

MALKS 5000: Masteroppgave
Master i læring i komplekse systemer

1 februar 2011

Artikkel 1

Rusproblematikk og behandling i et atferdsanalytisk lys

Artikkel 2

Rusmiddelbruk og livssituasjon for ungdommer med rusproblematikk

Liv Oddrun Logn

Avdeling for atferdsvitenskap



Forord

Jeg ønsker å takke alle familier, ungdommer og MST-terapeuter for deres velvillighet i besvarelsen av alle spørsmålene som denne masteroppgaven bygger på.

En stor takk rettes også til professor og veileder Per Holth ved Høgskolen i Akershus som gjorde denne undersøkelsen mulig å gjennomføre.

Til slutt en hilsen til lærere og medstudenter på MALKS 2008-2010 for et inspirerende og godt studium.

Vedrørende masteroppgave artikkel 2:

Rusmiddelbruk og livssituasjon for ungdommer med rusproblematikk

Etter søknad ble det godkjent at Linda My Persson og Liv Oddrun Logn kunne skrive deler av masteroppgave i Master i læring i komplekse systemer sammen. Veileder på oppgaven har vært Per Holth. Artikkel 2, empirisk artikkel, ble skrevet sammen.

Vi har intervjuet like mange personer hver. Systematisering av intervjudata er gjort hver for seg og i fellesskap lenger ut i prosessen. Systematisering av andre data (tidligere resultater og arkivgransking), arbeid i SPSS, analysering og skriving av sammendrag, resultat og diskusjonskapitlene er gjort sammen.

Ellers er følgende arbeidsfordeling slik:

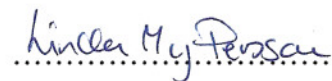
Deltakere: Linda My Persson

Apparatur: Linda My Persson

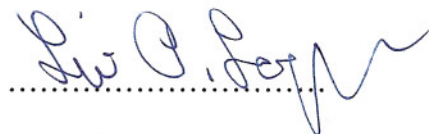
Prosedyre: Liv Oddrun Logn

Validitet – reliabilitet: Liv Oddrun Logn

Referanseliste, tabeller, figurer, forside og lay-out har vi bidratt til begge to.



Linda My Persson



Liv Oddrun Logn

Innholdsfortegnelse

Artikkel 1

Forside.....	1
Sammendrag.....	2
Kriminalitet.....	3
Narkotikaproblemet.....	5
Forebyggende helsearbeid og Helsefremmende arbeid.....	12
Multisystemisk terapi.....	15
Læringsbasert rusbehandling.....	18
Referanser.....	25

Artikkel 2

Forside.....	1
Sammendrag.....	2
Innledning	3
Metode	7
<i>Deltakere</i>	8
<i>Apparatur</i>	10
<i>Prosedyre</i>	11
<i>Telefonintervjuet</i>	12
<i>Validitet – reliabilitet</i>	13
Resultater	15
Diskusjon	22
Referanser	32
Tabell 1: Spørsmål 11.....	36

Tabell 2: Spørsmål 12	36
Tabell 3: Spørsmål 13	37
Tabell 4: Beskjeftigelse versus rusfri	38
Tabell 5: TAM-spørsmål 35.....	39
Tabell 6: Antall personer/fordeling i spørsmål 35.....	39
Tabell 7: Behandling/oppfølging i etterkant	40
Tabell 8: Resultater 2005-2006 versus status 2010.....	41
Figurtekst	43
Fig.1 Status rusbruk 2005-2006 og 2010.....	44

MALKS 5000: Masteroppgave

Master i læring i komplekse systemer

1 februar 2011

Artikkel 1

Rusproblematikk og behandling i et atferdsanalytisk lys

Liv Oddrun Logn

Avdeling for atferdsvitenskap



Sammendrag

Artikkelen er en gjennomgang av ulike sider ved rusproblematikken sett som et samfunnsproblem. Det legges vekt på ungdom med rusproblemer, årsaker og ulike behandlingsformer knyttet til dette.

Nøkkelord: Samfunn, kriminalitet, ungdom, rus, multisystemisk terapi (MST) og Contingency Management (CM), også kalt læringsbasert rusbehandling (LBR).

I Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementets stortingsproposisjon nr 1 (2007-2008) for budsjettåret 2008 skrives det at gruppen rusmiddelavhengige er den gruppen som har høyest sykkelighet og dødelighet og de sosiale og samfunnsøkonomiske konsekvensene er omfattende. Det er store kostnader knyttet til helse- og sosialhjelp, tapt arbeidsinnsats, velferdstap og rusrelatert kriminalitet. Det er også mange barn som lider under foreldrenes rusmiddelbruk (Regjeringen, 2008).

Regjeringens opptrappingsplan på rusfeltet ble lagt fram høsten 2007 og den danner rammene for regjeringens politikk på dette området. Satsningene i opptrappingsplanen må også sees i sammenheng med blant annet innsatsen med og for å forebygge fattigdom og innsatsen på bolig og psykisk helse. Planen har 147 foretak innen forebygging, behandling, rehabilitering, forskning og kompetanseutbygging på rusfeltet. Omkring 80 % av disse tiltakene var satt i verk innen utgangen av 2008. Målet er at tiltakene skal være gjennomført eller i gang innen utgangen av 2010. Mange av tiltakene i opptrappingsplanen evalueres uavhengig av hverandre og det planlegges en samlet gjennomgang av erfaringene med planen. Det er også viktig å bygge på erfaringer fra andre lands ruspolitikk. Opptrappingsplanen har 5 hovedmål. Disse er: Tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering, mer forpliktende samhandling og økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn. Brukerne skal få tjenester som er preget av kvalitet, nærhet og tilgjengelighet (Regjeringen, 2009).

Kriminalitet

En type kriminalitet er narkotikakriminalitet. I 2008 ble det totalt anmeldt 386 251 lovbrudd i Norge. Av disse anmeldte lovbruddene gjaldt 37 488 narkotikakriminalitet kategorisert under allmennfarlig forbrytelse (Statistisk-sentralbyrå, 2010a). Av disse igjen ble det

iverksatt straffereaksjoner overfor 6 379 narkotikaforbrytelser og 676 grove narkotikaforbrytelser. I tillegg utgjorde forbrytelser mot lov om legemidler mv straffereaksjoner overfor 5992 lovbrudd som gjaldt narkotika, bruk: 3680, narkotika, besittelse 2297 og narkotika, diverse 15 (Statistisk-sentralbyrå, 2010b).

Rusmiddelstatistikken gir et bilde av hvilke rusgivende stoffer som oftest er å se i blodprøver fra bilførere som er mistenkt for å kjøre i påvirket tilstand i Norge. Statistikken kan anses for å ha betydning for folkehelsa og den har vist seg å korrelere godt med Kriminalpolitisen (KRIPOS) beslagstall og Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS) rusmiddelstatistikk (statistikk hvor folk opplyser om hva de bruker). Statistikken kan dermed gi et bilde på hvilke rusgivende stoffer som er i omløp og som brukes i Norge (Gustavsen, 2008).

Rusmiddelstatistikken for 2008 baserer seg på rusmiddelanalyser av omkring 10 000 bilførere mistenkt for kjøring i påvirket tilstand. Her viste det seg at i mer enn 90 % av alle blodprøvene fant Folkehelseinstituttet ett eller flere rusgivende legemidler, narkotiske stoffer eller rusmidler. Foruten alkohol som er i en særstilling var det en høy forekomst av cannabis, beroligende medikamenter og amfetamin påvist i disse prøvene (Folkehelseinstituttet, 2010b). I nevnte statistikk er både illegale narkotiske stoffer (eks. kokain og heroin) og legemidler som kan foreskrives på resept (eks. morfin og diazepam) tatt med. Analysefunnene gir ikke nødvendigvis svar på om stoffet er tatt inn illegalt eller ikke. Gjennomsnittlig finner Folkehelseinstituttet tre rusgivende stoffer pr. prøve (Folkehelseinstituttet, 2008).

Økt bruk av rusmidler, både alkohol og narkotika, tyder på at dette kan være en medvirkende årsak til den økte frekvensen av forbrytelser, særlig vinningsforbrytelser, men også volds forbrytelser. Overvekten av disse forbrytelsene blir utført i ruset tilstand, enten under

alkohol- eller narkotikapåvirkning eller i en mix der det er benyttet både alkohol, tabletter og stoff (Noreik, 2000). Ca 60 % av alle innsatte har et rusmiddelproblem ved innsettelsen i fengsel. Innsatte som har et rusmisbruk bør hjelpes til å bli rus fri. De som derimot ikke har rusproblematikk bør skjermes fra å få tilgang på stoff under straffegjennomføringen (Kriminalomsorgen, 2010). I 2007 oppga om lag 6 prosent av norske 15-16 åringer å ha brukt cannabis noen gang (Lund, 2010).

Narkotikaproblemet

Hva som defineres som narkotika blir i hovedsak bestemt ved FNs narkotikakonvensjon av 1961. Deretter er det vedtatt nye narkotikakonvensjoner i 1971 og 1988 og alle disse tre konvensjonene er nå gyldige og ratifisert av de aller fleste land. Hva som regnes som narkotika kan være skjønnspreget, men for tiden står det ca. 200 stoffer på den norske narkotikalista (Fekjær, 2008).

Narkotika er et medisinsk – farmakologisk begrep. I medisinsk forstand må narkotika defineres som alle tilvenningsfarlige og avhengighetsskapende stoffer. Narkotikaproblemet kan graderes i bruk, misbruk og narkomani og en vanlig definisjon er at narkotikamisbruk er alt sporadisk eller vedvarende inntak av narkotika som ikke er et ledd i medisinsk behandling. Videre kan en narkoman defineres som en person som er blitt avhengig av ett eller flere narkotiske stoffer. Personen fortsetter å ta stoffet dels for å oppleve rusvirkningen og dels for å unngå abstinensplager (Stang, 2000).

SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) deler narkotikabrukere vanligvis inn i tre brukergrupper. Disse er eksperimentbrukere, rekreasjonsbrukere og problembrukere. Eksperimentbrukere er de som har prøvd stoff noen få ganger og så sluttet med det. Rekerasjonsbrukere gjelder de personer som bruker stoffet med en viss regelmessighet, men ikke så mye at de

har utviklet en avhengighet eller opplever betydelige problemer i forhold til bruken. Problembrukerne er de som bruker narkotika ofte og mye og derfor får abstinenssymptomer ved opphør. I tillegg kan det for disse brukerne gi store sosiale, økonomiske og helsemessige konsekvenser knyttet til bruken av narkotika (SIRUS, 2010).

Sammenlignet med alkoholproblemet har narkotikaproblemet fått størst oppmerksomhet i massemediene i de senere år. Grunnen til dette er først og fremst ungdommers stoffmisbruk og dette kan virke både provoserende og uforståelig for folk flest. Narkotikaproblemet har blant annet ført til hete diskusjoner, reaksjoner og tiltak fra samfunnets side (Stang, 2000).

I Fekjærs bok (2008 s. 100) nevnes det hvilke oppfatninger som rører seg i folketroen om rusmidlers virkning på følelser og atferd. I følge folketroen tilskrives rusmidler et ubegrenset antall virkninger på mennesker og virkningene kan godt være helt motstridene.

- Noen blir glade og andre blir triste.
- Noen blir snille og andre aggressive.
- Noen blir våkne og andre blir trøtte.
- Noen blir aktive og andre blir passive.
- Noen blir stille og andre pratsomme.
- Noen blir vennlige og andre fiendtlige.

Men kjemiske stoffers virkninger på mennesker følger et mønster. Antall virkninger er begrenset, virkningene er karakteristiske og lekfolk alene kan ikke avgjøre hvilke virkninger som kan tilskrives stoffet (Fekjær, 2008).

De vanligste avhengighetsskapende stoffene foruten nikotin og alkohol er: narkotiske stoffer som for eksempel cannabis, kokain, amfetamin/metamfetamin og heroin. Blant legemidler med ruspotensiale kan nevnes beroligende midler, sovemidler og smertestillende

midler (Folkehelseinstituttet, 2008). Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet i Norge og er en samlebetegnelse på materiale fra planten *Cannabis sativa*. Denne planten inneholder mange substanser, men det er først og fremst stoffet delta – 9- tetrahydrocannabinol (THC) som gir rus. Det fremstilles forskjellige produkter av *Cannabis sativa*. Disse er marihuana, hasjisj og cannabisolje som inneholder henholdsvis ca. 10 %, 6-10 % og 15-60 % THC. Den vanligste inntaksmåten er gjennom røyking og en vanlig brukerdose inneholder 5-20 mg THC. Cannabis anses for å være mindre avhengighetsdannende enn enkelte andre rusmidler, men avhengigheten kan likevel oppleves som sterk (Folkehelseinstituttet, 2010a).

Ved bruk av cannabis inntreffer ruseffekten kort tid etter at røyken er inhalert, med en topp etter 20-30 minutter. Fysiske tegn er økt puls, rødhet i øynene, tørr munn, samt økt matlyst. Stoffet gir både dempede og svakt hallusinogene symptomer som kan innebære endret virkelighetsoppfatning. Brukeren kan føle seg avslappet og pratsom og oppleve sterke sanseinntrykk f. eks. av farger, smak og musikk. Rusen kan også svekke den kritiske sansen. Etter et enkeltinntak er normalt rusen over på noen timer. Allikevel er det påvist svekket koordinasjon, konsentrasjon og reaksjonsevne opptil 24 timer etter inntak. Korttidsminne og tidsoppfatning forstyrres og akutte depresjoner, angst eller forfølgelsesforestillinger kan forekomme. Fysiske langtidsvirkninger av cannabis er trolig en svekkelse av kroppens immunforsvar og påvirkning av hormonbalansen med mulige menstruasjonsforstyrrelser hos kvinner og redusert sædcelleantall hos menn. Psykiske langtidsvirkninger kan ved langvarig bruk gi økt risiko for angst- og depresjonsreaksjoner og utløse psykoser hos disponerte individer. Avvenningssymptomene er milde, men kan gi irritasjon, søvnproblemer og nedstemthet. Ved cannabisavhengighet kan risikoen for bruk av andre avhengighets- skapende stoffer øke selv om bare et fåtall av brukerne går over til hardere stoffer (Folkehelseinstituttet, 2010a).

THC kan påvises både i blod og urin av ulik varighet etter inntak. Ved langvarig bruk av cannabis kan THC påvises i blod opptil to døgn etter siste inntak (Folkehelseinstituttet, 2010a). THC-syre (tetrahydrocannabinolkarbonsyre) kan påvises i urin 5-40 døgn etter siste inntak og av og til i lave konsentrasjoner i måneder etter siste inntak (Castberg & Sandvik, 2005).

En av de viktigste oppdagelsene innenfor vitenskaplig tilnærming og analysing av narkotikamisbruk er at dette dreier seg om betinging og læringsprinsipper. Forskningen på området viser til to vesentlige empiriske generaliseringer som viser at rusmidler har funksjon som forsterkere. På behandlingsfronten er det gjort vellykkede kliniske forsøk med både alkoholikere og andre rusmiddelmissbrukere som viser hvor effektiv behandling basert på forsterkningsprinsipper er. Empiriske resultater viser at stoffmisbruk selv blant hardt belastede rusmisbrukere er sensitive for både forsterkning og straffekontingenser. Satt på spissen er narkotikamisbruk med alle dens variasjoner styrt av The Law of Effect (Thorndike 1898). Narkotikamisbruk er en form for operant atferd som er sensitiv for miljømessige konsekvenser. Funksjonen av forsterkningseffekter og graden av kontroll som narkotika utøver på atferd er å forstå som føyeelig og også avhengig av miljømessige kontekster (Higgins, Heil, & Lussier, 2003). Operant atferd defineres som ”atferd hos dyr og mennesker der konsekvensene av den atferden som utføres påvirker sannsynligheten for at atferden senere skal gjentas, men uten at man gjør antakelser om vilje eller intensjon” (Svartdal & Holth, 2006). Atferden selekteres, shapes og opprettholdes på bakgrunn av de konsekvenser som tidligere har funnet sted (Cooper, Heron, & Heward, 2007). Fordi narkotikamisbruk kan sees som operant atferd kan misbruket effektivt behandles gjennom anvendelse av operante betingings- prinsipper og prosedyrer (Silverman, 2004).

(Higgins et al., 2003) gjengir i sin artikkel en rekke resultater fra klinisk forskning innenfor laboratorium, klinikk og naturlige rammer hvor det er undersøkt hvilken rolle/funksjon forsterkning har på narkotika misbruk.

Som eksempler i denne artikkelen for å understreke noen viktige poeng nevnes følgende: I laboratorie- forsøk med selvadministrering av rusmidler viser det seg resultater som forteller at i en kontekst med valg mellom kokain og placebo valgte forsøks personene kokain. I valgsituasjoner mellom kokain og varierende pengeverdier viste det seg at forsøks personene ekskluderte kokain i forhold til den pengeverdien de kunne oppnå ved å avstå fra kokainet. I en slik kontekst viser det seg en føyelighet i kokainets forsterkningseffekt som videre avtar ettersom pengeverdien økte og eller kokainets forsterkningseffekt økte hvis placebo var det alternative valget (Higgins et al., 2003).

Rollen av temporale utsettelse er en viktig faktor som også kan kaste lys over narkotikamisbruk. I naturlige situasjoner tar individer ofte valg om å bruke stoff som gir umiddelbar effekt i nåtid fremfor å avstå fra å erfare positive konsekvenser i fremtiden. Temporale utsettelse reduserer dermed muligheten for alternative forsterkeres virkninger konkurransedyktighet fremfor den umiddelbare forsterker effekten stoffbruk gir. Et viktig poeng å merke seg her er at det ikke bare er den direkte forsterkende effekten av stoffpåvirkningen som influerer for fremtidig bruk, men også miljømessige konsekvenser som oppstår/er til stede når individet er i påvirket tilstand (Higgins et al., 2003).

Blant flere behandlingsmetoder er Contingency Management (CM) en meget grundig undersøkt behandlingsprosedyre for tilnærming og effektiv behandling som fremmer rusfrihet hos voksne narkotikamisbrukere. Metoden baserer seg på forsterkningsprinsipper og kan også kombineres/integreres i andre effektive psykososiale behandlingsmetoder (Kamon, Budney, &

Stanger, 2005). Opprinnelig ble CM utviklet som en ny intervensjon for håndtering av kokainavhengighet i poliklinisk pasientbehandling. Litteraturen fra og med 1991 til og med mars 2003 viser 55 rapporter av publiserte kontrollerte studier som har tatt i bruk verdisjekker eller lignende verdisjekkbaserte CM-intervensjoner for å fremme atferdsendring hos rusmisbrukende personer. Førtisju av disse 55 rapportene (85 %) viste signifikante endringer i minst en av målatferdene ved bruk av CM-intervensjoner (Higgins et al., 2003). Disse studiene undersøkte effekten av forsterkerintervensjoner for fremming av avholdenhet fra forskjellige typer misbruk av ulike substanser som kokain, opiater, blandingsmisbruk av kokain og opiater, annet blandingsmisbruk, sigarettøyking, alkoholmisbruk og marihuanamisbruk (Silverman, 2004).

Silverman (2004) viser i sin artikkel til undersøkelser av effektiviteten ved verdisjekk forsterkning for avholdenhet fra vedvarende kokainmisbruk hos en gruppe metadonpasienter i Baltimore, USA. Effektene viste seg klart i det omtalte forsøket. Omtrent halvparten av pasientene i gruppa hvor verdikupongene ble gitt kontingent på avhold (9 av 19 pasienter) presterte mellom 7 og 12 ukers avholdenhet fra kokain gjennom en 12 ukers periode. I motsetning til dette viste ingen av pasientene i kontrollgruppa mer enn 6 ukers avholdenhet. Disse effektene var gode fordi effektiv behandling for kokainmisbruk hos metadonpasienter mangler effektive metoder. Imidlertid viser denne studien også sin begrensning. Omkring den andre halvparten (10 av 19 pasienter) viste ikke mer enn maksimum 3 ukers avholdenhet fra kokain. Allikevel er slike undersøkelser viktige både av kliniske og konseptuelle grunner (Silverman, 2004).

Silverman (2004) skriver at videre undersøkelse/studie ble satt i verk og denne dreide seg om manipuleringer av forstrekningskjemaer for om mulig å fremskaffe en større andel kokain-avhold hos pasienter. Denne studien bekreftet effektiviteten av verdisjekkbasert metode for

avholdenhet fra kokain, men viste også en tidlig og beskjeden indikasjon over vanskene med og lykkes for en vesentlig del av pasientene som fortsatte kokainbruken på tross av de beste forsøk på å forsterke kokain avhold (Silverman, 2004).

Det neste steget var å undersøke effekten av forsterkerstørrelsen på behandlingsresistente pasienter. I korte trekk viste denne studien at når pasientene ble eksponert for den høyeste verdisjekk betingelsen (3,480 dollar) viste 45 % av de hardnakkede behandlingsresistente kokainmisbrukerne vedvarende rene urinprøver i 4 uker eller mer. Dette viste at selv blant denne gruppen pasienter kunne kokainmisbruket kontrolleres gjennom forsterkning av avholdenhet og at også disse personene var sensitive for slike konsekvenser (Silverman, 2004).

Blant noen kroniske misbrukere kan shaping av avholdenhet gjennomføres ved forsterkning av gradvis reduksjon av ulike toksilogiske stoffkonsentrasjoner i urinprøver. Generelt viser det seg at denne metoden kan øke prosentandelen av personer til å komme i kontakt med gjeldende forsterkningskontingenser (Silverman, 2004).

Resultatene fra Silverman`s (2004) undersøkelse med verdisjekkforsterkning for avhold hos kokainmisbrukende metadonpasienter løper parallelt med resultatene fra Higgins, Heil og Lussier`s (2004) gjennomgang av de 55 kontrollerte studiene med penge og verdisjekk forsterkerintervensjoner. Det viser seg at forsterkerintervensjonene har vært sterke og konsekvent effektive. Imidlertid gir denne fremgangsmåten dessverre ikke effekt for alle deltakere/personer. Denne metoden må derfor ta hensyn til og anvendes forskjellig i forhold til ulike populasjoner av personer og forskjellige typer av stoffmisbruk. Utstrakt og variert forskning har fremskaffet bevis for at stoffmisbruk kan betraktes og effektivt behandles som operant atferd gjennom anvendelse av operant betingning (Silverman, 2004).

Forebyggende helsearbeid og Helsefremmende arbeid

Mæland (2001) skriver at det forebyggende helsearbeidet dreier seg om mer enn å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Det handler også om å fremme folks helse og legge til rette for at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet. Under dette inngår: å legge til rette for best mulig helseutvikling, å styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold, å stimulere folks evner til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll og bidra til at folks livskvalitet blir best mulig. Det helsefremmende arbeidet dreier seg mer om at folk selv skal ha en aktiv medvirkning til egen helse. Disse to innfallsvinklene bør ikke sees som motstridende til hverandre, men heller som komplementære tilnærminger innen det forebyggende helsearbeidet med mer (Mæland, 2001). En lang rekke ulike metoder og tiltak inngår både i det forebyggende helsearbeidet og innenfor behandlingsmetoder/intervensjoner. Disse kan grovt deles inn i psykososiale og medikamentelle behandlingsmetoder (Fekjær, 2008).

I Banduras sosialkognitive læringsteori legges det vekt på de kognitive aspektene som er knyttet til våre valg. Bandura viser til begrepet mestring tro/forventning (self-efficacy). Begrepet omfatter personers mestringstro på egen kapasitet til å skape/gjennomføre noe (Bandura, 1994). Self-efficacy-beliefs er en form for selvinstruksjoner og betyr det du sier til deg selv og dette fungerer som foranledninger for atferd. Selvinstruksjoner regnes for å være atferd i seg selv og de er under kontroll av betingelser i omgivelsene. I Banduras teori påvirkes egen mestringstro av fire vesentlige kilder til påvirkning. Disse kildene er egen mestringserfaring, modell-læring hvor personen kan identifisere seg med hvordan andre takler utfordringer, verbal påvirkning og sosial overbevisning fra andre personer og sist, men ikke minst egne slutninger basert på kroppens fysiologiske og affektive signaler (Bandura, 1994). I forhold til rusmisbruk kan nok

selvinstruksjoner, både positive og negative, og de andre nevnte faktorene i Banduras teori bidra til å påvirke gjennomføringen av en eventuell behandling og dermed også resultatene.

Observasjonsdata kan være selvrapporing – spørreundersøkelse og resultater av praksis/atferd/grad av måloppnåelse (Bandura, 1994). Innhenting av data til artikkel 2 i denne oppgaven baserer seg på intervjuer gjennom spørreskjemaer.

Det kan være mange ulike årsaker til å undersøke personers befatning med illegale rusmidler. For å monitorere et rusmiddelbruk eller bekrefte rusfrihet er urin vanligvis det mest hensiktsmessige prøvemedium (Castberg & Sandvik, 2005). Ved bruk av behandlingsmetoden multisystemisk terapi (MST) og contingency management (CM), det vil si læringsbasert rusbehandling (LBR), er regelmessig urinprøvetaking ett av flere virkemidler som kan settes i verk i arbeid med rusmisbrukende ungdom (Holth, Thorsheim, Sheidow, Ogden, & Henggeler, i trykk).

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet et rundskriv (sak 02/10509, rundskriv IS-13/2002) for kvalitetsrutiner ved rusmiddeltesting av prøver i medisinsk sammenheng (behandling og diagnostikk) (Helsedirektoratet, 2010). Rundskrivet inneholder retningslinjer for alle involverte parter innen medisinsk diagnostikk og behandling. I tillegg klarlegges de kvalitetskrav som stilles til rusmiddeltesting for at virksomheten skal anses som forsvarlig, jf. Specialisthelsetjenesteloven § 2-3 og helsepersonelloven § 4. Dette rundskrivet gjelder kun som nevnt over og ikke til kontrollformål innen arbeidslivet, sosialsektoren, skolesektoren eller fengselsvesenet der analysesvaret kan danne grunnlag for iverksettelse av alvorlige sanksjoner. Til slike formål er det utarbeidet egne retningslinjer (rundskriv IS-14/2002). (Helsedirektoratet, 2010).

Fekjær skriver i sin bok at ”De fleste kommer ikke til behandling” (Fekjær, 2008). I boka vises det til undersøkelser gjort både i USA og Norge. Disse undersøkelsene viser at en betydelig andel rusmiddelbrukere oppgir som grunn at de ikke ønsker behandling. Men at de fleste ikke kommer til behandling betyr ikke at misbruket må fortsette livet ut. Boka viser til uttrykket ”Spontan helbredelse”. Dette vil si at misbrukere av enten alkohol eller stoff som har sluttet å ruse seg, så har flertallet av disse gjort dette uten hjelp. Disse personene legger imidlertid avgjørende vekt på at de selv hadde tatt en beslutning om det. Denne beslutningen er gjerne fremkalt av faktorer som ny partner, helseproblemer, skifte av livssyn, skifte av bosted eller miljø og/eller problemer med arbeid, økonomi eller politi. Mange viser til gode støttespillere som venner og familie for å ha lyktes med beslutningsgjennomføringen (Fekjær, 2008). I et atferdsanalytisk perspektiv kan ikke slike samvariasjoner mellom ulike faktorer umiddelbart identifisere hvilke variabler som førte til endring i avhengig variabel, det vil si et individs målatferd, her narkotikamisbruket. Imidlertid antyder disse ulike faktorene en endring i personenes nærmiljø som vedkommende har hatt en mer eller mindre innflytelse over.

SIRUS deler inn narkotikamisbruk i tre kategorier. Disse er som tidligere nevnt eksperimentbrukere, rekreasjonsbrukere og problembbrukere (SIRUS, 2010). Flore Singer Åslid uttaler i forbindelse med sin doktoravhandling i et intervju med nettstedet Forskning.no at det i samfunnet finnes både misbrukere og brukere av narkotika, akkurat som andre misbruker eller nyter alkohol. Hun kaller denne gruppen for ”lørdagsnarkomane” og de er den gruppen narkotikabrukere som fungerer godt i samfunnet og har et ikke-destruktivt brukermønster. Dette er i grove trekk veletablerte personer som fungerer bra på livets mange arenaer. I lovens forstand er de kriminelle og i samfunnets øyne er de narkomane (Monsen, 2005).

Det finnes ikke helt gode data om hva som særmerker de som søker behandling, men mest vanlig er gjerne at det er flere enn ett forhold som bidrar til dette (Fekjær, 2008).

Multisystemisk terapi (MST)

I 2004 overtok staten ansvaret for det fylkeskommunale barnevernet som tidligere hadde hatt ansvaret for opprettelsen av MST-team. Disse MST-teamene ble opprettet i 1999-2000 på bakgrunn av flere forhold om å styrke behandlingstilbudet for ungdom med alvorlige atferdsproblemer i Norge. Dette dreide seg blant annet om en underdekning av behandlingstilbud for barn og unge med atferdsproblemer og få plasseringsalternativer. Videre var det manglende effektivitet og kvalitet i eksisterende tiltak, og det var mangel på behandlingsfaglig kompetanse og opplæringstilbud (Christensen & Mauseth, 2007). MST er et frivillig spesialisttilbud innenfor Bufetat, for ungdom som bor hjemme og hvor kommunen fatter vedtak om hjelpetiltak etter lov om barneverntjenester. Informasjon og tilgjengelighet til denne tjenesten er god og kan finnes på www.bufetat.no eller www.atferdssenteret.no (bufetat, 2007).

Multisystemisk terapi (MST) er en familie- og nærmiljøbasert behandlingsmetode utviklet av Scott Henggeler og kolleger ved Medical University of South Carolina i USA. Metoden retter seg mot risikofaktorer i ungdommers sosiale nettverk. Det teoretiske grunnlaget for metoden er Bronfenbrenner's (1979) utviklingspsykologi og empiriske årsaksmodellstudier av antisosial atferd. I et MST-perspektiv sees hvert individ som flettet inn i et sammensatt nettverk av sammenvevde systemer. Disse omfatter faktorer som vedrører individet, familien og miljøet utenfor familien herunder jevnaldrende, skole og nabolag. Denne økologien av sammenvevde systemer er selve "klienten" i MST. Alvorlige atferdsproblemer opprettholdes nettopp av negativ samhandling i og mellom slike systemer. En mulig atferdsendring vil på

bakgrunn av dette være en konsekvens av endringer i ungdommens økologi (Christensen & Mauseth, 2007).

Slik det fremgår av informasjonssiden under bufetat sine nettsider er MST et frivillig behandlingstilbud for familier med ungdom mellom 12 og 18 år med atferdsvansker. Det kan dreie seg om ungdom som er voldelige eller aggressive, som har problemer på skolen, ruser seg, eller som har venner med uheldig innflytelse på dem (bufetat, 2007). En risikofaktor ved ungdommers stoffmisbruk er at også andre atferdsproblemer samtidig gjør seg gjeldende. Mer enn halvparten av ungdommer med stoffmisbrukproblemer har også andre atferdsproblemer (Kamon et al., 2005).

Målet med MST-behandlingen er at ungdommen skal fungere godt. I den forbindelse jobbes det med å styrke familiens omsorg for hverandre, å styrke foreldrenes oppdragspraksis, gjenopprette kontakt med positive venner og å øke ungdommenes deltakelse i positive fritidsaktiviteter. Videre å hindre kontakt med negative miljøer, fordi dette kan gi ”smitteeffekt”, bedre ungdommens prestasjoner i skolen eller i arbeidslivet, styrke kontakten mellom familien og omgivelsene så som det sosiale nettverket, skolen, fritidsaktiviteter og det offentlige tjenestetilbudet. I tillegg er det å bidra med å sette familien i stand til å løse fremtidige problemer viktig (bufetat, 2007). MST-filosofien er den at foreldre/omsorgspersoner er selve nøkkelen til å oppnå varige positive resultater (Cunningham et al.).

Behandlingen varer i fra 3 til 5 måneder og skreddersys for hver enkelt familie. MST-teamet er tilgjengelig 24 timer i døgnet hele uka i gjennom.

Det er utviklet en helt klar analytisk prosess i MST og denne viser nøkkelementene i behandlingsprosessen. Dette skal hjelpe de som jobber etter metoden med å følge den kritiske

refleksjonen som styrer behandlingsprosessen. Under denne inngår: henvist atferd som er ungdommens atferdsproblemer helt klart beskrevet med henhold til hyppighet, intensitet, varighet og hvilke systemer som er involvert. Slike presise beskrivelser danner utgangspunkt for å vurdere alvorlighetsgrad og framgang i behandlingen. MST er en behandlingsform som krever stor egeninnsats fra en familie og deres nærmeste støttespillere. Det er nødvendig å opprette en behandlingsallianse mellom alle deltakerne i et samarbeidsklima med felles forutsetninger, villighet til å delta i behandlingen og enighet om målet for behandlingen. Aktiv deltakelse fra foreldre og støttespillere er avgjørende. Endringer eller mangel på endring i ungdommens atferd påvises og måles ukentlig og behandlingsalliansen må reforhandles gjentatte ganger gjennom behandlingsprosessen. Dette er spesielt viktig der ungdommens problemer forverres, noe som nesten alltid skjer ved reguleringstiltak, eller også ved tilbakeskritt i behandlingen (Christensen & Mauseth, 2007).

Behandlingen er intensiv og omfatter alle familiens problemer, både praktiske og psykososiale. Ved oppstart kartlegges behov og sterke sider både hos ungdommen og familien. Deretter deres samhandling med utenforliggende systemer slik som venner, skole og annet nettverk. Kartleggingen har som hovedformål å identifisere de viktigste risiko- og beskyttelsesfaktorene for hver enkelt familie. Fokus er positive og sterke sider eller ressurser som viser seg og som brukes til å fremme endring. Eksempelvis kan sterke sider på familienivå være at foreldrene er villige til å samarbeide om problemene, at de er i jobb, at de har venner i nærmiljøet eller har kontakt med andre deler av familien sin.

Terapeuten skal ikke være en person som ordner opp for familien, men sikre at nødvendige tiltak blir koordinert og fulgt opp så detaljert slik at familien kan lære og utvikle

egne problemløsningsferdigheter som vil vare også etter at behandlingen er avsluttet (Christensen & Mauseth, 2007).

Læringsbasert rusbehandling (LBR)

Forebygging og behandling av rusrelaterte problemer er sentrale oppgaver i helse- og sosialtjenestene. Forskningsbasert kunnskap er derfor et viktig grunnlag for optimal forebygging og behandling. Gjennom de siste 10-15 årene har det vært en betydelig økning i omfanget av rusmiddelbruk i Norge og de helsemessige og sosiale konsekvensene av rusmiddelbruk er betydelige. Det brukes også betydelige ressurser til behandlings- og omsorgstjenester for rusmiddelbrukere. I utredningen Forskning på rusmiddelfeltet (NOU 2003:4) ble det avdekket en rekke områder som representerer kunnskapshull eller behov for ny kunnskap. Disse dreide seg om effekten av blant annet forebyggende tiltak, behandlingstiltak og skadereduksjon, forskning på rusmiddelbruk og skader. I tillegg nevnes kulturelle forholds betydning for rusmiddelbruk (Forskningsrådet, 2007).

Fekjær (2008) skriver at bedømmelsen av rus kan være en funksjon av fortolkning og ikke av symptomene i seg selv. Som eksempel i denne artikkelen vises det til forsøk gjort av to forskergrupper som undersøkte hva røykeritualet betydde for erfarne cannabisbrukere. Her ble cannabisekstrakt – THC tilført gjennom munnen. Cannabis som absorberes godt fra tarmene gjør at den kjemiske virkningen blir den samme som gjennom røyking. Når så forsøkspersonene inntok rusmiddelet uten det vanlige røykeritualet syntes de at virkningen bare var ubehagelig. En annen forskergruppe viste at når cannabisbrukere ble instruert om å holde seg upåvirket under røykingen, uteble selv typiske virkninger som pulsøkning og feilaktig bedømmelse av tid. Dette indikerer at rusopplevelsen baserer seg på fortolkninger og forventninger til stoffets virkning og at ulike brukergrupper kan få forskjellige reaksjoner av sitt cannabisbruk (Fekjær, 2008).

Det er en stor utfordring å jobbe med rus utenfor en institusjon, uttaler Terje Ogden i en artikkel i tidsskriftet *rus & avhengighet* (Øiern, 2004). I 2004 ble det i Atferdssenterets regi planlagt, og videre prøvet ut, under norske forhold, en ny metode ved navn Contingency Management (CM). Denne metoden kalles også læringsbasert rusbehandling (LBR). CM ble som tidligere nevnt utviklet i USA på 1990 tallet og går i praksis blant annet utpå at ungdommen får poeng for å møte opp på faste rådgivningssamtaler og å holde seg fri fra bruk av narkotika. Bevis for dette innhentes gjennom hyppige urintester. Avtalene om urintesting gjennomføres etter samtykke av ungdommen selv og av foresatte. Poengene kan etter hvert løses inn i ulike goder. Ogden uttaler videre at foreldre ikke nødvendigvis har kontroll over faktorer som tilgjengelighet og gruppepress.

Ved å integrere Contingency Management i Multisystemisk terapi er det derfor håp om at dette skal gi gode effekter. CM og MST har hver for seg vist seg å gi gode resultater, og denne integreringen gjør det mulig å behandle ungdommen i sitt eget miljø (Henggeler et al., 2006).

I nevnte artikkel uttaler professor Helge Waal ved Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo at prinsippet i CM, det vil si å gi en eller annen form for betaling for ønskelig atferd, også er tatt i bruk på en lang rekke områder både innenfor pedagogikk og psykiatri. Dette har stort sett gitt gunstige resultater. Et sentralt spørsmål her er om endringene vedvarer utover den perioden de belønnes og om dette vil medføre generalisering også til andre deler av livet enn kun det som er i søkelyset. En negativ mulighet er et resultat som blir krav eller forventning om slik betaling på andre områder også (Øiern, 2004). På det teoretiske planet kan forskningen om effekten av penger og verdikuponger utfordre ideen om at rusbruken skyldes mangel på kontroll, det vil si at en manglende atferdsendring hos pasienten

skyldes at vedkommende ikke kan eller klarer å endre seg. I tillegg kan dette gi konsekvenser for tenkningen om avhengighet som sykdom (Fekjær, 2008).

Contingency management (CM) henspeiler til atferdskontingenser, det vil si sammenhenger, mellom atferd, den situasjonen atferden forekommer i og konsekvenser som bidrar til å opprettholde atferden (Holth, 2008). En funksjonell analyse være et nyttig verktøy til dette formålet. Funksjonelle analyser er en omfattende term som innebærer en rekke teknikker for å identifisere de variabler som påvirker atferd. Formålet med analysene i anvendte sammenhenger er å utarbeide behandlingsopplegg som har bakgrunn i funksjonelle forhold som er påvist (Holden, 1997). I sin artikkel om læringsbasert rusbehandling gir Holth en oversiktlig innføring i hva læringsbasert rusbehandling dreier seg om. Læringsbasert rusbehandling (LBR) inneholder fire hovedkomponenter. Disse er 1: en konkret avgrenset og definert målatferd, 2: tilrettelegging av individuelle, positive konsekvenser av rusfrihet, 3: trening i å takle situasjoner som trigger rusmiddelbruk og 4: utarbeiding og bruk av en spesifikk atferdsavtale. Læringsbasert rusbehandling er en empirisk støttet behandlingsmetode som bygger på operante læringsprinsipper (Holth, 2008).

Behandlingsintervensjoner som er basert på forsterkningsprinsipper har som mål å øke tilgjengeligheten og redusere de restriksjonene på forsterkning som utløper fra gode alternativer fremfor stoffmisbrukbruk. I tillegg tar intervensjonene sikte på å øke restriksjonene for forsterkning utgått fra stoffmisbrukbruk og den livsstilen dette er en del av. I tillegg strebes det etter å demme opp/avhjelp den reduserte tidsmessige synskretsen som er et karakteristisk trekk ved stoffmisbruk (Higgins et al., 2003). Rusmidler og en del stoffer har kraftig forsterkende virkning på en persons atferd, men dette kan dessverre gi katastrofale konsekvenser.

Contingency management komponenter kan kombineres på ulike måter. Kamon et., (2005) beskriver en litt annen contingency management intervensjonsmodell, også her med fire hovedkomponenter. Disse er 1: positive konsekvenser formidlet gjennom verdikupongprogram hvor disse systematisk tjenes opp ved avgitte rusfrie urin og pustepøver. 2: et foreldre relatert CM program som skal motivere og vedlikeholde rusfri atferd og mestring av andre atferdsproblemer. Foreldrene får profesjonell opplæring i grunnleggende prinsipper og ferdigheter til å kunne redusere problematferd og øke prososial atferd hos ungdommen (family management, FM) fra "the Adolescent Transitions Program". Foreldrenes overholdelse av FM viser til gode behandlingsprognoser. 3: CM benyttes til å motivere foreldrenes deltagelse ved at de tjener inn sjanser til å vinne gevinster ved aktivt å ta del i hver enkelt behandlingskomponent. 4: ungdommene mottar individuell terapi for å fremme motivasjon og bidra til mestrings- trening for å oppnå varig rusfrihet. Totalt sett gir kombinasjonen av individuell terapi, verdikupongsystem, profesjonell opplæring (FM) og belønning for foreldrenes innsats og deltagelse i gjennomføringen et godt grunnlag for å lykkes. Denne kombinasjonen er designet for å øke ungdommenes motivasjon til å holde seg rusfri, bidra til foreldrenes ferdigheter i effektiv og god oppdragelse for å redusere narkotikamisbruk og annen problematferd. Til slutt er målet å utvikle ungdommens ferdigheter og tilrettelegge for en rusfri livsstil (Kamon et al., 2005).

Contingency management (CM) og multisystemisk behandling (MST) har flere viktige likeheter, men CM har tre komponenter som vanligvis ikke har vært brukt i MST. Disse tre komponentene er: et poeng- og nivåsystem, en detaljert funksjonsanalyse av rusbruken og den spesifikke utviklingen av egenmestring og ferdigheter til å kunne si nei til rusmidler.

Poeng og nivåsystemet innebærer blant annet en skriftlig avtale som beskriver et system som omfatter tre nivåer for opptjening, tap og bruk av poeng. Belønningsmenyen hvor disse

poengene skal brukes er på forhånd definert og satt opp i et samarbeid mellom ungdommen, omsorgspersonene og MST-terapeuten. Innholdet i denne belønningsmenyen spesifiserer prososiale aktiviteter og andre ting som ungdommen ønsker å tjene. For å tjene/få disse godene må ungdommen kunne vise til rene tester/urinprøver (Cunningham et al.). Selve kjernen i CM / læringsbasert rusbehandling (LBR) er nettopp det at det skal være mer ”lønnsomt” å ikke ruse seg enn å gjøre det (Holth 2010).

I studien som artikkel 2 av denne masteroppgaven bygger på var det MST-terapeutens oppgave å introdusere, beskrive, inngå avtale, påse og opprettholde at behandlingen går sin gang. Dette gjennomføres ved møter både individuelt med ungdommen, individuelt med omsorgspersonene og felles møter med både ungdom og omsorgspersoner. Defineringen av de utvalgte godene er et viktig virkemiddel i denne behandlingen. Disse utvalgte godene må være såpass virksomme konsekvenser for rusfri atferd slik at de kan konkurrere med og utkonkurrere mulige rusmidler og rusopplevelser som fungerer som forsterkning på og opprettholder rusmisbruk. Det at utvalgte goder blir holdt tilbake ved urene stofftester gir en naturlig og logisk konsekvens på avtalebrudd for en ungdom. Behandlingen er positivt rettet fordi selv om ungdommen viser en uren stoffprøve er det alltid en ny mulighet til å endre på dette ved vise nye rene tester og derved opparbeide og tjene inn igjen de utvalgte godene. Det at ungdommen faktisk forstår at han/hun må gjøre en innsats, det vil si å yte noe ved å holde seg unna rusmidler, dreier seg om selve læringen/innlæringen i denne behandlingen. Når så dette foregår over tid (3-5 måneder) gir dette en god læringskurve og læringseffekt (Cunningham et al.). Om dette gir en varig effekt og dermed generalisering over til annen atferd er som tidligere skrevet et sentralt spørsmål. Men det er ikke utenkelig at en periodes betalt rusfrihet kan føre til etablering av nye

alternative positive konsekvenser/forsterkere som bidrar til varig atferdsendring hos ungdommen.

Arbeidslivet er en viktig del av et individs dagligliv. Arbeidslivet er et system som er bygget opp på en slik måte at arbeidstakere må utføre arbeidsoppgaver, følge regler og ivareta sine plikter og rettigheter. En av rettighetene er å heve sin lønn for utført arbeid. Er det trolig at læringsbasert rusbehandling kunne gi en generaliseringseffekt over til arbeidslivets krav?

Sett fra et pedagogisk standpunkt er det godt dokumentert at for eksempel elevenes ytelser tydelig påvirkes av arbeidsvanene de legger seg til på tidlige skoletrinn. Læring skjer i alle livets situasjoner og særlig når individet selv ser behovet for å utvikle kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Utdanningsdirektoratet, 2005).

Et kjent problem i for eksempel skolen er at barn og ungdom ikke alltid ser de umiddelbare resultatene av sitt arbeid og at dette kan føre blant annet til mindre innsatsvilje. I CM systemet /læringsbasert rusbehandling ser og opplever ungdommen konsekvensene/resultatene ganske raskt gjennom rene eller urene stofftester. Dette burde også fra et pedagogisk standpunkt gi en god læringseffekt.

Kritikk av contingency management prosedyrer har vært uttalt, og dette kan til dels ha hindret utbredelsen av dem. Kritikken går i hovedsak ut på at CM blant annet er kostbart å administrere og gjennomføre. Petry & Simcic (2002) beskriver studier som viser at lavere verdi av poeng/sjekk summer kan endre visse typer atferdsmønstre. Videre nevnes det at intermitterende forsterkningskjemaer også kan gi atferdsendringseffekter. Intermitterende forsterkning som systematiseres eksempelvis som lotterigevinster vil kunne redusere gjennomsnittlige kostnader pr. klient ved gjennomføringen av CM prosedyrer. Det er vanskelig å lage et regnestykke omkring bruken av CM prosedyrer, men å tenke seg at en dramatisk

reduksjon av narkotikabruk gjennom iverksettelse av CM kan kunne veie opp/balansere med reduserte antall innleggelses, medisinsk tilsyn, rettsvesenkostnader og svekket eller manglende produktivitet er vel ikke urimelig (Petry & Simcic, 2002).

Tiden er overmoden skriver Per Holth ved Høgskolen i Akershus i en kronikk i nettavisen Forskning.no (Holth 2010). Han etterlyser mer målrettet og styrt innsats for å iverksette og spre gode behandlingsformer. Selv om det i forskningsfeltet finnes ny og mye kunnskap om effektive tiltak – behandlingsformer som virker godt er det ingen tegn til at behandlingsfeltet henger med på denne fronten. Avstanden mellom forskning og praksis bare øker. Systemet som har i oppdrag å ivareta barn og ungdom fanger ikke tidsnok opp rusproblemer og tilbud om rusbehandling spesielt for de yngste gis for sent. Læringsbasert rusbehandling er en systematisk bruk av læringsprinsipper i tiltak som begrenser rusmiddelbruk.

Referanser

- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. New York: Academic Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- bufetat. (2007). Multisystemisk terapi (Publication. Retrieved 24.05.2010, from Barne-, ungdoms-og familiedirektoratet <http://www.bufetat.no/>
- Castberg, I., & Sandvik, P. (2005). Prøvetaking ved rusmiddeltesting i urin. *Tidsskrift for den norske legeforening*(Nr. 3-3 februar 2005).
- Christensen, B., & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 44, 1095-1106.
- Cooper, J. E., Heron, T., E , & Heward, W., L. (2007). *Applied BehaviorAnalysis* (Second ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Cunningham, P. B., Donohue, B., Randall, J., Swenson, C. C., Rowland, M. D., Henggeler, S. W., et al. Integrering av "Contingency Management" - CM - i multisystemisk terapi. Oslo Atferdssenteret.
- Fekjær, H. O. (2008). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (4 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2008). Rusmiddelstatistikk. Folkehelseinstituttet. Funn i blodprøver hos bilførere med mistanke om påvirkning [Electronic Version]. Retrieved 22.04.2010, from <http://www.fhi.no/>
- Folkehelseinstituttet. (2010a). Cannabis, hasjissj, marihuana - faktaark [Electronic Version]. Retrieved 22.04.2010, from <http://www.fhi.no/>

- Folkehelseinstituttet. (2010b). Rusmiddelstatistikken for 2008: Alkohol er fortsatt i særstilling [Electronic Version]. Retrieved 22.04.2010, from <http://www.fhi.no/>
- Forskningsrådet. (2007). *Program for rusmiddelforskning 2007-2011. Programnotat*. Oslo: Norges forskningsråd. (N. forskningsråd o. Document Number)
- Gustavsen, I. (2008). Om rusmiddelstatistikken (metadata). Avdeling for svar og fortolkning. Divisjon for Rettstoksikologi og Rusmiddelforskning [Electronic Version]. Retrieved 22.04.2010, from <http://www.fhi.no/>
- Helsedirektoratet. (2010). Kvalitetsrutiner ved rusmiddeltesting av prøver i medisinsk sammenheng (behandling og diagnostikk) [Electronic Version]. Retrieved 04.03.2010, from <http://www.helsedirektoratet.no/>
- Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B., & Chapman, J. E. (2006). Juvenile Drug Court: Enhancing Outcomes by Integrating Evidence-Based Treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(No 1), 42-54.
- Higgins, S., T, Heil, S. H., & Lussier, S. H. (2003). Clinical Implications of Reinforcement as a Determinant of Substance Use Disorders. *Annu. Rev. Psychol. 2004. 55:431-61*.
- Holden, B. (1997). Funksjonelle analyser av utfordrende atferd: En begrepsavklaring og litteraturgjennomgang. *Diskriminanten 4.97*.
- Holth, P. (2008). Læringsbasert rusbehandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening 45, 10*, 1276-1284.
- Holth, P. Thorsheim, T., Sheidow, A. J., Ogden, T., & Henggeler, S. W. (i trykk). Intensive Quality Assurance of Therapist Adherence to Behavioral Interventions for Adolescent Substance Use Problems.

- Holth, P. (2010). Rusbehandling til moralsk forargelse [Electronic Version]. Retrieved 15.04.2010, from <http://forskning.no/>
- Kamon, J., Budney, A., & Stanger, C. (2005). A Contingency Management Intervention for Adolescent Marijuana Abuse and Conduct Problems. *J. AM. ACAD, CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*(44:6).
- Kriminalomsorgen. (2010). Rusarbeid i kriminalomsorgen [Electronic Version]. *Kriminalomsorgens sentrale forvaltning*. Retrieved 09.06.2010, from <http://www.kriminalomsorgen.no/>
- Lund, C. (2010). Få ledd fra innførsel til salg av cannabis (Publication. Retrieved 29.08.2010: <http://forskning.no/>
- Monsen, T. H. (2005). Lørdagsnarkomane (Publication. Retrieved 29.08.2010: <http://forskning.no/>
- Mæland, J. G. (2001). *Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Noreik, K. (2000). Kriminalitet In K. Noreik & G. Stang (Eds.), *Lærebok i sosialmedisin* (4 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Petry, N. M., & Simcic, F. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23, 81-86
- Regjeringen. (2008). *St.prp.nr.1 (2007-2008)*. Retrieved 09.06.2010. from <http://www.regjeringen.no/>.
- Regjeringen. (2009). *Prop.1 S (2009-2010)*. Retrieved 09.06.2010. from <http://www.regjeringen.no/>.

- Silverman, K. (2004). Exploring the Limits and Utility of Operant Conditioning in the Treatment of Drug Addiction *The Behavior Analyst* (27), 209-230.
- SIRUS. (2010). Fakta om rusmidler [Electronic Version]. Retrieved 05.05.2010, from <http://sirus.no/>
- Stang, G. (2000). Rusmiddelproblemer. In N. K & S. S (Eds.), *Lærebok i sosialmedisin* (4 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk-sentralbyrå. (2010a). 1 Lovbrudd anmeldt, etter lovbruddsgruppe. 1999-2009. Absolutte tall og per 1 000 innbyggere (Publication. Retrieved 21.04.2010, from Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no/>
- Statistisk-sentralbyrå. (2010b). 27 Straffereaksjoner, etter type hovedlovbrudd. 1999-2008 (Publication. Retrieved 21.04.2010 from Statistisk sentralbyrå <http://www.ssb.no/>
- Svartdal, F., & Holth, P. (2006). Grunnleggende begreper: Operant betinging. In S. S. Eikeseth, F (red.) (Ed.), (3 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Utdanningsdirektoratet. (2005). Kunnskapsløftet. Den generelle delen av læreplanen (Publication. Retrieved 16.06.2010: <http://utdanningsdirektoratet.no/>
- Øiern, T. (2004). Belønning for rusfrihet. *rus & avhengighet - nr 4*.

MALKS 5000: Masteroppgave

Master i læring i komplekse systemer

1 februar 2011

Artikkel 2

Rusmiddelbruk og livssituasjon for ungdommer med rusproblematikk

Linda My Persson og Liv Oddrun Logn

Avdeling for atferdsvitenskap



Sammendrag

Denne artikkelen omhandler nåværende livssituasjon og rusbruk hos ungdommer som var deltagere i den tverrkulturelle studien til Holth, Torsheim, Sheidow, Ogden og Henggeler i 2005-2006. Ungdommene var på dette tidspunktet, etter lov om barneverntjenester, henvist til multisystemisk behandling og mottok tilbud om å delta i studien som omfattet læringsbasert rusbehandling integrert i multisystemisk terapi.

I 2010 ble totalt 27 familier kontaktet hvorav 27 foresatte og 14 ungdommer ble intervjuet. I tillegg ble det samlet inn intervjudata fra 18 MST-terapeuter. Dette materialet er sammenlignet med datamateriale fra studien i 2005-2006.

Hensikten med denne oppfølgingen var å undersøke eventuelle langtids effekter av den tidligere behandlingen.

Nøkkelord: Læringsbasert rusbehandling (LBR), multisystemisk terapi (MST), ungdom og rus.

”Læringsbasert rusbehandling er en empirisk støttet behandlingsmetode som bygger på operante læringsprinsipper” (Holth, 2008). Læringsbaserte behandlingsprosedyrer for rusmiddelavhengighet kalles også Contingency Management (CM). Denne betegnelsen har ingen direkte norsk oversettelse, men Contingency henspiller til atferdskontingenser som er sammenhenger mellom situasjoner hvor atferd forekommer, atferden i seg selv og konsekvenser som spiller inn for om atferden gjentas senere. Management viser til en målrettet og resultatorientert håndtering av slike sammenhenger (Holth, 2008). I denne artikkelen brukes konsekvent uttrykket Læringsbasert rusbehandling (LBR) i betydningen av Contingency Management (CM) etter denne innledningen. Om Multisystemisk terapi brukes forkortelsen MST. Cognitive-behavioral techniques (CBT) oversettes til kognitive atferdsmodifikasjonsteknikker.

”Rusfri” og ”rusfrihet” er uttrykk som brukes i gjennom hele artikkelen. Betydningen av disse uttrykkene her er fravær og avholdenhet fra narkotiske stoffer. Alkohol og tobakk defineres ikke inn under disse uttrykkene.

Studien fra 2005-2006 som denne masteroppgaven har hentet ideen og videre arbeidet ut ifra heter ”Intensive Quality Assurance of Therapist Adherence to Behavioral Interventions for Adolescent Substance Use Problems” eller ”Intensiv kvalitetssikring i arbeidet med ungdom henvist til multisystemisk behandling (MST)” (Holth, Torsheim, Sheidow, Ogden, & Henggeler, i trykk). Denne studien var en tverrkulturell replikasjon av en studie som undersøkte terapeutenes behandlingsintegritet i forhold til læringsbasert rusbehandling og kognitive atferdsmodifikasjonsteknikker som igjen kunne være et resultat av et intensivt kvalitetssikringssystem som var integrert i multisystemisk terapi. Bakgrunnen for dette var at

effektiv implementering av effektiv praksis i familie- og nærmiljøbaserte behandlingsmetoder var og er med tiden blitt en prioritert målsetning i behandling og forskning (Holth et al., i trykk).

Læringsbasert rusbehandling er en veldokumentert behandlingsmetode i forhold til forskjellige typer av stoffmisbruk (Silverman, 2004). Det eksisterer flere forskjellige strukturelle variasjoner i læringsbaserte rusbehandlingsmetoder (Petry & Simcic, 2002), men kjernen i dem alle dreier seg om å bevilge/administrere konkret forsterkning/belønning for atferd som er inkompatibel med stoffmisbruk (Holth et al., i trykk). Komponentene som ble benyttet i omtalte studie var hentet i fra arbeidet til Budney & Higgins (1998) med voksne rusmisbrukere og i fra Donohue & Azrin (2001) sitt arbeid med ungdom. De ytterligere kognitive atferdsmodifikasjonskomponentene besto av (1) en detaljert funksjonell analyse av rusrelatert atferd og (2) utvikling av selvmestrings-teknikker hos ungdommene som for eksempel å kunne unngå og kunne takle triggere og å kunne avstå fra rusbruk. For at terapeutene skulle kunne avgi konsekvenser kontingent på ønsket atferd til riktig tid, innhentet foreldre og terapeuter, urinprøver fra ungdommene to ganger pr. uke. Disse urinprøvene testet for THC, kokain, amfetamin, metamfetamin, opiater og benzodiazepiner (Holth et al., i trykk).

Poeng/belønningssystemet som inngår i læringsbasert rusbehandling hadde tre nivåer hvor hvert nivå var forbundet med ulike konsekvenser av atferd. Systemet var utformet som et eskalerende forsterkningsskjema hvor poeng kunne inntjenes ved avgitte negative/rene urinprøver. Disse poengene kunne veksles inn mot goder som var definert av foreldrene og ungdommene selv ved starten av behandlingen (Cunningham et al.). Disse godene kunne for eksempel være ulike aktiviteter som transport til aktiviteter, sosiale samlinger som venner på besøk, klær, CD, favorittmat og andre privilegier, med mer. Negative konsekvenser ved positive/urene urinprøver var et fall ned til et lavere nivå i belønningssystemet og å miste

privilegier som for eksempel å få husarrest. I henhold til MST prinsippene deltok de foresatte i den funksjonelle analysen, intervensjonsplanleggingen, og selvmestringsøvelsene for sine ungdommer. Hver terapeut disponerte 1500,00 norske kroner pr. ungdom for på en enkel måte å kunne bistå foreldrene og å gjennomføre behandlingen for hver enkelt ungdom (Holth et al., i trykk).

Fekjær (2008) viser til at det er de medikamentelle behandlingsformene det er lettest å standardisere og utføre forskning på. Idealet er den medisinske modellen for å kunne bedømme behandlingseffektivitet. Den medisinske modellen dreier seg om randomiserte kontrollerte studier. Imidlertid er det ikke lett å anvende denne modellen for psykososiale metoder i rusbehandling. Årsaker til dette kan blant annet være elementer av samtaler og annen psykososial påvirkning som tilpasses hver klient og som vanskelig lar seg standardisere. Det er vanskelig å få en ubehandlet kontrollgruppe, det vil si at klienter da skal unnlate å søke annen hjelp i observasjonstiden. Rusvaner påvirkes også av mange faktorer utenom selve behandlingen som det er vanskelig å ha kontroll over og rusbehandling kan gis over både kortere og lengre tid og gjentas om nødvendig, med mer (Fekjær, 2008).

Litteraturgjennomgangen til denne oppgaven gir et bilde av ulike studiers/intervensjoners varighet og disse viser stort sett til ukers og/eller noen måneders lengde med påfølgende oppsummering av resultater (Silverman, 2004). Studien til Holth et al (i trykk) "Intensiv kvalitetssikring i arbeidet med ungdom henvist til multisystemisk behandling (MST)" fra 2005-2006 som denne oppgaven bygger på hadde en behandlingstid av 4-5 måneders varighet for hver enkelt ungdom (Holth et al., i trykk).

Fekjær (2008) viser til et prosjekt, Project Match i USA, som er den dyreste og mest omfattende behandlingsstudien gjort til nå. Det deltok 1726 selekterte personer hvorav hver

tredjedel mottok ulik type behandling for om mulig se hvilke metoder som ga best effekt. Studien hadde ingen kontrollgruppe, men klienter fra alle behandlingsgrupper klarte seg gjennomgående betydelig bedre etter behandling enn på forhånd, uten at det helt med sikkerhet kunne fastslås årsakene til dette. I denne studien ble klientenes videre utvikling fulgt i vel ett år etter avsluttet behandling (Fekjær, 2008).

I Norges offentlige utredninger 2003: 4, Forskning på rusmiddelfeltet s. 95-97 omtales det en del områder det gjenstår mye forskning på. To av disse punktene omfatter behov for longitudinelle studier av rusmiddelkarrierer sett i lys av ulike hjelpe- og behandlingsinnsatser og det å tenke langsiktig. God effektforskning vil med nødvendighet ta tid, blant annet fordi man må undersøke om tiltaket har noen langtidseffekt (NOU, 2003). I det hele tatt viser det seg en mangel på langsiktige oppfølgingsdata fra deltakere innen rusforskningen.

Problemstillingene i denne masteroppgaven er: (1) Hvordan er nåværende livssituasjon og rusbruk i 2010 for en gruppe ungdommer med rusproblematikk som mottok MST/LBR behandling i 2005-2006? (2) Hvordan samsvarer ungdommenes resultater fra behandlingsstart og slutt i 2005-2006 med situasjonen i 2010?

Ungdommene det dreier seg om her er de samme ungdommene som i 2005-2006 ble henvist til MST behandling implementert med LBR og som deltok i den omtalte studien til (Holth et al., i trykk).

For å besvare problemstillingene ble det utarbeidet 21 intervju spørsmål som både ga bakgrunnsinformasjon om deltakernes nåværende livssituasjon og mer konkret informasjon i forhold til rusbruk i 2010. Intervju spørsmålene dreide seg blant annet om ungdommene fortsatt bodde hjemme, om de hadde samboer, hadde fått barn selv, gikk på skole, hadde jobb eller annen beskjeftigelse, om de ruset seg fremdeles og eventuelt hvor ofte, type rusmiddel, om de hadde

brukt stoff etter MST/LBR behandlingen i 2005-2006, om de hadde mottatt annen behandling/oppfølging etter MST/LBR, med mer. Intervjuspørsmålene hadde så å si helt likt innhold og utforming både til de foresatte og til ungdommene selv. I tillegg ble det utarbeidet 15 intervjuspørsmål til terapeutene hvorav de 9 siste spørsmålene var de samme spørsmålene som omhandlet terapeutenes overholdelse av MST-prinsippene, (Therapist Adherence Measure – Plus) (Atferdssenteret) som både foresatte, ungdommer og terapeuter besvarte månedlig under hele studien i 2005-2006.

Det er ikke helt enkelt å kunne besvare spørsmålene på disse problemstillingene uten data fra tilsvarende grupper som ikke mottok denne typen behandling. Man kan likevel sammenlikne status med henhold til urinprøveresultater og rapportert rusmiddelbruk ved avslutning av MST/LBR behandlingen og status nå, tilbakefallsprosent og andel som har gått fra rusbruk til å avholde seg fra rusbruk etter behandling. Kan status med hensyn til rusbruk ved behandlingsslutt predikere status 5 år etter? Det spekuleres over årsakssammenhenger i diskusjonsdelen.

Metode

Studien fra 2005-2006 består av datamateriale fra 41 familier inkludert foreldre og ungdommer og 33 MST terapeuter. I 2010 fikk vi av Atferdssenteret kontaktinformasjon til 32 familier. Datamaterialet i denne studien består av intervjuer av totalt 27 familier. De resterende 5 familiene oppnådde vi ikke kontakt med.

Dataene i nåværende undersøkelse er samlet inn ved telefonintervju. I tillegg sammenlignes dette nylig innhentede materialet med urinprøveresultater og andre data fra studien i 2005-2006.

Deltakere

Deltakerne i denne undersøkelsen er tidligere stoffmisbrukende ungdommer, foreldrene deres, og MST- terapeutene som deltok i studien 2005-2006.

Det er innhentet intervjudata fra 27 foreldre og 14 ungdommer henholdsvis 4 jenter og 10 gutter. Disse ungdommene var i alderen 18-23 år da vi intervjuet dem. Snittalderen var 20,1 år. De resterende ungdommene var uvillige til å svare på spørsmålene eller gikk ikke og komme i kontakt med grunnet at vi hadde feil telefonnummer til dem, at vi ikke fant dem på noen av nummeropplysningene, eller at de bare ikke tok telefonen da de ble ringt opp. Mange av deltakerne, både foresatte og ungdommer, har skiftet adresse og telefonnummer. Geografisk sett er disse familiene spredt over store deler av Norge. Flere av MST terapeutene som deltok i 2005-2006 har skiftet arbeidsplasser, har permisjon og/eller flyttet.

Ved behandlingens start i 2005-2006 var den yngste ungdommen 13 år, og den eldste 17 år. Her er det tatt med alder på ungdommene i alle de 27 familiene, uansett om kun de foresatte har svart på spørsmål. Snittalderen på ungdommene ved starten av MST/LBR- behandlingen var 15,3 år. Stoffet samtlige ungdommer den gang brukte var cannabis, samt at noen av dem i tillegg også brukte andre narkotiske stoffer. I tidsrommet mellom 2005 og 2010 er alle de den gang deltagende ungdommene blitt myndige. Vi intervjuet ungdommenes foreldre blant annet for å se etter samsvar mellom svarene til ungdommene og foreldrene. Vi intervjuet 27 foreldre, hvorav 23 mødre og 4 fedre. Svarprosent: 14 ungdommer av 32 har svart = 43,8 %. 27 foreldre av 32 har svart = 84,4 %.

Til sist intervjuet vi også terapeutene til deltakerne. Disse var alle i 2005-2006 MST-terapeuter eller MST-veiledere, og hver familie forholdt seg til en terapeut, i noen tilfeller to. Vi intervjuet tilsammen 18 terapeuter, hvorav 12 var kvinner og 6 var menn.

Det var åtte MST- team fra ulike deler av landet som deltok i den opprinnelige undersøkelsen til Holth og medarbeidere (i trykk). To av teamene er nå lagt ned, så terapeutene fra disse teamene er ikke blitt kontaktet. Totalt har vi vært i kontakt med terapeuter fra 6 MST team.

Opprinnelig godkjente 33 MST-terapeuter sin deltagelse til studien i 2005-2006. Av disse var det 12 terapeuter som ikke rekrutterte noen ungdommer. Studien fra den gang inneholder derfor data fra tilsammen 21 terapeuter. Terapeutene ble tilfeldig utvalgt til enten en gruppe som fikk og et to dagers grunnkurs i LBR og intensiv kvalitetssikring (intensive quality assurance, IQA-gruppa) eller til en gruppe som bare fikk grunnkurset i LBR (workshop only, WSO-gruppa). Det var henholdsvis 13 terapeuter i IQA-gruppa og 8 terapeuter i WSO-gruppa. Det ble brukt intensive kvalitetssikringsprotokoller for å opprettholde behandlingsintegriteten i IQA-gruppa.
Svarprosent: 18 terapeuter av 21 har svart = 85,7 %.

Før studien i 2005-2006 startet måtte terapeutene fylle ut et baselineintervju om demografisk informasjon og organisatoriske variabler. Terapeutene ble deretter evaluert hver måned med hensyn til deres behandlingsintegritet for hver familie de akkurat da hadde i studien. De to ulike gruppene med terapeuter skilte seg ikke betydelig fra hverandre verken demografisk eller når det gjaldt erfaringsvariabler (Holth et al., i trykk).

Gjennom både baselineperioden og oppfølgingsperioden som terapeutene gikk gjennom i 2005-2006, ble de av forskningsstaben oppfordret til å henvise alle ungdommer man mistenkte hadde et stoffmisbruk eller avhengighet til å delta i studien. Hvis familiene ga tillatelse til dette viderebefordret terapeuten kontaktinformasjonen til forskerne. Etter det innhentet en forskningsassistent samtykke fra foreldrene og ungdommene om å delta i studien, etter at de hadde lest informasjon om læringsbasert rusbehandling (LBR) / kognitive

atferdsmodifikasjonsteknikker og om forskningsprosjektet. Deretter gjennomførte assistenten et demografisk intervju og brukte et utvelgingsinstrument; stoffmisbruks-seksjonene av ”The Structured Clinical Interview for DSM-IV” (SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996). DSM (Diagnostics and Statistics Manual) er et amerikansk diagnosesystem. DSM-IV stiller opp sju kriterier, og det kreves at tre av kriteriene er oppfylt i løpet av de siste 12 månedene for at en diagnose skal kunne stilles (Fekjær, 2008). Dette utvelgingsinstrumentet ble administrert til ungdommen og den foresatte hver for seg. Hvis ungdommen var mellom 13 og 17 år, og dersom rapporten til ungdommen eller rapporten til den foresatte møtte kriteriene for cannabis- misbruk eller avhengighet, så tilfredsstilte familien kriteriene for fortsatt forskningsdeltakelse.

Apparatur

For å utføre oppfølgingsundersøkelsen ble det brukt mobiltelefoner tildelt av Atferdssenteret. Disse ble brukt til å intervju deltakerne.

I løpet av undersøkelsen har det blitt brukt en Packard Bell Genuine Intel (R) CPU T1400@1,73GHz prosessor, samt en Dell Latitude D620. De programmene som har blitt brukt er Microsoft Word, Microsoft Excel og Internet Explorer. I tillegg er en del av datamaterialet arbeidet videre med i statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) som har programmer for personlige datamaskiner (Halvorsen, 2002).

For å finne telefonnumrene til personene som skulle kontaktes ble nummeropplysningen 1881.no og Gulesider.no brukt. Dette er nummeropplysningstjenester der man kan finne personer ved å søke på navn, nummer og/ eller adresse.

Prosedyre

Prosjektet til Holth og medarbeidere i 2005-2006 var godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og deltakerne samtykket da i å kunne bli kontaktet igjen innen 1. september 2010.

Arbeidet begynte med en gjennomgang av tidligere opplysninger i arkivene ved Atferdssenteret i Oslo. Disse opplysningene omhandlet studien fra 2005-2006. Navn, bosted og telefonnumre til foresatte og ungdommer ble sjekket mot nummeropplysningen Gule sider og 1881. Tilsvarende ble gjort med MST terapeutene og i tillegg ble lister med nåværende registrerte MST terapeuter gjennomgått. Endringer i adresser og telefonnumre ble nøye notert. Alle personopplysninger ble registrert etter samme ID nummer som brukt i 2005-2006 og oppbevart forsvarlig i henhold til personvernloven.

På grunnlag av formålet og problemstillingene med nåværende studie og etter gjennomgangen av litteraturen og dataene fra studien i 2005-2006 falt det mest hensiktsmessig å intervju de foresatte først, deretter ungdommene og så MST terapeutene til slutt. Datainnsamlingsperioden begynte 29. april og ble avsluttet 15. august 2010.

Logg for telefonoppringninger ble utarbeidet og brukt gjennom hele datainnsamlingsperioden. Hvert intervjuobjekt ble registret i hver sin logg hvor oppringningstidspunkt, resultat av oppringning, gjentatte oppringninger med mer ble notert. Øvre grense for oppringning til en og samme person ble satt til 9 oppringninger på ulike tidspunkt mellom kl. 10.00 og kl. 21.00 over en 14 dagers-periode. Ble det ikke oppnådd kontakt i henhold til dette kriteriet ble objektet oppgitt.

I de fleste tilfellene ble MST terapeutene oppringt på jobb telefonnumre i alminnelig arbeidstid, det vil si mellom 09.00 og 16.00.

Intervjuobjekter som tok telefonen ble presentert for formålet med nåværende undersøkelse, tidligere studie i 2005-2006 som de deltok i, informasjon om deres samtykke i å kunne bli kontaktet frem til 1. september 2010. Videre ble det spurt om det passet å svare på spørsmål nå eller om de ville bli oppringt senere på et mer passende tidspunkt. I tillegg ble det opplyst om hvor lang tid dette intervjuet ville ta og at det var frivillig å svare på spørsmålene.

Telefonintervjuet

Intervjuskjemaet til de foresatte besto av 21 spørsmål med svaralternativene ja/nei. I tillegg var noen av spørsmålene formet med mer utfyllende svaralternativer eks. dag/uke/måned. Spørsmålene dreide seg i korte trekk om hvordan livssituasjonen for deres datter/ ønn forholdt seg nå i 2010 og om de unge anses for å være rusfri i dag. I tillegg var det spørsmål om hvorvidt datteren/sønnen hadde mottatt noen annen form for rusbehandling i tidsperioden 2005 – 2010. Andre relevante og aktuelle opplysninger som kom frem under intervjuet ble notert i margen. Hvert telefonintervju varte i fra 5 til 15 minutter.

Intervjuskjemaet til ungdommene besto av 22 spørsmål med svaralternativene ja/nei. I tillegg var noen av spørsmålene formet med mer utfyllende svaralternativer eks. dag/uke/måned. Spørsmålene dreide seg også her om livssituasjonen deres nå i 2010, om de hadde mottatt annen form for rusbehandling i tidsperioden 2005-2010 og om de betegnet seg som rusfri i dag. Andre relevante og aktuelle opplysninger som kom frem ble også her notert i margen. Hvert telefonintervju varte i fra 5 til 15 minutter.

Intervjuskjemaet til MST terapeutene besto av 14 spørsmål. De 5 første spørsmålene var rettet mot deltakelsen i studien ”Intensiv kvalitetssikring i arbeidet med ungdom henvist til multisystemisk behandling i 2005-2006” og om eventuelle erfaringer de hadde videreført til arbeidsplassen i senere tid. Det ble gitt 5 svaralternativer og disse var: stemmer ikke i det hele

tatt, stemmer litt, stemmer en del, stemmer nokså godt og stemmer veldig godt. De 9 siste spørsmålene var hentet ut i fra skjemaet: Terapeutenes overholdelse av MST – prinsippene, (Therapist Adherence Measure – Plus) og omfattet spørsmålene fra og med 27 til og med 35 i dette skjemaet. De siste 9 spørsmålene ble stilt på grunnlag for å kunne besvare en underproblemstilling i denne studien. Spørsmålene hadde samme 5 svaralternativer som nevnt ovenfor det vil si fra stemmer ikke i det hele tatt til stemmer veldig godt. Andre relevante og aktuelle opplysninger som kom frem under intervjuene ble notert i margin. Hvert intervju tok mellom 5 og 10 minutter.

Validitet – reliabilitet

Innenfor atferdsanalyse er det tatt i bruk en rekke forskjellige forskningsdesign for med stor grad å kunne utvise eksperimentell kontroll. Ved å utvise eksperimentell kontroll kan det dermed i en viss grad utelukkes utenforliggende variabler som kan være årsak til forandring i avhengig variabel. Gjennom gode forskningsdesign kan man studere funksjonelle relasjoner mellom miljømessige forandringer og endring i målresponser. Det dreier seg i stor grad om å kunne si noe om effekter og årsak–virkningsrelasjoner (Arntzen, 2005). Et randomisert eksperiment regnes for å være gullstandarden innenfor forskning på evidensbaserte tiltak.

Studien i denne artikkelen (2010) kan kategoriseres innunder deskriptiv/beskrivende forskningsmetode som er å betrakte som en korrelasjonsstudie og som kan gi et bilde på systematisk samvariasjon mellom variabler. Her er antatte årsaker og virkningsforhold identifisert, beskrevet og tildels målt, men uten andre strukturelle egenskaper som er vanlig i et eksperiment (Shadish, Cook, & Campbell, 2002). Korrelasjoner sier i utgangspunktet ikke noe om årsaksforhold eller retningen på årsaksforholdet, men i dette tilfellet hviler denne studien på

innhold og omstendigheter fra studien i 2005-2006 og kan derfor gi et bilde av varige effekter og resultater om blant annet rusfrihet for den ene gruppen deltakere (ungdommene) nå i 2010.

Designen i studien fra 2005-2006 inkluderte randomisering av deltakerne, det vil si MST-terapeutene, inn under to ulike betingelser. Betingelsene var: 1 - Intensive Quality Assurance og 2 - Workshop Only. Studien inneholdt også en 5 måneders baselineperiode og en 12 måneders oppfølgingsperiode.

Datainnsamlingsmaterialet den gang omfattet både måling ved rekruttering og månedlige målinger av terapeutenes overholdelse MST- prinsippene og av LBR implementeringen. Dette ble gjort i form av intervju med foresatte og ungdommer. I tillegg rapporterte hver terapeut om sin LBR/CBT implementering for hver familie de behandlet. Det er verdt å merke seg at terapeutene deltok i studien i en 16 måneders periode mens hver familie deltok i en ca 4 måneder lang behandlingsperiode. I tillegg ble det gjennomført og analysert månedlige urinprøver fra hver ungdom så lenge behandlingsperioden vedvarte.

Datainnsamlingsmetoden nå i 2010 er intervju av tidligere involverte deltakere, arkivgranskning av resultater fra 2005-06 og sammenligning mellom disse to tidsepokenes datamateriale. Innunder dette er det primært brukt kvalitative forskningsmetoder som intervju og arkivgranskning (narrative reviews). Sekundært hviler denne undersøkelsen her på både kvalitative, kvantitative metoder og forskningsdesign med randomisering, baseline periode, oppfølgingsperiode og derav resultater fra 2005-06. Sammenligningen nå i 2010 dreier seg om samsvar mellom foreldre og ungdommers intervjusvar i nåværende innhentet materiale og sammenligning mellom dette og resultater, deriblant urinprøverresultater, fra 2005-06.

Det skilles gjerne mellom kvalitative og kvantitative data. Intervju er en kvalitativ forskningsmetode som også kan kvantifiseres. Intervju kan supplere og gi gode, detaljerte og

nyanserte opplysninger i tillegg til andre typer data. Kvalitative metoder kan også noen ganger generere informasjon som er i uoverensstemmelse med kvantitative data. Dette kan i noen tilfeller avdekke feil ved den ene eller andre metoden (Shadish et al., 2002).

Arkivgranskning (narrative reviews) på tidligere innhentet materiale og sammenligninger mellom dem kan gjøres for å undersøke en mulig generalisering av intervensjonseffekter. Man kan ønske å gi et bilde av om for eksempel effekten av en behandlingsmetode kan generaliseres over i andre situasjoner. Det er imidlertid noen ulemper som følger med i dette henseende. Narrative reviews er ikke veldig presise i sin beskrivelse av en studies resultater. Dette kan dreie seg om signifikans, type I og type II feil. Det kan også være vanskelig å holde fra hverandre alle relasjoner mellom effekter og potensielle dempere som er av betydning. Videre er det vanskelig å si noe om størrelsen på forskjeller mellom ulike grupper/effekter. Allikevel kan det i en del tilfeller være nyttig å ta i bruk både kvalitative og kvantitative metoder og de kan utfylle hverandre i en undersøkelsesprosess (Shadish et al., 2002).

Resultater

Problemstillingene gjelder altså livssituasjon og omfang av rusmiddelbruk nå for ungdommer som mottok MST/LBR behandling for rusproblemer i 2005-2006 og hvordan ungdommenes resultater fra behandlingsstart og slutt i 2005-2006 samsvarer med situasjonen i 2010.

Som tidligere nevnt bygger vår studie på studien fra 2005-2006. Fra denne studien var det 32 aktuelle familier som danner grunnlag for datainnsamlingen i nåværende studie. Av disse er det innhentet data fra totalt 27 foresatte fra hver sin familie og 14 ungdommer fra hver sin familie. Svarprosenten for foresatte er 84,4 %. For ungdommer er den 43,8 %. Resultatene har vært gransket i forhold til samsvar mellom ungdommenes og deres foreldres svar på

intervjuspørsmålene. Til sammen er det 14 familier hvor både ungdom og foreldre har svart. Samsvarsprosenten er 87,4 %. Det vil si et avvik på 12,6 %. I denne beregningen er alle spørsmål som begge parter har svart på tatt med. Det vil si spørsmål om nåværende livssituasjon som for eksempel bosted, jobb og skolegang og også tidligere eller nåværende narkotika bruk. Antall spørsmål kan variere noe fra familie til familie fordi noen av de stilte spørsmålene er oppfølgingsspørsmål som avhenger av svar på foregående spørsmål.

Variasjonen i samsvar innen hver familie lå fra 70 %-100 % samsvar. Den gjennomsnittlige samsvarsprosenten ble 87,4 %. For å undersøke samsvaret i de spørsmålene som direkte angikk narkotikamisbruk er det i tillegg regnet ut samsvarsprosent på dem. Dette dreier seg om tre spørsmål som følger her:

”Spørsmål 11- anser du deg - din sønn/ datter som helt rusfri i dag?”, spørsmål 12-, ”Har du – din sønn/datter brukt stoff etter at MST behandlingen var avsluttet?”, og spørsmål 13-, ”Hvis ja, har du – hun/han brukt stoff siste året?”.

Av de 14 familiene som er beregningsgrunnlaget er det 9 familier med 100 % samsvar. Samsvarsprosenten varierte mellom 33-100 % samsvar innenfor hver enkelt familie. Den gjennomsnittlige samsvarsprosenten for alle familiene i de tre direkte rusrelaterte spørsmålene var 85 %.

Signifikansnivå viser hvor sannsynlig det er at et resultat skyldes tilfeldigheter. Et signifikansnivå på .05 betyr at det er 5 % sannsynlighet for at resultatet ikke er sant, og dermed 95 % sannsynlighet for at resultatet er sant. Et resultat i en undersøkelse kan godt være sant uten at det dermed er viktig (Halvorsen, 2002).

Resultatene har vært behandlet i statistikkprogrammet SPSS og følgende samsvarsresultater vises i tabell 1, 2 og 3. Totalt svarte 14 foreldre og ungdommer på dette

spørsmålet. SPSS viste at det var 99,9 % samsvar mellom svarene i 11 valide tilfeller fra foreldre og ungdommer i spørsmål 11. SPSS har utelatt usikkerhetskategorien i 3 av tilfellene. Det betyr at det er 0,1 % risiko for at de 11 svarene er feil (Measure of Agreement Kappa .001). Man kan da med stor sansynlighet slutte at de 11 valide svarene på spørsmål 11 er troverdige. For spørsmål 12 viste SPSS 100 % samsvar mellom svarene til foreldre og ungdommer i 13 valide tilfeller (Measure of Agreement Kappa .000). Det manglet data fra en part i ett tilfelle. For spørsmål 13 var det 9 valide tilfeller. Svar på dette spørsmålet var avhengig av utfall på spørsmål 12. Spørsmål 13 viste marginalt signifikansnivå på 94.2 % (Measure of Agreement Kappa .058). Spørsmål 11 og 12 viste statistisk signifikans i samsvar mellom foreldre og ungdommers svar. Dette stemmer også overens med tidligere utregnet samsvarsprosent (85 %) hvor også usikkerhetskategoriene er regnet inn i disse svarene.

.....Tabell 1, 2, 3.....

Med disse samsvarsresultatene i de direkte rusrelaterte spørsmålene kan dette gi grunn til å generalisere samsvarsresultatet over til de familiene hvor kun de foresatte har svart (med henhold til troverdighet). Derfor gjengis også resultater angående ungdommenes nåværende rusbruk der bare de foresatte har svart. Det vil si at følgende resultater baserer seg vesentlig på foreldrenes uttalelser, men er også sjekket ut med ungdommenes svar der dette foreligger. Forfatterne av artikkelen har vært nødt til å utvise skjønn i noen tilfeller med henhold til fremstillingen av datamaterialet på grunn av ulike svar fra foreldre-ungdommer og svar fra foreldre som har krysset av på usikkerkategoriene.

Vårt intervju besto som nevnt av 22 spørsmål til ungdommene og 21 spørsmål til foresatte. Ungdommene er mellom 18 og 23 år nå i 2010. De fleste av dem har flyttet hjemmefra, noen har stiftet egen familie og fått barn.

Av 27 ungdommer er det 9 som fortsatt ruser seg. Det vil si at 66,6 % er/anser seg for å være rusfri i dag og 33,3 % er fortsatt rusbrukere i en eller annen form.

Av disse er det 5 personer som ruser seg daglig og 4 personer ruser seg månedlig. Det mest brukte rusmiddelet er cannabis blant disse ungdommene, men noen av dem oppgir også å bruke andre narkotiske stoffer i tillegg.

To av spørsmålene dreide seg om hvorvidt ungdommen var i lønnet arbeid eller annen heltid/deltids beskjeftigelse. Dette innebærer skole, militæret, læretider og annet.

Fem ungdommer som med sikkerhet kan sies å ha lønnet arbeid, heltid eller deltid.

To usikre på grunn av manglende samsvar mellom foresatt og ungdom.

En ungdom som både har jobb og går på skole.

Fem ungdommer går på en eller annen form for skole, heltid og deltid.

To ungdommer er i militærtjeneste.

Tre ungdommer føres opp under annen beskjeftigelse. Disse er jobb gjennom NAV, rusbehandlingsopphold og hjemme med eget barn.

Ni av 27 ungdommer har ingen form for beskjeftigelse som inngår i overnevnte kategorier. Av disse 9 ungdommene er det innhentet data på at 6 av dem fortsatt ruser seg mai-august 2010. To av dem ruser seg månedlig. Fire av dem ruser seg daglig. SPSS viste korrelasjon mellom variablene beskjeftigelse og rusfri nå i 2010. Korrelasjonen var statistisk signifikant (Pearson Chi-Square .024). Dette betyr at det er 97,6 % sjans for at samvariasjonen mellom beskjeftigelse/rusfri og ikke beskjeftigelse/ikke rusfri har en ikke tilfeldig sammenheng. Se tabell 4.

.....Tabell 4.....

De resterende 3 ungdommene av de 9 uten beskjeftigelse er rusfrie i dag. Dette betyr at 67 % av de som ikke har en beskjeftigelse fortsatt ruser seg.

Av de opprinnelige 27 ungdommer er det 18 med en eller annen form for beskjeftigelse. Av disse er det tre som fortsatt ruser seg. To ruser seg månedlig, og den ene ruser seg daglig. To av disse er i lønnet arbeid og en har jobb gjennom NAV. Dette betyr at 17 % med en eller annen form for beskjeftigelse fortsatt ruser seg.

Alder ved inntak i forskningsprosjekt og påbegynt behandling varierte mellom 13 og 17 år. Gjennomsnittlig alder ved inntak var 15,3 år.

De som er rusfrie i dag var mellom 13-17 år under behandlingen i 2005-2006. Gjennomsnittlig alder for disse ved behandlingsstart var 15,2 år.

De som fortsatt ruser seg i dag var mellom 14 og 17 år under behandlingen i 2005-2006. Gjennomsnittlig alder ved behandlingsstart for dem var 15,4 år.

Spørsmål 19, 20 og 21 i spørreskjemaet til foreldrene omhandlet om ungdommen hadde mottatt noen form for annen behandling/oppfølging etter at MST-LBR behandlingen var avsluttet. Svarene her viste at 13 ungdommer hadde mottatt ulike former for behandling/oppfølging primært eller sekundært relatert til rusmisbruk.

Oversikten i tabell 5 viser i grove trekk kategorier for type behandling/oppfølging for disse personene. Noen har mottatt flere typer. Av de 13 ungdommene som har mottatt annen behandling/oppfølging i etterkant er det 7 ungdommer som fremdeles ruser seg hvorav 1 person er i behandling juni 2010. Det vil dermed si at 6 ungdommer som har mottatt behandling/oppfølging i etterkant anses som rusfrie i dag. Se tabell 5.

..... Tabell 5.....

SPSS er benyttet for å undersøke korrelasjoner mellom foreldrenes svar fra 2005-2006 på TAM spørsmålene (terapeutenes overholdelse av MST prinsippene) og ungdommenes resultat om rusfrihet nå i 2010. TAM spørsmålene er et verktøy for å måle/fastsette terapeutenes behandlingsintegritet med henhold til 9 MST prinsipper (Schoenwald, Heibloom, Saldana, & Henggeler, 2008) og (Schoenwald, Chapman, Sheidow, & Carter, 2009).

Disse dataene ble innhentet hver måned fra de foresatte og ungdommene gjennom hele behandlingsperioden i 2005-2006. Ordlyden i spørsmål 35 er: "Hjalp terapeuten ungdommen med å finne måter å komme seg ut av situasjoner der det brukes stoff?" (Atferdssenteret). Spørsmål 35 viste statistisk signifikans i SPSS nå i 2010 (Likelihood Ratio .034). Det vil si en sannsynlighet på 96,6 % at det er en korrelasjon mellom høy score på terapeutenes overholdelse av MST-prinsippet i spørsmål 35 og ungdommens rusfrihet nå. Allikevel foreligger det data på at noen ungdommer fremdeles ruser seg, hvor foreldre har i 2005-2006 svart at terapeuten overholdt dette prinsippet. Se tabell 6 og 7.

..... Tabell 6 og 7.....

Følgende tabell 8 og figur 1 omhandler sammenligning i narkotikamisbruk mellom 2005-2010. Tabellen inneholder også antall urinprøver og påviste narkotiske stoffer.

I utgangspunktet ble alle disse ungdommene rekruttert inn i forskningsprosjektet på bakgrunn av at de misbrukte cannabis. I den første urinprøven ble det påvist 12 negative/rene urinprøver (46,2 %) - 14 positive/urene (53,8 %) prøver for hele gruppa ungdommer. Siste urinprøveresultat viste 17 negativ/rene urinprøver (65,4 %) – 9 positive/urene (34,6 %) prøver. Det mangler data på en av ungdommene. Dette er en differanse på 19,2 % i negative/rene prøver fra starten av behandlingen til avsluttet behandling for hele gruppa.

Gjennom hele behandlingsperioden testet 6 ungdommer positivt/urent på flere stoffer foruten/i tillegg til cannabis i 2005-2006. Av disse 6 som viste blandingsbruk er 4 ungdommer ikke rusfri (66 %) nå i 2010.

Ti ungdommer testet positivt/urent kun på cannabis igjennom en eller flere ganger gjennom hele behandlingsperioden i 2005-2006. Av disse er 3 ungdommer (30 %) ikke rusfri i 2010.

Ti testet negativt/rent på alle former for narkotika igjennom hele perioden i 2005-2006. Det vil si at de ikke viste noen positive prøver. Av disse er 2 ungdommer (20 %) ikke rusfri nå i 2010.

..... Tabell 8.....

..... Figur 1.....

SPSS viste en svak korrelasjon i dataene mellom siste urinprøveresultat og rusfrihet nå i 2010, men den er ikke statistisk signifikant.

Det er innhentet en del data nå i 2010 fra MST terapeutene som deltok i studien fra 2005-2006. I denne artikkelen, som vesentlig omhandler ungdommenes livssituasjon og rusbruk nå sammenlignet med resultater fra 2005-2006, er det ikke arbeidet noe særlig videre med disse dataene blant annet på grunn av spissing av problemstillingen og av hensyn til plassmangel.

Imidlertid er det sett nærmere på resultatene om hvilken terapeut gruppe ungdommene ble behandlet av (WSO eller IQA) og om det kan være noen synlig sammenheng mellom gruppetilhørighet og nåværende resultater med henhold til rusfrihet i 2010. Det fremheves her at datatilfanget er svært begrenset og dreier seg om totalt 15 terapeuter hvorav 11 terapeuter i IQA gruppa og 4 terapeuter i WSO-gruppa. Disse terapeutene behandlet tilsammen 17 ungdommer hvorav 12 ungdommer var i IQA-gruppa og 5 ungdommer i WSO-gruppa. Det er ikke oppdaget

noen vesentlig sammenheng (korrelasjoner) mellom hvilken gruppe ungdommene tilhørte og rapportert rusfrihet i 2010, verken ved visuell inspeksjon eller i SPSS-programmet.

Diskusjon

I denne undersøkelsen har telefonintervju vært en hensiktsmessig datainnsamlingsmetode. Hvis det hadde vært mulig kunne denne metoden vært kombinert med urinprøvetaking av ungdommene, men dette hadde vært en for stor og omfattende oppgave å gjennomføre i praksis. Ungdommene bor spredt over hele landet, de er blitt myndige og svært få av dem er innunder noen som helst form for behandling på nåværende tidspunkt. Dessuten hadde dette vært svært kostnadskrevende. En delvis kompensasjon for dette er at også foreldrene er intervjuet slik at man kan sammenligne svarene fra begge parter. Dette er med på å øke troverdigheten i datamaterialet.

Det er regnet ut samsvarsresultater både i prosent og Measure of Agreement Kappa i SPSS mellom foreldre og ungdommer som er relativt høye. At samsvarsresultatene er såpass høye kan nok skyldes at deltakerne tidligere har deltatt i studien i 2005-2006 og er godt innforstått med viktigheten av å gi korrekte svar og at dette er av betydning for en studie og en forskningsprosess. De har også tidligere samtykket i å kunne bli kontaktet innen 1. september 2010. Riktignok svingte samsvarsprosenten mellom 33-100 % i de spørsmålene som gikk direkte på nåværende rusmisbruk. Allikevel var det 9 av 14 familier som hadde 100 % samsvar seg i mellom på disse spørsmålene slik at den gjennomsnittlige prosenten ble 85 %. Noe av differansen i samsvar kan muligens skyldes at personer glemmer detaljer, at det kan være misforståelser/feiltolkninger av spørsmålene, usikkerhet med henhold til å avgi riktig svar og at personer i ulik alder kan legge vekt på å gi ulik informasjon.

Som et eksempel på ulik tolkning av et spørsmål, og dermed manglende samsvar, kan nevnes i forbindelse med familie ID-nummer 4015 sine svar på spørsmål om ungdommen hadde fått barn. Mor svarte ”nei”. Ungdommen svarte ”ja”. I dette tilfellet dreide seg om at ungdommen hadde samboer med barn fra før. Han regnet seg for å være far. Hans mor derimot tolket nok spørsmålet annerledes.

I forhold til det valget som ble gjort om å generalisere dette resultatet og dermed gjengi data fra familier der kun foreldrene har svart er det viktig å få frem at alle disse familiene er helt fremmede og uavhengige av hverandre. Alle har svart uavhengig av hverandre både geografisk og på ulike tidspunkt. Et interessant funn som viste seg i denne prosessen var at de to forfatterne av denne artikkelen regnet ut samsvarsprosent hver for seg på sine i utgangspunktet tilfeldig valgte familier og fikk en total gjennomsnittlig samsvarsprosent hver for seg på henholdsvis hos den ene 86,8 % og den andre 88,5 %. På grunnlag av dette synes det berettiget å anta at dette resultatet er representativt for populasjonen av intervjuobjekter.

En del av spørsmålene ble stilt fordi vi ønsket å få et innblikk i deltakernes nåværende livssituasjon. Ikke alle spørsmål er like relevante i forhold til tidligere eller nåværende rusmisbruk. Allikevel gjengis noen generelle resultater i denne artikkelen fordi det kan gi et mer helhetlig bilde av disse personene. Det er viktig å fremheve at selv om disse ungdommene gjennom dette arbeidet blir sett på som en helhetlig gruppe er hvert enkelt resultat viktig for oss og for hver i sær for ungdommene selv. Dette er ungdommer som i 2005-2006 fremviste en slik atferd at de ble henvist til LBR og MST-behandling. Nå 5 år etter mener vi det er av samfunnsmessig interesse å vise frem de resultatene slik vi gjør i denne artikkelen.

Spørsmål 35 i TAM-spørsmålene var ”Hjalp terapeuten ungdommen med å finne måter å komme seg ut av situasjoner der det brukes stoff?”. Dette var et spørsmål gruppert under

kognitive atferdsmodifikasjonsteknikker. Herunder ligger et forbyggende tiltak for å sette ungdommene i stand til å kunne ta del og ansvar for sin videre mestring av mulige fristelser og om mulig redusere tilbakefallsrisiko. TAM-spørsmålene var delt inn i to grupper. Noen spørsmål omhandlet monitorering (LBR-komponenten) og var mer direkte og behandlende resultatorienterte spørsmål i form av positive og negative konsekvenser for atferd. De spørsmålene som gikk på selvmestring (CBT-komponenten) inneholdt et mer forebyggende helseperspektiv. Det ble vist høy signifikans i SPSS på spørsmål 35, terapeutens overholdelse av dette prinsippet korrelert med ungdommens rusfrihet nå. Dette kan skyldes samsvar mellom rusfrihet nå og foreldrenes høye score på om terapeutene hadde hjulpet ungdommen med dette i 2005-2006 og samsvar mellom rusmisbruk nå og lav score på terapeutenes innsats på samme prinsipp i 2005-2006. Har denne innsatsen eller mangel på den fra terapeutenes side vært et bidrag i hvilken vei det bar i ettertid for hver enkelt ungdom? Er spørsmål 35: ”Hjalp terapeuten ungdommen med å finne måter å komme seg ut av situasjoner der det brukes stoff?” et veldig viktig element i behandlingen?

Det ble ikke oppdaget noen vesentlig sammenheng mellom nåværende rusfrihet/rusavhengighet for ungdommene på om de tilhørte WSO eller IQA-gruppa i 2005-2006. I vårt beskjedne datamateriale er det vanskelig å dra noen sammenligninger/konklusjoner til resultatene fra Holth et al, i trykk.

Som det går frem av dataene viser det seg at 9 av 27 ungdommer ikke har en eller annen form for beskjeftigelse. Seks av disse 9 er blant dem som ruser seg fortsatt. Igjen er det 4 av disse 6 som ruser seg daglig. De resterende 2 ruser seg månedlig. Det er en høy prosentandel som ikke har en beskjeftigelse og som fortsatt ruser seg. I denne forbindelsen viser (Higgins, Heil, & Lussier, 2003) til temporale utsettelse ved narkotikamisbruk. Det er lett å komme inn i

en ond sirkel hvor rusens umiddelbare forsterkereffekt blir det som styrer atferden hos en rusmisbruker. Derfor kan det å tenke langsiktig i forbindelse med jobb og skole by på problemer. Man velger heller den umiddelbare tilfredsstillelsen i øyeblikket fremfor langsiktige mål.

Intervensjoner basert på atferdsanalyse sørger for at individet mottar konsekvenser umiddelbart og i overensstemmelse med avgitt ønsket målatferd. Dette er et nødvendig virkemiddel for å lære nye ferdigheter. Allikevel kan dette by på noen problemer. Selv om konsekvensene formidles umiddelbart og er forutsigbare kan de forhindre generalisering av målatferden over til andre settinger. Dette kan blant annet gjøre seg gjeldende der hvor nylig ervervede ferdigheter ikke enda er i kontakt med naturlige eksisterende forsterkningskontingenser (Cooper, Heron, & Heward, 2007). Effekten av forsterkere svekkes også ved økende opphold mellom dem. Av prosedyremessige årsaker det kan være vanskelig å måle effekten ved disse oppholdene (Catania, 2007). I forhold til rusmiddelbruk kan et problem være at rusfri atferd hos en del av pasientene ikke forekommer tilstrekkelig til å komme i kontakt med nye forsterkningsbetingelser. Tiltak i så måte kan være eskalerende forsterkningskjemaer eksempelvis hvor utbyttet gradvis øker med antall etterfølgende rusfri tester. En annen mulighet er økt forsterkermengde hvor godets størrelse/verdi kan gi en effekt. Forming av rusfrihet er også en mulighet, det vil si først å forsterke atferd som ligner på atferd man ønsker å etablere, eksempelvis forsterke urinprøveresultater som viser en redusert mengde stoff i prøven. Kriteriet for forsterkning endres deretter gradvis ned til 0-terskelverdi (Holth, 2008). Ulike strukturer av LBR behandling bygger på disse prinsippene.

Til sammen var det 18 ungdommer med en eller annen form for beskjeftigelse. Av disse er det kun 3 som fortsatt ruser seg. Det er en betydelig mindre prosentandel (17 %) som fortsatt ruser seg, men som allikevel har en beskjeftigelse, sammenlignet med de som fortsatt ruser seg

og ikke har en beskjeftigelse (67 %). Data fra SPSS viser sterk korrelasjon mellom at de to variablene rus og ikke beskjeftigelse.

Et eksempel på sosiale problemer forbundet med narkotikamisbruk er at mange av disse personene det gjelder aldri har vært integrert i arbeidslivet eller har en ustabil tilknytning til arbeidslivet. Flere tjener lite eller mottar offentlig støtte. Dette fører til økonomiske problemer for mange (Storvoll et al., 2010).

Frafall i skolen er et problemområde. Imidlertid er det ikke alltid kun ungdom med problemer som velger å slutte skolegangen før de oppnår en kompetanse (Bratsberg, Raaum, Røed, & Gjefsen, 2010). I et skoleforløp er det både fraværsfaktorer og nærværsfaktorer som bidrar til elevenes gjennomføring av skolegangen. Rusproblemer regnes for å være en fraværsfaktor og kan være med på å presse ungdommen ut av skoleløpet. Tiltak i skolen som fremmer blant annet mestringsopplevelser, tilpasset undervisning, følelse av tilhørighet og vennskap er nærværsfaktorer som betyr mye for elever, og spesielt kanskje ekstra viktig for at elever med ulike problemer, skal gjennomføre utdanningen (Buland, Havn, Finbak, & Dahl, 2007).

Man har tillagt cannabisstoffene det såkalte amotivasjonssyndromet. Syndromet arter seg blant annet som likegyldighet, nedsatt konsentrasjonsevne og problemer med å ta seg til nye oppgaver. I denne sammenhengen kan det være vanskelig å skille mellom hva som skyldes stoffbruken og hva som skyldes miljøfaktorer (Helsedirektoratet, 2008).

Tradisjonelt sett har det rusforbyggende arbeidet i skolen dreiet seg om formidling av faktakunnskap. Denne strategien fører ikke alltid frem. Alternative strategier for å redusere rusmiddelbruk har blant annet vært å fokusere på alternative positive aktiviteter (erstatningsstimulus). De nevnte faktorene kan inngå som elementer i en mer samlet

forebyggende og helsefremmende strategi for å redusere rusmiddelbruk og frafall i skolen(Gravrok, Schancke, Andreassen, & Domben).

Det kan være vanskelig å tolke eller si noe klart om hvor stort problem ungdommene som deltok i undersøkelsen her har i forhold til sitt rusbruk nå, men man kan vel anta at de som ruser seg daglig kan inngå i kategorien problembrukere. De som ruser seg månedlig kan kanskje inngå i kategorien rekreasjonsbrukere (SIRUS, 2010). Det er mange faktorer som spiller inn på hvor store problemer hver enkelt person har i forhold til sitt rusbruk, men at miljø og omgangskrets er med på å påvirke en persons atferd er det ingen tvil om (Fugelsnes, 2010). Selve MST-filosofien går nettopp ut på å jobbe i ungdommens nettverk, øke kontakt med prososiale venner og aktiviteter og få de ulike systemene som ungdommen er en del av til å fungere mer samlet og å bygge nettverk. Har ungdommene et rusfritt nettverk rundt seg er nok sjansen større for at de fortsatt lykkes med sin rusfrie tilværelse (Christensen & Mauseth, 2007).

Som tidligere nevnt er det i dette datamaterialet 9 personer som fortsatt ruser seg hvorav fire månedlig og fem daglig. I Fugelsnes sin artikkel fra 2010 uttaler sosiologiprofessor Willy Pedersen at ”å bruke cannabis sier noe om hvem du er, samtidig som det gir sosiale fellesskap og tilhørighet”. Det uttales videre at cannabisbruken er overraskende slitesterk og er det eneste rusmiddelet som det finnes sterke forsvarere av (Fugelsnes, 2010). I vårt materiale viser det seg helt tydelig at 9 ungdommer ikke har avsluttet cannabisbruken helt. I tillegg bruker noen av dem også andre narkotiske stoffer. Det er sikkert mange årsaker til dette, men som Pedersen uttaler er det trolig at kulturen og miljøet rundt disse ungdommene har vært sterk, selv om de har mottatt behandling tidligere. Som resultatene også viser er det 19 foreldre og ungdommer som sier at ungdommene/de har ruset seg etter avsluttet MST-LBR behandling. Dette kom tydelig frem i flere intervjuer der foreldrene uttalte at ungdommene ble fulgt opp hjemme i etterkant.

Foreldrene uttalte også at deres ungdommer sluttet med rusbruk på ulike tidspunkt etter behandlingen. Flere ungdommer har også mottatt annen behandling/oppfølging etter MST-LBR i 2005-2006 som vist i resultatavsnittet. Dette viser at MST-LBR behandlingen fra den gang i noen tilfeller ikke var tilstrekkelig for å løse gjeldende ungdommers rusmisbruk. Imidlertid er 6 av 13 personer som mottok annen behandling/oppfølging i etterkant rusfri i dag. Det finnes dessverre ingen helt reliabel kur for narkotikaavhengighet og tilbakefall må kunne påregnes i en del tilfeller (McLellan, Lewis, & O`Brian, 2000).

I forbindelse med LBR-behandling viser Silverman (2004) til resultater fra en gjennomgang av 55 kontrollerte studier i tidsrommet 1991 – 2003. I 85 % av disse rapportene/studiene vises det til signifikante endringer i minst en av målatferdene ved bruk av LBR-intervensjoner (Silverman, 2004). I studien fra 2005-2006 (Holth et al., i trykk) inngikk LBR- behandling som en del av MST-behandlingen for gruppa med ungdommer. Det er dermed vanskelig å kunne si noe helt klart om hva som var det mest virkningsfulle tiltaket i behandlingen den gang. Derimot kan man si noe om at den samlede behandlingen ungdommene mottok ganske klart har bidratt til varige effekter og positive resultater for en stor andel av dem nå, 5 år etter.

Kompleksiteten i dette problemet er stort og omfattende. For flere ungdommer er det åpenbart ikke nok med kun en runde i behandlingsapparatet. Faktorer som kan spille inn på resultatene kan være eksempelvis ulik oppfølging fra systemene som ungdommen var en del av, individuelle forskjeller innom hver enkelt ungdom, annen atferds/sykdomsproblematikk med mer.

Datamaterialet viser ingen tegn til at alder ved behandlingsstart i 2005-2006 har hatt noen nevneverdig betydning for resultatene nå i 2010. Dette er kanskje litt overraskende fordi innenfor MST-behandling, som er en gjennomgripende intervensjon med stor oppfølging og

tilrettelegging og videre kombinert med LBR, kunne det kanskje gitt større effekt hos de yngre som man i utgangspunktet ville anta var mer lydhøre for foreldre og andre rollemodellens påvirkingskraft. På den andre siden viser det seg at LBR-poengsystemet alene også gir god effekt på eksempelvis voksne kokainmisbrukere (Higgins et al., 2003).

I NOU's utredning (2003) skrives det at den internasjonale kunnskapsoppsummeringen av psykososiale intervensjoner av alkohol- og stoffmisbrukere er basert på behandlingsstudier der behandlingsinnsatsen er gitt parallelt med medikamentell behandling og at det mangler kunnskapsgrunnlag om effekt av ulike psykososiale behandlingsinnsatser uten samtidig medikamentell behandling (NOU, 2003). Ifølge Fekjær (2008) viser ulike undersøkelser tydeligst effekt for medikamentelle behandlingsformer. Allikevel er det en del studier som viser effekter av ulike former for psykososial og kognitiv behandling, men uten en definitiv og klar tendens som peker ut en eller annen form som mer effektiv fremfor en annen (Fekjær, 2008). Mens det er forholdsvis enkelt å bedømme hvor godt effekten av et tiltak er dokumentert, er det vanskeligere å si noe om størrelsen på effekten (NOU, 2003).

LBR er en forholdsvis lite utbredt behandlingsmetode i det ordinære behandlingsapparatet i USA. Her i Norge er slik behandling så å si ikke-eksisterende. Det er derfor nødvendig med mer kunnskap om forhold som er av betydning for en effektiv implementering av forskningsbaserte behandlingsprogrammer og i tillegg å anvende den kunnskapen som allerede eksisterer (Holth, 2008). LBR er mindre kompleks enn for eksempel andre evidensbaserte programmer som MST, og kan med sine lett observerbare resultater i form av urinprøver og lett tilgjengelig prinsippåndbok være enklere og prøve ut i mindre skala (Holth, 2008).

I Stortingsproposisjon nr 1. (2007-2008) skrives det i punkt 8 om opptrappingsplan for rusfeltet. Opptrappingsplanen vil ha konsekvenser for tjenestetilbudet til barn og unge som står i fare for eller har utviklet rusproblemer. Familier med barn som ruser seg trenger umiddelbar hjelp og behandling som er effektiv. Tiltak og behandling som allerede eksisterer skal forbedres. Studien til Holth og medarbeidere (i trykk) er nevnt i proposisjonen (Regjeringen, 2008).

I 2005-2006 misbrukte alle ungdommene i denne undersøkelsen cannabis. Alt i alt er/anses 67 % av dem rusfrie nå, 5 år etter. Er så dette et godt resultat? Spørsmålet kan nok diskuteres frem og tilbake og denne undersøkelsen har heller ingen tilsvarende gruppe/studie som disse resultatene kan sammenlignes i mot. Allikevel må det vel kunne sies at fra å være ungdommer med alvorlig atferdsproblematikk henviset til LBR/MST-behandling, frem til at 67 % av dem anses som helt rusfrie i dag og fungerer tilsynelatende godt i samfunnet, kan antas å være ganske bra. Imidlertid gjør også kompleksiteten i hele rusproblematikken dette til et spørsmål som det er vanskelig å få et helt entydig svar på. Problemer som lav sosioøkonomisk status, psykiatriske diagnoser og mangel på solid familie og sosial støtte er blant de faktorer som best predikerer dårlig utbytte og tilbakefallsrisiko hos personer i behandlingstiltak (McLellan et al., 2000). Dessuten kan nok også forhold som modning og andre individuelle forskjeller hos hver enkelt ungdom ha hatt betydning for resultatene.

Som vist i resultatavsnittet er det for hele gruppa ungdommer en differanse på 19,2 % i negative/rene urinprøver fra begynnelse til avslutning av behandlingsperioden. Av dette leser man en nedgang i positive/urene urinprøveresultater og en oppgang i negative/rene resultater gjennom behandlingen.

Med forbehold i at dette er et begrenset datamateriale uten sammenligningsgruppe er det allikevel interessant å si noe om følgende resultater. Det viser seg at ungdommene som i 2005-

2006 hadde et blandingsmisbruk er den gruppa som nå har høyest andel rusbrukende ungdommer i 2010. Det er trolig at de ungdommene det gjelder var kommet lenger i sitt misbruk den gang og dermed muligens var mer resistente mot behandling enn de som kun påviste cannabis i urinprøveresultatene og de som testet negativt gjennom hele behandlingen. Kan dette antyde at de ungdommene som ikke var kommet så langt i misbruket var mer mottagelig for MST/LBR-behandlingen? I tillegg sier dette noe om hvor viktig det er å igangsette virksomme tiltak på et tidlig stadium i en ruskarriere for ungdommer (Holth 2010).

For de 9 (33 %) av 27 ungdommene som fremdeles ruser seg, så mangler de fleste av dem en eller annen form for beskjeftigelse. Noen av dem har hatt annen behandling i etterkant uten at dette har ført til rusfrihet. Det er trolig at disse personene ikke har erstattet sitt gamle nettverk mot andre og bedre alternativer og at det er mange ulike faktorer/variabler som spiller inn for et vellykket resultat.

Blant de 18 ungdommene (67 %) som er/anses som rusfrie i dag ser det ut til at livet går sin gang. Disse ungdommene lever et helt vanlig liv og mestrer jobb, skole og familieliv tilsynelatende godt.

Referanser

- Arntzen, E. (2005). *Eksperimentelle design med spesiell vekt på ulike typer av N=1 design*. Kjeller: Høgskolen i Akershus.
- Atferdssenteret. Terapeutenes overholdelse av MST-prinsippene (Therapist Adherence Measure - Plus). Oslo: Atferdssenteret
- Bratsberg, B., Raaum, O., Røed, K., & Gjefsen, H. M. (2010). Rapport 3/2010 Utdannings- og arbeidskarriere hos unge voksne: Hvor havner ungdom som slutter skolen i ung alder (Publication. Retrieved 22.01.2011, from Utdanningsdirektoratet: <http://www.udir.no/>)
- Budney, A. J., & Higgins, S., T. (1998). *A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction* Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Buland, T., Havn, V., Finbak, L., & Dahl, T. (2007). Intet menneske er en øy. Rapport fra evalueringen av tiltak i Satsing mot frafall (Publication. Retrieved 22.01.2010, from SINTEF Teknologi og samfunn. Gruppe for skole- og utdanningsforskning <http://www.sintef.no>)
- Catania, A. C. (2007). *Learning* (4 ed.). Cornwall-on-Hudson, NY 12520: Sloan Publishing.
- Christensen, B., & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 44, 1095-1106.
- Cooper, J. E., Heron, T., E , & Heward, W., L. (2007). *Applied BehaviorAnalysis* (Second ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Cunningham, P. B., Donohue, B., Randall, J., Swenson, C. C., Rowland, M. D., Henggeler, S. W., et al. Integrering av "Contingency Management" - CM - i multisystemisk terapi. Oslo Atferdssenteret.

- Donohue, B., & Azrin, N. H. (2001). Family behavior therapy. In E. F. Wagner & H. B. Waldron (Eds.), *Innovations in adolescent substance abuse* (pp. 205-228). New York: Pergamon Press.
- Fekjær, H. O. (2008). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (4 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fugelsnes, E. (2010). Kulturen farligere enn helseeffektene (Publication. Retrieved 23.11.2010, from SIRUS. Statens institutt for rusmiddelforskning: <http://sirus.no/>
- Gravrok, Ø., Schancke, V. A., Andreassen, M., & Domben, P. Kunnskapsplattform for forebyggende og helsefremmende arbeid i skolen - med særlig fokus på rusmidler og tobakk (Publication. Retrieved 22.01.2011, from Sosial- og helsedirektoratet, avdeling rus og avdeling tobakk: <http://www.udir.no/>
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo: J.W.Cappelens Forlag as.
- Helsedirektoratet. (2008). Cannabis (Publication. Retrieved 20.01.2011, from Helsedirektoratet: <http://www.helsedirektoratet.no>
- Higgins, S., T, Heil, S. H., & Lussier, S. H. (2003). Clinical Implications of Reinforcement as a Determinant of Substance Use Disorders. *Annu. Rev. Psychol.* 2004. 55:431-61.
- Holth. (2008). Læringsbasert rusbehandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 45, 10, 1276-1284.

- Holth, P. Torsheim, T., Sheidow, A. J., Ogden, T., & Henggeler, S. W. (i trykk). Intensive Quality Assurance of Therapist Adherence to Behavioral Interventions for Adolescent Substance Use Problems.
- Holth, P. (2010). Rusbehandling til moralsk forargelse [Electronic Version]. Retrieved 15.04.2010, from <http://forskning.no/>
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., & O'Brian, P. (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284 (13): 1689-1695.
- NOU, N. o. u. (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Retrieved 13.11.2010. from <http://www.dss.dep.no/>.
- Petry, N. M., & Simcic, F. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23, 81-86
- Regjeringen. (2008). *St.prp.nr.1 (2007-2008)*. Retrieved 09.06.2010. from <http://www.regjeringen.no/>.
- Schoenwald, S. K., Chapman, J. E., Sheidow, A. J., & Carter, R. E. (2009). Long-Therm Youth Criminal Outcomes in MST Transport: The Impact of Long Therapist Adherence and Organizational Climate and Structure (Publication., from NIH Public Access. Author Manuscript . J Clin Adolesc Psychol: Author manuscript; available in PMC 2010 August 30:
- Schoenwald, S. K., Heiblom, N., Saldana, L., & Henggeler, S. W. (2008). The International Implementation of Multisystemic Therapy. *Eval Health Prof* 31 (2), 211-225.

Shadish, R. W., Cook, D. T., & Campbell, T. D. (2002). *Experimental and quasi - experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Silverman, K. (2004). Exploring the Limits and Utility of Operant Conditioning in the Treatment of Drug Addiction *The Behavior Analyst* (27), 209-230.

SIRUS. (2010). Fakta om rusmidler [Electronic Version]. Retrieved 05.05.2010, from <http://sirus.no/>

Storvoll, E. E., Rossow, I., Moan, I. S., Norstrøm, T., Scheffels, J., & Lauritzen, G. (2010).

Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk [Electronic Version]. *SIRUS-Rapport nr. 3/2010*. Retrieved 21.01.2011, from <http://www.sirus.no/>

Tabell 1

Spørsmål 11: Anser du deg - din sønn/ datter som helt rusfri i dag?"

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx.Sig
Measure of Agreement Kappa	1,000	.000	3.317	.001
N of Valid Cases	11			

a = not assuming the 0 hypothesis

b = using the asyphotic standard error assuming 0 the hypothesis

Tabell 2

Spørsmål 12: Har du – din sønn/datter brukt stoff etter at MST behandlingen var avsluttet?"

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx.Sig
Measure of Agreement Kappa	1,000	.000	3.606	.000
N of Valid Cases	13			

a = not assuming the 0 hypothesis

b = using the asyphotic standard error assuming 0 the hypothesis

Tabell 3

Spørsmål 13: "Hvis ja, har du – hun/han brukt stoff siste året?"

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx.Sig
Measure of Agreement Kappa	.571	.241	1.897	.058
N of Valid Cases	9			

a = not assuming the 0 hypothesis

b = using the asyphotic standard error assuming 0 the hypothesis

Tabell 4

Count		Beskjeftigelse * rusfri nå_pNY Crosstabulation		
		Drugfree_pNY		Total
		No	Yes	
Beskjeftigelse	No	6	3	9
	Yes	4	14	18
Total		10	17	27

Chi- Square Tests						
	value	df	Assymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	
Pearson Chi-Square	5.082 ^a	1	.024			
Continuity Correction ^b	3.355	1	.067			
Likelihood Ratio	5.068	1	.024			
Fisher`s Exact Test				.039	.034	
Linear-by-Linear Association	4.894	1	.027			
N of Valid Cases	27					

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,33.

b. Computed only for a 2x2 table.

Tabell 5

Spørsmål 35: Hjalp terapeuten ungdommen med å finne måter å komme seg ut av situasjoner der det brukes stoff?"

Chi-Square tests			
	Value	df	Asymp. Sig (2- sided)
Pearsons Chi-Square	7.848 ^a	4	.097
Likelihood Ratio	10.407	4	.034
Linear by Linear Association	.706	1	.401
N of Valid Cases	24		

a betyr 9 cells (90.0 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

Tabell 6

Antall personer/fordeling i spørsmål 35: "Hjalp terapeuten ungdommen med å finne måter å komme seg ut av situasjoner der det brukes stoff?"

	Drugfree_p		Total
	No	Yes	
Tam 35_p Stemmer ikke i det hele tatt	3	4	7
Stemmer litt	0	4	4
Stemmer endel	0	1	1
Stemmer nokså godt	0	4	4
Stemmer veldig godt	5	3	8
Total	8	16	24

Tabell 7

13 ungdommer har mottatt forskjellige former for behandling/oppfølging i etterkant. Noen har mottatt flere typer behandling/oppfølging.

Kollektiv 1	Lege/psykolog 3	BUP/barnevern 4	Rusbehandling/rehab/psykiatri 6	Annet 1 (behandlet for ADHD)
----------------	--------------------	--------------------	------------------------------------	--

Tabell 8

ID-nummer familie	Antall urinprøver 2005-06	Antall positive urinprøver 2005-06	Resultat første leverte urinprøve 2005-06	Resultat siste leverte urinprøve 2005-06	Påviste narkotiske stoffer 2005-06	Stoff etter MST/LBR?	Status 2010?
4001	5	3	Positive	negativ	Can	FU: 0 UU: ja	FU: rusfri UU: rusfri
4002	3	0	Negativ	negativ	-	FU: nei UU: 0	FU: rusfri UU: 0
4006	3	3	Positiv	positiv	Can+amf+ benz	FU: ja UU: 0	FU: ikke rusfri UU: 0
4007	3	0	Negativ	negativ	-	FU: ja UU: ja	FU: rusfri UU: rusfri
4009	4	0	Negativ	negativ	-	FU: ja UU: ja	FU: rusfri UU: rusfri
4011	5	4	Positiv	positiv	Op+can	FU: ja UU: 0	FU: ikke rusfri UU: 0
4012	5	1	Negativ	positiv	Op	FU: ja UU: 0	FU: rusfri UU: 0
4013	1	0	Negativ	negativ	-	FU: ja UU: 0	FU: ikke rusfri UU: 0
4014	3	2	Positiv	negativ	Can	FU: ja UU: ja	FU: usikker UU: ikke rusfri
4015	3	1	Positiv	negativ	-	FU: nei UU: nei	FU: rusfri UU: rusfri
4016	4	2	Positiv	negativ	Can	FU: ja UU: ja	FU: usikker UU: ikke rusfri
4018	4	4	Positiv	positiv	Can	FU: ja UU: 0	FU: rusfri UU: 0
4021	5	3	Positiv	negativ	Can	FU: ja UU: ja	FU: rusfri UU: rusfri
4022	4	0	Negativ	negativ	-	FU: usikker UU: 0	FU: rusfri UU: 0
4031	5	1	Positiv	negativ	Can	FU: nei UU: nei	FU: rusfri UU: rusfri
4032	5	0	Negativ	negativ	-	FU: nei UU: nei	FU: rusfri UU: rusfri
4035	5	5	Positiv	positiv	Can+Benz + Op+Amf	FU: ja UU: ja	FU: ikke rusfri UU: ikke rusfri
4036	3	3	Positiv	positiv	Can	FU: ja UU: nei	FU: ikke rusfri UU: 0
4037	3	3	Positive	positiv	Can	FU: ja UU: ja	FU: usikker UU: rusfri
4038	4	1	Negativ	Negativ	Can	FU: nei UU: 0	FU: rusfri UU: 0
4039	5	0	Negativ	negativ	-	FU: ja UU: 0	FU: ikke rusfri UU: 0

4040	3	0	Negativ	negativ	-	FU: ja UU: ja	FU: rusfri UU: rusfri
4043	3	0	Negativ	negativ	-	FU: ja UU: 0	FU: rusfri UU: 0
4045	Mangler info	Mangler info	Mangler info	Mangler info	Mangler info	FU: ja UU: ja	FU: rusfri UU: rusfri
4051	3	2	Positive	negativ	Can+benz	FU: ja UU: 0	FU: ikke rusfri UU: 0
4053	4	2	Negativ	positiv	Can	FU: ja UU: ja	FU: ikke rusfri UU: ikke rusfri
4061	2	2	Positive	positiv	Can+benz	FU: nei UU: 0	FU: rusfri UU: 0
Totalt			14 positive 12 negative 1 mangler info	9 positiv 17 negative 1 mangler info			16 neg 8 pos 3 us

FU: foreldreuttalelse

UU: ungdomsuttalelse

0: mangler uttalelse

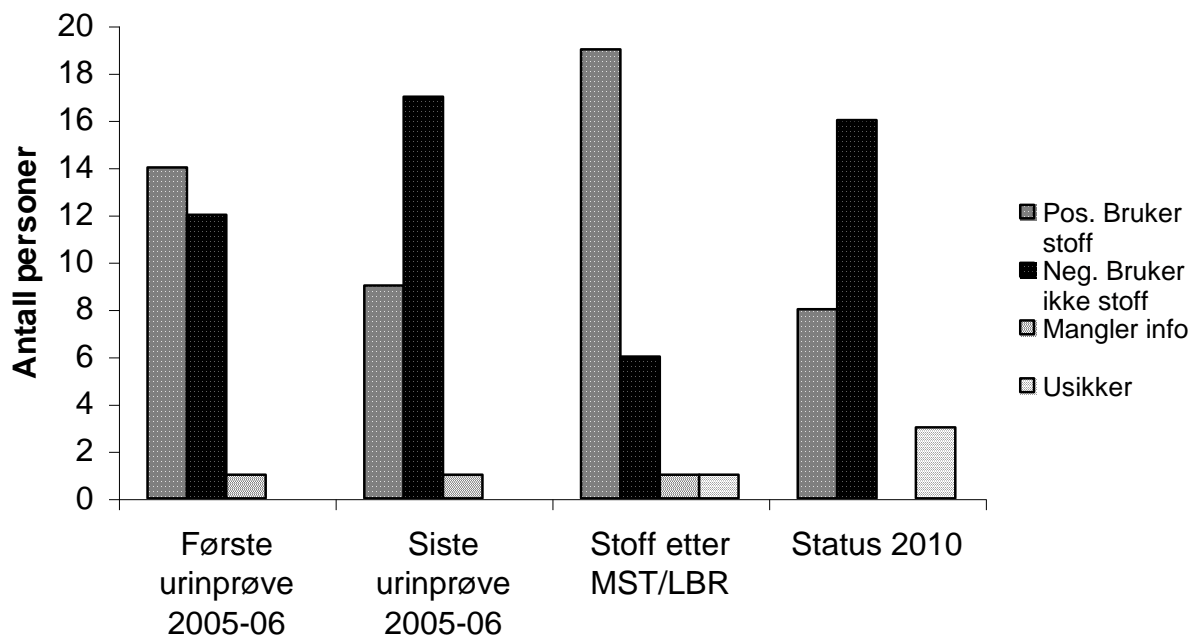
Us: usikker

Figurtekst

Figur 1 viser status av rusbruk ved første urinprøve i 2005-2006, siste urinprøve i 2005-2006, rusbruk i tidsrommet etter MST/LBR-behandling og nåværende rusbruk i 2010. Tabell 8 er rådata for figur 1.

1

Fig. 1. Status rusbruk 2005-2006 og 2010



2
3