rusavhengighet forstås som en familielidelse, og en søker gjennom denne uka å bedre familiens livskvalitet. En ønsker å bidra til frigjøring fra et dysfunksjonelt og ruspreget familiesystem.

Etter fullført behandling, deltar pasientene i ukentlige oppfølgingsgrupper (poliklinisk ettervern) i 11 måneder. Tilbudet gis og til nære familiemedlemmer.

Det ovennevnte er et utdrag fra "presentasjon av basisposten", en informasjon som gis til pasienter og samarbeidspartnere. Det kunne vært sagt mye om behandlingen og innholdet, men vi bruker her kun denne kortfattede oversikten. Behandlingen er mer utfyllende omtalt i tidligere studier (1;5;6).

² I litteraturen omtalt som "tolvtrinnsbehandling" eller "sykdomsmodellen". Refererer til AA's tolvtrinnsprogram som en basis for forståelse av rusavhengighet.

3.0 Metodisk tilnærming

3.1 Hvordan kan vi måle resultat av en rusbehandling?

"Hensikten med all behandling er å føre klienten eller pasienten fram til et resultat som pasient eller behandler, eller begge, sier seg fornøyd med (7, s. 76).

Det er et spørsmål om det i det hele tatt er mulig å måle spørsmålsstillinger som dreier seg om hva ett institusjonsopphold betyr i en rehabiliteringsprosess. Det er selvfølgelig andre faktorer som virker inn på en rusmisbrukers liv enn et enkelt institusjonsopphold. Og det kan være så godt som umulig å få oversikt over, eller ha kontroll på disse faktorene.

"Det er ikke urimelig å tenke seg at noen institusjoner bidrar positivt til rehabiliteringen, mens andre bidrar negativt, og at den samlede erfaringen for et bedre liv den enkelte misbruker bygger opp, kommer etter hvert" (7, s. 77).

Berg er opptatt av om en institusjon er med og drar "i riktig retning" i forhold til et bedre liv, og at en bør ha en realistisk målsetting i forhold til klientens totale tilværelse. Slik sett vil ikke et behandlingsopphold nødvendigvis være mislykket selv om en ikke kan konstatere at en oppnår redusert rusbruk / rusfrihet på et gitt tidspunkt etterpå.

3.2 Fordeler og ulemper ved intern evaluering

Kan en evaluering av et tiltak være troverdig dersom den gjennomføres av noen i organisasjonen selv? Dersom det blir snakk om å få en evaluering eller en etterundersøkelse, hører en ofte at: "det må utenforstående gjøre."

"Nærhet har minst to sider ved seg: det betyr større lokal kunnskap og engasjement, men også en fare for å miste evnen til å se ting i større perspektiv og i kritisk lys" (8, s. 14).

Nielsen og Repstad (9) fremholder og subjektiviteten som en feilkilde, men kommer med en rekke forslag som kan minske ulempene ved dette og utnytte fordelene. Av fordeler nevnes bl.a. at en kjenner hverdagsspråket, at en vet hvor "skoen trykker" i en organisasjon, at en sparer en masse tid i forhold til en ekstern evaluator for å opparbeide kjennskap til organisasjonen m.v. Av ulemper nevnes at når en er for tett innpå begivenhetene kan en lett overta de gjengse, lokalt herskende forklaringer på forskjellige fenomener. Det kan og være vanskelig å unngå å la seg påvirke av sine forutfattede meninger og fordommer ved utforming av spørsmål, tolkning av data etc. Utfordringen blir derfor å gå fra et "frø til fugleperspektiv". De tar og frem spørsmålet om en tør å skrive "sannheten" når en finner negative tema under en evaluering.

"Føler man at rapporten er blitt så snill at den tilslører virkeligheten, bør man kanskje overveie nøye om den ikke heller bør legges i

skrivebordsskuffen, og ringe til en forsker eller konsulent utenfra” (9, s. 357).

Dette er en uttalelse som i utgangspunktet gjelder en kvalitativ studie på egen organisasjon, men vil også ha gyldighet for kvantitative studier ved at en ikke skjuler eller pynter på negative resultater. Og at en tar på alvor negative kvalitative kommentarer fra brukerne, som vi åpnet for i denne undersøkelsen. De forslagene som i denne sammenhengen kan nevnes for å minske ulempene ved intern evaluering er:

1. Å fortelle leseren om seg selv, eget ståsted og egne motiver
2. At teorilesning bør være mer omfattende enn man umiddelbart forestiller seg, gjerne finne alternative eller kompletterende måter å se ting på enn de som er lokalt herskende
3. Bruke kvantitativ dokumentasjon
4. Å ha en dialog med andre, helst noen som er litt ”på siden” av organisasjonen

Punktene 1 – 3 er forsøkt vektlagt i stor grad. Vedr. punkt 4 har en brukt intern veileder fra en annen avdeling i organisasjonen. Ideelt sett kunne en også hatt en helt utenforstående til dette.

Det er likevel ikke til å komme bort i fra at undersøkelsen er preget av den lokale behandlingens filosofi. Tolvtrinnsstenkingens absolutisme skinner igjennom i valg av spørsmål og i drøftinger. Det er for eksempel et poeng å få frem *absolutt rusfrihet* etter behandling, og ikke bare *reduksjon i forbruk*. Årsaken er at tolvtrinnsstenkingen ser på rusfrihet som den eneste aktuelle behandlingsmålsetning dersom en først har oppnådd diagnosen avhengighet. ”Kontrollert” bruk er da ikke lenger aktuelt fordi en tenker at dette uvergelig (før eller senere) fører tilbake til et destruktivt misbruksmønster.

Som en kontrast kan en for eksempel se på Tyrili’s spørsmålsstilling i sine etterundersøkelser, der rusfrihet blir holdt sammen med ”sosialt akseptabel” bruk av alkohol, definert til ”moderat alkoholforbruk som vanligvis er sosialt akseptabelt” (10). En vil da selvsagt oppnå bedre resultater. For å kunne sammenligne med disse studiene burde en ha nyansert spørsmålsstillingen.

Årsaken til at en likevel har valgt å holde fast på slike absolutter, er dels at problemstillingen for denne undersøkelsen har vært at en ønsker å sammenligne med tidligere undersøkelser lokalt. En kan da ikke bryte helt med tidligere spørsmålsstillinger uten å miste sammenligningsmuligheten. Det er og slik at hvis en skal evaluere noe, så må en faktisk våge å spørre om det som er en uttalt behandlingsmålsetning for den aktuelle behandlingsfilosofien, nemlig absolutt rusfrihet. Konsekvensen blir da strengere mål på behandlingssuksess enn i enkelte andre norske undersøkelser.

3.2.1 Motiver

Det mest nærliggende motivet for en slik undersøkelse i organisasjonen selv, er å ha noe å presentere, da forhåpentligvis å ha resultater å vise til slik at en kan legitimere sin tilstedeværelse.

"Det er en helt naturlig del av enhver virksomhet å prøve å framstille seg selv i et best mulig lys, spesielt dersom det er viktig for fortsatt eksistens. De fleste har som utgangspunkt at deres virksomhet er berettiget og bør få fortsette. Et naturlig strategisk valg blir da å jobbe med de inntrykk og signaler man gir om verden - der man fokuserer på det positive og underkommuniserer det negative. Det er derfor ingen grunn til å moralsk forkaste en slik tilnæringsmåte i utgangspunktet - utfordringen blir heller å se hvordan symbolene produseres, hvorfor, for hvem og i hvilken grad de samsvarer med virkeligheten" (8, s. 9).³

Dette merkes selvsagt best hvis et tiltak er i en utsatt posisjon. Vi opplever ikke at A-klinikken har et behov for å legitimere sin eksistens og at institusjonen har en god anseelse blant politikere, brukere og folk flest. Det er likevel ønskelig at overordnede instanser og samarbeidspartnere kan få oppdatert informasjon om behandlingen og resultater av denne. Waal gir uttrykk for at det er et behov på politisk nivå, spesielt innenfor offentlig virksomhet av typen behandling, å få vite mer om hvor god og nødvendig en behandlingsorganisasjon er (11). Dette for å gi et bedre grunnlag for politisk styring.

Et annet viktig motiv som vi opplever lokalt, er forespørsler fra pasientene. Dersom en kan formidle noe håndfast og realistisk om behandlingsresultater, vil dette kunne formidle håp i en behandlingsprosess.

Andre motiver som er viktige er evaluering som *bevisstgjøring*. Waal fremhever at evaluering som tilbakemelding til personalet, er viktig for å unngå faren for at arbeidet fremstår som et Sisufosarbeid. Evaluering kan derfor forebygge utbrenthet. Evaluering gir og selvsagt mulighet for *læring*. En får viktige tilbakemeldinger, og en kan gjøre endringer som kan gjøre tilbudet bedre.

3.3 Etisk komité / Datatilsynet

Undersøkelse ble meldt til Datatilsynet og følger retningslinjene gitt i Personopplysningsforskriften (§ 7.25 m.fl.). Det har vært drøftet med etisk komite om undersøkelsen burde vært sendt inn dit for vurdering / godkjenning, men vi har fått tilbakemelding på at en ikke trenger det til slike typer kvalitetsmålinger av rutinemessig karakter. Spesielt gjelder dette når pasientene er forespurt på forhånd om å delta i slike undersøkelser (det blir spurt om dette når pasientene avslutter behandlingen).

³ min understrekning

3.4 Valg av metode

Siden problemstillingen i denne oppgaven er i hvilken grad en når definerte mål, har vi valgt en kvantitativ metode. Det ble utarbeidet et spørreskjema med utgangspunkt i KKS for å kunne sammenligne data ved behandlingsstart og ved undersøkelsestidspunktet.⁴ Mange spørsmål var identiske med KKS, men det ble laget en del tilleggsspørsmål som var relevante i forhold til problemstillingen. Skjemaet ble utarbeidet internt med tilbakemeldinger fra behandlere i tiltaket, samt at 6 tidligere pasienter kom med nyttige kommentarer og skjemaet gjennomgikk flere korreksjoner. På siste side i skjemaet ble det laget en del åpne spørsmål, slik at informantene kunne komme med mer utfyllende, kvalitative kommentarer.

3.5 Utvalget

Etterundersøkelsen gjelder de som har vært i behandling på basisposten i 2001 og 2002. Vi har valgt å ikke ta med de som ikke har fullført behandlingen. Begrunnelsen for dette er at behandlingen er relativt kort (6 uker), slik at en etter vår oppfatning må få med seg alt før det har noe hensikt å måle effekt av tiltaket.

Det var i alt 144 pasienter⁵ som hadde påbegynt behandling ved A-klinikken i perioden, og 30 av disse fullførte ikke (21 %). Det er altså 114 pasienter som har fullført behandlingen i perioden. Av disse er seks døde (5,6 %). To har fullført behandlingen to ganger, disse er kun regnet én gang. De fikk beskjed i informasjonsbrevet å tenke på sin siste behandling. 108 pasienter har derfor fått tilsendt spørreskjema. Svarprosent mv. er regnet ut fra dette, men i de demografiske oversikter er alle 114 tatt med.

Tabell 1 Demografiske data for pasientutvalget (n=114)

	F10.2	F19.2
Kjønn: Menn	41 (69 %)	40 (73 %)
Kvinner	18 (31 %)	15 (27 %)
Totalt	59 (52 %)	55 (48 %)
Alder (SD)	45 (\pm 9)	33 (\pm 7)
Sprøytemisbruk noen gang i følge KKS: (n=106)	5 (9 %)	38 (69 %)

I forhold til problemstillingen har vi valgt å se på pasientene i de to diagnosegruppene F10.2 og F19.2. Diagnose er satt av erfaren psykiater og hentet fra journal. De to gruppene er omtrent like store (59 mot 55). Vi ser at det er stor forskjell i gjennomsnittsalder (12 år) på gruppene.

⁴ Se vedlegg

⁵ Se figur 1

3.5.1 Mer om diagnoser:

Av de som har diagnosen F10.2 (59 pasienter), er det 11 som har fått stoffdiagnoser (F11- F19) i tillegg. A-klinikken har hatt en tradisjon for å diagnostisere alkoholavhengighet dersom denne er til stede, selv om noen av disse ideelt sett kunne hatt en F19 diagnose (bruk av flere stoffer). F19 - kategorien skal i følge beskrivelsen i ICD-10, brukes når to eller flere kjente stoffer brukes, men det er umulig å si hvilket stoff som bidrar mest til lidelsen. Sammenholder en diagnose med hvilke rusmidler pasientene oppgir å bruke i KKS, blir utslaget enda større. Da er det 30 av de 59 (51 %) som bruker å andre rusmidler i tillegg.

Diagnosepraksisen viser at diagnose F19.2 (avhengighet til flere stoffer) er mest brukt når det dreier seg om annen avhengighet enn alkohol, men praksisen er ikke helt entydig. Noen få (4 pasienter) har fått spesifikke diagnoser for 2 eller flere stoff, istedenfor å bruke diagnosen F19. Kun en pasient har fått en spesifisert avhengighetsdiagnose (F11). Siden dette er så få, har vi for enkelthets skyld plassert disse sammen med diagnose F19.2. Det utgjør da 55 pasienter. For 38 % av de med F19 diagnosen, inngår likevel alkohol som en del av bruksmønsteret (21 av 55). Det er seks av disse som i KKS oppgir alkohol som mest brukte rusmiddel. I samsvar med A-klinikkens nevnte praksis, skulle disse hatt en F10 diagnose, eventuelt med en F19 eller annen spesifikk stoffdiagnose i tillegg.

3.5.2 Om psykisk komorbiditet

*Tabell 2 Selvrapporert psykisk komorbiditet og diagnose (%).
Livstidsprevalens (n=114).⁶*

	F10.2	F19.2
Alvorlig depresjon i løpet av livet	68 %	64 %
Alvorlig angst i løpet av livet	47 %	53 %
Alvorlig spenninger/smerter i løpet av livet	40 %	43 %
Foreskrevet medisiner for et psykisk / følelsesmessig problem i løpet av livet	67 %	53 %
Vrangforestillinger / hallusinasjoner i løpet av livet	25 %	38 %
Alvorlige tanker om suicid i løpet av livet	49 %	36 %
Forsøkt suicid i løpet av livet	29 %	33 %
Mottatt profesjonell hjelp for psykisk problemer	54 %	59 %

Det er ingen signifikante forskjeller vedrørende psykisk belastning / komorbiditet i de to gruppene i følge pasientenes selvrapportering (Fisher exact test). En legger ellers merke til en høy prosent av "forsøkt suicid" (totalt 31 % for hele utvalget).

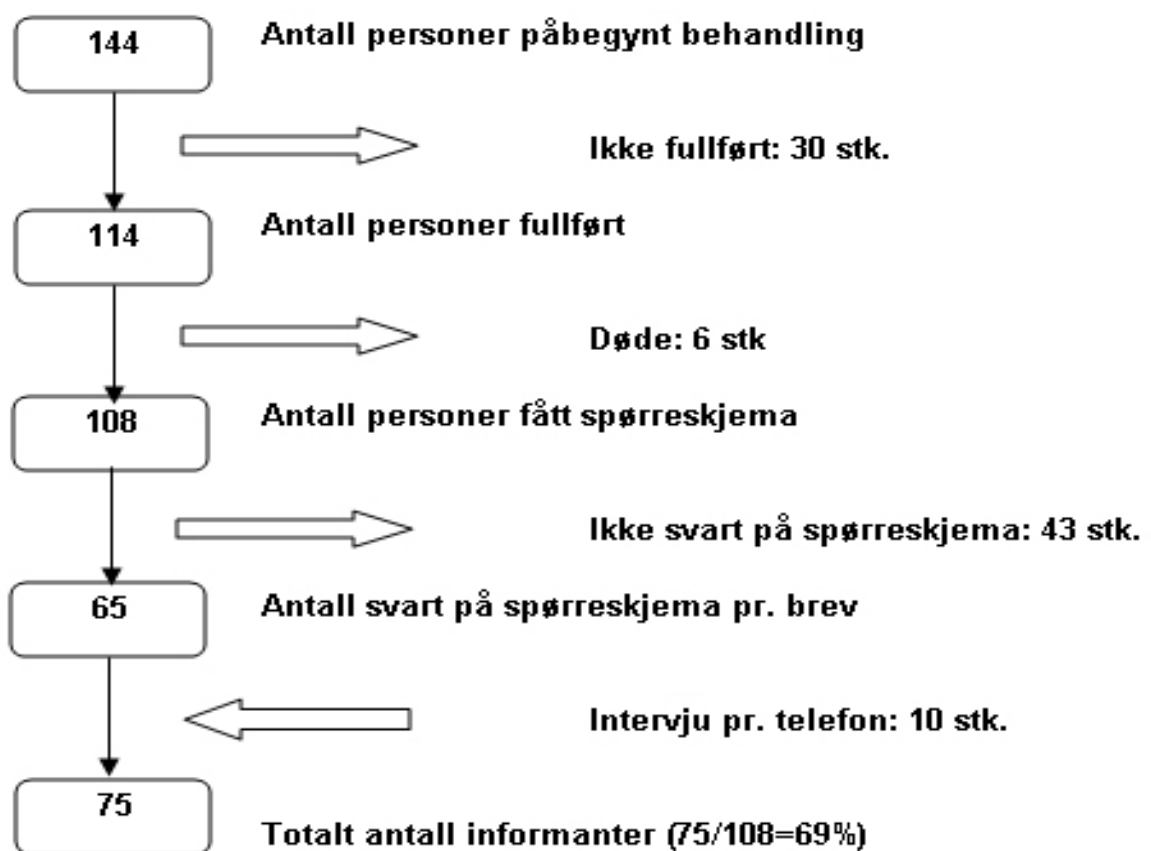
⁶ jf. spørsmål i KKS

3.6 Praktisk gjennomføring

Det ble først samlet inn data fra KKS (basisregistrering) for situasjonen ved behandlingsstart for hele utvalget. Spørreskjemaundersøkelsen ble foretatt i løpet av desember -03 til februar -04. Vi fikk kun svar fra 35 pasienter etter første utsendelse. Vi foretok derfor to purringer, og fikk da til sammen 65 svar (60 % ⁷). En vanlig norm ved slike undersøkelser er at 2/3 (67 %) bør svare for at en kan ha en rimelig trygghet for at funnene er representative for hele gruppen. I sluttfasen bestemte vi oss derfor for å telefonintervjue et tilfeldig utvalg (10 pasienter) av de som ikke hadde svart (43 pasienter). Dette for å få opp svarprosenten, men også for å se om de som ikke hadde svart var svært forskjellige fra de vi hadde skjema fra. Dette ble utført slik at en først kontaktet 10 pasienter (et randomisert utvalg trekt ved bruk av dataprogram). Etter noen dager med intensiv ringing, fikk en kun kontakt med seks. En trekte derfor 10 nye som en kontaktet etter tur til en fikk til sammen 10 nye respondenter. Intervjuene ble utført av samme person. Intervjuene hadde skjemaet som utgangspunkt, men gjennom disse samtalene fikk en også nyttig tilleggsm informasjon, bl.a. om hvordan skjemaene ble oppfattet osv.

Spørreskjemaene er lest optisk og siden lagt inn i statistikkprogrammet SPSS ver. 11.5 for analyse.

Figur 1 Oversikt over antall pasienter og svar:



⁷ Av de som fikk spørreskjema, n=108.

3.7 Hvem svarte på undersøkelsen?

Tabell 3 Demografiske data på de som svarte på undersøkelsen (n=75)

	F10.2	F19.2
Kjønn: Menn	29 (72%)	24 (69%)
Kvinner	11 (28%)	11 (31%)
Totalt	40 (53%)	35 (47%)
Alder (SD)	45 (\pm 9)	31 (\pm 6)
Sprøytemisbruk noen gang?	4 (11%)	24 (69%)

Det er ingen uttalt skjevfordeling i utvalget når det gjelder *diagnose, kjønn, alder, utdanning, yrkesstatus, inntekt eller psykisk komorbiditet*.

Der er en skjevfordeling i utvalget når det gjelder:

Tabell 4 Svarprosent etter årstall for oppholdet

	svar	grunnlag	svar %
2001	n= 30	55	55 %
2002	n= 45	59	76 %

Det er en lavere svarprosent jo lenger det er fra utskrivning, men det er vel naturlig at oppholdet oppleves fjernere jo lenger vekk det kommer i tid. Det er likevel i gjennomsnitt nesten 2 år (23 måneder) siden behandlingen ble avsluttet for alle som har svart (målt fra januar – 04).

4.0 Resultater

4.1 Fullført oppfølgingsprogrammet (11 måneder)

Vi har her data på samtlige 114 pasienter. Det er til sammen 51 (av 114) som har fullført oppfølgingsprogrammet (poliklinisk ettervern). Det gir en fullføringsprosent på 45, men det er tydelig forskjell mellom de to diagnosegruppene:

Tabell 5 Fullført oppfølging fordelt på diagnose (n=114)

	Ja	Nei	Sum
F10.2	32 (54%)	27 (46%)	59
F19.2	19 (35%)	36 (65%)	55
Sum	51 (45%)	63 (55%)	114

Forskjellen mellom gruppene er signifikant ($p < 0.05$, Fishers exact test). Vi vet imidlertid at det er en høy aldersforskjell mellom gruppene, og dette kan være en mulig alternativ forklaringsvariabel. Flere studier har vist sammenheng mellom lavere alder og lavere fullføringsprosent (12). I vårt materiale finner vi ikke en slik samvariasjon med alder når vi deler utvalget opp i 10 års aldersgrupper (Chi-square, $p =$ ikke sign.)

4.2 Rusbruk / rusmestring

4.2.1 Rusfrihet hele perioden etter behandling

Tabell 6 Ny rusbruk etter behandlingen? (n=74, 1 ubesvart)

	Rusfrihet	Ny rusbruk	n=
F10.2	24 (60%)	16 (40%)	40
F19.2	10 (29%)	24 (71%)	34
n =	34 (46%)	40 (54%)	74

Totalt oppgir 34 pasienter (46 %) å ha levd helt rusfritt etter oppholdet. De har vært helt rusfrie i gjennomsnittlig 22 måneder. Det er en markant forskjell når en skiller på diagnose.; 60 % har levd helt rusfritt i F10-gruppen, mot 29 % i F19-gruppen ($p=0.01$, Fishers exact test).

4.2.2 Rusbruk siste 6 måneder

I tillegg til spørsmålet om rusfrihet i hele perioden, ble informantene også spurt om rusbruk de siste 6 måneder. Her vises tabell for gruppene F10.2 og F19.2 hver for seg:

Tabell 7 Alkoholbruk siste 6 måneder for de med diagnose F10.2

	Antall	%
Ikke brukt noe rusmiddel siste 6 måneder	27	68 %
Alkoholbruk < 1 dag i uka ⁸	5	13 %
Alkoholbruk omtrent ukentlig	1	3 %
Alkoholbruk 2-4 dager pr. uke	4	10 %
Alkoholbruk > 5 dager pr. uke ⁹	1	3 %
Bruk av annet rusmiddel	2	5 %
Total	40	100 %

En av de med forbruk mindre enn x 1 i uka har et multiforbruk av andre stoffer. Dersom en tar med de andre fire som ser ut til ha et "kontrollert" forbruk, dvs. mindre enn 1 dag i uken, ser en at det er 31 (78 %) som har en bruk som kan kalles rusfrihet eller et "moderat" forbruk som er brukt i Tyrili's undersøkelse (10).

Tabell 8 Rusbruk siste 6 måneder for de med diagnose F19.2

	Antall	%
Ikke brukt noe rusmiddel siste 6 måneder	17	49 %
Brukt ett stoff ¹⁰	6	17 %
Brukt to stoff ¹¹	2	6 %
Brukt > to stoff ¹²	10	29 %
Totalt	35	100 %

I tillegg til de som har vært avholdende fra rusmidler i hele perioden (34 pasienter, se tabell 6), er det altså 10 som oppgir at de ikke har brukt noen form for rusmidler de siste 6 måneder (3 med diagnose F10.2 og 7 med diagnose F19.2). Det er dette resultatmålet som er blitt brukt ved tidligere undersøkelser på A-klinikken, så det er dette en må sammenligne med. Det er altså 68 % av de alkoholavhengige og 49 % av de stoffavhengige som har rusfrihet de siste 6 måneder. Til sammen utgjør dette 44 pasienter (59 %).

⁸ En av disse har også vanedannende medikament og amfetamin bruk, samt over 10 ganger mer enn 6 alkoholenheter (AE) siste 6 mnd.

⁹ Pluss cannabis bruk

¹⁰ Brukt ett stoff: Alkohol: 4, vanedannende medikament: 1 og opiater: 1

¹¹ Brukt 2 stoff Alkohol og cannabis: 1, og alkohol og vanedannende medikament.: 1

¹² Brukt > 2 stoff: For syv pasienter inkluderer dette alkohol

4.2.3 Tilbakefall

Hvor lang tid går det før de som har hatt ny rusbruk får et tilbakefall? Og hvilke rusmidler begynner de på?

Tabell 9 Første rusmiddel brukt etter behandling (n=39, 1 uregistrert)

	Alkohol	Opiater	Sentr. stim	Vanedann. medikament	Cannabis	To stoff	Mer enn 3 stoff	Totalt
F10.2	10				1	4 ¹³	1 ¹⁴	16
F19.2	9	2	1	1	1	5 ¹⁵	4 ¹⁶	23

For de 16 alkoholavhengige som har hatt tilbakefall, har det gått gjennomsnittlig 8,5 måneder fra døgntilbehandlingen var avsluttet. Det er 13 av disse (81 %) som hadde tilbakefall på alkohol enten som eneste rusmiddel, eller sammen med cannabis / vanedannende medikament.

For de 23 som har hatt tilbakefall av de stoffavhengige, har det gått gjennomsnittlig 5,5 måneder. I denne gruppen er det 15 som beskriver at tilbakefall begynte med alkohol, enten som eneste rusmiddel eller i tillegg til andre rusmidler (65 %).

4.2.4 Reliabilitetstesting av informasjonen

Kan vi stole på data om rusbruk når det er selvrapportert? Noen studier viser relativt godt (90 %) samsvar mellom selvrapportert rusbruk og den faktiske bruken (13), andre studier konkluderer med at en må sammenholde det med objektive data (laboratorieprøver etc.) (14).

Våre data er ikke korrigert med laboratorieprøver, men vi har gjort en kontroll av reliabiliteten ved å sammenholde dataene med opplysninger fra oppfølgingsprogrammet og nye rusrelaterte henvisninger til behandling (poliklinikk, avrusning og annen døgntilbehandling). Det at pasientene deltar i oppfølgingsprogrammet, gir svært god informasjon om hvordan livet arter seg for den enkelte opptil ett år etter døgntilbehandlingen. Vi vet og fra andre studier at dersom en klarer seg så lenge (12 måneder), er prognoser videre god (15). Institusjonen er ellers i en særstilling i og med at en har tilgang til alle nye henvendelser til behandling på 2. linjenivå i fylket. Det utelukker selvsagt ikke at pasientene kan ha fått tilbakefall selv om de ikke har kontakt / blitt henvist til 2. linjenivå igjen. Men det er i alle fall en god korreksjon for å sjekke om det er

¹³ Alkohol og cannabis: 1, alkohol og vanedannende medikament: 1, vanedannende medikament og opiat.: 1, cannabis og sentralstimulerende midler: 1

¹⁴ Alkohol, cannabis og sentralstimulerende midl.

¹⁵ Opiater og sentralstimulerende midl.: 2, alkohol og opiat.: 1, alkohol og cannabis: 1, vanedannende medikament. og sentralstimulerende midler: 1

¹⁶ Alkohol og 4 andre stoff: 2, alkohol og 3 andre stoff: 2

samsvar mellom egenrapporterte data og det eventuelt nye henvendelser / innleggelses viser.

Vi har konkret sett at en person ikke oppgir korrekte data vedrørende rusfrihet for hele perioden. Han har tydeligvis misoppfattet skjemaet. Informantene fikk beskjed om å tenke på siste behandling i perioden 2001-02, men så viser det seg at han har vært til behandling i 2003. Han har tydeligvis tenkt på denne behandlingen, fordi vi vet at han har vært innlagt på avrusning mv. etter behandlingen i 2002. Data han oppgir om rusfrihet for hele perioden er derfor korrigeret. Vedr. to andre er det opplysninger fra oppfølgingen som kan gi grunn for tvil (ikke fullført oppfølgingsprogram); men på grunn av usikkerhet, har vi ikke korrigeret disse. Ellers har vi ikke gjort motstridende funn mellom hva brukeren selv oppgir og opplysninger gitt ved nye henvendelser.

4.2.5 Bortfallsanalyse og rusbruk for hele utvalget

Selv om denne undersøkelsen har en god svarprosent (69 %), så er det likevel grunn til å anta at det går dårligere med de som ikke svarer. Ettersom et utvalg på 10 pasienter av de som ikke hadde svart på spørreskjema ble trukket ut til intervju, vil disse kunne gi oss et bilde av de som vi ikke har opplysninger om (33 pasienter). Ut fra svarfordelingen kan vi slutte at det kun er 10 % som har rusfrihet hele perioden. Dette tilsvarer 3 pasienter. Og 20 % har rusfrihet siste 6 måneder. Dette tilsvarer 7 pasienter. Økningen er i diagnosegruppen F19.2.

Basert på dette, estimerer vi at gjennomsnittlig 23 måneder etter behandling er det totalt for hele utvalget (se tabell 6).

- $34^{17} + 3 = 37$ pasienter (av 108) som har rusfrihet hele perioden, dvs. 34 %¹⁸.
- $44^{19} + 7 = 51$ pasienter (av 108) som har rusfrihet siste 6 måneder, dvs. 47 %.

Tabell 10 Rusbruk for hele utvalget (n=108) fordelt på diagnose:

	F10.2	F19.2	Totalt
Rusfrihet hele perioden	24 (44%)	13 (25%)	37 (34%)
Rusfrihet siste 6 mnd.	27 (49%)	24 (45%)	51 (47%)

Vi ser at forskjellen vedrørende rusbruk på de to diagnosegruppene nesten har jevnet seg ut siste 6 måneder (49 mot 45 % rusfrihet). Det kan derfor se ut som om de med F19.2 diagnosen i større grad har hatt tilbakefall underveis, men henter seg bedre inn enn de i F10.2 gruppen.

¹⁷ Se tabell 6

¹⁸ Gjennomsnittstid etter behandling for denne gruppen er 22 mnd.

¹⁹ Se kap. 4.2.2

4.2.6 Hva vet vi om de som er døde (6 pasienter, 5 %)?

Fire pasienter med F10.2 og to med en F19.2 diagnose var døde på undersøkelsestidspunktet. Siden vi ikke søkte konsesjon for undersøkelsen, kunne vi ikke få tilgang til dødsårsaksregisteret. Vi har derfor ikke sikre opplysninger om dødsårsak. Vi vet at ingen av dem fullførte oppfølgingsprogrammet. Gjennomsnittsalderen var 40 år, fem menn og en kvinne. Det er sikker ny rusbruk for alle seks (pga. opplysninger fra nye henvendelser til russektoren). Tas disse seks med i prosentregningen for rusbruk (utgangspunktet blir da på 114 istedenfor 108), vil vi ha 32 % rusfrihet (37 av 114). Bruker vi LOCF-prinsipper for disse seks ("last observation carried forward", det vil si at en drar med den siste observasjonen frem til endepunktet), har vi 45 % rusfrihet siste 6 måneder for hele utvalget (51 av 114).

4.3 Psykisk helse

Tabell 11 Psykiske symptomer / plager før og etter behandling (n=69)

	Før	Etter	Nye plager	Totalt nå
Alvorlig depresjon	14	3	9	12
Alvorlig angst	16	3	3	6
Alvorlige spenninger / smerter	14	3	12	15
Alvorlige tanker om å ta sitt liv	9	1	6	7

Tabellen viser en oversikt over antall pasienter som opplever de nevnte psykiske symptomene / plager før og etter behandling. De som står i kolonnen *etter*, opplevde slike plager før og har dem fortsatt. De fleste (79 -89 %) har altså opplevd en bedring. Men det er kommet nye som rapporterer slike symptomer.

Hva kan grunnene være til at psykiske plager fortsetter / oppstår etter behandlingen? Vi vet og at flere i utvalget fortsatt ruser seg, og har sett på om det kan være en sammenheng med dette:

Tabell 12 Sammenhengen mellom psykiske symptomer og rusbruk ²⁰

	Ny rusbruk	Rusfrihet	Totalt NÅ:
Alvorlig depresjon	11	1	12
Alvorlig angst	4	2	6
Alvorlige spenninger / smerter	9	6	15
Alvorlige tanker om å ta sitt liv	6	1	7

En ser av tabellen at fortsatt tilstedeværelse av symptomer av depressiv karakter (depresjon og tanker om å ta sitt liv), i stor grad faller sammen med fortsatt / ny rusbruk. Dette kan være en forklaring.

4.4 Sosial / praktisk situasjon

Her er spørsmål om sysselsettingssituasjon, boligsituasjon og forhold til nære pårørende / venner tatt med. Alle disse områdene er aktuelle problemområder for omtrent samtlige i klientgruppen, og går igjen i de fleste oppfølgingsplanene for oppholdet her.

4.4.1 Jobb / viktigste inntekt

Tabell 13 Arbeidssituasjon før behandlingen og nå (n=71)

	Før	Nå
Uten arbeid	35	20
Hel & deltidsjobb	33	33
Under utdanning	3	18

Figuren viser en kraftig dreining bort fra kategorien *uten arbeid*; - 15), og en tilsvarende økning utdanning (+15). Antallet som er i heltidsjobb har ikke økt.

Tabell 14 Viktigste inntekt før og etter behandling, antall (n=74).

	Før	Nå	Endring:
Arbeidsinntekt	21	26	+5
Sykepenger	19	2	-17
Yrkesmessig attføring	7	24	+17
Rehabiliteringspenger	9	10	+1
Dagpenger	5	0	-5
Uføre-/alderspensjon	7	9	+2
Sosialstønad/ forsørget av andre	6	3	-3

²⁰ Se siste kolonne i tabell 11

Tabellen viser en kraftig reduksjon i *sykepenges* og arbeidsledighetstrygd (*dagpenger*) (-22). Økningen er først og fremst på yrkesmessig attføringsstønad (+17), samt en liten økning i *arbeidsinntekt* (+5).

Konklusjon: Det er ikke vesentlig flere i arbeid to år etter behandlingen, men det kan ligge et potensial for dette gjennom at flere tar yrkesmessig rehabilitering. Selv om det er nedgang i sykepengeutbetaling / dagpenger, er økningen først og fremst forskyvning over på andre offentlige stønader og ikke på arbeidsinntekt.

4.4.2 Bolig

Tabell 15 Bolig før og nå (n=75)

	Før	Nå
På institusjon / hospits eller uten fast bolig	14	4
Hos pårørende eller andre	11	2
Egen / leid bolig	50	69

Det er en stor økning i de som har fått egen bolig. Kun 5 % oppgir å være uten egen bolig i forhold til 33 % før oppholdet.

4.4.3 Forholdet til de nærmeste

Det finnes ikke systematiske opptegnelser for hvordan denne situasjonen var før inkomst. Dersom pasienten svarer *uendret* betyr det derfor ikke nødvendigvis at situasjonen ble opplevd som dårlig før behandling. Flere av de som ble oppringt nevnte at forholdet var godt både før og etter behandling, og at en derfor måtte sette *uendret*. Spørsmålene deler de pårørende opp i forskjellige grupper (partner, barn, søsken, mv.), men skiller ikke for eventuelle forskjeller innenfor hver gruppe (for eksempel mellom søsken). Vedrørende partner, kan det ikke utelukkes at det har foregått partnerbytte, og at svaret da ikke står i direkte sammenheng til situasjonen før behandlingen. En har heller ikke komparentopplysninger. I en tidligere undersøkelse som inkluderte familiens opplevelse, så en at familiens opplevelse ikke nødvendigvis var sammenfallende med pasientenes. For å forenkle tabellene er *Mye verre* og *Verre* slått sammen til en kategori (*Verre*) og det samme med *Mye bedre* og *Bedre* (til *Bedre*).

Tabell 16 Forholdet til ektefelle / samboer etter behandling, (n=67)

	Antall
Verre	3
Uendret	3
Bedre	23
Uaktuelt / har ikke	38

Det en først legger merke til, er at det er en stor gruppe som dette ikke er aktuelt for, de har ikke fast partner (57 %). Av de som har dette, er det 79 % som opplever en bedring.

Tabell 17 Forholdet til foreldre etter behandling, antall (n=66)

	Antall
Verre	4
Uendret	16
Bedre	37
Uaktuelt / har ikke	9

Av de som dette er aktuelt for, er det 65 % som har opplevd en bedring.

Tabell 18 Forholdet til barn etter behandling (n=71)

	Antall
Verre	5
Uendret	10
Bedre	40
Uaktuelt / har ikke	16

Av de som dette er aktuelt for er det 73 % som har opplevd en bedring i forholdet til barn.

Tabell 19 Forholdet til søsken etter behandling (n=71)

	Antall
Verre	4
Uendret	26
Bedre	38
Uaktuelt / har ikke	3

Av de som dette er aktuelt for er det 61 % som har opplevd en bedring i forholdet til søsken.

Konklusjon: Spørsmålene vedrørende pårørende har klare forbehold og svakheter. A-klinikken har i sin behandling et tydelig familierapeutisk innslag (familieuke). Svarene kan ikke tolkes som en direkte årsak / virkningsforhold til behandlingen, men overvekten av opplevd subjektiv bedring indikerer at en sammenheng er sannsynlig.

4.4.4 Kontakt med selvhjelpsgrupper

Tabell 20 Kontakt med selvhjelpsgrupper siste 6 mnd. (n=74)?

	Antall	%	Kumulativ %
Minst x 1 pr uke	32	43	43
1-3 x pr måned	11	15	58
Sjeldnere enn x 1 pr måned	6	8	66
Ikke gått	25	34	100,0

Vi ser at 58 % går på selvhjelpgrupper en eller flere ganger pr. måned. Hvordan er så sammenhengen med selvhjelpsaktivitet og rusfrihet, ser vi en sammenheng?

Tabell 21 Sammenheng mellom selvhjelpsgruppedeltagelse og rusbruk siste 6 mnd. (n=74)

	Rusfri	Ikke rusfri
Regelmessig selvhjelpsaktivitet (1-4 x pr. måned)	35 (81%)	8 (19%)
Sjelden eller ingen selvhj. aktivitet (< x1 pr. måned)	8 (26%)	23 (74%)

Dette gir en odds-ratio på 12.6 (95 % KI [4.1- 38.3], $p < 0,001$), dvs. en sterk samvariasjon mellom regelmessig bruk av selvhjelpsgruppe og rusfrihet.

4.5 Opplevelse av livssituasjonen etter oppholdet og A-klinikkens betydning for bedring

Siden rusproblemet er grunnlaget for oppholdet, kunne det vært nok å kartlegge selve rusbruken i en etterundersøkelse. Det kan likevel være interessant å høre brukernes opplevelse av sin livssituasjon og se om denne samsvarer med endringer i rusbruk.

Tabell 22 Livssituasjon siste 6 mnd. sammenlignet med før behandling (n=74)

	Antall	%
Mye verre	1	1
Verre	5	7
Uendret	4	5
Bedre	17	23
Mye bedre	47	63

Det er hele 64 pasienter (86 %) som mener at de har det *bedre* eller *mye bedre* nå enn før behandling. Vi har også sett på dette sammen med rusbruk siste 6 måneder, og vi ser at:

Selv for de som har rusbruk siste 6 måneder, sier mange at de har opplevd en bedret livssituasjon (22 av 30 pasienter, 73 %). Bedringen er klarest for de som har ikke har rusbruk siste halvår. Hele 42 av 44 pasienter (95 %), oppgir å ha en bedring. 34 (77 %) mener situasjonen er *mye bedre* enn tidligere.

Hva mener brukerne at A-klinikken har betydd for bedringen? Andre studier viser at livshendelser (familiestiftelse, negative konsekvenser av rusbruk mv.) og hjelp fra nære pårørende kan være mer betydningsfullt for endring i rusbruk enn et behandlingsopphold (18).

Tabell 23 Dersom du har opplevd noe bedring, hvor mye har oppholdet på A-klinikken betydd for det? (n=70).²¹

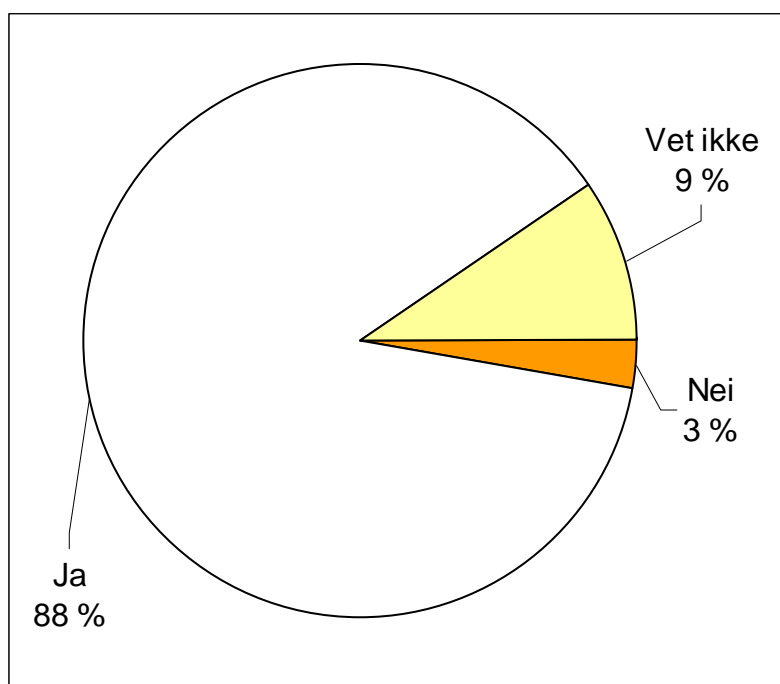
	Antall	%
Ganske lite	6	9
En del	11	16
Ganske mye	19	27
Svært mye	34	49

Til sammen 53 (76 %) mener at A-klinikken betyr *ganske mye* eller *svært mye* for opplevd bedring.

Vi ser også at brukerne er positive til å anbefale oppholdet videre til andre som kan være i samme situasjon:

²¹ Vi brukte i dette spørsmålet ordet *dersom*, og forsøkte slik å legge inn en logisk sperre slik at bare de som hadde opplevd en bedring i forrige spørsmål skulle svare (64 pasienter). Det er likevel seks som i tillegg har besvart dette, til sammen 70 pasienter. Vi har ikke korrigeret dette, og beholdt svarene fra alle.

Figur 2 Hvis en venn av deg fikk rusproblemer, ville du anbefale han / henne å ta basisbehandling på A-klinikken? (n=75)



Det kan kanskje være lett å svare ja på et slikt spørsmål, en sammenligner jo ikke med alternative tilbud. Men den klare overvekten av de som er på ja-siden, tas likevel som en sterk indikator på at informantene er generelt positive til opplegget. Det er den samme sterke tendensen som ved tidligere undersøkelser (1;5;6).

Tabell 24 Hvor fornøyd er du med den behandlingen du fikk (n=75)?

	Antall	%
Misfornøyd	3	4
Litt misfornøyd	3	4
Verken eller	4	5
Litt fornøyd	4	5
Fornøyd	25	33
Svært fornøyd	36	48

Hele 86 % er på pluss-siden. Nesten halvparten av gruppen (48 %) er *svært fornøyd*.

4.6 Sammenligning med tidligere undersøkelser

Tabell 25 Oversikt over funn ved tidligere studier, A-klinikken. Prosenten edru / rusfrie siste 6 måneder, 12 og 24 måneder etter behandling.

Ref.:	Innlagt år	Antall pasienter	Edru / rusfrie etter 12 mnd	Edru / rusfrie etter 24 mnd	Svar
1)	1987	89 A	57 %	46 %	57 %
1)	1989	73 A	71 %		47 %
2)	1990	120 A	71 %		64 %
3)	1993	119 A	75 %		61 %
4)	1993-96	277 A	71 %		54 %
4)	1993-96	83 S	74 %		46 %
5)	2001-02	55 A		68 % ²²	73 %
5)	2001-02	53 S		49 % ²²	66 %

Forkortelser: A = alkoholavhengige (F10.2), S = stoffavhengige F19.2)

Referanser: 1) Andersen, Lægreid, Sandnes (1991)

2) Faye (1993)

3) Jacobsen (1995)

4) Kristensen (1998)

5) Vederhus, Kristensen (2004)

For de alkoholavhengige ser vi bedre resultater enn tidligere både etter 12 og 24 måneder, selv med en langt bedre svarprosent. For de stoffavhengige har en tidligere ikke tall for så lang periode som 23 måneder. En kan derfor ikke sammenligne direkte med undersøkelsen fra 1996. Det synes likevel å være et godt resultat dersom en korrigerer for lengre observasjonstid og høyere svarprosent. Resultatene fra bortfallsanalysen vår viser at en kan forvente et merkbart fall i antall rusfrie når svarprosenten stiger. I vårt tilfelle førte en 9 % stigning i svarprosent (ved telefonintervju) til et fall på 6 % for hele gruppen i spørsmålet om rusfrihet. Dette kommer på grunn av et fall fra 65 % (av de som svarte på spørreskjema) til 20 % (av de som ble intervjuet pr. telefon) vedrørende spørsmålet om rusfrihet siste 6 måneder.

²² Gjennomsnitt 23 mnd. etter behandlingen

4.7 Kvalitative funn

46 pasienter har svart på spørsmålene der en kunne utdype sin mening om følgende spørsmål:

- Beskriv gjerne med egne ord de behov du mener ikke ble møtt under behandlingen?
- Er det noen spesielle negative ting du vil ta frem vedr. ditt opphold på basis?
- Er det noen spesielle positive ting du vil ta frem vedr. ditt opphold på basis?

Vi har tatt med et representativt utvalg av disse uttalelsene:

4.7.1 Beskrivelse av behov som pasientene mener ikke ble møtt:

"Litt lite individuell oppfølging. Hadde i tillegg mer behov for praktisk hjelp til søknad / skjema / bolig etc."

"Det er overhodet ingen individuell behandling. Samtaler med terapeut/ lege savnet jeg. Det burde vært noen få obligatoriske samtaler der pasienten kunne forberede seg til å spørre om personlige spørsmål."

"Enesamtaler. Ikke alle er like, noen synes det er vanskelig å utdype innerste tanker og følelser."

"Mange individuelle problemer. Følte på en måte at jeg ble kjørt inn i et spor og det ga meg liten valgfrihet. Føler at det ble fokusert lite på hva man skal gjøre når man sprekker. Jeg gikk rett i kjelleren og mistet all tro på meg selv og programmet."

"Fikk innprentet at jeg skulle slippe kontrollen. Fikk i ettertid ikke særlig hjelp til å ordne opp allikevel, som økonomi. Hvordan takle morsrolle? (føler barnet mitt bærer bitterhet over at jeg ble "vekk")."

4.7.2 Negative tilbakemeldinger

"Ble lovet god hjelp på det praktiske før behandling. Fikk så godt som ingen hjelp. Søkte om ettervernsbolig, og ble skrevet ut av Halvveishuset uten sted å bo eller økonomi til egen bolig. Takket være snille foreldre og venner, har det gått likevel."

Jeg ba om hjelp til økonomien også, og i dag sliter jeg mye med det fordi opprydningen ikke startet tidligere. Mine foreldre var også i møte med klinikken både før og under behandling. De fikk god støtte og "lovnad" om at nå var deres tid som "hjelpere" over. De er også ganske skuffet over dette, for i etterkant av behandlingen er det i perioder takket være dem jeg har hatt tak over hodet".

*"Synes det var en tøff periode med mye "åpenbaringer" om rusen og konsekvensene av den, og med fare for å virke banal, det å bli plassert på dobbeltrom var håpløst og jeg fikk aldri sluppet av."*²³

"Jeg har stort sett bare positive minner fra oppholdet. Kanskje jeg har dårlig hukommelse? En ting: Det må ikke være for mange i gruppene."

"PS. Jeg syntes at folk som er i feil behandling skulle blitt silt ut før inntak".

"Noe som dere bør / må innse selv, er at dere har kun kvinnelige behandlere. Ville likt å se hva som hadde skjedd om det var omvendt."

"Nei. Jeg hadde det veldig godt i basis. Men tror oppholdet burde vært lengre der. Fordi 6 uker kan bli litt for overfladisk. Og apparatet etterpå også er det."

4.7.3 Positive tilbakemeldinger

"Det positive med basis er alt det positive. Og at man trekker frem det beste i oss. Og at man får igjen troen på at man duger, og troen på oss selv". (red. kommentar: dette kom fra en med et pågående rusproblem)

"A-klinikken har jeg bare positive ting å si om. Hurra for A-klinikken".

"Det beste med hele opplegget var at jeg ble introdusert for 12.trinns programmet og at vi ble sendt på møter. Synes også at gruppeterapi fungerte overraskende bra. Det jeg sitter mest igjen med er de litt tøffe gruppene. Stort sett er mine tanker rundt basisoppholdet pos. Basis var begynnelsen på mitt nye liv som rusfri, og jeg vet ikke hvordan jeg hadde klart det uten. Før basis gikk jeg litt på selvhjelpsgruppe, men motforestillingen var så sterke at jeg neppe hadde fortsatt. Jeg ble også langt mer bevisst på konsekvensene og alvorligheten rundt mitt rusproblem. So thank you!!"

"Jeg føler at oppholdet i basis var optimalt for meg. Jeg hadde tatt en beslutning før jeg dro dit, og basis ble det springbrettet jeg hadde håpet. Når jeg tenker tilbake på oppholdet i basis, bevisstgjøring, diskusjoner, konfrontasjoner, korrigering samt samhold og omtanke, sitter jeg kun igjen med pos. tanker, følelser og erfaringer. Må også få nevne at hele opplegget med basis, Halvveishus, oppfølging og hybelhus, samt AA må være noe nær det beste og mest komplette som eksisterer, og jeg føler stor taknemlighet over å ha fått være en del av det. Så går det til helvete nå, da vet ikke jeg hva som skal til hvis en "virkelig vil"."

"Det er mye jeg kunne skrevet her, men jeg nøyer meg med å nevne samholdet til gruppa (jeg stolte for første gang på andre enn meg) og jeg må også takke terapeutene jeg / vi hadde."

²³ Dette er endret fra mai -04 pga nybygg. Alle får nå enkeltrom.

"Jeg har fått et nytt liv. Jeg er så takknemlig. Tusen takk for hjelpen. Selvhjelpsgruppene er veldig viktige."

"Å bli behandlet av personer med peiling! (terapeuter med egenerfaring). Helt avgjørende"

"Lærte mye om meg selv. Kjempeopplegg. Bra. Godt å bli kjent med nye folk i samme situasjon. Noen jeg har kontakt med fortsatt. Grudde meg, men ble veldig positivt overrasket over folkene, gruppen og opplegget."

4.7.4 Oppsummering

Det var svært mange hyggelig og positive tilbakemeldinger både til ansatte og til behandlingsinnhold. Disse står for seg selv. Det som flest nevner som et behov som ikke ble møtt, er ønsket om flere individuelle samtaler og at individuell oppfølging kan ivaretas bedre. Det går på oppfølging i forhold til økonomi og andre praktiske problemer som pasientene har, men og et generelt behov for flere enesamtaler. Vi går her ikke inn på kapasitet eller manglende kapasitet til dette i den forholdsvis intensive behandlingen, men ønsket fra flere av brukerne er klart nok. Muligheten for å tilrettelegge bedre for dette, bør være utgangspunkt for videre intern drøfting.

5.0 Drøfting

Behandlingsresultatene er meget tilfredsstillende etter to år (59 % rusfrie siste seks måneder). Best er resultatene for alkoholavhengige; 60 mot 29 % total rusfrihet hele perioden. De alkoholavhengige fullfører også det polikliniske ettervernet signifikant bedre enn de stoffavhengige. Vi kan derfor konkludere med at behandlingen som tidligere gir svært gode resultater for de alkoholavhengige, og disse resultatene er ikke svekket selv om en har integrert andre grupper i behandlingen. Forskjellen mellom de to diagnosegruppene er ikke uventet. Vi finner også i andre studier at bruk av illegale stoffer er assosiert med dårligere behandlingsresultat. Dette forverres ytterligere ved intravenøs stoffbruk (15). Det er og generelt en faglig aksept for at stoffavhengige i utgangspunktet bør ha lengre behandlingstid enn 6 uker. Det som derimot er positivt og uventet er at de stoffavhengige synes å ta seg bedre inn etter tilbakefall. Forskjellen for de siste seks måneder er 68 % (for de alkoholavhengige) mot 49 % for de stoffavhengige (forskjellen mellom gruppene er da ikke lenger signifikant). Ser en på *hele utvalget* (med utgangspunkt i bortfallsanalysen), har forskjellen etter to års observasjonsperiode mellom de to gruppene så godt som jevnet seg ut med hensyn til rusfrihet siste 6 måneder (49 % for de alkoholavhengige mot 45 % for stoffavhengige ²⁴). Vi ser derfor fortsatt at en kortvarig intensiv tolvtrinnsbehandling er nyttig også for stoffavhengige.

En finner videre støtte for den tidligere tesen som blir brukt lokalt om at 1/3 av alle pasientene klarer seg helt uten rus (i vårt materiale var det 32 % ²⁵).

Stoffmisbrukere tar tilbakefall etter gjennomsnittlig 5.5 måneder og for flertallet (65 %) av dem starter tilbakefallet enten ved bruk av alkohol alene, eller i kombinasjon av alkohol og andre rusmidler. Vi konkluderer derfor med den samme tese som blir repetert i NA-miljøet at: "alkohol er et rusmiddel". Det oppfordres til avholdenhet fra alkohol, da erfaringen viser at det trigger tilbakefall til andre stoffer. Resultatet i denne studien støtter dette.

Vi ser fra andre studier (Match) at tolvtrinnsbehandling letter overgangen til tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper (AA, NA). Det er en betydelig forskjell med hensyn til fortsatt rusfrihet på de som deltar regelmessig i selvhjelpsgrupper og de som ikke gjør det. Hoffmann fant at av de som deltok minimum en gang pr. måned hadde 72 % rusfrihet siste 6 måneder, mot kun 36 % av de som ikke deltok eller deltok sporadisk (20). Vår studie bekrefter disse funnene, forskjellen er bare enda mer markert (81 vs. 26 %, odds-ratio = 12.6, 95 % KI [4.1, 38.3], $p < 0,01$), dvs. en svært sterk samvariasjon mellom regelmessig bruk av selvhjelpsgruppe og rusfrihet. Dette kan ikke uten videre tolkes som et årsaks- og virkningsforhold, men den sterke samvariasjonen gir en indikasjon på at selvhjelpsgruppedeltagelse har en betydning for det positive resultatet. Vi fant heller ikke at de som fortsetter i selvhjelpsgruppe er en selektert gruppe med bedre utgangspunkt enn de andre. Frafallet skjer derfor ikke som følge av seleksjon.

²⁴ % beregnet ut fra de som fikk spørreskjema (n=108)

²⁵ % beregnet ut fra samtlige 114 pasienter

Årsaken til at deltagelse i selvhjelpsmiljø medvirker til bedre resultat, er undersøkt av flere, og senest Zemor et. al (20;21). Faktorene som nevnes er bl.a.:

- skifte av sosialt nettverk (22-24)
- læring av mestringsstrategier (25)
- de som deler erfaringer hjelper indirekte seg selv, bl.a. gjennom at det øker engasjementet i ens egen tilfriskning, gir styrket selvbilde og økt sosial status. Dette er hovedbudskapet i "helper therapy principle" til Frank Riessmann, som forsket på selvhjelpsgrupper, også andre enn tolvtrinnsbaserte grupper (26-27).

Det har skjedd en sterk vekst i selvhjelpsmiljøet i Kristiansand etter at A-klinikken så klart brukte tolvtrinnsstenkningen i sitt behandlingsopplegg. Vi ser derfor her en gjensidighet som i norsk sammenheng er unik, der utvikling av et selvhjelpsmiljøet er med og bidrar til det gode behandlingsresultatet.

Tilbakemeldinger fra brukerne på oppholdet er som tidligere generelt svært positive. Det gjelder fornøydhets med behandlingen og brukernes opplevelse av behandlingens betydning. De negative kommentarene kan oppsummeres i ønsket om at individuelle samtaler / individuell oppfølging kan ivaretas bedre (se kap 4.6.4)

5.0.1 Svakheter ved studien

En svakhet ved denne studie er bruken av gjennomsnittlig observasjonsperiode. Spredningen i utvalget (dvs. tid siden behandling) er fra 12 til 36 måneder. De som har oppgitt rusfrihet for hele perioden, har kun 1 måned mindre gjennomsnittlig observasjonstid enn hele utvalget (22 vs. 23 måneder), så vi har mener derfor at resultatene kan presenteres slik som vi har gjort.

Metodologisk kan man alltid diskutere påliteligheten av selvrapporterte data ved undersøkelse av pasienter med rusproblematikk. Enkelte har hevdet at etterundersøkelser uten bruk av laboratoriedata er mindreverdige (14), mens andre har ment at selvrapporterte data er godt reliable (13). Å bruke laboratoriedata ligger utenfor omfanget av vår studie. Vi har kontrollert våre data mot nye henvisninger til behandling og korrigeret mot dette der vi har gjort sikre motstridende funn.

Det er ingenting i vår studie som tyder på at de som kommer til behandling her, eller de som oppnår rusfrihet er selekterte med hensyn til problemets alvorlighetsgrad, psykiatrisk komorbiditet eller sosial situasjon. Dette i motsetning til bl.a. Fekjær som hevder at de som kommer inn i 12-trinns behandling er en selektiv gruppe med god prognose. I sin bok skriver han:

"de fleste 12-trinnsklinikker i Norge er basert på egenbetaling. I praksis betyr dette gjerne at familien, arbeidsgiver eller sosialkontoret er villig til å ofre flere titusener kroner på behandlingen. Det sikrer disse klinikkene et

gjennomgående mer ressurssterkt klientell enn de offentlig finansierte behandlingsstedene. De høye prosenttall som enkelte klinikker oppgir for "helbredelse", må sees på bakgrunn av klientellet som søker dit" (19).

Det som blir glemt i denne sammenhengen er at det finnes flere behandlingsinstitusjoner innen det offentlige helsevesenet som også bruker modellen, og at disse har det samme henvisningsgrunnlag og pasienttilfang som de øvrige offentlige institusjonene. De demografiske data i denne studie viser dette og resultatene kan derved ikke avfeies ved argumentet om selektivitet.

5. 1 Nyttige erfaringer / forslag til videre tiltak

Når en skal forsøke å skrive forskningsartikler på en klinisk studie / forløpsstudie, møter en svært raskt kravet om å bruke behandlingsintensjonsanalyse (intention to treat), dvs. at en må ta med hele det mulige utvalget for en studie og følge disse til endepunktene. I dette tilfellet gjelder det at en ikke tok med de 30 som avbrøt oppholdet. I ettertid ser en at en absolutt skulle ha samlet inn data for disse også, bl.a. for å gjøre en bortfallsanalyse; om disse var tyngre pasienter enn de øvrige. Ved fremtidige studier bør en være bevisst på dette.

Klientkartleggingsskjemaet er videre et uvalidert skjema. Det kan brukes som en basiskartlegging, men er ikke tilstrekkelig til forskning. Det er en del mangler ved KKS og ved registreringsprogrammet Rusdata. Det gjelder problemer med å få ut data fordi registrering ikke kan skilles på avdelingsnivå (dette er endret nå i senere versjoner). Det er videre ikke registrert noe om hvor mye en bruker av et rusmiddel, kun hvor ofte brukt.

Flere variabler er også i JA / NEI format (for eksempel vedrørende spørsmål om psykisk helse) og blir følgelig svært grove mål.

Europ-ASI et alternativt verktøy som er nå oversatt til norsk. Det krever imidlertid mer ressurser (intervju på et tidspunkt før og tidspunkt etter). Europ-ASI er et validert verktøy, og en kan bl.a. måle reduksjon i mengde av et rusmiddel, og det gir indekserte data på flere livsområder. Bruken av slike standardiserte verktøy vil også gjøre sammenligning med andre lettere. Vårt spørreskjema fungerte likevel rimelig godt i forhold til formålet. Det anbefales en oppfølging hvert 2. – 3. år, og da gjerne å konsentrere seg om en årgang pasienter.

6.0 Oppsummering

Studien viser fortsatt oppløftende gode resultater av behandlingen på basisposten. Siden en nå har den beste svarprosenten noensinne av de studiene som er gjennomført her, er det relativt sett et sterkere positivt resultat enn tidligere.

Selv om en fortsatt ser best resultater i gruppen alkoholavhengige, får en likevel bekreftet funnet fra forrige studie om at en slik kortvarig behandling er nyttig også for de stoffavhengige. Det er sannsynligvis en av studiens viktigste funn, siden denne gruppen nå utgjør nesten halvparten av pasientene.

Pasientene gir gjennomgående svært positive tilbakemeldinger på behandlingen. En sterk overvekt sier seg fornøyd med behandlingen (86 %), og over $\frac{3}{4}$ av gruppen gir uttrykk for at oppholdet betydde ganske mye eller svært mye for opplevd bedring. Det er imidlertid noen som uttrykker behov for noe mer individuell oppfølging. Dette bør følges opp videre med interne drøftinger.

Litteraturliste

1. Kristensen Ø. *A-klinikk og behandling av stoffmisbrukere. En etterundersøkelse tolv måneder etter fullført fire ukers behandling ved A-klinikken i Kristiansand*. Kristiansand: Vest-Agder fylkeskommune, A-klinikken; 1999.
2. Lauritzen H, Skretting Astrid. *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere*. <http://www.sirus.no> 2004.
3. Duckert, Fanny. "Behandlingsevaluering - metode problemer og praktisk gjennomføring". *Nordisk Behandlingsforskning* (NAD-publ. nr.7, 1983). 1983.
4. Sosialdepartementet. Pressemelding nr. 5. <http://odin.dep.no/sos/norsk/aktuelt/presse/044051-070050/index-dok000-b-n-a.html> . 2003.
5. Andersen T, Læg Reid B, Sandnes T. *Hvordan har det gått? En etterundersøkelse av hvordan det har gått med pasienter behandlet ved A-klinikken i Kristiansand i 1987 og 1989*. Kristiansand: Vest-Agder fylkeskommune; 1991.
6. Faye SE. *Hvordan går det nå? En etterundersøkelse fra A-klinikken over pasienter behandlet i 1990-1991*. Kristiansand: Vest-Agder fylkeskommune; 1993.
7. Berg JE. *Ressursorientert (re)habilitering av rusmiddelmissbrukere*. Oslo: Universitetsforl; 1994.
8. Reitan, Therese. *Evaluering og evalueringsrutiner i rusomsorgen i Vest-Agder*. 1993. Kristiansand, ADH-serien.
9. Nielsen JC, Repstad P. "Fra nærhet til distanse og tilbake igjen". *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utg. Oslo: Universitetsforl; 1993.
10. Tjersland OA. *Misbrukere før, under og etter kollektivopphold en retrospektiv undersøkelse av elever ved Tyrilikollektivet*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet; 1995.
11. Waal H. "Evaluering som bevisstgjøringsmetode". In: *Norsk Behandlingsforskning*. 1986.
12. Wickizer T, Maynard C, Atherly A, Frederick M, Koepsell T, Krupski A et al. "Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington State". *Am.J.Public Health* 1994;84(2):215-21.
13. Kokkevi A, Richardson C, Palermou B, Leventakou V. "Reliability of drug dependents' self-reports". *Drug Alcohol Depend* 1997;45(1-2):55-61.
14. Keso L, Salaspuro M. "Comparative value of self-report and blood tests in assessing outcome amongst alcoholics". *Br J Addict* 1990;85(2):209-15.

15. Hoffmann NG, Miller NS. "Perspectives of effective treatment for alcohol and drug disorders". *Psychiatr Clin North Am* 1993;16(1):127-40.
16. Brown BS, O'Grady KE, Farrell EV, Flechner IS, Nurco DN. "Factors associated with frequency of 12-Step attendance by drug abuse clients". *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001;27(1):147-60.
17. Humphreys K, Mavis B, Stofflemayr B. "Factors predicting attendance at self-help groups after substance abuse treatment: preliminary findings". *J Consult Clin Psychol* 1991;59(4):591-3.
18. Gjeruldsen S, Myrvang B, Opjordsmoen S. "Risk factors for drug addiction and its outcome. A follow-up study over 25 years". *Nord J Psychiatry* 2003;57(5):373-6.
19. Fekjær HO. *Rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
20. Hoffmann NG, Harrison PA, Belille CA. "Alcoholics anonymous after treatment: attendance and abstinence". *Int J Addict* 1983;18(3):311-8.
21. Zemore SE, Kaskutas LA. "Helping, spirituality and Alcoholics Anonymous in recovery". *J Stud Alcohol* 2004;65(3):383-91.
22. Humphreys K, Noke JM. "The influence of posttreatment mutual help group participation on the friendship networks of substance abuse patients". *Am J Community Psychol* 1997;25(1):1-16.
23. Kaskutas LA, Bond J, Humphreys K. "Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous". *Addiction* 2002;97(7):891-900.
24. Longabaugh R, Wirtz PW, Zweben A, Stout RL. "Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects". *Addiction* 1998;93(9):1313-33.
25. Humphreys K, Mankowski ES, Moos RH, Finney JW. "Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse?" *Annals of Beh Med* 1999;25(1):1-16.
26. Riessmann F. "The helper therapy principle". *Social Work* 1965;7:27-32.
27. Riessmann F. "How does self-help work?" *Social Policy* 1976;7:41-5.

VEDLEGG 1: Forespørsel om å delta

Til pasienter ved A-klinikken i perioden 2001 – 02.

FORESPØRSEL OM Å DELTA I EN ETTERUNDERSØKELSE

Vest-Agder Klinikkene har på – 90 tallet foretatt flere etterundersøkelser om hvordan det har gått med pasienter etter behandlingen. Den siste ble gjort for de som hadde vært i behandling her i 1996. Det er nå såpass lenge siden at vi ønsker å foreta en ny undersøkelse. Det er viktig for oss å få kunnskap om hvordan dere som brukere ”opplever” behandlingen, og få høre om hvordan det har gått for dere etter behandlingen. Vi håper å få en mest mulig ”riktig” fremstilling og håper derfor at du kan svare så ærlig som mulig på spørsmålene, selv om noen av spørsmålene er om følsomme tema. Det gjelder også om du opplever at det ikke går så godt akkurat nå.

For å få vite noe om dette sender vi dere dette spørreskjemaet. Det er sendt til de som har gjennomført behandlingen i ”basis” i 2001-02 (ca 120 pasienter). Dersom du har flere behandlinger i perioden, tenk på den siste gjennomførte behandlingen.

Undersøkelsen er meldt til Datatilsynet, og undertegnede er ansvarlig for at personvernet blir ivaretatt i samsvar med Datatilsynets retningslinjer. Spørreskjemaene vil bli behandlet konfidensielt (kun de undertegnede vil håndtere disse, og de vil bli destruert etter bruk). Alle opplysninger vil i bruk bli anonymisert og bearbeidet slik at de lar seg analysere statistisk. Det vil verken bli lagret eller fremstilt data som kan tilbakeføres til enkeltpersoner.

Dersom du har spørsmål, kan du kontakte J. K. Vederhus på tlf. 91610859.

Svarfrist er 10 dager fra du mottat dette brevet. Vi er svært takknemlig hvis du vil ta deg tid til å fylle ut dette skjemaet. Skjemaet kan sendes tilbake i vedlagte konvolutt, eller til :
A-klinikken, forskningsavd., Kongsgård Allè 71, 4632 Kristiansand

Med vennlig hilsen

Terje Lølandsmo
Avdelingsoverlege
(prosjektansvarlig)
Kr.sand, 10.10.2003

John-Kåre Vederhus
avd. sykepleier
(prosjektmedarbeider)

Etterundersøkelse for de som har gjennomgått (fullført) A-klinikkens basisbehandling i 2001 og / eller 2002.

Dersom du har flere opphold i denne perioden, tenk på ditt siste fullførte opphold. Vennligst sett ett kryss pr spørsmål hvis det ikke står noe annet.

Skjema nr. _____

Din livssituasjon i dag:

1. Hva slags yrkesstatus har du hatt siste 6 måneder?

- 0 Uten jobb
 1 Heltidsjobb
 2 Deltidsjobb
 3 Under utdanning
 4 Deltidsjobb + under utdanning
 8 Annet: evt. beskriv:

2. Hva har vært din viktigste inntekt siste 6 måneder?

- 00 Forsørget av andre
 01 Arbeidsinntekt
 02 Studielån / stipend
 03 Dagpenger (arbeidsledig)
 04 Sykepenger
 05 Delvis sykepenger
 06 Yrkesmessig atfering
 07 Rehabiliteringspenger
 08 Uførepensjon
 09 Alderspensjon
 10 Stønad til enslig forsørger
 11 Sosialhjelp
 12 Annet: evt. beskriv:

3. Hvordan vil du selv beskrive din økonomi de siste 6 måneder, sammenlignet med tiden før behandling på A-klinikken?

- 1 Mye verre
 2 Verre
 3 Uforandret
 4 Bedre
 5 Mye bedre

4. Hva slags boligforhold har du hatt siste 6 måneder:

- 0 Ingen bolig
 1 Hospits /hybelhus
 2 Institusjon (rehabiliteringssenter, behandlingsinstitusjon, fengsel e.l.)
 3 Hos foreldre
 4 Hos andre
 5 Egen privat bolig (eiet eller leiet)
 8 Annet, beskriv:

5. Samlivsforhold siste 6 måneder: Hvis du bor sammen med kjæreste / samlivspartner, har denne misbruksproblemer?

- 0 Bor ikke sammen med kjæreste / samlivspartner
 1 Bor sammen med samlivspartner, men denne har ikke aktive misbruksproblemer
 2 Bor sammen med samlivspartner, og denne har aktive misbruksproblemer

6. Har du i løpet av det siste året mottatt profesjonell hjelp for psykiske / følelses-messige problemer? (flere kryss er mulig)

- 0 Nei
 1 Ja, hos allmennlege / fastlege
 2 Ja, på psykiatrisk poliklinikk
 3 Ja, på psykiatrisk institusjon / sykehus

7. Har du i løpet av de siste 4 uker hatt:

	Nei	Ja
7. Alvorlige depresjoner (med varighet 1 uke eller mer):	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
8. Alvorlig angst (med varighet 1 uke eller mer):	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
9. Alvorlige smerter / spenninger i kroppen (med varighet 1 uke eller mer):	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
10. Vrangforestillinger / hallusinasjoner (over en periode på 1 uke eller mer):	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
11. Fått foreskrevet medisiner for et psykisk / følelsesmessig problem:	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
12. Alvorlige tanker om å ta ditt liv:	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

+

13. Har du hatt kontakt med selvhjelpsgrupper siste 6 mnd.?

- 1 Har gått i NA el. AA minst x 1 pr uke
 2 Har gått i NA el. AA 1 – 3 ganger i mnd
 3 Har gått sjeldnere enn 1 gang i mnd.
 4 Ikke gått i selvhjelpsgrupper siste 6 mnd

Bruk av rusmidler:

14. Har du inntatt alkohol eller andre rusmidler etter siste behandling på A-klinikken?	Nei	Ja
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Dersom ja; hvor lang tid gikk det til du første gang inntok følgende rusmidler:	Oppgi antall måneder:
15. Alkohol	<input type="text"/>
16. Cannabis (hasj / marihuana)	<input type="text"/>
17. Vanedannende sove- og beroligende medisiner (f.eks. Sobril, Vival, Mogadon, Rohypnol mv.)	<input type="text"/>
18. Sentralstimulerende midler (f.eks. amfetamin, Ritalin, Kokain, Ecstasy mv.)	<input type="text"/>
19. Opiater (f.eks. heroin, morfin, Dolcontin, Temgesic, Paralgin Forte, Aporex m.v)	<input type="text"/>

Forbruk siste 6 måneder:**20. Hvordan vil du beskrive din bruk av alkohol de siste 6 måneder?**

- 0 Ikke brukt
 1 Bruk sjeldnere enn 1 dag i uken
 2 Bruk omtrent ukentlig
 3 Bruk 2 – 4 dager i uken
 4 Bruk 5 dager eller mer i uken

21. Hvis bruk; hvor mange alkoholenheter (se omregningsskjema) drikker du på en "typisk" drikkedag? (hopp over hvis du har svart "ikke bruk" på spørsmål 20).

- 1 1-2
 2 3-4
 3 5-6
 4 7-9
 5 10 eller mer

†

Omregningsskjema:

1 AE (alkoholenhet) tilsvarer: 1 liten Pils (0,33 liter),
 1 rusbrus, 1 glass vin, 1 drink brennevin (4 cl)
 - 1 flaske vin tilsvarer 6 AE (alkoholenheter)
 - 1 sekspakning (0,5 liter) Pils tilsvarer 9 AE
 - 1 flaske brennevin tilsvarer 18 AE

22. Hvis bruk, hvor ofte i løpet av siste 6 mnd. drakk du mer enn 6 alkoholenheter på en gang? (hopp over hvis du har svart "ikke bruk" på spørsmål 20).

- 1 1-2
 2 3-4
 3 5-6
 4 7-9
 5 10 eller mer

23. Hvordan vil du beskrive din bruk av cannabis de siste 6 måneder?

- 0 Ikke brukt
 1 Bruk sjeldnere enn 1 dag i uken
 2 Bruk omtrent ukentlig
 3 Bruk 2 – 4 dager i uken
 4 Bruk 5 dager eller mer i uken

24. Hvordan vil du beskrive din bruk av vanedannende sove- og beroligende medisiner de siste 6 måneder?

- 0 Ikke brukt
 1 Bruk sjeldnere enn 1 dag i uken
 2 Bruk omtrent ukentlig
 3 Bruk 2 – 4 dager i uken
 4 Bruk 5 dager eller mer i uken

25. Hvordan vil du beskrive din bruk av sentralstimulerende midler de siste 6 måneder?

- 0 Ikke brukt
 1 Bruk sjeldnere enn 1 dag i uken
 2 Bruk omtrent ukentlig
 3 Bruk 2 – 4 dager i uken
 4 Bruk 5 dager eller mer i uken

26. Hvordan vil du beskrive din bruk av opiater de siste 6 måneder?

- 0 Ikke brukt
 1 Bruk sjeldnere enn 1 dag i uken
 2 Bruk omtrent ukentlig
 3 Bruk 2 – 4 dager i uken
 4 Bruk 5 dager eller mer i uken

27. Har du brukt sprøyte ved inntak av rusmidler siste 6 mnd?

Nei	Ja
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

28. Hvor ofte har du brukt sprøyter de siste 6 måneder?

- 0 Ikke brukt
 1 Bruk sjeldnere enn 1 dag i uken
 2 Bruk omtrent ukentlig
 3 Bruk 2 – 4 dager i uken
 4 Bruk 5 dager eller mer i uken

29. Har du brukt andre rusmidler som ikke er nevnt over de siste 6 måneder?

Nei	Ja
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

I tilfelle ja, hvilke:

30. Hva vil du beskrive som ditt mest brukte rusmiddel de siste 6 måneder:

+

31. Har du etter siste opphold i basis hatt nye behandlinger for ditt rusproblem andre steder enn A-klinikken?

Nei	Ja
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

32. Dersom ja, hva slags?

- 1 Avrusning
 2 Poliklinikk
 3 Korttidsbehandling (mindre enn 3 mnd.)
 4 Langtidsbehandling (mer enn 3 mnd.)

I tilfelle hvor:

33. Har du etter siste utskriving vært domfelt?

- 0 Nei
 1 Ja, for narkotikaforseelser
 2 Ja, for tyveri / ran
 3 Ja, for vold / legemsbeskadigelse
 8 Annet, spesifiser:

34. Har du etter siste utskriving pådratt deg noe uoppgjort i forhold til politi og rettsvesen?

- 0 Nei
 1 Ja, narkotikaforseelser
 2 Ja, tyveri / ran
 3 Ja, vold / legemsbeskadigelse
 8 Annet, spesifiser:

Hvordan har forholdet til dine nærmeste vært de siste 6 mnd., sammenlignet med tiden før behandlingen (sett ett kryss for hver linje)

	Har ikke / uaktuelt	Mye verre	Verre	Uendret	Bedre	Mye bedre
35. Ektefelle / samboer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
36. Eks-ektefelle/ eks-samboer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
37. Barn	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
38. Foreldre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
39. Søsken	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
40. Venner	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Opplevd utbytte av behandlingen på A-klinikken?

41. Hvordan opplever du din livssituasjon de siste 6 mnd. sammenlignet med tida før siste behandling?

- 1 Mye verre
 2 Verre
 3 Uforandret
 4 Bedre
 5 Mye bedre

42. Dersom du har opplevd noe bedring, hvor mye har oppholdet på A-klinikken betydd for det?

- 1 Ingenting
 2 Ganske lite
 3 En del
 4 Ganske mye
 5 Svært mye

43. Hvor fornøyd er du med den behandlingen du fikk ved A-klinikken totalt sett?

- 1 Svært misfornøyd
 2 Misfornøyd
 3 Litt misfornøyd
 4 Verken eller
 5 Litt fornøyd
 6 Fornøyd
 7 Svært fornøyd

44. Hvis en venn av deg fikk rusproblemer, ville du anbefale han / henne å ta basis-behandling på A-klinikken?

- 0 Nei
 1 Ja
 2 Vet ikke

I siste delen (valgfritt) kan du utdype noen av temaene hvis du ønsker det:

Beskriv gjerne med egne ord de behov du mener ikke ble møtt under behandlingen (skriv evt. på bakside eller eget ark)?

Er det noen spesielle negative ting du vil ta frem vedr. ditt opphold på basis (skriv evt. på bakside eller eget ark)?

Er det noen spesielle positive ting du vil ta frem vedr. ditt opphold på basis (skriv evt. på bakside eller eget ark)?

Har du noen kommentarer til selve skjemaet, noe du har reagert på, som kan misforstås, eller er vanskelig å fylle ut på noe vis? (skriv evt. på bakside eller eget ark)?

+

Stoffmisbrukere i 12-trinnsbehandling

Den omstridte tolvtrinnsbehandlingen har gjennom de siste ti årene vist seg å være effektiv også for stoffmisbrukere, viser to studier som er gjort ved A-klinikken i Kristiansand.

Av ØISTEIN KRISTENSEN
og JOHN-KÅRE VEDERHUS



I 2001-02 fikk 55 stoffavhengige blandingsmisbrukere en kortvarig, intensiv tolvtrinnsbasert behandling med familiestøtte. Det viste seg at 44 prosent var stofffrie to år etter fullført behandling. Dette er oppsiktsvekkende gode tall fordi samtlige pasienter som fullførte 6-ukers behandling er medregnet i studien. Vi mener forklaringen delvis ligger i utstrakt bruk av selvhjelpsgruppene Anonyme Narkomane (NA) som har hatt en sterk vekst i Vest-Agder i samme periode.



A-klinikken i Kristiansand tok i bruk tolvtrinnsmodellen i 1986 og startet med etterundersøkelser året etter. A-klinikken (nå: Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus) som nylig feiret sitt 50-årsjubileum, har gjort systematiske etterundersøkelser av utskrevne pasienter til sitt varemerke (se litteraturliste). Tolvtrinnsmodellen er nærmere omtalt i tema i *rus & avhengighet* 1/99.

Intensiv behandling

Behandlingen ved A-klinikken er en intensiv og kortvarig (6 uker) tolvtrinnsbasert døgntilrettelagt behandling for rusavhengighet. En av styrkene i opplegget er at også familien til den enkelte får tilbud om en egen familieuke i løpet av behandlingsperioden. Etter døgntilrettelagningen deltar brukerne i en poliklinisk oppfølging i 11 måneder, med ukentlige gruppesamlinger. Inntakskriteriene er rusavhengighetsdiagnose etter ICD-10, alder over 25 år, samt rimelig stabil psykisk helse

(dvs. ikke psykotisk eller psykosetruet). Opptaksområdet er hovedsaklig Vest-Agder fylke. Det spesielle med A-klinikkens behandling er den tydelige knytningen mot selvhjelpsmiljøet i Anonyme Alkoholikere (AA) og Anonyme Narkomane (NA). Pasienten deltar gjennom hele behandlingen i slike selvhjelpsgrupper.

Behandlingen ved A-klinikken har tradisjonelt vært for alkoholavhengige (som en kan se ut fra tabell 1), og vi har lenge fått gode tilbakemeldinger fra denne gruppen. Svarene fra spørreskjemaundersøkelser er sammenholdt med data fra ettervernskonsulent og i noen av studiene har vi også komparentopplysninger fra pårørende. Det er lite avvik mellom de tre informasjonskildene. Man kan med andre ord stole på pasientenes svar.

Fra 1993 ble også stoffavhengige tatt inn til behandling. Forholdstallet

Tabell 1

Innlagt år	Antall pasienter	Edru/rusfrie etter 12 mnd	Edru/rusfrie etter 24 mnd	Svar %
1987	89 A	57%	46%	57%
1989	73 A	71%		47%
1990	120 A	71%		64%
1993	119 A	75%		61%
1993-96	277 A	71%		54%
1993-96	83 S	74%		46%

Oversikt over tidligere funn ved studier, A-klinikken i Kristiansand. Andel (%) edru/rusfrie siste 12 og 24 måneder etter behandling. Forkortelser: A = alkoholavhengige, S = stoffavhengige.

mellom de to gruppene har endret seg gradvis, og fra årtusenskiftet har det vært om lag halvparten av hver gruppe. Vi har derfor vært opptatt av om behandlingen var like virksom for stoffavhengige. Resultatene under er en oppsummering fra de to siste studiene, og viser resultater for de stoffavhengige i behandlingspopulasjonen. Det som er likt for begge studiene, er at en kun har tatt med de som fullførte behandlingen. I 1993/96-studien var det et frafall i løpet av behandlingen på 14 prosent. Gjennomsnittsalder var 31 år, og fordelingen mellom menn og kvinner var 50/50. I studien fra 2001/02 var frafallet på 21 prosent. Gjennomsnittsalder var 33 år. Kjønnfordeling var 72 prosent menn og 28 prosent kvinner. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller med hensyn til resultat av behandlingen. Rusfrihet ble definert som totalavhold fra alle rusmidler.



Selvhjelpsgruppene har stor betydning for behandlingsresultatet. Foto: Henrik Sørensen/BAM/Samfoto

Hovedtrekk i 1999-studien

Undersøkelsen fra 1999 (pasienter innlagt i 1993–96) viste at det godt lar seg gjøre å behandle stoffmisbrukere i en alkoholinstitusjon med en kortvarig, intensiv, AA-orientert gruppebehandling med familiestøtte. Resultatene ett år etter fullført behandling var like gode eller bedre sammenlignet med anerkjente utenlandske og norske tiltak beregnet for stoffmisbrukere. Dette gjaldt både i forhold til stoff-frihet, bolig og nettverk. Best gikk det for dem som før behandlingen på A-klinikken fikk et stabiliseringsopphold, etterfulgt av et rehabiliteringsopphold på Blå Kors Halvveishus. Etablering av selvhjelpsgrupper (NA) hadde antakeligvis en stor betydning for det oppmuntrende

resultatet. Svakheten ved studien var en lav svarprosent.

Hovedtrekk i 2004-studien

Undersøkelsen fra 2004 gjaldt 55 stoffavhengige pasienter innlagt i perioden 2001–02. Studien ble utført i desember -03 til februar -04, og gjennomsnittlig observasjonstid var 23 måneder etter behandlingsslutt.

Studien ga en høyere svarprosent enn tidligere (64 prosent). Det er vanlig å tenke seg at de som ikke svarer, enten er døde eller har falt tilbake til gammelt misbruk. For å ta høyde for dette ble det utført en bortfallsstudie. Det var ingen signifikant forskjell i demografiske data mellom respondenter og non-respondenter. To pasienter var døde. Av de resterende non-respondenter intervjuet man et ran-

domisert utvalg. Basert på dette viste det seg at 1/3 av non-respondentene hadde levd rusfritt de siste seks måneder. Det er altså ikke bare ny rus som gjør at man ikke svarer på spørreskjema. Totalt for hele stoffmisbrukergruppen hadde 44 prosent levd rusfritt de siste 6 måneder av toårsperioden. 24 prosent hadde vært rusfrie hele toårsperioden.

Tar seg inn

Oppfølgingen over to år viste at stoffmisbrukere i større grad enn alkoholavhengige tar seg inn etter tilbakefall. Tilbakefall kom gjennomsnittlig seks måneder etter behandling. I to tredeler av tilfellene var alkohol utløsende årsak, enten alene eller i kombinasjon med andre stoff. Alkohol ser derfor ut til å trigge tilbakefall til stoffmisbruk.

Depresjon forsvinner

Psykisk sykелighet i pasientgruppen var vanlig. Livstidsforekomst på depresjon var 66 prosent og 31 prosent hadde forsøkt å ta eget liv. Blant de rusfrie var depresjon borte hos 78 prosent av dem som var deprimerede i tiden før behandling. Tydeligvis bedrer rusfrihet den psykiske helsen, mens fortsatt rusmisbruk vedlikeholder eller øker de psykiske plager.

Bekrefter nytte av selvhjelp

Studien bekreftet funnene om selvhjelpsgruppens betydning for behandlingsresultatet. Det var en sterk samvariasjon mellom regelmessig bruk av selvhjelpsgrupper og rusfrihet. Det hadde også vært en ytterligere vekst av NA-grupper i Kristiansand, noe som delvis kan skyldes økningen av stoffavhengige som hadde gått gjennom den tolvtrinnsbaserte behandlingen på A-klinikken. 

Tilbakemeldinger fra pasienter

I studien fra 2004 ble brukerne oppfordret til å gi tilbakemelding på positive og negative sider ved oppholdet. Her refereres noen av disse. Navn er anonymisert, kjønn og alder er autentiske:

«Det beste med hele opplegget var at jeg ble introdusert for 12-trinns programmet og at vi ble sendt på møter. Synes også at gruppeterapi fungerte overraskende bra. Det jeg sitter mest igjen med, er de litt tøffe gruppene. Stort sett er mine tanker rundt basisoppholdet positivt. Basis var begynnelsen på mitt nye liv som rusfri, og jeg vet ikke hvordan jeg hadde klart det uten. Før basis gikk jeg litt på selvhjelpsgruppe, men motforestillingen var så sterke at jeg neppe hadde fortsatt. Jeg ble også langt mer bevisst på konsekvensene og alvorligheten rundt mitt rusproblem. So thank you!!»

«**Mari**», 28 år

«Det positive med basis er alt det positive. Og at man trekker frem det beste i oss. Og at man får igjen troen på at man duger, og troen på oss selv»

(Kommentar: denne tilbakemeldingen kom fra en med et tilbakevendende rusproblem).

«**Gunn**», 30 år

«Jeg føler at oppholdet i basis var optimalt for meg. Jeg hadde tatt en beslutning før jeg dro dit, og basis ble det springbrettet jeg hadde håpet. Når jeg tenker tilbake på oppholdet i basis, bevisstgjøring, diskusjoner, konfrontasjoner, korrigering samt samhold og omtanke, sitter jeg kun igjen med positive tanker, følelser og erfaringer. Må også få nevne at hele opplegget med basis, Halvveishus og oppfølging, samt å gå i selvhjelpsgruppe, må være noe nær det beste og mest komplette som eksisterer, og jeg føler stor takknemlighet over å ha fått være en del av det. Så går det til helvete nå, da vet ikke jeg hva som skal til hvis en «virkelig vil.»

«**Terje**», 45 år

«Det er mye jeg kunne skrevet her, men jeg nøyer meg med å nevne samholdet til gruppa (jeg stolte for første gang på andre enn meg), og jeg må også få takke terapeutene jeg/vi hadde.»

«**Karl**», 27 år

«Jeg har fått et nytt liv. Jeg er så takknemlig. Tusen takk for hjelpen. Selvhjelpsgruppene er veldig viktige.»

«**Olav**», 31 år

«Lærte mye om meg selv. Kjempeopplegg. Bra. Godt å bli kjent med nye folk i samme situasjon. Noen jeg har kontakt med fortsatt. Grudde meg, men ble veldig positivt overrasket over folkene, gruppen og opplegget.»

«**Mette**», 41 år

Referanser:

1. Andersen T, Læg Reid B, Sandnes T.: «Hvordan har det gått?» En etterundersøkelse av hvordan det har gått med pasienter behandlet ved A-klinikken i Kristiansand i 1987 og 1989. A-klinikkens forskningsserie nr. 10, 1991.
2. Faye SE.: Hvordan går det nå? En etterundersøkelse fra A-klinikken over pasienter behandlet i 1990–1991. A-klinikkens forskningsserie nr. 13; 1993.
3. Jacobsen, D.I.: Virker det? En etterundersøkelse ved Loland Behandlings-senter og A-klinikken, Kristiansand. Høgskolen i Agder, 1995.
4. Kooyman, M.: *The Therapeutic Community for Addicts: Intimacy, Parent Involvement and Treatment Outcome*. Erasmus Universiteit, Rotterdam, 1992.
5. Kristensen Ø.: A-klinikk og behandling av stoffmisbrukere. Tidsskr Nor Lægeforen 1998;118(20):3175.
6. Kristensen Ø. A-klinikk og behandling av stoffmisbrukere. En etterundersøkelse tolv måneder etter fullført fire ukers behandling ved A-klinikken i Kristiansand. A-klinikkens forskningsserie nr. 18, A-klinikken; 1999.
7. rus & avhengighet 1/99: Tema.
8. Vederhus, John-Kåre.: *Resultater av tolv-trinns behandling ved rusmiddel-avhengighet. Effekt og forløpsstudie av 2 årganger rusmiddelavhengige pasienter 12 til 24 måneder etter fullført 6 ukers behandling ved A-klinikken*. 2004 (ikke publisert).

Øistein Kristensen
og **John-Kåre Vederhus**
er henholdsvis overlege og sykepleier
ved Avdeling for rus- og avhengighets-
behandling, Sørlandet Sykehus,
Kristiansand

Research article

Open Access

High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy

John-Kåre Vederhus* and Øistein Kristensen

Address: Addiction Unit, Sørlandet Hospital, Kristiansand, Norway

Email: John-Kåre Vederhus* - john-kare.vederhus@sshf.no; Øistein Kristensen - oistein.kristensen@sshf.no

* Corresponding author

Published: 23 August 2006

Received: 15 February 2006

BMC Psychiatry 2006, 6:35 doi:10.1186/1471-244X-6-35

Accepted: 23 August 2006

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/35>

© 2006 Vederhus and Kristensen; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: The self-help groups Alcoholics Anonymous (AA) and Narcotics Anonymous (NA) are very well established. AA and NA employ a 12-step program and are found in most large cities around the world. Although many have argued that these organizations are valuable, substantial scepticism remains as to whether they are actually effective. Few treatment facilities give clear recommendations to facilitate participation, and the use of these groups has been disputed. The purpose of this study was to examine whether the use of self-help groups after addiction treatment is associated with higher rates of abstinence.

Methods: One hundred and fourteen patients, 59 with alcohol dependency and 55 with multiple drug dependency, who started in self-help groups after addiction treatment, were examined two years later using a questionnaire. Return rate was 66%. Six (5%) of the patients were dead.

Results: Intention-to-treat-analysis showed that 38% still participated in self-help programs two years after treatment. Among the regular participants, 81% had been abstinent over the previous 6 months, compared with only 26% of the non-participants. Logistic regression analysis showed OR = 12.6, 95% CI (4.1–38.3), $p < 0.001$, for participation and abstinence.

Conclusion: The study has several methodological problems; in particular, correlation does not necessarily indicate causality. These problems are discussed and we conclude that the probability of a positive effect is sufficient to recommend participation in self-help groups as a supplement to drug addiction treatment.

Previous publication: This article is based on a study originally published in Norwegian:

Kristensen O, Vederhus JK: **Self-help programs in drug addiction therapy.** *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005, **125**:2798–2801.

Background

Dependency syndrome due to psychoactive substance use is a complex condition in which the ability to control one's own behaviour in relation to the use of the drug has

a central dimension. Self-help groups represent an interesting possibility for maintaining sobriety. Alcoholics Anonymous (AA) is the best known. The movement started in 1935 [1]. Narcotics Anonymous (NA) sprang

from the AA movement 20 years later. Narcotics Anonymous (NA) implements almost the same program and functions in a similar manner [2].

The philosophy of these groups is expressed in the Twelve Steps, a group of principles intended to be practised as a way of life. These 12 Steps include: admitting having a problem, searching for help, engaging in a thorough self-examination, making amends for harm done to others, and helping other drug addicts to recover. The central theme in these steps is a 'spiritual awakening'. Each member of the group is encouraged to cultivate an individual understanding (religious or non-religious) of this 'spiritual awakening'. The primary service provided is the group meetings. Members are encouraged to abstain completely from all drugs, and they share their successes and challenges in overcoming active addiction and living drug-free lives through applying the principles contained within the 12 Steps.

Historically, researchers and professionals have viewed practices involving the 12 Steps with a scepticism that some studies have supported. Kownacki et al. found in a meta-analysis of controlled studies that participants in AA meetings may sometimes do worse than non-participants [3]. However, the negative findings related to participants admitted into the groups by coercion.

Other studies have shown a clear connection between participation in a self-help group and a reduction in the use of drugs [4-6]. The positive effect of self-help groups is, amongst other things, attributed to a change of a social network [7]. Participants gain new abstinent friends and learn new coping strategies. Zemore et al. state that if you help others, you also help yourself. You increase involvement in your own recovery, achieve higher social status and build self-esteem [8].

In Scandinavian countries it is now becoming more common to find the 12-Step experiences integrated into standard addiction treatment. After the initial addiction treatment has been completed, patients are more often encouraged to participate in AA and NA groups to maintain their recovery. The only condition of participation is a desire to stop using drugs. There is, however, a lack of agreement about whether group participation has an independent effect, or whether the positive effect observed is due to selection biases [9].

The aim of our study was to monitor a group of patients who joined self-help groups after initial treatment, and to examine the correlation between participation, background variables and drug management. Our hypothesis was that participation in self-help groups increased the likelihood of continued abstinence.

The site of prior treatment was the Addiction Unit in Vest-Agder County, Norway. This unit accepts almost everyone who wants addiction treatment, without pre-selecting patients on the basis of socioeconomic or other criteria. The unit is a Hazelden-type treatment centre and the therapy given is grounded in the concept of alcohol and drug addiction as a spiritual and medical disease. The setting is in-patient treatment for a period of six weeks. In accordance with the 12-Step principles, the basic aim of the treatment is to achieve enduring abstinence. A major goal is also to foster the patient's commitment to participate in AA/NA, and patients are actively encouraged to attend meetings. The treatment is delivered by a multidisciplinary team including psychologists and psychiatrists, social workers, nurses, spiritual care professionals and substance abuse/addiction counsellors. The content of the intervention is consistent with the 12 Steps of AA/NA, with particular emphasis on the first five Steps. The centre uses a structured treatment scheme, which includes lectures about the mental structure of addiction/addictive way of thinking, and group therapy sessions. Family members are also invited into a psycho-educative family program over one week.

Methods

The Addiction Unit at Sørlandet Hospital in Kristiansand is a public treatment institution that mainly recruits patients from Vest-Agder County (population 160,000). Everyone was encouraged to join an AA/NA group after treatment. One hundred and fourteen patients (79% of all patients admitted during the period 2001 to 2002) accepted this offer and began as group members. The remaining 21% of patients terminated their addiction treatments early for various reasons. All patients who completed the six week treatment course subsequently agreed to begin self-help group participation. All patients were more than 25 years old and had been diagnosed with an alcohol or drug dependency in accordance with ICD-10 [10]. The diagnosis was made by a psychiatrist, including clinical and psychiatric examination, and was supported by a SCID interview [11]. Fifty-nine patients, 18 women and 41 men, had the diagnosis F10.2 (alcohol dependency); 55 patients, 15 women and 40 men, had the diagnosis F19.2 (multiple drug dependency). The average age was 44 years for patients with alcohol dependency and 33 for patients with multiple drug dependency.

The department uses the *National Client Form for Addiction Treatment* on a regular basis [12]. This questionnaire contains 37 questions and was completed when the patients joined the self-help groups. It gathers information on socio-demographics, physical and psychological health and substance use.

The endpoints of the study were self-help group participation and abstinence. Freedom from drugs is defined in this study as total abstinence from all intoxicating drugs in line with the aim of the 12-step program.

The study was carried out two years after the patients started in the self-help groups, by which time six (5%) patients had died. Four of them had been diagnosed with alcohol dependency and two with multiple drug dependency. The causes of death are not known. These six patients were included in the group of non-respondents and also in the discontinuation analysis. The remaining 108 patients received a questionnaire with a selection of questions from the *National Client Form for Addiction Treatment* together with additional questions relating to their self-help group participation.

The questionnaire was circulated between December 2003 and February 2004. Sixty-five replies were received after two reminders. During the final phase, a random selection of 20 of the non-respondents was called via telephone. Of these, 11 were successfully contacted and 10 were willing to participate. Each interview was conducted by the same person, and followed the structure set out in the questionnaire. Figure 1 shows the sequence of the study. The completed questionnaires were scanned with OCR equipment and analyzed using SPSS version 11.5.

The Regional Ethics Committee for Medical Research in Health Region South, Norway, waived the need for ethical approval for this routine follow-up questionnaire, as the questionnaire is a part of our standard procedure. All

patients gave their informed consent when they were discharged from treatment and started in the self-help groups. The study has been reported to the Data Inspectorate of Norway, and was conducted in accordance with the Personal Data Regulations, 14 April, 2000.

Statistical Methods

Cross tables on self-help group participation and abstinence were analyzed using Fisher's Exact Test for categorical variables and Student's t-test for continuous variables. A Logistic Regression Analysis (forward selection) was also performed. From bivariate analysis, variables with a P-value of less than 0.25 were included in the multivariate analysis. The significance level was set at $p < 0.05$.

Results

Seventy-five patients (66% of the total population and 69% of those who had received a questionnaire) replied to the questionnaire. The response to the question on self-help groups was missing from one patient. Analysis of descriptive data from non-respondents showed no significant differences between respondents and non-respondents in respect of diagnosis, gender, age, accommodation status, cohabitation status or self-reported psychiatric conditions.

Two years after starting in the self-help groups, 43 patients (58%) still participated regularly (at least once a month). Using intention-to-treat-analysis, this is 38% of all 114 patients who initially enrolled in an AA/NA group, assuming that all non-respondents were non-participants or had died.

Table 1 compares the continuing group participants with non-participants. Both groups consisted of equal proportions of patients diagnosed with alcohol and multiple drug dependency. Single persons tended to participate more in self-help groups. A higher percentage of the non-participation group had received professional help for psychological problems, suffered from depression and/or attempted suicide. The only significant group difference was seen in the proportion of patients who had received medication for a psychological or emotional problem. Overall assessment indicates that the non-participating group suffered from greater psychological difficulties.

The results of a Logistic Regression Analysis suggested that cohabitation status 'single' and 'not prescribed psychiatric medicine' were the two strongest independent variables for continued group participation. The odds-ratio were 11.4 (95% CI; 2.4–55.0, $p < 0.01$) and 8.5 (95% CI; 2.1–32.8, $p < 0.01$) respectively.

Forty-four patients (59%) stated that they were abstinent two years after starting treatment (Table 2). One of these

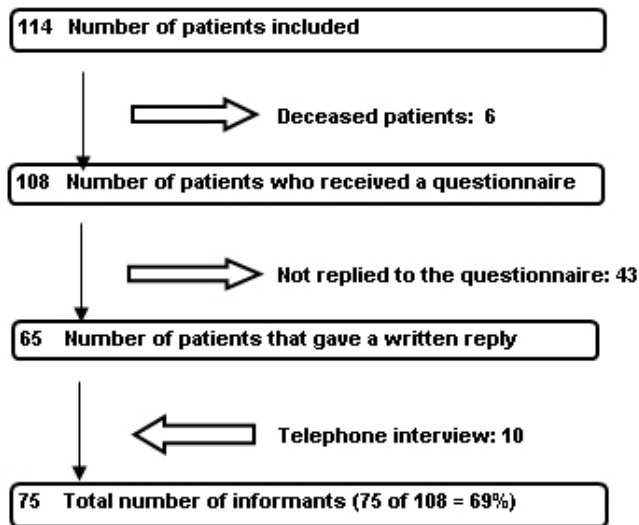


Figure 1
Flow chart for the follow-up study of self-help group participants.

Table 1: Participation in self-help groups in the last six months (two years after starting).

	Regular (n = 43)	Seldom or never (n = 31)	P-value
Gender: % women	10 (23%)	11 (35%)	0.30
Age, years (SD)	38 (11)	37 (9)	0.67
Diagnosis:			
% F 19.2 (drug dependent)	20 (47%)	15 (48%)	1.00
% F 10.2 (alcohol dependent)	23 (53%)	16 (52%)	
Has injected drugs	17 (40%)	12 (39%)	1.00
Has previously been treated for drug misuse	32 (74%)	21 (68%)	0.60
Has suffered from serious depression (self reported)	24 (56%)	23 (74%)	0.15
Has suffered from serious anxiety (self reported)	20 (47%)	14 (45%)	1.00
Has attempted suicide	10 (23%)	13 (42%)	0.13
Has been given medication for a psychological/emotional problem	17 (40%)	24 (77%)	<0.01
Has received professional help for psychiatric problems	18 (42%)	20 (65%)	0.06
Social status:			
- No working income	26 (60%)	14 (45%)	0.25
- Cohabitant status single (n = 73)	35 (83%)	19 (61%)	0.06
- Homeless	8 (19%)	3 (10%)	0.34

A comparison of the background data between those who are regular participants (\geq once a month), and those who seldom or never participate ($<$ once a month). The cross table analysis was conducted and the P-value was obtained with the Fishers Exact Test for categorical variables and the Student t-Test for continuous variables. The figures represent numbers and proportions (n = 74).

patients provided no information on her self-help group status. If we use intention-to-treat-analysis, the percentage of drug-free patients is 39%. The true percentage is probably between 39% and 59%.

Table 2 shows a significant correlation between regular participation in a self-help group and a drug-free state. There was a tendency for the alcohol dependent and those

who were previously homeless to manage better, but this was not significant. A Logistic Regression Analysis showed that regular participation in self-help groups was the only significant variable (OR 12.6; 95% CI; 4.1 – 38.3, p < 0.001). Consequently, the odds for a drug-free state were 12.6 times higher for those who participated regularly in the self-help groups than for those who did not.

Table 2: Drug use in the last six months (two years after starting) compared with background variables.

	Not using any drug n = 44	Still using drugs n = 31	P-value
Gender: % women	12 (27%)	10 (32%)	0.80
Age, years (SD)	39 (11)	37 (10)	0.43
Diagnosis:			
% F 19.2 (drug dependent)	17 (39%)	18 (58%)	0.11
% F 10.2 (alcohol dependent)	27 (61%)	13 (42%)	
Has injected drugs	17 (39%)	13 (42%)	0.63
Has previously been treated for drug misuse	31 (70%)	22 (71%)	1.00
Has suffered from serious depression (self reported)	27 (61%)	21 (68%)	0.63
Has suffered from serious anxiety (self reported)	20 (45%)	14 (45%)	1.00
Has attempted suicide	12 (27%)	12 (39%)	0.45
Has been given medication for a psychological/emotional problem	23 (52%)	19 (61%)	0.49
Has received professional help for psychiatric problems	25 (57%)	14 (45%)	0.48
Social status:			
- No working income	25 (57%)	16 (52%)	0.81
- Cohabitant status single (n = 73)	34 (77%)	21 (68%)	0.42
- Homeless	9 (21%)	2 (7%)	0.11
Self-help group participation (n = 74):			
- regularly	35 (81%)	8 (26%)	<0.001
- seldom/never	8 (19%)	23 (74%)	

The cross table analysis was conducted and the P-value was obtained with the Fishers Exact Test for categorical variables and the Student t-Test for continuous variables. The figures represent numbers and proportions (n = 75).

Discussion

The main finding in this study is that the number of patients remaining abstinent after two years is high. A self-reported drug-free state of 39–59% over the past six months, two years after start-up, is a good result. For comparison, Project Match had 36% during the past three months after three years [13]. At the same time, the proportion of abstinent patients is obviously greater among regular self-help group participants than among non-participants (81% versus 26%), and participation in a self-help group was the only predictive factor for staying abstinent. These findings are also supported by other studies [6,7], but are surprisingly marked in this study.

There is a tendency for those with alcohol dependency to have a better prognosis than those with multiple drug dependency. This has also been shown previously [14].

If we use intention-to-treat-analysis, 38% still participate in the groups. However, the 'true' proportion is probably somewhere between 38% and 58%. Of those who were interviewed over the telephone (after initially not having replied), three out of ten (30%) had participated during the past six months. Therefore, it is unlikely that all non-respondents had completely stopped participating.

In the Project Match study [13], subjects were randomized to Cognitive-Behavioural Treatment (CBT), Motivational Enhancement Therapy (MET) or Twelve Step Facilitation (TSF). One year after treatment, overall retention in self-help programs for the three interventions combined was 30%. However, of the three types of intervention, it was mainly the 12-Step modalities that gave a recommendation to participate in a self-help program as a part of long-term rehabilitation strategy. Clear professional recommendations to facilitate self-help group involvement were rarer in the other types of interventions. Other studies have shown that the proportion of participants is higher in groups of patients who have exclusively completed the 12-Step treatment. Hoffmann, for example, found that 55% participated after one year [6]. He did not use intention-to-treat-analysis, and therefore his result should be compared with our 58% after two years.

It is possible that the self-help groups selectively retain individuals with particularly favourable prognoses. In assessing this possibility, it is important to consider the drop-out from the groups and whether the non-respondents conceal a negative selection. There is little in the background data to indicate that the patients who attended the groups had fewer problems with regard to severity of drug addiction, social status or accommodation situation. There is a non-significant tendency for those with high participation to have no income, and single status is a significant predictor. This tendency is supported by several

studies indicating that those who are socially strained or are heavy drug addicts feel comfortable in the self-help groups [15,16].

Patients who stopped participating in the self-help groups had somewhat more severe psychiatric conditions. A significantly higher number of these patients had received medication for psychological/emotional problems and had previously received more professional help for such problems. A study from Iceland showed that a diagnosis of schizophrenia, but no other psychiatric co-morbidity, was negatively associated with participation in self-help groups [17]. If psychological difficulties result in drop-outs, this probably indicates limitations in the initiative of the target group, and implies that those with psychological difficulties need different kinds of help and should receive more social training and be eased into the group. Mueser et al. have suggested how this can be achieved [18].

Limitations

The study has several limitations and methodical difficulties. It is a naturalistic study without a control group, and outcome data for such studies are often difficult to interpret. A positive correlation between AA/NA participation and a drug-free state need not necessarily indicate that AA/NA "works". Tourmier has pointed out that the correlation only indicates "that alcoholics already committed to maintaining sobriety may gravitate toward AA to sustain their recovery" [19]. This raises the question of self-selection and suggests the alternative hypothesis that reduced drug abuse causes AA/NA affiliation. In other words, drug users who relapse tend to drop out of AA/NA, whereas those who are abstinent are more comfortable in continuing to attend meetings. There is also the question of whether anything in the group configuration predicts retention or relapse, for example whether the groups throw people out when they relapse. As far as we know, there are no formal obstacles to rejoining the groups after a relapse, and attendants are welcomed back at any stage. But we have no evidence to rule out the possibility that there are emotional and psychological obstacles to rejoining the groups. The problem of self-selection has been thoroughly discussed by other authors, and different statistical techniques have been used to address it [9,20]. In spite of these efforts, the positive correlation they observed could not be explained by the self-selection hypothesis.

We therefore find it difficult to ignore the clear difference in our study between those who participated in the groups and those who did not. It seems that no other background variables are able to explain the observed differences in abstinence. However, we acknowledge that hidden factors could have had an effect. We have not looked at possible

major life events (establishing of family, negative health consequences etc.), which Gjeruldsen et al. found were important factors in stopping drug abuse [21], and we have not seen to what extent the respondents received professional help [17].

Another question is whether the selection from the Addiction Unit is representative of the entire population of drug addicts in the catchment area. The question is whether patients who are resistant to being treated in a 12-Step facility went somewhere else for treatment, or dropped out early. However, the institution receives almost all applications for treatment in the county, and we have no reason to believe that there is a significant selection of this type.

Other possible limitations to the study are implicit in the use of a questionnaire that was not validated. However, the form used has been incorporated nationally into the drug sector for the registration of background data of patients for several years, and has been regularly adjusted to optimize registration.

Conclusion

This study shows a positive relationship between participation in 12-Step-based self-help groups and desired treatment results. A regression analysis of the background variables is unable to explain the differences found. This corroborates previous research in which self-help group participation and abstinence were found to be positively correlated. Sexton [22] also found a clear difference in the use of self-help groups between patients from institutions that explicitly advised participation and patients from institutions without this awareness. Health workers therefore ought to recommend their patients to participate in self-help groups as a part of their rehabilitation. However, the finding that psychological difficulties are associated with drop-outs suggests that self-help groups managed in a similar manner to Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous may not be appropriate for everybody.

Competing interests

The author(s) declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

The authors contributed equally to this work.

Acknowledgements

We would like to thank Helge Waal, University of Oslo, for his advice during the preparation of the manuscript.

References

1. Anonymous A: **Alcoholics Anonymous**. 2006 [<http://www.alcoholics-anonymous.org>]. web
2. Anonymous N: **Narcotics Anonymous**. 2006 [<http://www.na.org>]. web

3. Kownacki RJ, Shadish WR: **Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments**. *Subst Use Misuse* 1999, **34**:1897-1916.
4. Connors GJ, Tonigan JS, Miller WR: **A longitudinal model of intake symptomatology, AA participation and outcome: retrospective study of the project MATCH outpatient and aftercare samples**. *J Stud Alcohol* 2001, **62**:817-825.
5. Moos RH, Moos BS: **Long-term influence of duration and frequency of participation in Alcoholics Anonymous on individuals with alcohol use disorders**. *J Consult Clin Psychol* 2004, **72**:81-90.
6. Hoffmann NG, Harrison PA, Belille CA: **Alcoholics Anonymous after treatment: attendance and abstinence**. *Int J Addict* 1983, **18**:311-318.
7. Kaskutas LA, Bond J, Humphreys K: **Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous**. *Addiction* 2002, **97**:891-900.
8. Zemore SE, Kaskutas LA, Ammon LN: **In 12-step groups, helping helps the helper**. *Addiction* 2004, **99**:1015-1023.
9. McKellar J, Stewart E, Humphreys K: **Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: cause, consequence, or just a correlate? A prospective 2-year study of 2,319 alcohol-dependent men**. *J Consult Clin Psychol* 2003, **71**:302-308.
10. Organization WH: *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders diagnostic criteria for research* Geneva, World Health Organization; 1993.
11. MB. F: *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I) clinician version* Washington, D.C, American Psychiatric Press; 1997.
12. Lauritzen H, Astrid S: **Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere**. web; 2004.
13. group PM: **Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match three-year drinking outcomes**. *Alcohol Clin Exp Res* 1998, **6**:1300-1311.
14. Hoffmann NG, Miller NS: **Perspectives of effective treatment for alcohol and drug disorders**. *Psychiatr Clin North Am* 1993, **16**:127-140.
15. Brown BS, O'Grady KE, Farrell EV, Flechner IS, Nurco DN: **Factors associated with frequency of 12-Step attendance by drug abuse clients**. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001, **27**:147-160.
16. Humphreys K, Mavis B, Stofflemaier B: **Factors predicting attendance at self-help groups after substance abuse treatment: preliminary findings**. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59**:591-593.
17. Tomasson K, Vaglum P: **Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: a prospective study of a nationwide representative sample**. *Addiction* 1998, **93**:423-431.
18. KT M, DL N, RE D, L F: *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice* New York, Guilford Press; 2003.
19. Tournier RE: **Alcoholics Anonymous as treatment and as ideology**. *J Stud Alcohol* 1979, **40**:230-239.
20. Humphreys K: **Addressing self-selection effects in evaluations of mutual help groups and professional mental health services: an introduction to two-stage sample selection models**. *Evaluation and Program Planning* 1996, **19**:301-308.
21. Gjeruldsen S, Myrvang B, Opjordsmoen S: **Risk factors for drug addiction and its outcome. A follow-up study over 25 years**. *Nord J Psychiatry* 2003, **57**:373-376.
22. Sexton H: **Alkoholmissbrukere etter klinikkbehandling - en oppfølgingsundersøkelse**. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995, **115**:2768-2772.

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/35/prepub>