

Odense- modellen

**Et bidrag til en
evidensbaseret praksis
ved behandling
af alkoholmisbrugere**

Udgiver:
Fyns Amt

Oktober 2001

Journalistisk arbejde:
Bent Nielsen
Anette Søgård Nielsen

Sats, repro og tryk:
Trykkeriet Fyns Amt

ISBN 87 7343 4817

Oplag:
1.500



Indholdsfortegnelse

Kapitel I. Sammenfatning

1.1.	Baggrund	5
1.2.	Problemstilling	5
1.3.	Formål.....	7
1.4.	Projektforløb	8
1.5.	Behandlingsstrategi	9
1.6.	Hovedresultater	12
1.7.	Konklusion.....	15

Kapitel II. Baggrund for projektet

2.1.	Behandling for alkohol- misbrug.....	17
2.2.	Forandringsprocessen	19
2.3.	Matchningshypotesen.....	21
2.4.	Formålet med projektet.....	22

Kapitel III. Projektets evaluerings- metoder

3.1.	Struktureret kortlægning ...	24
3.2.	Addiction Severity Index ...	28
3.3.	Psykiske symptomer	31
3.4.	Journal- og registerdata.....	32

Kapitel IV. Den ambulante alkohol- misbruger

4.1.	Deltagende alkohol- ambulatorier.....	33
4.2.	Materiale og metode.....	34
4.3.	Køn og alder	34
4.4.	Henvendelsesmønster	35
4.5.	Sociale forhold	35

4.6.	Alkoholmisbrug.....	37
4.7.	Psykiske forhold	39
4.8.	Behandlingsbehov	42
4.9.	Konklusion.....	42

Kapitel V. At øge patientens accept og medvirken til behand- ling (studie 1)

5.1.	Compliance hos alkohol- misbrugere	45
5.2.	Materiale og metode.....	46
5.3.	Resultater	51
5.4.	Konklusion.....	55

Kapitel VI. At give den rette behand- ling til den rette patient (studie 2)

6.1.	Patient-behandling- matchning.....	57
6.2.	Evidensbaseret behandling for alkoholmisbrug.....	58
6.3.	Kliniske retningslinier og kompetenceudvikling	61
6.4.	Materiale og metode.....	68
6.5.	Resultater	71
6.6.	Konklusion.....	74

Kapitel VII. Odensemodellen (studie 3)

7.1.	Odensemodellen og for- andringsprocessen.....	77
------	--	----

7.2.	Motivationskabende samtaler.....	79
7.3.	Materiale og metode.....	83
7.4.	Resultater	84
7.5.	Konklusion.....	87
 Kapitel VIII. Valg af behandling for alkoholmisbrug		
8.1.	Tidlig intervention og Odensemodellen	90
8.2.	Hvis det ideelle ikke er muligt	92
8.3.	Kvalitetsudvikling.....	94
 Kapitel IX. Afslutning.....		
		101
Litteratur		104
 Appendix I: Bilagstabeller og -figurer.....		
		109
Appendix II: Kortlægningskema		115
 Appendix III: Manual til Addiction Severity Index		
		153

Forord

Iherværende publikation præsenteres det mest omfattende alkoholbehandlingsprojekt, der er gennemført i Danmark. I projektet har deltaget over 700 patienter behandlet ved alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg. Da flere af patienterne er geninterviewet både et og to år efter henvendelsen til ambulatorierne, indeholder projektet over 1.100 personlige interviews af mere end to timers varighed. Et så omfattende projekt kan kun gennemføres ved en stor indsats fra mange samarbejdspartnere.

For det første har patienterne været meget velvillige til at indgå i projektet, og der har kun været få adspurgte patienter, som ikke har ønsket at deltage. Behandlerne og sekretærene i de deltagende alkoholambulatorier har ydet en stor indsats ved indsamlingen af data, når patienterne henvendte sig til ambulatorierne. De har endvidere være meget engageret i hele forskningsprocessen og deltaget i adskillige statusmøder.

Ved tilrettelæggelse af studie 2 har været nedsat en følgegruppe til projektledelsen bestående af overlæge Sigurd Benjaminsen, overlæge Per Rask,

overlæge, dr.med. Olaf Wraae samt overlæge Palle Petersen, alle fra Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital. De enkelte medlemmer af følgegruppen har bidraget med råd og vejledning til evalueringsmetoder og design. Endvidere har de deltaget i udfærdigelsen af de kliniske retningslinier.

En særlig indsats er ydet af overlæge, dr. med. Olaf Wraae, der som daværende overlæge ved alkoholambulatorierne tog initiativ til forskningsprojektet. Han har i hele projektperioden deltaget i udarbejdelse af artikler, og han har været en fremragende inspirator og sparringspartner igennem hele projektforløbet.

Sekretær gennem hele perioden har været Anette Albæk.

Vi har valgt at præsentere resultaterne af projektet i en form, der også kan læses af ikke videnskabeligt skolede. Den videnskabelige formidling og diskussion af resultaterne er publiceret i faglige tidsskrifter.

Projektets første del har modtaget støtte fra Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd og Sygekassernes

Helsefond, mens den mest omfattende del af projektet er gennemført med støtte fra Alkoholpolitisk Kontaktudvalg, Sundhedsstyrelsen.

Projektleder, overlæge, ph.d
Bent Nielsen
Psykiatrisk Afdeling
Odense Universitetshospital

Projektkoordinator, centerleder
Anette Søgaard Nielsen
Fyns Amts AlkoholBehandlingsCenter

Enheden for Klinisk Alkoholforskning
August 2001

Sammenfatning

1.1. Baggrund

Det har siden 1960, hvor lovgrundlaget for alkoholmisbrugsbehandling i Danmark blev fastlagt, været hensigten, at alkoholambulatorierne skulle være det primære offentlige behandlingstilbud til mennesker med alkoholproblemer. Hvilken behandling kan de offentlige alkoholambulatorier så præstere, og hvad er resultaterne af behandlingen? Det er nogle af de spørgsmål, som er belyst i de få danske undersøgelser af den ambulante alkoholmisbrugsbehandling.

I den seneste undersøgelse fra 1988 undersøgte Socialforskningsinstituttet 58 af landets 61 offentlige og private alkoholambulatorier. Undersøgelsen konkluderede, at der ikke fandtes et varieret og nuanceret behandlingstilbud ved de danske alkoholambulatorier, og at resultaterne af behandlingen var nedslående, idet 77% af patienterne afbrød behandlingen, og 2/3 fortsat drak umådeholdent et år efter påbegyndt behandling. Forsøgsvirkosomhed, hvor man evaluerer patienternes udbytte af behandlingen, forekom ikke ved de danske ambulatorier.

Indenfor de sidste 10 år er der ikke publiceret nye resultater fra alkoholambulatorierne i Danmark. Dette kan man undre sig over, eftersom den dan-

ske sundhedsdebat i stor udstrækning kræver, at de offentlige midler anvendes så effektivt som muligt. En god effektivitetsbedømmelse kræver nødvendigvis informationer om resultaterne af en given indsats. Et andet væsentligt element i den danske sundhedsdebat har været at sikre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. God behandlingskvalitet indebærer, at patienterne får adgang til den type af behandling, hvor positive resultater for mindst mulige ressourcer kan forventes. Ved valg af behandlingsindsats er det derfor nødvendigt, at man kender de behov, patienterne har ved henvendelse til behandlingssystemet. Det er ligeledes af central betydning, at man tilbyder et varieret udbud af behandlingsformer, der kan tilpasses den enkelte patients behandlingsbehov.

1.2. Problemstilling

Mange mennesker med alkoholproblemer behøver professionel hjælp til at reducere deres alkoholforbrug og de følgetilstande af psykisk og social karakter, der ofte opstår i forbindelse med et umådeholdent alkoholforbrug. Igennem årene er der beskrevet forskellige behandlingsmetoder, der har givet forhåbninger om, at man endelig havde fundet både den "bedste" og

den eneste behandlingsmetode, der kunne hjælpe alle alkoholmisbrugere ud af deres misbrug. Efterprøvelse af behandlingsmetoderne i videnskabelige undersøgelser har imidlertid vist, at der næppe findes nogen overordnet behandlingsmetode, der er effektiv over for alle alkoholmisbrugere.

Der findes imidlertid adskillige behandlingsalternativer, der har dokumenteret effekt over for forskellige undergrupper af alkoholmisbrugere.

Disse erfaringer tyder på, at man bør have en vifte af forskellige tilbud til rådighed, så man kan tilbyde en behandling, der passer så godt som muligt til hver enkelt patient. Den såkaldte matchningsstrategi tager hensyn til dette.

Patient-behandlingsmatchning kan beskrives som en metode til at udvælge behandlingen mellem de forskellige behandlingstilbud. Tankegangen bag strategien er, at alkoholmisbrugere med forskellige problemer og karakteristika samordnes (matches) med forskellige former for intervention med henblik på at nå optimal effekt. Anvendelsen af matchningsstrategien ved alkoholambulatorierne kan virke indlysende, eftersom den blot udtrykker, at det er bedre at tilbyde patienterne en behandling, der passer til dem, end en behandling, der er forkert tilpasset.

At give den rette behandling til den rette patient giver dog ingen mening, hvis patienten ikke er parat til at medvirke aktivt i behandlingen. Det nuværende behandlingssystem er imidlertid organiseret på en sådan måde, at man forventer, at patienter, der møder

til behandling, er parate til at deltage i den og aktivt gøre noget ved deres alkoholproblemer. Men det er langt fra tilfældet, idet mere end 75% af patienterne, der møder til ambulant alkoholmisbrugsbehandling, afbryder behandlingen, dvs. udviser manglende compliance.

Manglende compliance i forbindelse med en given behandling kan afspejle manglende motivation og skyldes ikke nødvendigvis, at patienterne er tilbudt en forkert behandling. Man har måske blot ikke været opmærksom på at ophøre med alkoholmisbrug, som enhver anden livsstilsændring, sker over flere stadier. Langt de fleste patienter har derfor behov for tiltag, der styrker motivationen til at ændre deres alkoholvaner.

Behandling af alkoholmisbrug bør derfor omhandle et kendskab til, hvilken proces patienterne gennemløber som led i forandring af deres alkoholvaner og livsstil i øvrigt. En sådan forandringsproces er beskrevet af psykologerne Proshaska og DiClemente. Forandringsprocessen består af fem relativt adskilte stadier. Nogle patienter er slet ikke parate til ændre adfærd eller se nogen problemer ved deres aktuelle adfærd, disse patienter befinder sig i "før-overvejelsesstadiet". Forskellige omstændigheder eller hændelser, fx. kommentarer fra kammerater, behandlere eller ægtefælle, kan imidlertid medføre, at patienterne i det mindste begynder at overveje, hvorvidt de har et alkoholproblem, og hvorvidt det bør ændres. Dette medfører ikke nødvendigvis, at patienterne straks beslutter sig for at ændre ad-

færd, men blot at de nu overvejer og føler sig ambivalente. I det "ambivalente" stadium har patienterne således på en gang overvejelser om at ændre adfærd og overvejelser om, hvilke omkostninger denne beslutning vil betyde for dem. Overvejelserne kan munde ud i, at patienterne går videre til "beslutningsstadiet", hvor der endelig træffes en beslutning om at skride til aktiv behandling og ændre adfærden. Først når patienterne er begyndt helt konkret at ændre adfærd, har de nået "handlingsstadiet", der normalt fortsætter i 3-6 måneder. Hvis "handlingsstadiet" er heldigt gennemført, vil patienterne befinde sig på stadiet for "vedligeholdelse" eller "vedvarende forandring". Ofte skal patienterne dog rundt i forandringsprocessen mange gange, før en adfærdsændring stadfæstes.

Set i et behandlerperspektiv er det vigtigt at have indsigt i den proces, som forandring af adfærd er. Modellen over forandringsprocessen kan groft opdeles i en motivationsfase, bestående af før-overvejelser-, ambivalens-, og beslutningsstadierne samt en aktiv behandlingsfase, bestående af handlings- og vedligeholdelsesfaserne. Hver fase kræver forskellige interventioner. Der kræves med andre ord en "timing" af interventionen til patienternes parathed til forandring, og en sådan timing kan formentlig øge sandsynligheden for, at patienterne kommer vellykket gennem forandringsprocessen.

Alt dette indebærer, at indsatsen overfor alkoholmisbrugere bør tilpasses eller matches på to niveauer. Først

skal man matche eller "time" interventionen i forhold til, hvor patienter befinder sig i forandringsprocessen, dvs. benytter strategier, der kan motivere patienterne til at deltage aktivt i behandlingen. Når først patienterne er nået handlingsstadiet, kan man udvælge behandlingsmetoder, der matcher til deres behov og ønsker.

1.3. Formål

Målgruppen for vort projekt er alkoholmisbrugere, der påbegynder en psykosocial behandling ved alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg. Patienter, der blot møder i ambulatorierne til en akut afrusning, indgår ikke i projektet. Hovedformålet med projektet er at udvikle en visitations- og behandlingsstrategi for ambulante alkoholmisbrugere, der skal bidrage til, at patienterne reducerer deres alkoholforbrug til et forbrug, der ikke er sundhedsskadeligt og som dermed bedrer deres psykiske og sociale funktion.

Udviklingen af visitations- og behandlingsstrategien er sket udfra kendskab til matchningsstrategien og forandringsprocessen.

Forskningsprocessen er sket over flere trin omhandlende tre separate studier. Resultaterne fra de tre studier er slutteligt integreret i en samlet visitations- og behandlingsmodel (Odensmodellen). Delmålene for de tre studier har været følgende:

Studie 1: Der beskrives og evalueres en matchningsmodel, der har til formål at øge patienternes accept og medvirken til behandling (compliance).

Studie 2: Der indføres en evidensbaseret praksis i alkoholambulatorierne, og herefter beskrives hvilken patient-behandlingsmatchning, der giver det bedste resultat ved forskellige evidensbaserede behandlingsmetoder.

Studie 3: Resultaterne fra studie 1 og 2 sammenfattes i en visitations- og behandlingsmodel (Odensemodellen). Der evalueres herefter.

På grundlag af de indsamlede data i studie 2 og 3 har det endvidere været muligt at beskrive et gennemsnitsbillede af den typiske patient, der henvender sig til alkoholambulatorierne.

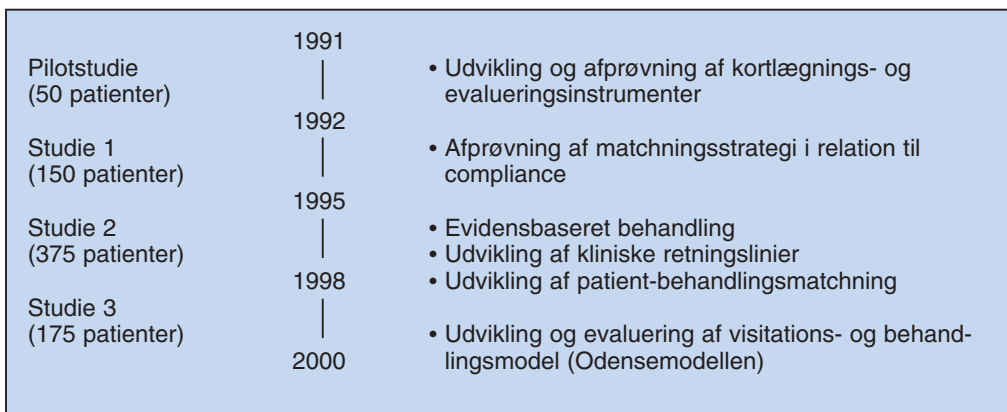
1.4. Projektforløb

I tabel 1 er beskrevet forløbet af projektet fra dets begyndelse i 1991. Det er naturligvis ikke muligt at tilpasse behandlingen til patienterne, hvis man ikke har et grundigt kendskab til deres problemer og behandlingsbehov ved påbegyndelse af behandlingen, og derfor var det første led i projektet en ud-

vikling af kortlægningsmetoder, der kunne give et samlet overblik over patienternes profil. Der blev desuden udviklet evalueringsmetoder, der kunne måle forandringerne i patienternes situation over tid. De udviklede kortlægning- og evalueringsmetoder blev herefter afprøvet i et pilotstudie med 50 patienter ved alkoholambulatorierne i Odense.

Studie 1. blev gennemført i perioden januar 1993 til november 1995. Hensigten med studiet var at afprøve, om matchningsstrategien kunne bedre patienternes accept og medvirken i behandlingen (compliance), så de gennemførte forandringsprocessen med efterfølgende vedvarende reduktion af deres alkoholforbrug. Studiet blev udført som en randomiseret undersøgelse, og der blev endvidere fremanalyseret faktorer i behandlingen, der havde betydning for gennemførelse af forandringsprocessens motivations- og aktive behandlingsfase. I Studie 1 indgik 150 patienter, der blev forsøgt efterundersøgt 12 og 24 måneder efter påbegyndt behandling.

Figur 1. Projektforløb



I perioden november 1995 til januar 1998 blev Studie 2 gennemført. Som led i Studie 2 blev først udvalgt behandlingsmetoder, som ifølge den videnskabelige litteratur havde vist sig effektive ved behandling af alkoholmisbrugere; de såkaldte evidensbaserede behandlingsmetoder. Disse behandlingsmetoder blev beskrevet i kliniske retningslinier, der skulle sikre deres korrekte anvendelse i daglig praksis. Slutteligt skete der en kompetenceudvikling af behandlerne ved en systematisk undervisning og supervision i de valgte behandlingsmetoder. Der blev således udviklet en evidensbaseret praksis i alkoholambulatorierne.

Efterfølgende blev der i Studie 2 foretaget en systematisk kortlægning af 375 patienter, der påbegyndte psykosocial behandling i perioden november 1995 til januar 1997. Blandt disse patienter blev der udtrukket en repræsentativ stikprøve på 188 patienter, der blev forsøgt efterundersøgt 12 måneder efter påbegyndt behandling.

Ved analyse af data blev patienterne kategoriseret ud fra de behandlingstilbud, de havde modtaget, og inden for hvert behandlingstilbud blev patienterne yderligere opdelt i henholdsvis en gruppe, der 1 år efter påbegyndt behandling havde et positivt drikkemønster (maksimalt 21 genstande om ugen) og en gruppe med negativt drikkemønster (dvs at de drak mere end 21 genstande ugentligt). Der blev efterfølgende fremanalyseret, hvilke patientkarakteristika inden for de enkelte behandlingstilbud, der var forbundet med et positivt drikkemønster,

og det var herefter muligt at beskrive en "matchningsscore", der udtrykt ved en talværdi angav hvilke behandlingsmetoder, der passede bedst til den enkelte patients samlede profil ved påbegyndelse af behandlingen.

I studie 3. blev resultaterne fra studie 1. og 2. integreret i en visitations- og behandlingsmodel (Odensemодellen). Denne model beskriver, hvordan man tilpasser (matcher) interventionen over for ambulante alkoholmisbrugere i relation til forandringsprocessens stadier og i forhold til ovennævnte patientkarakteristika. I perioden juni 1998 til januar 2000 blev modellen afprøvet på 175 patienter, der påbegyndte en psykosocial behandling ved alkoholambulatorierne. Patienterne blev også i dette studie forsøgt undersøgt 12 måneder efter påbegyndt behandling. Det var muligt at geninterviewe 140 (80%) patienter, som herefter blev sammenlignet med en kontrolgruppe bestående af de 136 patienter, der var geninterviewet i studie 2.

Studie 3. er således et kvasiexperimentelt studie, hvor patienter, der har modtaget en given intervention (Odensemодellen), sammenlignes med en historisk kontrolgruppe bestående af patienter, der ikke har modtaget interventionen, men behandlet ud fra en evidensbaseret praksis.

1.5. Behandlingsstrategi

Alkoholmisbrug er multifaktoriel betinget, dvs. at der indgår såvel biologiske som psykosociale faktorer i alkoholmisbrugets opståen og vedligehold-

delse. Derfor bør behandling af alkoholmisbrugere tage højde for såvel en medicinsk som en psykosocial intervention. Igennem de sidste 10 år har man fået større viden omkring de biologiske faktorerers betydning ved alkohol-afhængighed, og der er introduceret flere medicinske behandlingsformer, der nedsætter "alkoholtrangen" og dermed alkoholindtagelsen.

Den medicinske behandling er imidlertid kun evalueret i få studier, og der er endnu ikke tilstrækkelig viden om de undersøgte stoffers effektivitet til, at man vil anbefale, at de anvendes rutinemæssigt i daglig praksis. Den væsentligste behandling af alkoholmisbrugere bør således fortsat baseres på en psykosocial intervention, hvilket har været den overordnede behandlingsstrategi i projektføreløbet.

Igennem hele projektføreløbet er behandlingen i alkoholambulatorierne ændret i henhold til erfaringer og resultater af de gennemførte studier. Ved projektstart i 1991 bestod behandlingen ved de deltagende ambulatorier ligesom ved alle andre alkoholambulatorier i Danmark af akut afrusning, antabusbehandling, støttende samtaler samt eventuelt henvisning til indlæggelse på behandlingshjem. Der var ingen systematisk kortlægning eller visitation af patienterne til skræddersyede behandlingstilbud, dvs matchning af behandling til patient-behov.

Med Studie 1 blev der indført en systematisk kortlægning af patienternes problemer og behandlingsbehov inden for syv problemområder: fysisk helbred, arbejde og økonomi, alkohol, narkotika og medicin, kriminalitet, fa-

milie og socialt netværk, samt psykisk helbred.

Herudover blev der indført to forskellige behandlingstilbud, henholdsvis en højt struktureret behandling og en lavt struktureret behandling. Den højt strukturerede behandling var kendetegnet ved tydelig information, forståelige behandlingsmetoder og målsætninger. Behandlingen var terapeutstyret og rettet mod problemer i patientens aktuelle livssituation. Planlægningen af behandlingen skete ud fra en behandlingskontrakt, hvor der blev opstillet behandlingsmål og beskrevet hvilken adfærd, man forventede af såvel patient som terapeut under forløbet. Den lavt strukturerede behandling var kendetegnet ved kompleks information, og behandlingsmetoderne blev ikke nøje specificeret. Terapeutens intervention blev bestemt af, hvad patienten bragte op i konsultationerne. Interventionen havde til hensigt at udforske problemer, når de opstod. Terapeuten var lyttende og reflekterende, og det var patientens eget ansvar at definere målsætning og overholde aftaler.

For begge behandlingsstrukturer blev der udfærdiget manualer, og behandlingen blev superviseret af erfarne, eksterne terapeuter.

I Studie 2 blev indført en egentlig evidensbaseret praksis ved alkoholambulatorierne. Der indgik følgende elementer:

1. Vurdering af patienternes behov og ønsker.
2. Evidensbaserede behandlingsmetoder.
3. Kompetenceudvikling af personalet.

Vurdering af patienternes behov og ønsker blev tilgodeset ved den systematiske kortlægning, som var indført i Studie 1. Kortlægningen omhandlede patienternes subjektive beskrivelse af behov og ønsker til behandlingen ud fra de syv problemområder. På basis af litteraturgennemgange blev udvalgt evidensbaserede behandlingsmetoder, nemlig kognitiv behandling, familierapi og kontraktbehandling.

Den kognitive behandling var baseret på menneskets evne til at tænke, analysere, forestille sig og lære. Vægten var lagt på udvikling af rationalitet og fleksibilitet hos patienten og fordrede en aktiv og kreativ indstilling fra behandlerens side. Behandleren forholdt sig til afgrænsede forhold i patientens liv og lærte patienten metoder til problemløsning og lindring af symptomer. Familierapien havde den systemiske familierapi som teoretisk udgangspunkt. I familierapien arbejdede behandleren som et del af et team, der oftest bestod af en eller to behandlere, der arbejdede med familien, og to observatører, der fulgte samtalerne gennem et envejsspejl og optog forløbet på video. Udgangspunktet var at reducere eller minimere en eller flere af familiemedlemmernes alkoholmisbrug og støtte denne forandringsproces, ligesom målet var at oprette et hensigtsmæssigt alkoholmønster gennem en forbedret familiedynamik.

Kontraktbehandlingen svarede til den højt strukturerede behandling, som blev indført i Studie 1. Herudover blev den lavt strukturerede behandling, de såkaldt støttende samta-

ler, bibeholdt på trods af, at de ikke var evidensbaserede.

Med henblik på at sikre en korrekt anvendelse af de udvalgte behandlingsmetoder, blev disse som nævnt beskrevet i kliniske retningslinier, der nøje beskrev behandlingsprocedurerne. Slutteligt skete der en kompetenceudvikling af behandlerne ved systematisk undervisning og supervision ved eksterne supervisorer i de indførte behandlingsmetoder.

Parallelt med den psykosociale behandling var der en del patienter, der efter eget ønske modtog antabusbehandling. De enkelte behandlere kunne også visitere til psykiater med henblik på evt. psykofarmakologisk behandling. Der var imidlertid ikke udfærdiget kriterier for, hvorledes en sådan visitation skulle foregå.

I Studie 3. blev ovennævnte behandlingsmetoder bibeholdt. Der blev herudover indført motivationsskabende samtaler, som blev tilbudt alle patienter. Motivationsskabende samtaler er en måde at arbejde med ambivalens og modstand hos patienten. Teknikken er på flere måder forskellig fra direkte rådgivning, idet formålet er at få patienten til at reflektere over sit alkoholmisbrug. Behandlerens rolle var at hjælpe patienten til at beskrive sin livsstil, ligesom behandleren skulle forholde sig til livsstilsændringer som et valg, der ligger hos patienten. At ændre livsstil er en langvarig proces, og de motivationsskabende samtaler skulle medvirke til at starte og stimulere processen. De motivationsskabende samtaler indebar én til tre samtaler med patienten, hvor hver samtale

havde en varighed af $\frac{1}{2}$ -1 time. Ved samtalerne tog man udgangspunkt i patientens livssituation, og hvordan han så på sine problemer. Der blev fulgt op på patientens problemformulering. Når patienten formulerede vigtige mål for livet, hjalp behandleren patienten til at se de uoverensstemmelser, der var mellem den nuværende livsstil og der, hvor patienten gerne ville hen med sit liv. Hvis der var modstand mod forandring, mødtes denne ikke med argumenter eller generaliserede forestillinger omkring alkoholmisbrug. Det var derimod vigtigt at vise respekt for patient og betone hans ansvar samt understrege, at man ville involvere ham i at finde løsninger på hans problemer. At udnytte modstanden konstruktivt indebar, at man udnyttede patientens egen energi, men ændrede energiretningen fra modstand mod forandring til i højere grad at medvirke til forandring.

Visitationen til de enkelte behandlingstiltag i Studie 3. skete ud fra en matchningsscore baseret på den systematiske kortlægning af patienterne ved påbegyndelse af behandlingen.

1.6. Hovedresultater

Typiske ambulatoriepatienter

På grundlag af den systematiske kortlægning i studie 2. og 3. var det muligt at give et typisk billede af den mandlige og kvindelige alkoholmisbruger ved de deltagende ambulatorier.

Den typiske mandlige alkoholmisbruger drak alkohol jævnlige før 18 års alderen (77%). Ved henvendelsen til

alkoholambulatoriet var han afhængig af alkohol (85%) og havde haft et alkoholoverforbrug (over 21 genstande om ugen) i gennemsnitlig 12 år. Han kom på eget initiativ (62%), var mellem 25-44 år (65%). Han var samboende (54%). Enten var han i arbejde (56%) eller arbejdsløs (25%). De væsentligste problemer udover alkoholmisbruget var af social og psykisk karakter.

Den typiske kvindelige alkoholmisbruger havde også drukket alkohol jævnlige før 18 års alderen (56%). Ved henvendelsen til alkoholambulatoriet var 84% alkoholafhængige, og havde haft et alkoholoverforbrug (mere end 21 genstande om ugen) i gennemsnitlig 9 år. Hun kom på eget initiativ (52%), var mellem 25-44 år (65%). Hun var samboende (54%) og havde ofte børn (45%). Enten var hun arbejdsløs (41%) eller uden for arbejdsstyrken (40%). De væsentligste problemer udover alkoholmisbruget var af social og psykisk karakter, og det var ofte sværere problemer end blandt de mandlige alkoholmisbrugere.

Dette billede af den typiske ambulatoriepatient svarer i stor udstrækning til de patientkarakteristika, der er beskrevet ved alle alkoholambulatorierne i Danmark. Alkoholmisbrugere, der møder til psykosocial behandling ved landets alkoholambulatorier, er således karakteriseret ved at være mellem 25-44 år. De er ikke, som mange tror, præget af et kronisk, invaliderende misbrug med en svær social deroute. De fleste er nok alkoholafhængige, men mange har faste parforhold og børn. Patienterne er i deres bedste

arbejds-mæssige alder, og flertallet har kontakt til arbejdsmarkedet. En meget stor andel har psykiske problemer, der kan behandles. Som det fremgår, er det en gruppe mennesker, som fortsat har mange ressourcer, der kan være til gavn for samfundet. Det er derfor vigtigt, at kvaliteten af den ambulante alkoholmisbrugsbehandling er på et højt niveau.

Faktorer af betydning for gennemførelse af forandringsprocessen (studie 1.)

Afprøvning af matchningsstrategiens betydning for patienternes compliance og dermed gennemførelse af forandringsprocessen, viste følgende resultater:

Faktorer af betydning for gennemførelse af motivationsfasen (de fire første konsultationer) var:

1. Behandlerens holdning over for patienten.
2. Antabusbehandling den første måned af behandlingsforløbet.
3. Medicinsk behandling af patienter med psykiske lidelser.

Resultaterne indebærer, at det i daglig praksis ikke er nødvendigt at matche patienter til hverken behandler eller behandling, når det handler om at motivere til fortsat behandling. Det er derimod af stor betydning, at behandleren opfører sig på en særlig måde, nemlig empatisk, lyttende og reflekterende. Denne behandlertype er kendetegnet ved at forholde sig til patienterne på samme måde, som det anbefales i motivationsskabende samtaler. Den eneste faktor af betydning for

gennemførelse af den aktive behandlingsfase var:

1. Patient-behandlingsmatchning.

Hvor det i motivationsfasen ikke var væsentligt at matche patienterne til forskellige behandlingstilbud, var det derimod i den aktive behandlingsfase vigtigt at give den rette behandling til den rette patient, idet det medførte, at markant flere patienter fuldførte forandringsprocessen.

Patienterne, der gennemløb såvel motivationsfasen som den aktive behandlingsfase klarede sig markant bedre end patienter, der afbrød behandlingen. Patienter, der gennemførte forandringsprocessen, havde således et signifikant højere funktionsniveau end de øvrige patienter 2 år efter behandlingsstart. Patienterne havde endvidere et markant mindre alkoholforbrug end patienter, som ikke gennemførte forandringsprocessen. Patienterne, der gennemførte forandringsprocessen, drak således maksimalt 21 genstande om ugen i de sidste 12 måneder før den 2-årige opfølgning. Dette drikkemønster blev i de efterfølgende studier betegnet som et positivt drikkemønster, forbundet med god effekt af behandlingen.

Evidensbaseret praksis og profilmatchning (studie 2)

Blandt de 136 patienter, der blev behandlet ud fra en evidensbaseret praksis, var der 64%, som et år efter påbegyndt behandling havde et positivt drikkemønster (maksimalt 21 genstande om ugen). De havde endvidere et markant bedre psykosocialt funk-

tionsmønster end patienter, der drak mere end 21 genstande om ugen. Ud fra patienternes psykosociale profil blev der fremanalyseret de patientkarakteristika, der var forbundet med et positivt drikkemønster inden for de enkelte behandlingstilbud, som de var visiteret til. Det var herefter muligt at bestemme en matchningsscore omhandlende den samlede patientprofil ved start af den behandling, der senere gav et positivt drikkemønster.

Odensemodellen: At give en rette behandling til den rette patient på det rette tidspunkt (studie 3)

I de forudgående studier viste vi, at teknikken vedrørende motivationsskabende samtaler medførte, at flere patienter blev parate til den videre behandling. Den efterfølgende behandling skulle hernæst tilpasses patienternes psykosociale profil ved hjælp af en matchningsscore.

De opnåede forskningsresultater er sammenfattet i Odensemodellen, der sammenholder behandlingsresultaterne med forandringsprocessens stadier. Odensemodellen angiver således, at man udover at finde den rette behandling til den rette patient, også skal finde det rette tidspunkt, hvor en given intervention skal sættes ind. Vi kan kalde det dynamisk matchning. Mange patienter, der henvender sig til alkoholambulatorierne, befinder sig i overvejelses-/ambivalensfasen. Fokus i denne fase er at skabe en alliance mellem patient og behandler, der er så tryk, at patienten tør undersøge sine egne overvejelser og ambivalens i forhold til forandring af alkoholvanerne.

Målet er at lede patienten frem mod en afklaring og beslutning om at ændre adfærd. Det kan ske ved motivationssøgende samtaleteknikker. Når patienten har besluttet sig for aktivt at gøre noget ved sit alkoholforbrug, bør der visiteres til de forskellige psykosociale tilbud ud fra den udviklede matchningsscore. Endvidere bør patienterne tilbydes antabusbehandling den første måned og tilses af en psykiater, hvis der er psykiske problemer.

I den aktive behandlings- og vedligeholdelsesfase er der fokus på evidensbaserede behandlingsmetoder, og dette kan sikres ved at følge de kliniske retningslinier og kompetenceudvikling af ambulatoriets behandlere.

I Studie 3 blev Odensemodellen evalueret. I undersøgelsen blev der et år efter påbegyndt behandling gennemført personlige interviews med dels 140 patienter, der havde modtaget evidensbaseret behandling efter Odensemodellen, og disse patienter blev sammenlignet med 136 patienter, der havde modtaget en behandling ud fra en evidensbaseret praksis, men uden at denne var givet ud fra Odensemodellen. Det viste sig, at når Odensemodellens strategier konsekvent blev fulgt, drak 75% af de alkoholmisbrugerne, der søgte behandling, maksimalt 21 genstande om ugen et år efter henvendelsen. Disse patienter havde ligeledes en markant bedre psykisk tilstand, og deres samlede psykosociale funktionsniveau et år efter påbegyndt behandling var markant bedre, end hvis de blot havde modtaget en behandling ud fra evidensbaseret praksis. Der var ligeledes markant flere patienter

ter, behandlet efter Odensemodellen, der var tilfredse med behandlingen.

Sammenlignes resultaterne vedrørende drikkevaner og gennemførelse af behandlingen ved henholdsvis standardbehandling (Socialforskningsinstituttets ambulatorieundersøgelse) med behandling efter evidensbaseret praksis og behandling efter Odensemodellen ses følgende resultater:

Ved den traditionelle standardbehandling var der 34% af patienterne, der havde et positivt drikkemønster et år efter påbegyndt behandling. En behandling ud fra evidensbaseret praksis øgede andelen af patienter med positivt drikkemønster til 64% (88%’s forbedring). Der var ligeledes 60% flere, der fuldførte behandlingen.

En behandling efter Odensemodellens strategier bidrog til en mindre, men dog signifikant øgning af behandlingseffekten, idet 75% af patienter havde et positivt drikkemønster, og 54% fuldførte behandlingen.

1.7. Konklusion

Igennem de sidste årtier har matchning været den dominerende strategi, når man ville undersøge alkoholmisbrugsbehandlingen. Matchningsstrategien blev anbefalet i en omfattende rapport udgivet af USA’s nationale forskningsakademi i 1989. Anbefalingen medførte tilrettelæggelse af det største psykosociale behandlingsstudie, der hidtil er udført. Studiet blev betegnet “Project Match” og omhandlede næsten 2.000 alkoholmisbrugere, der blev randomiseret til tre behandlingstiltag. Studiet involverede 22 for-

skere, 80 behandlere og kostede 30 mio. dollars.

Patienterne i Project Match blev efterundersøgt 3, 12, 15 og 39 måneder efter behandling, og det var muligt at geninterviewe 90% af patienterne. I studiet blev fremanalyseret, hvilke patientkarakteristika, der kunne anvendes som matchningsvariable for de tre behandlingstiltag. Undersøgelsens resultater blev offentliggjort i 1997 og viste, at det ikke var muligt at beskrive en matchningsstrategi, der generelt kunne anvendes ved behandling af alkoholmisbrugere. Mange forskere indenfor alkoholbehandling erklærede herefter matchningstanken for ubrugelig.

Herværende studie blev igangsat, før de nedslående resultater fra Project Match blev offentliggjort, og vores resultater giver nyt håb for matchningstanken. Projektet adskiller sig på to centrale områder fra Project Match. For det første bygger projektet på en trinvis eller dynamisk matchning afhængig af, hvor patienten er i forandringsprocessen, og for det andet anvendes matchning ikke ud fra “enkelte” patientkarakteristika, men ud fra patientens samlede profil. En matchningsstrategi, der tilbyder den rette behandling til den rette patient på det rette tidspunkt, synes således ud fra vores resultater at være en ny og brugbar måde at visitere og behandle alkoholmisbrugere.

Vores resultater viser dog samtidigt, at en sådan matchningsstrategi kun bidrager med en marginal effekt i forhold til indførelsen af en evidensbaseret praksis.

Indførelse af evidensbaserede behandlingsmetoder med tilhørende kliniske retningslinier og en kompetenceudvikling af behandlerne ved de offentlige alkoholambulatorier bør være det første skridt hen mod en forbedring af den offentlige alkoholmisbrugsbehandling. Indførelse af en evidensbaseret praksis medfører dog ikke nødvendigvis en forbedret alkoholmisbrugsbehandling, hvis der ikke samtidigt etableres en kvalitetssikringsproces, der overvåger, at de kliniske retningslinier efterleves, og hvilke resultater det afstedkommer. Der bør derfor også igangsættes kvalitetsudviklingsprojekter ved de danske alkoholambulatorier.

På baggrund af de sammenlignelige data fra vores undersøgelse og Socialforskningsinstituttets undersøgelse finder vi det sandsynligt, at patientkarakteristika fra vores undersøgelse dækker alle landets alkoholambulatorier. Alkoholmisbrugere, der møder til psykosocial behandling ved landets alkoholambulatorier, er således formentlig karakteriseret ved at være først i 40'erne. De er ikke, som mange tror, præget af et kronisk, invaliderende misbrug med en svær social deroute. De fleste er nok alkoholafhængige, men mange har faste parforhold og børn. Patienterne er i deres bedste arbejdsmæssige alder, og flertallet har kontakt til arbejdsmarkedet. En meget stor andel har psykiske problemer, der kan behandles.

Alkoholmisbrugere, der møder ved de danske alkoholambulatorier, er således en gruppe mennesker, som fortsat har mange ressourcer, der kan være

til gavn for samfundet. Det er derfor vigtigt alene ud fra en samfundsmæssig og økonomisk ressourcevurdering, at kvaliteten af den ambulante alkoholmisbrugsbehandling er på et højt niveau.

Vores projekt omhandler patienter, der møder til behandling ved alkoholambulatorierne. De fleste er alkoholafhængige og befinder sig i forandringsprocessens overvejelser-/ambivalensfase. Udfra et generelt sundhedspolitisk synspunkt er det imidlertid vigtigt at beskrive forekomsten af personer, som har et alkoholstorforbrug, og som ofte befinder sig i "før-overvejelserstadiet". Antallet af alkoholrelaterede følgetilstande er langt større i den gruppe, der ikke søger behandling, eftersom gruppen formentlig er meget større. Overfor denne gruppe af alkoholforbrugere bør iværksættes undersøgelser omhandlende korttidsinterventioner samt andre primære præventive interventioner.

Baggrund for projektet

2.1. Behandling for alkoholmisbrug

Hvad er alkoholmisbrug

Alkoholoverforbrug og -afhængighed medfører neurobiologiske ændringer af kroppen og ændringer af individets psykiske og sociale adfærd. Vi skelner mellem følgende former for alkoholforbrug:

1. Alkoholforbrug uden sundhedsrisiko.
2. Alkoholforbrug med sundhedsrisiko (alkoholstorforbrug).
3. Skadelig brug af alkohol.
4. Alkoholafhængighed.

Grænsen mellem alkoholstorforbrug og alkoholforbrug uden sundhedsrisiko er ikke entydig og velafgrænset. Vi har valgt at bruge betegnelsen alkoholstorforbrug for en alkoholindtagelse, som er større end Sundhedsstyrelsens rekommanderede genstandsgrenser på maksimalt 21 genstande ugentligt for mænd og 14 genstande ugentligt for kvinder.

I følge den internationale klassifikation af alkoholmisbrug (ICD-10, 1993) indebærer diagnosen "skadelig brug af alkohol", at alkoholindtagelsen forårsager fysiske eller psykiske skader, fx. nedsat leverfunktion,

manglende dømmekraft og uhensigtsmæssig adfærd. Tilstanden skal have været til stede mindst i en måned eller gentagne gange inden for et år (tabel 2).

Alkoholafhængighed er en tilstand, der er karakteriseret ved træk som morgendrikning, abstinenssymptomer, nedsat kontrol over indtagelsen, stærk trang til alkohol, tolerance-udvikling og vedbliven med alkoholindtagelse trods erkendte skadevirkninger (tabel 2). Også her er der tale om tilstande, der skal have være til stede samtidigt i mindst en måned eller i flere kortere perioder inden for et år.

Behandlingens mål

Alkoholmisbrugsbehandlingens mål er at hjælpe patienterne til at få kontrol over deres alkoholmisbrug og dermed reducere de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser af misbruget. Mere specifikt har behandlingen af alkoholmisbrugere følgende mål:

1. At reducere alkoholforbruget til det af Sundhedsstyrelsen anbefalede (max. 21 genstande ugentligt for mænd og max. 14 genstande ugentligt for kvinder).
2. At bedre væsentlige forhold i patientens livssituation, fx. det fysiske og psykiske helbred, familieforhold,

Tablet 2. ICD-10 kriterierne for alkoholmisbrug

Skadelig brug (F10.1)

- Fysisk eller psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd)
- Skaden skal være klart påviselig
- Varighed mindst 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år

Alkoholafhængighedssyndrom (F10.2)

Alkoholafhængighed er til stede, hvis 3 eller flere af nedenstående symptomer har været til stede samtidigt mindst 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år

- Stærk trang til alkohol (craving)
- Nedsat evne til at styre indtagelsen, standse eller nedbringe forbruget
- Abstinenssymptomer
- Tegn på tolerance
- Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
- Vedblivende brug trods erkendte skadevirkninger

netværk, fritid, tilknytning til arbejdsmarkedet, økonomi og uddannelsesforhold.

3. At reducere de samfundsøkonomiske udgifter, der er forbundet med alkoholoverforbrug.

For at nå disse mål bør der kunne tilbydes en bred vifte af behandlingstilbud lige fra indlæggelse på behandlingshjem til forskellige former for ambulatant behandling og frivillige selvhjælpsgrupper.

Behandling ved alkoholambulatorierne i Danmark

Herværende undersøgelse omhandler ambulatant behandling ved alkoholambulatorierne. Der findes imidlertid også andre behandlingstilbud i såvel privat som offentligt regi. De almindeligste private behandlingstilbud tilbyder enten behandling efter Minnesota-modellen, der oftest foregår under indlæggelse eller som dagpatient eller behandling på KFUMs selvejende døgninstitutioner. Herudover findes

selvhjælpsgrupper som Anonyme Alkoholikere, A-Ringen etc..

I det offentlige regi findes kun få muligheder for behandling under indlæggelse. En del alkoholmisbrugere indlægges på de psykiatriske afdelinger, men antallet har været stærkt faldende, og behandlingen omhandler oftest akutte følgetilstande som svære abstinensstilstande, psykoser og affektreaktioner.

Alkoholambulatorierne er det primære offentlige behandlingstilbud til mennesker med alkoholproblemer. Man kan henvende sig til alkoholambulatorierne direkte fra gaden, og hvis man ønsker at være anonym, kan man behandles uden at skulle oplyse navn og cpr.nr.. Det er dog ikke muligt at være anonym, hvis man skal have medicinsk behandling.

Behandlingen ved alkoholambulatorierne i Danmark blev undersøgt af Socialforskningsinstituttet i slutningen af 1980'erne (Skinhøj et al., 1988). I undersøgelsen indgik 58 af landets 61 offentlige og private ambulatorier. Da

man sammenlignede behandlingen i de enkelte ambulatorier, fandt man ikke de store forskelle. De væsentligste elementer i behandlingen ved alkoholambulatorierne bestod af afrusning, samt antabus og støttende samtaler med en af ambulatoriets behandlere. I starten af behandlingen blev disse samtaler tilbudt en gang om ugen og efter et par måneder sjældnere, ca. 1-2 gange om måneden. Ved nogle alkoholambulatorier kunne patienten desuden blive tilbudt parsamtaler, familierapi, gruppesamtaler samt deltagelse i patientmiljøer.

Socialforskningsinstituttets undersøgelsen viste, at 77% af patienterne afbrød behandlingen før planlagt afslutning. Et år efter påbegyndt behandling drak 85% af patienterne mindre end da de påbegyndte behandlingen, men det var kun 34% af patienterne, der var afholdende eller drak med måde, dvs. kun drak alkohol i fritiden eller ved fester og højtid. Undersøgelsen konkluderede, "at der ikke findes et særligt varieret og nuanceret behandlingstilbud ved de danske alkoholambulatorier".

I slutningen af firserne tilbød alkoholambulatorierne således en behandling, der var uden videnskabelig dokumenteret effekt, det vil sige evidensbaseret. Behandlingen omfattede ikke en kortlægning af patienternes samlede situation ved påbegyndelse af behandlingen, hvilket indebærer, at der ikke var "en klart gennemskuelig udvælgelse af klienter til bestemte former for behandling" (Skinhøj et al., 1988).

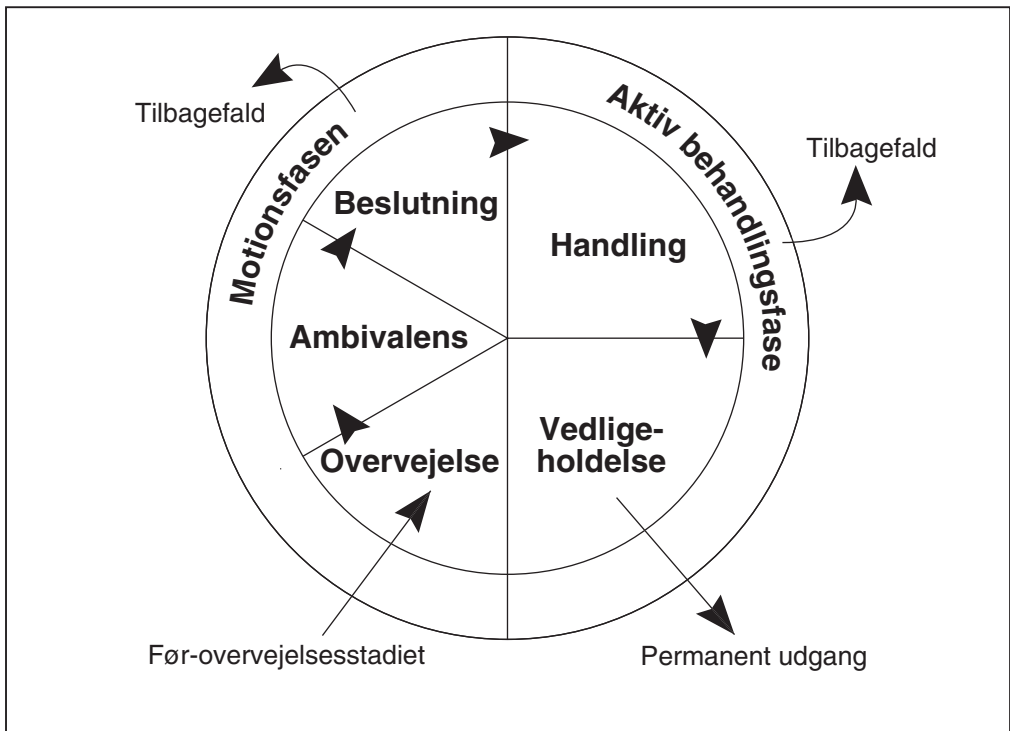
Man havde således ingen tiltag, der gav grundlag for at give den rette be-

handling til den rette patient, og der var ingen evaluering af patienternes udbytte af behandlingen. Med udgangspunkt i denne nedslående beskrivelse af den eksisterende behandling, igangsatte vi ved alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg forskningsprojekter, der skulle udvikle metoder til at forbedre disse mangler. Det teoretiske udgangspunkt for forskningen var forandringsprocessen og matchningshypotesen, der skal beskrives i følgende afsnit.

2.2. Forandringsprocessen

Når adfærd og vaner skal ændres, sker dette som en proces. Prochaska og DiClemente udviklede i begyndelsen af firserne en model over de stadier, en sådan forandringsproces gennemløber. De fandt gennem studier af rygere, at der minimum er 5 stadier i processen: Før-overvejselsesstadiet, overvejselses- eller ambivalens-stadiet, beslutningsstadiet, handlingsstadiet og vedligeholdelsesstadiet (Prochaska & DiClemente, 1983) (figur 1). Vejen til forandring af adfærd og vaner gennemløber disse stadier i en proces, som kan tage længere eller kortere tid. Prochaska og DiClemente fandt, at rygere ofte skulle processen igennem flere gange, før de permanent holdt op med at ryge. Men det gælder ikke bare rygere: Senere har man fundet, at nøjagtig samme proces gælder for forandring af al anden sundhedsadfærd, ja, formentlig af al adfærd i det hele taget. Inden for behandling af alkoholmisbrug vil man møde patienter på alle stadier i hver sin proces mod permanent forandring af alkoholvanerne.

Figur 1. Forandringsprocessen



Kilde: Prochaska's og DiClementes, 1983

De forskellige stadier har hver deres egne karakteristika. En patient, der slet ikke overvejer at ændre sine alkoholvaner, vil således være "før-overvejer". Han kan lide at drikke alkohol og det er ikke vigtigt for ham at skære ned på sit forbrug. Andre synes måske, at hans alkoholindtagelse er et problem, men det lader han sig ikke anfægte af. Forsøger man at overtale ham til at skære ned, vil han simpelthen afvise, at der er noget som helst godt ved at gøre det.

En anden patient virker måske knap så skråsikker. Hun er ambivalent i forhold til sin alkoholindtagelse. På den ene side vil hun gerne holde op med at drikke så meget, på den anden

side er hun i tvivl om, hvorvidt hun faktisk kan skære ned, hvis hun forsøger. Denne patient befinder sig i overvejses- eller ambivalens-stadiet. Forsøger man at overtale hende til at beslutte sig for at skære ned på sit forbrug, vil hun ofte svare: "Ja, det er rigtigt nok, hvad du siger, men.....", hvorefter der følger det ene efter det andet argument mod, at nedsættelse af alkoholforbruget er muligt eller hensigtsmæssigt.

En tredje patient er mere parat til at ændre alkoholvaner. Hun har truffet en beslutning om, at nu skal det være og er i gang med at undersøge de muligheder, hun har for støtte til at gennemføre beslutningen. Denne pa-

tient er på beslutningsstadiet. Hun er lydhør over for gode ideer til ting og handlinger, der kan gøre begrænsningen i alkoholforbruget tåleligt.

En fjerde patient har netop sat sit alkoholforbrug drastisk ned. Han er på handle-stadiet. Han vil gerne støttes og bakkes op, evt. stadig have gode råd til forskellige former for strategier, han kan prøve.

En femte patient har nedsat alkoholforbruget til et hensigtsmæssigt niveau i en periode og oplever ikke mere, at dette kræver handling. Langsomt er han på vej ind i vedligeholdelsesstadiet. De ændrede alkoholvaner kræver således ikke længere så megen energi, men omvendt er de nye vaner heller ikke så indgroede, at han slet ikke behøver at tænke på dem mere.

En sjette patient har netop fået et tilbagefald. Efter en periode uden et egentligt overforbrug af alkohol, drikker han nu for meget igen. Stadiet, han befinder sig på, kan måske ikke direkte beskrives som identisk med det tidligere beskrevne "før-overvejses-stadie", men snarere som et sted mellem førovervejses- og overvejses-stadiet. Processen er startet forfra: Ikke helt, men næsten.

Når man arbejder med alkoholmisbrugs-patienter, er det vigtigt, at man er opmærksom på, hvor patienten befinder sig i forhold til denne proces. Patientens "parathed" overfor forandring bestemmer nemlig, hvordan man skal sætte ind som behandler.

2.3. Matchningshypotesen

Når patienten er parat til at indgå i egentlig behandling for sit misbrug, er

det vigtigt at finde ud af, hvilket behandlingstilbud, der vil være det rette for netop denne patient med de problemstillinger, han står i netop nu. Dette kaldes matchning af behandlingstilbuddene til patienten.

Matchning kan ske på baggrund af flere forhold, og det vanskelige er at finde de rigtige forhold at tage udgangspunkt i. Umiddelbart er der således flere patientkarakteristika, der kan have betydning for valget af behandling.

For det første patientens køn, eftersom der er noget, der tyder på, at kvinder profiterer bedre inden for behandlingstilbud forbeholdt kvinder end behandlingstilbud, der er rettet mod såvel mænd og kvinder (Öjehagen, 1994). Der mangler dog forskning på området.

For det andet er der personlige karakteristika, der kan have betydning for valg af behandling. Her er man især særlig grad opmærksom på psykiatriske symptomer, kognitive faktorer og personlighedsforstyrrelser. Patienter med personlighedsforstyrrelser og besvær med konfliktløsningsstrategi profiterer tilsyneladende af en behandling, der er struktureret og styret af behandleren (Kadden et al., 1989).

Det tredje aspekt, der kan have betydning for valg af behandling, er de mellem menneskelige karakteristika, dvs graden af social stabilitet og støtte fra omgivelserne. Patienter med socialt stabile relationer menes således at profitere af ambulant behandling, der inddrager de pårørende (familie/partterapi) (O'Farrell & Cowles, 1989), hvorimod patienter med ustabile rela-

tioner formentlig profiterer af mere langvarige behandlingstiltag, eventuelt under indlæggelse (Miller, 1989a).

Det sidste aspekt, der vides at have betydning for valg af behandling, er selve patientens alkoholbrug. Her tages varigheden, intensiteten og afhængighedsgraden af alkohol i betragtning, når man skal vælge behandlingsstrategi. Patienter med et kortvarigt misbrug, der kun har få konsekvenser, vil formentlig have brug for en anderledes behandling end svært belastede misbrugere (Miller, 1989a).

Der er således flere ting at tage i betragtning, og når man yderligere skal tage hensyn til, at de fleste matchningsundersøgelser er foretaget i engelsktalende lande og dermed i samfund med en anderledes alkoholkultur end den danske, så bliver det for alvor kompliceret at "matche". For det første er der endnu ikke fundet optimale måder at matche på og for det andet er det ikke sikkert, at en matchningsstrategi, man finder effektiv i udlandet, også direkte kan overføres på lande med andre alkoholtraditioner.

2.4. Formålet med projektet

Vor forsknings genstandsområder var compliance, visitation og behandling af ambulante alkoholmisbrugere. Intentionen var at beskrive en visitations- og behandlingsstrategi, der giver patienterne adgang til en behandling, hvor man kan forvente at opnå positive resultater for mindst mulige ressourcer. Forløbet i vor forskning kan beskrives i flere trin, hvor første trin var udvælgelse af kortlægnings- og

evalueringsinstrumenter (kapitel III), efterfulgt af en beskrivelse af typiske karakteristika hos den ambulante alkoholmisbruger (kapitel IV). Andet trin var igangsættelse af Studie 1 (kapitel V), som beskrev en matchningsmodel for at give den rette intervention til den rette patient, under hensyntagen til forandringsprocessen og patientkarakteristika med henblik på at skabe bedre behandlingsresultater. Matchningsmodellen havde som hypotetisk udgangspunkt, at samspillet mellem patient, terapeut og behandling har betydning for compliance, dvs patientens accept af og medvirken til gennemførelsen af behandling. Matchningsmodellen blev først testet i en randomiseret undersøgelse. Siden blev det på baggrund af analyser af patientforløb undersøgt, hvilke faktorer, der ud over dem, der er indeholdt i matchningsmodellen, kan øge compliance.

På basis af erfaringerne fra studie 1 gennemførte vi et prospektivt studie, nemlig Studie 2 (kapitel VI). Formålet med Studie 2 var at udvælge og indføre behandlingsmetoder, der havde vist videnskabeligt dokumenteret effekt og herefter beskrive, hvilke patientkarakteristika, der matchede bedst til viften af de forskellige evidensbase-rede behandlingsmetoder.

Ud fra resultaterne af studie 1 og 2 udviklede vi en visitations- og behandlingsmodel (Odensemодellen), der herefter blev evalueret i et kvasi-eksperimentelt design (kapitel VII). Denne evaluering udgjorde Studie 3. Det samlede formål med de tre studier var følgende:

1. At udvikle en matchningsmodel, der med udgangspunkt i graden af struktur i behandlingen kan anvendes til en mere systematisk behandling af alkoholmisbrugere i ambulant regi med henblik på øgning af compliance.
2. At evaluere denne matchningsmodel og beskrive faktorer, der har betydning for compliance.
3. At beskrive evidensbaserede behandlingsmetoder og udvikle kliniske retningslinier.
4. At beskrive, hvilken patient-behandlingsmatchning, der giver den største effekt ved forskellige evidensbaserede behandlingsmetoder.
5. At beskrive en visitations- og behandlingsmodel for alkoholmisbrugere i ambulant behandling.
6. At evaluere visitations- og behandlingsmodellen.

Kapitel III

Projektets evalueringsmetoder

3.1. Struktureret kortlægning

Ændringer i alkoholvaner og især i drikkemønstret ved alkoholafhængighed sker sjældent fra den ene dag til den anden, men snarere som en langstrakt proces. Den behandling, som man tilbyder, skal tilpasses denne proces og være med dels til at fremskynde hastigheden i processen, dels at cementere processen, så der sker færrest mulige tilbagefald.

Når en patient henvender sig i en behandlingsinstitution med henblik på egentlig psykosocial behandling eventuelt efter akutbehandling af abs-tinenser, er der derfor vigtigt, at behandlingsinstitutionen skaber sig et grundigt overblik over patientens situation, både her og nu og i et længere perspektiv.

Dette overblik skal dække mange områder. Alkoholproblemer er komplekse og påvirker flere dele af patientens liv (Institute of Medicine, 1990). Alkoholproblemer opstår ikke i et vakuum, og de personer, der har alkoholproblemer, er mindst ligeså forskellige fra hinanden som de mennesker, der ikke har alkoholproblemer.

Folk, der har alkoholproblemer, har ofte også psykiske eller somatiske problemer. Nogle af disse problemer er et resultat af alkoholoverforbruget; andre

er måske medvirkende til at alkoholoverforbruget opstod (fx. hvis alkohol er anvendt som en form for "selv-medicinering"), og atter andre er selvs-tændige problemer. Men de må alle tages med i betragtning, når man skal beslutte, hvilken behandling patienten skal tilbydes.

Patientens sociale situation er også af betydning. En person med et turbulent familieliv har sværere ved ved-varende at følge ambulans behandling og familieproblemerne må ligeledes tages med i betragtning, når man planlægger et behandlingsforløb.

Traditionelt har den initiale vurdering af patienter, der søger behandling for et alkoholproblem, almindeligvis været begrænset til første-gangssamtalen. Patienten henvender sig på en behandlingsinstitution eller i almen praksis - akut eller efter aftale - og "fortæller behandleren om sit problem". Som regel er det overladt til patienten selv at vurdere, hvad det er væsentligt for behandleren at vide. Behandleren stiller uddybende spørgsmål, men oftest indenfor de temaer, patienten selv bringer på bane. Efter 1/2-1 time er patienten udkørt og træt; behandleren har fået de oplysninger, der menes at være relevante, og en behandling planlægges, oftest som et

samtaleforløb eller som henvisning til andre behandlingsinstitutioner.

Litteraturen omkring behandlingsforskning opfordrer imidlertid til, at man i stedet optager den nødvendige information omkring patienten i ret struktureret form; at man følger bestemte informationsindsamlingsprocedurer, der sikrer en ensartet information, både med henblik på at iværksætte behandlingen, men også med henblik på en senere evaluering af den givne behandling. Struktureret kortlægning er simpelthen fundamentet under matchningsbegrebet.

Kortlægningsstrategi i situationer, hvor patienten har erkendt alkoholproblemet

Selve udarbejdelsen af relevante spørgsmål er en lang proces. Målet er ikke i sig selv at stille en mængde spørgsmål og samle informationer, der ikke bliver brugt. Målet er tværtimod på den ene side at få den nødvendige information og på den anden side begrænse sig til de områder og spørgsmål, der er relevante og som man faktisk skal bruge.

De informationer, man skal benytte med henblik på vurdering af patientens tilstand og senere iværksættelse af behandling, skal være nuancerede og omfatte flere dimensioner. Sven Andréasson (Andréasson, 1994) inddeler denne vurdering i to faser: problemvurderingen og patientvurderingen.

Vurderingen af patientens alkoholproblem

Vurderingen af personens alkoholproblem skal indeholde en kortlægning af alkoholforbruget i sig selv samt symp-

tomter på og konsekvenser af forbruget. Denne kortlægning bør belyse flere dimensioner af alkoholbruget: Hvor meget drikker patienten, hvor ofte drikker han så meget, hvor længe har han gjort det, er han afhængig af alkohol (psykisk/fysisk), og hvilke konsekvenser har hans alkoholforbrug fået, fx. spiritusdomme, konflikter i familien, fyringer etc.

Drikkemønsteret belyses almindeligvis ud fra den tidsperiode, der ligger umiddelbart forud for kontakten til behandlingsstedet (fx. seneste måned eller året før kontakten), men det kan også registreres i den tid, der kommer (fx. ved at aftale at patienten i en periode fører dagbog over alkoholforbruget).

De alkoholrelaterede symptomer såsom afhængighed og øvrige konsekvenser kan belyses ved flere skalaer, der i tidens løb er udviklet. Der findes ikke nogen speciel dansk udgave, men internationalt er der udviklet en del.

Det er også vigtigt at få kortlagt den tidligere behandling, hvis der har været tale om en sådan. Alt for ofte får man ikke kortlagt, hvad patienten tidligere har modtaget med det resultat, at patienten bliver tilbudt samme behandling en gang til, på trods af at denne tydeligvis ikke hjalp patienten.

Vurderingen af patienten selv

Kortlægningen af patienten skal lede frem mod en minimums-beskrivelse af personen selv. Man stræber her mod at få et billede af patienten uafhængigt af hans alkoholforbrug. I mange tilfælde er patienten selvfølgelig præget af sit alkoholproblem, men

genstanden for denne del af kortlægningen er personen i sig selv; ikke alkoholproblemet. Man søger at altså at afdække, om patienten har problemer, der ikke kan forventes at løse sig, selvom alkoholproblemet bliver løst; problemer, der måske kan udløse misbrugs-tilbagefald, hvis man ikke er opmærksom på dem.

I minimumskortlægningen af patienten selv bør følgende områder belyses: arbejdsliv, familieforhold og hvordan patientens trives der, patientens psykiske og fysiske tilstand, væsentlige hændelser i livet og sociale færdigheder. En screening for problemer indenfor disse områder vil give behandleren et overblik over, hvorvidt der skal sættes ind med yderligere undersøgelser; specielt er det vigtigt at psykiatriske problemer identificeres.

Vurderingen af patienten selv bør således omfatte flere områder. Men der er selvfølgelig en øvre grænse for, hvor meget man skal kortlægge. Den initiale vurdering skal i første omgang alene fungere som screening af patienterne, hvorefter man kan gennemføre mere detaljerede special-kortlægninger i de tilfælde, hvor det skønnes nødvendigt, fx hvis screeningen tyder på nedsatte kognitive funktioner eller psykiatriske lidelser.

Formålet med en grundig vurdering af såvel alkoholproblemet som patienten selv er at danne sig et rimeligt detaljeret billede af netop dette alkoholproblem hos præcis denne patient på dette tidspunkt af forløbet.

Struktureret kortlægning i praksis

Ved systematisk at indsamle disse op-

lysninger ved behandlingsstart, kan behandleren sikre sig, at han har overblik over præcis denne patient og hans problem og sætter den rette behandling ind så tidligt som muligt. Behandleren kan altså forebygge egentlig fejlbehandling, som ellers kan udløses af, at der er aspekter, man ikke har kendt til.

Behandleren undgår desuden den nærliggende fælde, som ligger i, at "denne patient ligner de tidligere, jeg har haft. Hans situation er nok tilsvarende". Behandleren tvinger således sig selv til at betragte enhver patient som en ny og unik patient; noget, man ellers kan komme til at glemme, hvis man gennem flere år har arbejdet med misbrugere. Uden en fastlagt spørge-procedure kan man nemt komme til at føle, man har "hørt historien før"; at man kender alle svarene på forhånd.

Men en vedtagen spørgeprocedure er ikke blot et redskab til at sikre at man får den nødvendige information hvergang. Som behandler kan det almindeligvis være svært at spørge til følsomme områder af en patients liv, hvis patienten ikke selv tager dem op. Denne barriere mindskes betragteligt, når spørgsmålene ligger mere eller mindre formaliseret på bordet mellem behandler og patient. I spørgeskemaet får man altså som behandler et redskab til at overvinde den blufærdighed, der ellers kan forhindre i at man spørger til disse områder, fx. spørgsmål om suicidal adfærd, psykiske problemer og kriminel adfærd.

Det er dog klart, at det at spørge systematisk kræver, at behandleren

kan spørge empatisk, fordomsfrit og åbent. Patienten må ikke sidde med en fornemmelse af at være til eksamen eller blive spurgt ud blot for spørgsmålenes egen skyld. Hvis patienten tydeligt påvirkes af spørgsmålene og oplever, at de kommer for tæt på, må behandleren også give sig tid til at få spørgsmålet ordentligt afsluttet, ligesom der skal være plads til pauser i interviewet, hvis der er behov for det. Man kan afslutte vanskelige spørgsmål, der påvirker patienten følelsesmæssigt, med at konkludere, at det var godt at det kom frem, og at man kan tage det op i det egentlige behandlingsforløb.

Patientens oplevelse af strukturerede interviews

Et kritikpunkt, som strukturerede informationsindsamlinger ofte har stødt på fra behandlerens side, er at man ikke kunne "udsætte patienten for denne unødvendige udspørgen" på et tidspunkt, hvor patienten ofte er i krise. Man har derfor vægret sig ved at benytte sig af strukturerede, længerevarende for-samtaler og holdt sig til de langt mere løse samtaler på patientens egne præmisser.

For patienten behøver de strukturerede interviewssituationer dog ikke være en belastende situation. Tværtimod. I modsætning til den mere løse samtale, hvor patienten skal vælge ud, hvad han mener kan være interessant for behandleren at vide, giver det strukturerede interview en støtte til patienten: Han slipper for tvivlen om, hvad det er relevant at fortælle. Patienten vil jo netop ofte være i tvivl

om, om "dette nu virkelig er et problem, der kan tages alvorligt". Han vil være usikker på, hvordan behandleren vil reagere og på, hvad behandleren vil finde væsentligt. Men denne tvivl og usikkerhed vil formindskes betragteligt, ved at behandleren overtager styringen af informationsindsamlingen netop i denne kaotiske situation.

Hvis man, inden man går i gang, iøvrigt kort fortæller, hvilke områder spørgsmålene vil komme ind på, er der heller ikke spørgsmål, der kommer som en overraskelse for patienten. Det at få svar på spørgsmålene bliver i stedet en "fælles opgave" for behandler og patient, hvor målet er at få så megen rede som muligt på, præcist hvor problemerne befinder sig.

I modsætning til den løst funderede for-samtale, som nemt kommer til alene at handle om patientens problemområder, opnår man desuden ved en struktureret kortlægning af alle områder af patientens liv, at han får lejlighed til også at tale om områder, hvor der ikke er problemer. Informationsindsamlingen bliver derfor ikke nødvendigvis bare en snak om alle de områder, hvor tingene er gået galt, men også en kortlægning af det, der fungerer. Patienten får mulighed for også at vise sine stærke sider; til gavn for behandlerens indsigt, men også til gavn for patienten selv.

Bortset fra at interviewet ikke nødvendigvis er så følelsesmæssigt belastende for patienten, vil en decideret kortlægning af patienten også medføre, at det kommer til at stå klarere for patienten selv, hvor problemerne befinder sig. Patienten er ofte i en ka-

otisk situation, når han søger behandling: Tankerne kører rundt, og han oplever, at alting er forvirret og problematisk. Ved systematisk at spørge ud og notere ned, hjælper man patienten til at overskue og bringe system i kaos. Han vil få en oplevelse af, præcist hvor der er problemer, og hvor der ikke er det. Han vil simpelthen være bedre forberedt på selve behandlingen.

Patienten vil desuden efter et sådant interview føle, at han bliver betragtet som en hel person; han vil opleve, at behandleren har fået ordentlig besked om hans situation og baggrund. Netop personer med alkoholproblemer har ofte en latent angst for at blive "stemplet" og rubriceret som sociale tabere og alkoholikere; ved at spørge indgående til andre områder af patientens liv, får man udover et nøjere billede af problemer såvel som ressourcer også givet patienten oplevelsen af, at man ser ham som hel person og ikke blot som et "alkoholproblem". Dette er væsentligt, også selvom man bagefter sammen med patienten konkluderer, at hans problem alene består i et overforbrug af alkohol, og at man derfor alene koncentrerer behandlingen om at mindske dette.

Motiverende interviews og screeninger for alkoholproblemer

Man kan som nævnt anføre mange gode grunde til struktureret informationsindsamling. Yderligere et aspekt skal dog nævnes, nemlig interviewsituationens mulige motivationsskabende effekt. Miller (Miller, 1989b) har de-

monstreret, at hvis behandleren giver en konstruktiv feed-back på de oplysninger, patienten giver, så får kortlægningen en endog meget stor behandlingseffekt. Ordentlig og systematisk information om alkoholproblemet er således ikke blot noget, der kan give behandleren og behandlingsinstitutionen et udbytte. Selve den strukturerede informationsindsamling og feed-back proceduren på den, er af stor betydning for patienten selv. En systematisk kortlægning af alkoholforbruget kan således være medvirkende til en frugtbar dialog mellem behandler og patient (Andréasson et al, 1993). Den kan være medvirkende til, at patienten træffer beslutning om at ændre adfærd og eventuelt følger et egentligt behandlingsforløb. Man skal således ikke underkende det motivationsskabende, der kan ligge i selve kortlægningen; en effekt, man kan udbygge ved konstruktiv feed-back i selve interviewsituationen (se kapitlet om motivationsøgende samtaleteknik).

Kortlægningen kan, hvis behandleren er empatisk og accepterende, blive en god lejlighed for patienten til at få belyst, hvor "alvorligt" misbruget er. Konkrete, velmente råd fra behandleren om at ændre adfærd, sammen med signaler om, at det kan nytte, og det er muligt for patienten at ændre kurs, kan være meget effektfulde.

3.2. Addiction Severity Index

Addiction Severity Index (McLellan et al., 1980, 1992) er et interview-instrument, som er udviklet specielt til visitation, behandling og forskning/evaluering på misbrugsområdet.

Addiction Severity Index giver et mutidimensionelt billede af patientens situation inden for den sidste måned forud for interviewet. I løbet af interviewet spørges til syv dimensioner af patientens liv: Fysisk helbred, arbejde og økonomi, alkohol, narkotika og medicin, kriminalitet, familie og socialt netværk, og endelig psykisk helbred (se appendix II).

På disse syv områder undersøges kort for episoder livet igennem, derefter hvorledes situationen har været den sidste måned forud for interviewet. For eksempel spørges der i afsnittet om fysisk helbred først om, hvorvidt patienten nogensinde har været indlagt på hospital på grund af et fysisk problem og i givet fald hvornår. Dernæst spørges om forekomst af kroniske helbredsgener, om tilbagevendende indtagelse af ordineret medicin og om, hvorvidt patienten har fået bevilget pension p.g.af problemer med sit fysiske helbred. Efter denne hurtige screening for problemer med det fysiske helbred i løbet af patientens livsforløb, spørges til den aktuelle helbredssituation: Har patienten været syg indenfor den sidste måned? I givet fald i hvor mange dage? I givet fald, hvor plaget af gener med sit fysiske helbred har patienten været inden for den sidste måned? Hvor stort oplever patienten, at behandlingsbehovet aktuelt er?

Undersøgelsen af de syv områder af patientens liv er alle opbygget på samme måde, således at der først spørges til forekomst af problemer gennem livet, dernæst til den seneste måned,

til hyppigheden den seneste måned, til patientens subjektive oplevelse af alvorlighedsgraden og til patientens oplevelse af det aktuelle behandlingsbehov på det aktuelle område.

For at standardisere patientens subjektive oplevelse af alvorlighedsgrad, indeholder ASI en 5-point-skala (0-4), hvorpå patienterne kan markere, hvor alvorlige eller belastende deres problemer er. Skalaen skal udfyldes for hvert enkelt problemområde, og for dette område alene. Det vil sige, at man må forsøge at hjælpe patienten til at vurdere hver ting for sig. Vurderingen bygger på aktuelle problemer. Dvs. hverken potentielle problemer eller problemer, der ligger mere end en måned tilbage. Hvis patienten derfor umiddelbart inden vurderingen har fortalt, at han den seneste måned ikke har haft helbredsmæssige problemer, så vil vurderingen være "0=intet problem". Herefter benyttes en tilsvarende 5-pointskala til at vurdere behandlingsbehovet (0-4, hvor 0 svarer til intet behandlingsbehov og 4 til et meget stort behandlingsbehov). Det er her vigtigt, at disse patient-scorer ikke er udtryk for, hvorvidt en acceptabel behandling er til rådighed. Scoren skal alene udtrykke behovet for behandling, hvad enten der findes nogen effektiv behandling at tilbyde eller ej. Såfremt patienten allerede modtager behandling, skal scoren udtrykke, hvor vidt patienten har behov for yderligere behandling.

Denne screening på syv væsentlige områder af patientens liv, fulgt af patientens subjektive oplevelse af såvel

alvorlighedsgrad og behandlingsbehov, giver en god basis af arbejde ud fra i de konkrete behandlingsforløb.

ASI til brug for visitation

ASI er imidlertid også designet, så instrumentet kan bruges i selve visitationen. Når patienten er blevet interviewet, giver interviewerens sin vurdering af patientens behandlingsbehov på de syv områder. Interviewvurderingen foretages i to trin: Først vælger interviewerens et niveau, ud fra de objektive oplysninger, patienten har givet. Derefter justeres denne score i henhold til patientens egen subjektive angivelse af alvorlighedsgraden. Interviewerens skala er mere nuanceret end patientens, idet patientens går fra 0-4, hvor interviewerens kan bruge hele 10 cifre, eller rettere sagt: Interviewerens kan nuancere sin score ved at differentiere mellem halve værdier, sammenlignet med patientens.

Ligesom hos patienten selv, så er det også her vigtigt, at interviewerens scorerne ikke er udtryk for, hvorvidt interviewerens vurderer, at patienten kan få udbytte af en eventuel behandling. Scoren skal alene udtrykke behovet for behandling, hvad enten der findes nogen effektiv behandling at tilbyde eller ej. Såfremt patienten allerede modtager behandling, skal scoren udtrykke, hvor vidt patienten har behov for yderligere behandling.

Interviewerens vælger under første "trin" 2-3 værdier på sin ti-punkt-skala, og hensynet til patientens vurdering bestemmer så, hvilken af de 2-3 trin, interviewerens skal lægge sig fast på. Hvis patienten scorer højere end

interviewerens, vælges den højeste - og omvendt, hvis patienten scorer lavere. Hvis interviewerens er enig med patienten, vælges den midterste værdi. Patientens subjektive oplevelsen kan således påvirke interviewerens med værdien af "en halv" på interviewerens skala. Den eneste undtagelse er, hvis der helt oplagt er behov for behandling, og patienten benægter dette. I dette tilfælde skal interviewerens se bort fra patientens vurdering.

De væsentligste objektive faktorer, interviewerens skal bedømme på baggrund af, er:

Medicinsk status:

Antal indlæggelser

Kroniske lidelser

Arbejds-mæssigt:

Uddannelse

Beskæftigelse

Længste ansættelse

Mønstret i seneste arbejds-mæssige tilhørsforhold

Alkohol/stoffer:

Misbrugshistorie

Afholdenhedsperioder

Overdoser/delirium

Tidligere behandling

Kriminalitet:

Alvorlige sigtelser

Domme

Aktuelle sigtelser

Aktuel kriminel virksomhed

Familie/socielt:

Stabilitet og tilfredshed med familiesituationen

Stabilitet og tilfredshed med bosituationen

Tilfredshed med fritiden

Alvorlige konflikter

Problemer gennem livet med familien

Psykisk status:

Indlæggelser

Aktuelle og tidligere symptomer

Disse interviewerscorer siger noget om det mere fagligt, objektivt vurderede behandlingsbehov og kan derfor anvendes til visitationsformål.

ASI til forsknings- og evalueringsformål

ASI er imidlertid ikke blot udviklet til at kunne bruges til visitation og den efterfølgende behandling. ASI er også udviklet, så instrumentet kan måle forandring i patientens situation over tid. For hvert af de syv områder, som man undersøger ved hjælp af ASI, kan man ved hjælp af udvalgte spørgsmål udregne en såkaldt evalueringscore, baseret på hvordan patienten havde det på det pågældende område den sidste måned forud for interviewet. Evalueringscoren påvirkes både af mere objektive data (fx antal dage indenfor den seneste måned, patienten har drukket alkohol overhovedet, hvor mange dage patienten har haft et stofbrug af alkohol, og hvor mange penge, patienten har brugt på det) og af mere subjektive data (patientens oplevelse af drikkeriets alvorlighedsgrad og behandlingsbehov på grund af drikkeriet). På hvert område kan man udregne en sådan score, der ligger mellem værdien "0" og værdien "1". Jo tættere på nul, jo bedre har patienten haft det den sidste måned på det pågældende område. Ved at gentage et ASI interview med fx halve eller hele

års mellemrum, kan man således måle, hvorvidt der sker en bedre i patientens situation. Dette har særlig interesse, hvis man ønsker at vurdere effekten af sit behandlingstilbud på tværs af en stor gruppe patienter. De forskellige score-systemer er nærmere beskrevet i henholdsvis den amerikanske manual til ASI og vor danske udgave heraf (se appendix).

3.3. Psykiske symptomer

Tilstedeværelsen af psykiske symptomer i form selvmordsforsøg, selvmordstanker og regulære psykiatriske sygdomme er hyppigt forekommende hos alkoholmisbrugere (Hall og Farrel, 1997; Driessen et al., 1998) og medfører en øget kontakt til forskellige områder af sundhedsvæsenet (Li-Tzy, 1999).

Psykiske symptomer overses imidlertid hyppigt i et specialiseret sundhedssystem, hvor én sektor er eksperter i behandling af misbrug, mens andre sektorer er eksperter i psykiatriske sygdomme. Det er derfor væsentligt at forbedre de respektive alkoholbehandleres kendskab til de hyppigst forekommende psykiske lidelser hos alkoholmisbrugere, så behandlerne er i stand til at genkende og behandle dem. Behandles disse lidelser ikke sideløbende med misbruget, vil det medføre en dårligere prognose for denne gruppe alkoholmisbrugere (Helzer og Pryzbeck, 1988). I daglig praksis er det således vigtigt at kende de symptomer, der identificere de psykiske lidelser, så man efterfølgende kan give en effektiv behandling af disse tilstande.

Tabel 3. Depressionsdiagnostik (ICD-10R).

A. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldte

B. Mindst 2 (3) af følgende depressive kernesymptomer:

1. nedtrykthed
2. nedsat lyst eller interesse
3. nedsat energi eller øget træthedsgrad

C. Mindst 2 (4 eller 5) af følgende depressive ledsagesymptomer

1. nedsat selvtillid eller selvfølelse
2. selvbebrejdelse eller skyldfølelse
3. tanker om død eller selvmord
4. tænke- eller koncentrationsbesvær
5. agitation eller hæmning
6. søvnforstyrrelser
7. appetit- eller vægtændring

• Let grad: A + 2B + 2C

• Moderat grad: A + 2B + 4C

• Svær grad: A + 3B + 5C

De hyppigst forekommende psykiske lidelser blandt alkoholmisbrugere er depression, angst og personlighedsforstyrrelser. Vi har derfor valgt at inddrage de diagnostiske kriterier for disse tilstande i vor strukturerede kortlægning. Diagnoserne stilles ud fra ICD-10-forskningskriterierne (ICD-10R, 1993). Kriterierne hviler på en beskrivelse af sygdomssymptomer, og der skal være et givent antal af disse til stede, før diagnosen kan stilles.

I tabel 3 er depressionsdiagnosen vist som et eksempel. Som man kan se, er der ti mulige symptomer, der afgør, om diagnosen er til stede, og hvilken sværhedsgrad den har. I sig selv udgør de enkelte symptomer ikke et tilstrækkeligt grundlag for at stille diagnosen.

Efter indsamling af data om patienternes psykiske symptomer blev disse forelagt på alkoholambulatoriernes konferencer, hvor der altid var en psykiater til stede. Patienternes symptomer blev sammenholdt med patienternes samlede situation, og på basis af dette blev den endelige diagnose fastlagt af psykiateren. Udover patienter-

nes psykiatriske diagnoser blev der under kortlægningen indhentet oplysninger om tidligere og nuværende selvmordsadfærd. I denne forbindelse blev patienternes håbløsheds-tilstand vurderet ud fra Beck's skala (Beck og Weissman, 1974), idet tilstedeværelsen af håbløshed er den måske vigtigste prædikator for senere selvmordsadfærd (Benjaminsen, 1998).

3.4. Journal- og registerdata

Som led i vores forskning, blev patienternes journaler gennemgået ved hvert afsluttet behandlingsforløb, og der blev registreret oplysninger om antallet af behandlingssamtaler, afbrydelse af behandlingen, evt. medicinsk behandling, afslutningstidspunkt og evt. efterbehandling.

Fra det centrale edb-register i Fyns Amt indhentede vi desuden oplysninger om det antal indlæggelser og varigheden af disse på såvel somatiske som psykiatriske afdelinger i hele Fyns Amt, som patienterne havde. Oplysningerne dækkede de efterfølgende 12 måneder efter påbegyndt behandling på alkoholambulatorierne.

Den ambulante alkoholmisbruger

4.1. Deltagende ambulatorier

I begyndelsen af 90'erne, da Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Odense Universitetshospital, begyndte at udføre behandlingsforskning på Fyn, skete forskningen som nævnt i samarbejde med de to alkoholambulatorier i Odense og alkoholambulatoriet i Nyborg.

Disse tre ambulatorier udgjorde på daværende tidspunkt en afdeling under Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital. Organisatorisk udgjorde de tre ambulatorier én enhed således at forstå, at der var tale om én fælles ledelse for alle tre ambulatorier og at de tre ambulatorier delvis udførte forskellige funktioner. Ledelsen bestod af en psykiatrisk overlæge og en afdelingspsygeplejerske. Herudover var der en ledende socialrådgiver.

Ambulatoriet i Nyborg fungerede både som psykiatri- og alkoholambulatorie. På dette ambulatorie var ansat yderligere en psykiatrisk overlæge, som dog primært varetog behandlingen af de psykiatriske patienter. Der var desuden ansat to sekretærer, en sygeplejerske og to socialrådgivere til de to patientgrupper. En psykiatrisk afdelingslæge deltog de i lægelige opgaver i relation til alkoholpatienterne i Nyborg og Odense.

Personalet på alkoholambulatorierne i Odense bestod udover ledelsen af fire sekretærer, fire sygeplejersker, seks socialrådgivere samt en afdelingslæge. Denne afdelingslæge havde også opgaverne i relation til alkoholpatienterne i Nyborg.

Da forskningsarbejdet tog sin begyndelse, bestod behandlingen i ambulatorierne under Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital overvejende af støttende samtaler på et mere eller mindre stringent psykodynamisk grundlag. Der var ofte krav om sideløbende antabusbehandling. Herudover tilbød ambulatorierne akutbehandling i form af afrusning.

Som oftest var det sådan, at patienten mødte op i den akutte åbningstid. Enten påbegyndte han afrusning eller også gennemførte man en såkaldt "1.gangs-samtale", hvor man optog anamnese. I ugen herefter tog den behandler, der havde talt med patienten, sagen op på konference og patienten fik tildelt en kontaktperson; som oftest den behandler, der optog anamnesen. Kontaktpersonen havde herefter et samtaleforløb med patienten, som sagt af støttende karakter. Hvis kontaktpersonen skønnede det hensigtsmæssigt, kunne alkoholambulatorierne henvise til døgnbehandling på

Ringgården. Det samme kunne patientens egen læge eller hospitalsafdelinger.

Behandlingen svarede således til behandlingen på de øvrige alkoholambulatorier i Danmark (afsnit 2.1.).

4.2. Materiale og metode

Vi har bygget vore analyser på samtlige patienter, der deltog i studie 2 og 3. I begge studier er der tale om konsekutive og individuelle undersøgelser af alle patienter, der påbegyndte en psykosocial behandling ved alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg i to afgrænsede perioder, og som opfyldte inklusionskriterierne: ICD-10-R-diagnoserne omhandlende alkoholmisbrug, alder over 18 år, dansk statsborger, ikke psykotisk, uden svær organisk hjerneskade og uden terminal sygdom. Studie 2 foregik i perioden 15.11.95-30.01.97, og Studie 3 foregik i perioden 01.06.98-31.12.98.

I de to studie-perioder var der i alt 565 patienter, der påbegyndte en psykosocial behandling, 15 patienter ønskede ikke at deltage i forskningsprojektet. Vore analyser bygger derfor på data fra 550 patienter.

De patienter, der deltog i studierne, blev interviewet, når de var ædru og uden abstinenssymptomer. Det betød, at interviewet fandt sted i gennemsnit 2 uger efter henvendelsen til ambulatorierne. Interviewet foregik i henhold til The Addiction Severity Index (ASI), og der blev stillet psykiatriske diagnoser i henhold til ICD-10-R (forskningskriterier). En nærmere redegørelse for de to interviewinstrumenter er givet i kapitel III.

Interviewene blev gennemført af en gruppe på ni behandlere. Kvaliteten af dataindsamlingen blev sikret ved, at alle interviewerne deltog i otte undervisningssessioner, hvor interviewinstrumenterne nøje blev gennemgået. Der blev samtidigt udarbejdet en fylldig dansk manual til interviewinstrumentet (se appendix). For at sikre, at den enkelte behandler ikke ændrede praksis undervejs og for at kunne vurdere interraterreliabiliteten, blev der hver 2. måned i løbet af projektperioden gennemført testinterview med deltagelse af samtlige behandlere (interclas-korrelations-kvotienten=0,88, $p<0,001$).

Statistiske analyser

Ved sammenligning af forskellige gruppers gennemsnitsværdi er der anvendt uparret Studens t-test, ved bivariate analyser er anvendt Chi2-test med Yate's korrektion. Da der ved analyse af data er foretaget mange signifikans-test, er der risiko for multesignifikans. Vi har derfor valgt kun at fremhæve forskelle, der med 99% sandsynlighed ikke beror på en tilfældighed. Når der i resultatafnittet fremhæves, at en forskel er markant, betyder dette således: $p<0,01$.

Eftersom der indenfor de seneste år har været en særlig interesse for kønsforskelle blandt alkoholmisbrugere, er analyserne foretaget for hvert køn for sig.

4.3. Køn og alder

Patientgruppen bestod af 403 (73%) mænd og 147 (27%) kvinder. Størstedelen af patienterne var 25-44 år (60%). De 18-24-årige udgjorde kun 5% af patienterne. Blandt disse helt unge var 23 (92%) mænd og 2 (8%) kvinder. De ældre patienter over 60 år udgjorde 4% af patienterne, og køns-

fordelingen var som blandt de 25-59 årige. Der var ingen kønsforskelle hvad angik gennemsnitsalderen for den samlede patientgruppen, idet kvindernes gennemsnitsalder var 42 år, og mændenes 41 år.

4.4. Henvendelsesmønster

De fleste patienter henvendte sig på eget initiativ (59%), og kun 8% af patienterne var henvist af egen læge. Psykiatrisk Afdeling henviste 7% af patienterne, og der var dobbelt så mange kvinder som mænd, der var henvist herfra (5% mænd versus 11% kvinder). En del patienter var henvist fra Kriminalforsorgen (11%) som led i aftale om behandling efter spirituskørsel. Blandt henviste fra Kriminalforsorgen var 14% mænd og 3% kvinder ($p < 0,01$). Under 10% af patienterne blev henvist fra det somatiske sygehusvæsen.

4.5. Sociale forhold

Opvækstforhold

Patienterne blev spurgt om deres opvækstforhold før 16 års alderen (tabel 4). Godt 1/3 af patienterne var vokset op i en familie, hvor én af forældrene havde et alkoholproblem. En meget stor andel af patienterne (38%) havde levet adskilt fra én eller begge forældre i en del af barndommen. Langt den hyppigste årsag til adskillelsen var forældrenes skilsmisse (45% af tilfældene), mens den næsthypigste årsag var én af forældrenes død (17%). Den tredjehypigste årsag var anbringelse af patienterne uden for hjemmet (15%), og dette gjaldt for dobbelt så mange mænd som kvinder. Tendensen var dog ikke signifikant ($p = 0,087$). Alt i alt betyder dette, at 30% af patienterne beskrev, at deres barndom havde været præget af ustabile eller kaotiske forhold i familien.

Tabel 4. Opvækstforhold før 16 års alderen hos patienter, der påbegyndte behandling ved alkoholambulatorierne (procentvis angivelse).

	Mænd (N=403) %	Kvinder (N=147) %	Alle patienter (N=550) %
Alkoholmisbrug i familien			
Fader alkoholproblemer	28	33	29
Moderen alkoholproblemer	15	15	16
Adskilt fra forældrene	36	42	38
Forhold i familien			
Stabilt	73	63	70
Ustabilt	20	26	22
Kaotisk	7	11	8

Tabel 5. Samlivsforhold hos patienter, der påbegyndte behandling ved alkoholambulatorierne (procentvis angivelse)

	Mænd (N=403) %	Kvinder (N=147) %	Alle patienter (N=550) %
Med partner og børn	33	27	29
Med partner uden børn	21	27	23
Alene	32	26	30
Alene med børn	1	14	5
Alene men har børn	8	4	7
Andet	8	2	6

Samlivsforhold

I tabel 5 er angivet samlivsforholdene hos patienterne. Over halvdelen var samboende (52%), mens 42% boede alene uden partner. En del af de enlige havde hjemmeboende børn under 18 år (5%), omend dette stort set kun gjaldt kvindelige patienter.

De 550 patienter havde i alt 863 børn under 18 år: de fleste havde 2 eller flere hjemmeboende børn.

Det var ikke ualmindeligt, at patienten boede sammen med en misbrugende partner. Blandt de kvindelige patienter var der således 20%, som boede sammen med en anden alkoholmisbruger. Dette var kun tilfældet for 9% af de mandlige patienter.

Uddannelse og arbejdssituation

Godt halvdelen af patienterne havde gennemført 10. klasse, HF eller studentereksamen. Dette var særligt markant for de kvindelige patienter, hvor 66% havde gået mere end 10 år i

skole, mens det samme kun gjaldt 46% af mændene. På trods af denne kønsforskel i skoleuddannelse havde markant flere mænd skaffet sig en erhvervsuddannelse (se bilagstabel 1).

Halvdelen af patienterne var i fuldtidsarbejde og godt 1/4 var arbejdsløse. Der var således 76% af patienterne, som havde tilknytning til arbejdsmarkedet. Flertallet af patienterne var faglærte/ufaglærte arbejdere, og kun 14% tilhørte de højeste socialgrupper.

Der var markante kønsforskelle på arbejdsområdet, idet de kvindelige patienter generelt havde lavere socialgruppeplacering. Andelen af kvinder, der var ufaglærte eller uden for arbejdsmarkedet udgjorde således 69%, mens dette var tilfældet hos 53% af mændene ($p < 0,01$).

Blandt de arbejdsløse modtog 43% dagpenge fra A-kassen, mens de resterende patienter fik bistandshjælp. Langt de fleste patienter uden tilknyt-

ning til arbejdsmarkedet modtog førtidspension (72%).

Kriminalitet

Over halvdelen af patienterne (51%) havde været anklaget for spirituskørsel på et eller andet tidspunkt i deres liv. Blandt de anklagede havde over halvdelen én dom for spirituskørsel, og nogle få af patienterne havde over ti anklager. Der var markante forskelle mellem andelen af kvinder og mænd, der havde været anklaget for kørsel i spirituspåvirket tilstand. Således havde 61% af mændene oplevet at være blevet sigtet for spirituskørsel, mens dette kun gjaldt for 24% af kvinderne ($p < 0,01$).

Udover domme for spirituskørsel var 29% af patienterne dømt for anden kriminalitet på et eller andet tidspunkt igennem livet. Her sås ligeledes markante forskelle mellem mænd og kvinder, idet 35% af mændene havde modtaget en dom mod blot 12% af kvinderne ($p < 0,01$). Den samme kønsforskel gjorde sig gældende vedrørende fængselsdomme, idet 20% af mændene havde været i fængsel på et eller andet tidspunkt, hvor dette kun var hændt for 1% af kvinderne.

De hyppigste former for kriminalitet, der havde medført disse domme, var tyveri (39%), vold (20%) og falskneri (16%). Kvinderne var hyppigst blevet dømt for tyveri, mens mændene hyppigst var blevet dømt for vold.

Patienterne blev under interviewet bedt om at oplyse, hvorvidt de nogensinde havde udøvet voldelig adfærd, og i givet fald, om dette også var

hændt indenfor de sidste 30 dage før henvendelsen til ambulatoriet. Der var tilsyneladende ingen forskel mellem kønnene vedrørende voldelig adfærd, idet 10% af kvinderne og 7% mændene angav at have begået vold indenfor de sidste 30 dage før henvendelsen ($p = 0,349$). Alt i alt havde 27% af mændene og 19% af kvinderne udøvet voldelig adfærd ($p = 0,161$) på et eller andet tidspunkt gennem livet. At markant flere mænd end kvinder var blevet dømt for vold (23% versus 8%), kan skyldes, at mændenes vold var af grovere karakter end kvindernes.

4.6. Alkoholmisbrug

I tabel 6 er vist udvalgte alkoholdata. Hos såvel mænd som kvinder opfyldte 85% ICD-10-kriterierne for et alkoholafhængigheds syndrom, dvs at patienterne oplever en øget trang til alkohol, har en svækket evne til at styre drikkeriet, og at alkohol har en dominerende rolle i deres tilværelse. Patienterne oplever abstinenser og toleransudvikling og fortsætter ofte med at drikke trods erkendte skadevirkninger af misbruget.

Som det ses i tabel 6, foretrak mændene at drikke øl, mens kvinderne først og fremmest drak vin. Patienterne blev bedt om at angive det gennemsnitlige forbrug af alkohol på de dage, de havde drukket mest indenfor det sidste halve år før henvendelsen til ambulatoriet. Der var ganske store forskelle på, hvor meget patienterne havde drukket, idet forbruget varierer fra 3-4 genstande om dagen til ganske betragtelige mængder.

Tabel 6. Alkoholdata hos patienter, der påbegyndte behandling ved alkoholambulatorierne (procentvis angivelse)

	Mænd (N=403) %	Kvinder (N=147) %	Alle patienter (N=550) %
ICD-10 diagnoser			
Skadelig brug	15	16	15
Afhængighed	85	84	85
Drikkesort			
Øl	87	63	81
Vin	30	50	35
Spiritus	39	35	38
Drikkemønster*			
Drukket dagligt	51	42	49
Hovedsageligt drukket på fridage	10	8	9
Drikketure	23	22	22
Lejlighedsvis drukket i nogle dage	16	28	20
Har nogle gange drukket om morgenen	76	78	76
Har oplevet kontroltab	93	95	93
Har oplevet black-outs	59	60	60

* De sidste 6 måneder før påbegyndt behandling.

Gennemsnitligt havde patienterne drukket 25 genstande dagligt i løbet af de dage, hvor de drak mest.

Kvinder havde i gennemsnit et lavere forbrug (21 genstande) end mændene (27 genstande) ($p < 0,01$). Eftersom kvinder og mænd har forskellig vægt og kropsvæskemængde, må det formodes, at de to køn opnår samme promille ved det gennemsnitforbrug, der opgives. Langt de fleste patienter havde drukket dagligt det sidste halve år (tabel 6), og det var meget få, der kunne "nøjes" med at drikke på fridage (9%).

Alkoholmisbrugets sværhedsgrad illustreres ved, at 93% af patienterne havde oplevet kontroltab, og en meget stor andel drak fra morgenstunden og havde oplevet black-outs.

Problemets omfang

Gennemsnitspatienten havde drukket alkohol siden 17 års alderen (variationsbredden er 11-48 år). Blandt mændene havde 77% således drukket alkohol jævnlgt før 18 års alderen, og det samme havde 56% af kvinderne ($p < 0,01$). For halvdelen af patienterne begyndte alkoholoverforbruget (dvs en alkoholindtagelse på mere end 3 genstande om dagen) før 30 års alderen. Alkoholoverforbruget startede tidligere hos mændene, i det 57% af mændene oplyste, at alkoholoverforbruget var indtrådt før 30 års alderen, sammenlignet med 37% af kvinderne ($p < 0,01$). I gennemsnit varede det 13 år, fra patienterne begyndte at drikke alkohol jævnlgt, til de udviklede et regulært alkoholmisbrug. Der var dog

stor variation på dette område, idet nogle patienter med det samme begyndte at drikke for meget (7%), mens det for andre varede op til 42 år, inden de udviklede et overforbrug. Der var ingen kønsforskelle i den gennemsnitlige varighed af udviklingen af overforbrug.

Ved fremmøde på alkoholambulatoriet havde mændene i gennemsnit haft et alkoholmisbrug i 12 år, mens kvinderne havde haft misbruget i 9 år ($p<0,01$).

Tidligere behandling for alkoholproblem

En meget stor andel af patienterne (71%) havde tidligere søgt psykosocial behandling en eller flere gange for deres alkoholmisbrug i offentligt regi. Ganske få havde søgt alternativ behandling (8%), hos fx. Anonyme Alkoholikere eller A-klubberne.

Flertallet af patienterne havde søgt behandling relativt få gange før. Der var således 70% af patienterne, som havde søgt behandling under tre gange. Udover den psykosociale behandling havde 29% af patienterne været behandlet i rene afrusningsforløb, og 12% havde tidligere været indlagt med delirium tremens. Der var for ingen af de oplyste behandlingstiltag forskel mellem mænd og kvinder.

Andet misbrug

En mindre del af patienterne (10%) havde andet misbrug ud over alkohol. De to hyppigste misbrugsstoffer var hash (66%) og benzodiazepiner (16%). Blandingsmisbrugerne havde samme kønsfordeling som de "rene"

alkoholmisbrugere, men var markant yngre. De havde desuden et større alkoholmisbrug, målt ved indtagelse af genstande (32 versus 25 genstande dagligt) ($p<0,01$). Deres misbrug var startet tidligt, og de var hyppigere arbejdsløse end alkoholmisbrugere uden andet misbrug.

4.7. Psykiske forhold

Psykiatriske diagnoser

Psykiske lidelser var hyppigt forekommende blandt patienterne (tabel 7). 63% af kvinderne havde således en psykisk lidelse, og det samme havde 43% af mændene ($p<0,01$). Personlighedsforstyrrelser var den hyppigste lidelse hos begge køn. Sådanne lidelser kan sædvanligvis ikke behandles medikamentelt, men godt halvdelen af patienterne med personlighedsforstyrrelser havde også angst- eller depressionstilstande, der kan behandles psykofarmakologisk.

Som det ses i tabel 7, havde kvinderne markant hyppigere angsttilstande end mændene, det gjaldt specielt fobiske angsttilstande.

Subjektive oplevelse af psykiske symptomer

Patienterne blev bedt om at oplyse deres subjektive oplevelse af psykiske symptomer både gennem livet og indenfor de sidste 30 dage forud for henvendelsen til ambulatoriet (bilagstabel 2). For både angst- og depressionssymptomer var der langt flere patienter, der har oplevet disse symptomer indenfor de sidste 30 dage, end der var patienter, der levede op til kriterierne for egentlige angst- og depres-

Tabel 7. Psykiatriske diagnoser (ICD-10R-kriterier) hos patienter, der påbegyndte behandling ved alkoholambulatorierne^a (procentvis angivelse)

	Mænd (N=403) %	Kvinder (N=147) %	Alle patienter (N=550) %
Depression	10	14	11
Fobiske angsttilstande	8	23	12
Panikangst	4	7	5
Generaliseret angst	5	10	7
Personlighedsforstyrrelser	32	45	35

a) Patienterne kan have mere end én diagnose.

sionsdiagnoser. Der var for eksempel 18% af mændene, som beskrev depressive symptomer, men kun 10%, der fik stillet diagnosen depression. Forskellen mellem patienternes symptomoplevelse og den psykiatriske diagnose skyldes formentlig, at angst- og depressionssymptomer ofte ses i forbindelse med alkoholindtagelse eller i abstinensfasen, hvorfor angst- og depressionssymptomer først bør stilles efter minimum 14 dages afholdenhed.

I herværende undersøgelse er den psykiatriske diagnose først stillet, når patienten har været ædru og uden abstinenssymptomer. I gennemsnit var dette opfyldt 14 dage efter alkoholindtagelse. Når over halvdelen af patienterne oplyste, at de på et eller andet tidspunkt gennem livet havde oplevet angst- og depressionssymptomer, betyder det således ikke, at de opfyldte de diagnostiske kriterier for disse sygdomme.

En betydelig del af patienterne beskrev, at de havde haft hukommelses-

og koncentrationsproblemer, både tidligere gennem livet og umiddelbart forud for henvendelsen. Disse problemer kan være relateret til alkoholmisbruget, og det har naturligvis betydning for behandlingsindsatsen, idet man ikke i de første uger til måneder kan forvente, at patienterne fuldstændigt kan profitere af en intensiv psykoterapeutisk intervention.

Suicidal adfærd

Ved suicidal adfærd forstås selvmordstanker og selvmordsforsøg. Suicidal adfærd kan have stor betydning for tilrettelæggelsen af behandlingen, idet alkoholmisbrugere med suicidal adfærd ofte har sværere psykopatologi end de øvrige alkoholmisbrugere (Driessen et al., 1998).

Blandt de kvindelige patienter havde 51% haft selvmordstanker på et eller andet tidspunkt gennem livet, og 46% havde forsøgt at begå selvmord. Suicidal adfærd var markant hyppigere blandt kvinderne end mændene, hvor

37% havde oplevet selvmordstanker, og 19% havde forsøgt selvmord.

Blandt samtlige patienter havde 26% forsøgt at begå selvmord på et eller andet tidspunkt gennem livet. Patienterne havde i gennemsnit foretaget tre selvmordsforsøg (variationsbredde 1-30 forsøg).

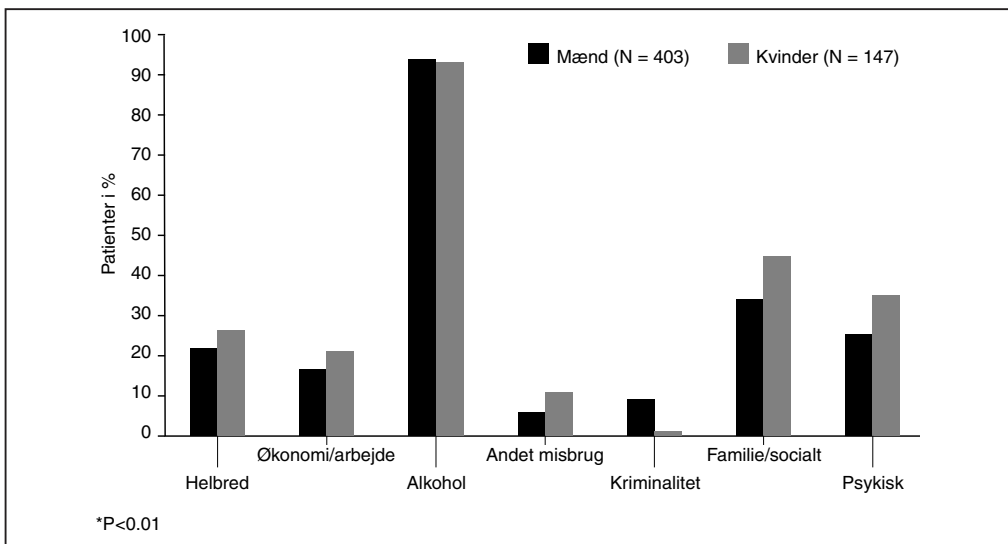
Indenfor de sidste 30 dage forud før henvendelsen havde 14% haft selvmordstanker, og det gjaldt både mænd og kvinder. Der var markant flere kvinder, der havde forsøgt selvmord indenfor de sidste 30 dage forud for henvendelsen (8% blandt kvinderne mod 3% blandt mændene) ($p < 0,01$).

Tidligere behandling for psykiske problemer

Den hyppige forekomst af psykiske problemer kunne også aflæses af et stort forbrug af forskellige former for psykologisk/psykiatrisk behandling.

Over halvdelen (56%) af patienterne oplyste således, at de havde modtaget behandling for et psykologisk/psykiatrisk problem, fx. hos egen læge, ambulant i psykiatrien eller under indlæggelse på psykiatrisk hospital. Blandt mændene var 39% blevet behandlet ambulant og 21% under indlæggelse, og blandt kvinderne var henholdsvis 69% blevet behandlet ambulant og 41% under indlæggelse ($p < 0,01$). Patienterne havde også fået megen psykofarmakologisk behandling. 76% af kvinderne havde således på et eller andet tidspunkt fået ordineret nervemedicin og det samme gjorde sig gældende for 43% af mændene ($p < 0,01$). De sidste 30 dage forud for henvendelsen til ambulatoriet var 50% af kvinderne blevet behandlet med nervemedicin, og det samme var 23% af mændene ($p < 0,01$).

Figur 2. Patienter med moderat/stort behandlingsbehov ved henvendelsen til alkoholambulatorierne.



4.8. Behandlingsbehov

I figur 2 ses behandlerens vurdering af, hvorvidt patienterne havde et moderat til stort behandlingsbehov inden for de syv ASI-områder. Det er ikke overraskende, at det største behandlingsbehov gjaldt alkoholmisbruget. Derudover skønnede behandlerne, at mange patienter havde behov for behandling vedrørende familiære/sociale forhold og psykiske lidelser.

De kvindelige patienter havde markant større behandlingsbehov end mændene på det familiære/sociale område og en tendens til et større behandlingsbehov, når det gjaldt psykiske lidelser ($p=0,024$).

Man kan forestille sig, at der er tale om patientgrupper med forskellige typer behandlingsbehov, der henvender sig på henholdsvis ambulatorier i store og små byer. Vi har derfor undersøgt, om der var forskelle i behandlingsbehovet blandt patienterne ved alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg. Patienterne i Nyborg viste sig at have markant større behandlingsbehov vedrørende erhverv/-økonomi og psykiske lidelser end patienterne i Odense. Forskellen kan skyldes, at tærsklen for at søge behandling er større i mindre byer, hvilket indebærer, at patienternes psykosociale problemer er mere udtalte, når de møder til behandlingen.

4.9. Konklusion

Det kan sandsynliggøres, om de her beskrevne patientkarakteristika kan generaliseres til alle alkoholambulatorier i Danmark, ved at sammenligne vore resultater med Socialforskningsinstituttets undersøgelse af danske al-

koholambulatorier i perioden januar 1985 til juni 1987 (Skinhøj et al., 1998). Socialforskningsinstituttets undersøgelse omfattede 16.033 patienter ved 58 ud af 61 alkoholambulatorier i Danmark. Data i denne undersøgelse blev indsamlet ved hjælp af spørgeskemaer, og flertallet af de karakteristika, man her indsamlede, kan i de fleste tilfælde umiddelbart sammenlignes med vore data (tabel 8).

I Socialforskningsinstituttets undersøgelse er misbrugets sværhedsgrad dog ikke rubriceret ud fra ICD-10-kriterierne. Socialforskningsinstituttet skelner imellem kroniske misbrugere, der i stor udstrækning kan sidestilles med ICD-10-afhængighedssyndromet, og et umådeholdigt misbrug, der er synonymt med et alkoholoverforbrug og tilnærmelsesvist svarer til ICD-10-kriterierne for skadeligt brug. Sammenligner vi Socialforskningsinstituttets inddeling af misbruget med vore resultater, er der markant flere patienter i vores undersøgelse, der er alkoholafhængige. Dette er imidlertid det eneste patientkarakteristikum, der afviger fra fundene i Socialforskningsinstituttets 10 år ældre undersøgelse. Patienterne i vor undersøgelse er således sammenlignelige med den landsdækkende undersøgelse, når det gælder henvendelsesmønster, køn, alder, civilstand og arbejdsmarkedstilknytning. Og på trods af, at der er 10 år mellem de to undersøgelser, har klientellet ved alkoholambulatorierne tilsyneladende ikke ændret sig væsentligt.

På baggrund af de sammenlignelige data finder vi det sandsynligt, at patientkarakteristika i vores undersøgelse

Tabel 8. Udvalgte karakteristika hos patienter i egen undersøgelse sammenlignet med Socialforskningsinstituttets undersøgelse^a (procentvis angivelse)

	Patienter i egen undersøgelse (N=550) %	Socialforskningsinstituttet (N=16.033) %
Misbrugets sværhedsgrad^b		
Skadelig brug	15	47
Afhængighed	85	51
Henvisningsmåde		
Eget initiativ	59	55
Henvist via læge, hospital eller andet	41	43
Køn		
Mænd	73	74
Kvinder	27	26
Alder		
15-24 år	6	9
25-44 år	60	63
45 år +	35	28
Civilstand		
Samboende	52	42
Enlig	48	58
Arbejdsmarkedstilknytning		
I arbejde	50	43
Arbejdsløs	26	32
I alt i arbejdsstyrken	76	75
Uden for arbejdsstyrken	24	26

a) Omhandler alle landes ambulatorier, se i øvrigt tekst side 42.

b) Forskellige definitioner, se i øvrigt tekst side 42.

dækker alle landets alkoholambulatorier. Alkoholmisbrugere, der møder til psykosocial behandling ved landets alkoholambulatorier er således formentlig karakteriseret ved at være først i 40'erne. De er ikke, som mange tror, præget af et kronisk invaliderende misbrug med en svær social deroute. De fleste er nok alkoholfafhængige, men mange har faste parforhold og børn. Patienterne er i deres bedste ar-

bejds mæssige alder, og flertallet har kontakt til arbejdsmarkedet. En meget stor andel har psykiske problemer, der kan behandles.

Der er væsentlige forskelle mellem mandlige og kvindelige alkoholmisbrugere, og som det fremgår af nedenstående, er det en gruppe mennesker, som fortsat har mange ressourcer, der kan være til gavn for samfundet. Det er derfor vigtigt, at alene ud fra

en samfundsøkonomisk og økonomisk ressourcevurdering, at kvaliteten af den ambulante alkoholmisbrugsbehandling er på et højt niveau.

Typiske karakteristika hos mandlige alkoholmisbrugere

Den typiske mandlige alkoholmisbruger i det ambulante behandlingssystem har henvendt sig sig på eget initiativ. Han har drukket alkohol jævnligt siden 15 års alderen og har haft et overforbrug af alkohol (over 21 genstande om ugen) i 12 år, før han henvender sig til alkoholambulatoriet. Han er tilknyttet arbejdsmarkedet og ofte i arbejde. Han er samboende og har børn. De væsentligste problemer ud over alkoholmisbruget er af social og psykisk karakter.

Typiske karakteristika hos kvindelige alkoholmisbrugere

Den typiske kvindelige alkoholmisbruger i det ambulante behandlingssystem har haft et overforbrug siden 30 års alderen. Ved henvendelsen til alkoholambulatoriet har overforbruget været i 9 år. Hun er ofte arbejdsløs eller på bistandshjælp. Hun er samboende og har børn. De væsentligste problemer ud over alkoholmisbruget er af social og psykisk karakter, og det er ofte sværere problemer end hos den mandlige alkoholmisbruger. Hun lever i ikke så få tilfælde sammen med en alkoholmisbrugende mand.

At øge patientens accept og medvirken til behandling (studie 1)

5.1. Compliance hos alkoholmisbrugere

Manglende compliance i behandlingen er et universelt problem inden for sundhedsvæsenet. Med compliance forstås, at patienten accepterer og medvirker til en given behandling.

I praksis forbindes compliance hyppigt med patientens overholdelse af den medicinske behandling, som en læge har ordineret. Men compliance dækker imidlertid også fx. fremmøde til aftalte konsultationer og overholdelse af livstilsændringer som led i behandlingen (Haynes et al., 1979).

Compliance er i særlig høj grad et problem, når det gælder kroniske sygdomstilstande, der optimalt set fra et behandlingsmæssigt perspektiv bør lede til livstilsændringer og langvarig behandling. Det er således almindeligt blandt diabetes- og hypertensionspatienter, at mindre end 50% af patienterne overholder de anbefalinger, som de har fået af lægen (O'Brien og McLellan, 1996). I en større metaanalyse af 164 studier af compliance ved medicinsk behandling fandt man således,

at næsten halvdelen af patienterne (42%) ikke fulgte de ordinationer, som de havde fået (Macharia et al., 1992).

Manglende compliance medfører et ressource-overforbrug af sundhedsvæsenets ydelser i form af behandlingsoverlap, hospitalsindlæggelser og skadestuebesøg, der kunne være undgået, hvis patienten havde udvist compliance. Et sådant ressourceforbrug øger sundhedsvæsenets udgifter og forlænger ventelisterne for patienter, der har behov for behandling. Tiltag, der fremmer compliance, har derfor en væsentlig sundhedsmæssig betydning.

Det er imidlertid ikke blot patienter i medicinsk behandling, der udviser manglende compliance. Præcist som andre patientgrupper, udviser alkoholmisbrugere også ringe compliance. Det er fx. typisk, at 17% af de alkoholmisbrugere, der påbegynder ambulante behandling, afbryder den igen allerede efter første fremmøde. Efter 1-4 uger har yderligere 26% afbrudt behandlingen, og efter 2-5 måneder er atter 30% ophørt. Det er faktisk kun 27%, der fortsætter be-

handlingen udover 6 måneder (NIAA, 1997).

Flertallet af undersøgelser om compliance har fokuseret på faktorer hos patienterne, som kan have betydning for den manglende compliance. I dette kapitel vil vi beskrive vort interventionsstudie, som i stedet for at fokusere på patientfaktorer i sig selv, i stedet fokuserede på den setting, i hvilken behandlingen blev tilbudt alkoholmisbrugere samt fokuserede på, hvordan behandlingen blev formidlet i forhold til patienterne. Compliance blev i undersøgelsen vurderet ud fra patienternes fremmøde til aftalte konsultationer, dvs. at manglende fremmøde blev betragtet som manglende compliance. Fremmøde har nemlig vist sig at være et godt udtryk for compliance på andre områder (Wright, 1993).

Formålet med undersøgelsen var som sagt at undersøge, hvilken betydning settingen og formidlingen af behandlingen havde for compliance, samt undersøge hvorvidt god compliance medførte forbedret langtidsprognose for patienterne. Det teoretiske udgangspunkt for undersøgelsen var teorien om forandringsprocessen samt matchningshypotesen, der begge blev beskrevet i kapitel II. I undersøgelsen antog vi således, at patienternes accept og medvirken til behandling var afhængig af, hvorvidt både behandlingen og terapeuten matchede til patienten. I undersøgelsen udvalgte vi derfor forskellige behandlingsstrukturer og beskrev en hypotetisk matchningsmodel, som byggede på, at samspillet mellem patient, terapeut og behand-

ling havde betydning for compliance i såvel motivationsfasen som i den aktive behandlingsfase. Denne model blev testet i et eksperimentelt design, som skal beskrives nedenfor.

5.2. Materiale og metode

Behandlingens struktur

Vi valgte at undersøge, hvilken betydning strukturen i behandlingen havde for compliance i stedet for at fokusere på behandlingsstrategier med specifikke teoretiske referencerammer, fx. kognitiv terapi, familierapi eller psykoanalytisk orienteret psykoterapi.

I undersøgelsen tilbød vi derfor henholdsvis en højt og en lavt struktureret behandling. Den højt strukturerede behandling var kendetegnet af tydelig information, forståelige behandlingsmetoder og målsætning. Behandlingen var terapeutstyret og rettet mod problemer i patientens aktuelle livssituation. Planlægningen af behandlingen skete ud fra en behandlingskontrakt, hvor der blev opstillet behandlingsmål og beskrevet, hvilken adfærd man forventede af såvel patient som terapeut under forløbet. Teknikken ved anvendelse af behandlingskontrakt er beskrevet af Rosen (Rosen, 1978).

Den lavt strukturerede behandling var kendetegnet af mere kompleks information, og behandlingsmetoderne blev ikke nøjere specificeret. Terapeutens intervention blev bestemt af, hvad patienten bragte op i konsultationerne. Interventionerne havde til hensigt at udforske problemer, når de opstod. Terapeuten var lyttende og reflekterende, og det var patientens eget

ansvar at definere målsætning og overholde aftaler.

For begge behandlingsstrukturer udarbejdede vi manualer. Behandlingen blev superviseret af trænede terapeuter. Ved stikprøver med kvalitative interviews sikredes, at manualerne blev overholdt af terapeuterne. Ved påbegyndelse af behandlingen blev patienternes samlede situation kortlagt. De blev herefter tilbudt 12 måneders individuel behandling, der enten kunne være højt eller lavt struktureret. Antallet af konsultationer igennem de 12 måneder blev bestemt af patienten og terapeuten, der var dog krav om fremmøde mindst én gang hver måned. Der var intet krav om antabusbehandling.

Matchningsmodellen

Studiets matchningsmodel var udviklet ud fra den konceptuelle systemteori (Harvey et al, 1961; Hunt, 1971), som er anvendt inden for den pædagogiske forskning. Teorien beskriver, hvorledes interaktionen mellem studerende, lærere og strukturen i undervisningen har betydning for fastholdelse af de studerende i undervisningssituationen.

Den konceptuelle systemteori handler om menneskets måde at opleve sig selv og sin omverden på. Teorien beskriver menneskets konceptuelle niveau (conceptual level: CL), som udtryk for dets indstilling over for strukturen i miljøet, til normer og autoriteter samt dets evne til at løse konflikter. Ifølge teorien strækker menneskers CL sig over et kontineum

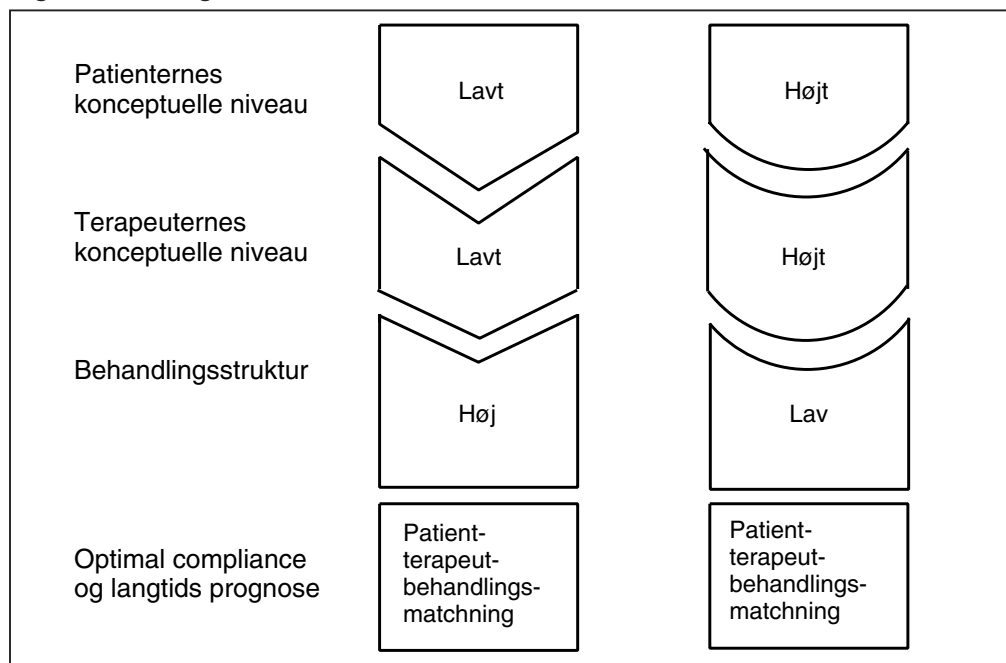
fra højt til lavt. De studerendes CL har betydning for, hvilken undervisningsstruktur, der matcher til dem, og lærerens CL har betydning for, hvilket undervisningsmiljø han skaber.

I vort studie blev patienterne og terapeuterne rubriceret ud fra deres CL. Patienterne på højt konceptuelt niveau var de, der var kendetegnet ved uafhængighed, tolerance, selvrefleksion og styret af indre stimuli. Patienter på lavt konceptuelt niveau var derimod karakteriseret ved at være styret af ydre faktorer, de var autoritetsbundne og havde svært ved at skelne mellem egne og andres behov.

Terapeuter på højt konceptuelt niveau betragtede ikke sig selv som autoritære, handler intuitivt, afventende, empatisk, lyttende og reflekterende. Terapeuter på et lavt konceptuelt niveau var derimod autoritære, styrende, teoribundne og krævede rationelle begrundelser.

Studiets matchningsmodel (figur 3) havde som hypotese, at en behandling, der var højt struktureret og formidlet af en terapeut på lavt CL, ville matche patienter med lavt CL. Patienter med højt CL burde derimod behandles af terapeuter med lignende CL ud fra en lavt struktureret behandlingsstrategi. En optimal matchning ville ifølge studiets hypotese medføre en styrkelse af compliance og dermed en forbliven i behandlingen, mens en fejlmatchning ville medføre manglende compliance, en afbrydelse af behandlingen og dermed et ringere resultat.

Figur 3. Matchingmodel



Analysestrategi og definition af compliance

Studiets matchningshypotese blev undersøgt dels i forhold til patienter, der gennemførte motivationsfasen og dels i forhold til de, der derudover også gennemførte den aktive behandlingsfase i den tidligere omtalte forandringsproces (afsnit 2.2.).

Ved analyse af compliance i motivationsfasen undersøgte vi derfor, om korrekt matchning i forhold til vores hypotese medførte, at flere patienter gennemførte denne fase. Motivationsfasen blev defineret som de fire første konsultationer ud fra Miller et al.s beskrivelse af, hvor vigtige de fire første konsultationer er for patientens beslutning om at gøre noget aktivt for deres alkoholmisbrug (Miller et al., 1994). Analyse af matchning og com-

pliance i den aktive behandlingsfase byggede således på de patienter, der gennemførte motivationsfasen. *Compliance i denne fase blev defineret ved, at patienterne, der ophørte med behandling eller udeblev fra de aftalte konsultationer svarende til 25% af den aftalte behandlingsperiode på 12 måneder, blev betragtet som visende manglende compliance. Det samme gjaldt patienter, der påbegyndte behandling andet sted.*

Ud over testning af matchningshypotesen udførte vi også eksplorerende analyser med henblik på at identificere andre behandlingsvariable (prædiktorer), der kunne have betydning for gennemførelse af såvel motivationsfasen som den aktive behandlingsfase. Under analyserne med henblik på at finde prædiktorer for gennemførelse af

Tabel 9. Variable der indgår i analyserne omhandlende relationen mellem motivation, behandling og matchning

Basisvariable: Køn, alder, civilstand, har nære venner, patientens konceptuelle niveau, ASI interviewscore vedrørende alvorlige problemer (score 6-9) vs. ingen/moderate problemer (score 0-5) baseret på følgende variable: Medicin, erhverv, alkohol- og medicinforbrug, kriminalitet, familie/social, psykiske problemer.

Behandlingsvariable: Patient-terapeut-behandlingsmatchning, patient-terapeutmatchning, patient-behandlingsmatchning, terapeutens konceptuelle niveau, antabus, psykofarmakologisk behandling, behandlingsstruktur, antal af konsultationer.

Alkoholrelaterede problemer gennem behandlingsperioden: Variable, som beskrevet i the Problem Drinking Scale (PDS): Klager fra arbejdsgiver, arbejdsløshed, ægteskabelige problemer, fysiske problemer, medicinsk behandling, anholdelse, hospitalsindlæggelser/ambulant behandling, kontroltab, black-outs, abstinenser, morgendrikketrang, sygemeldt, klager fra familie eller venner.

Effektvariable: ASI-evalueringscore 24 måneder efter påbegyndt behandling omhandlende sværhedsgraden af medicin, erhverv, alkohol- og medicinforbrug, kriminalitet, familie/soziale og psykiske problemer.

såvel motivationsfasen som den aktive behandlingsfase sammenlignede vi de patienter, der gennemførte de to faser med de patienter, der ikke gennemførte.

I tabel 9 er angivet de variable, der indgår i de eksplorerende analyser. For at finde prædiktorer for gennemførelse af motivationsfasen, sammenlignede vi først de patienter, som gennemførte de fire første konsultationer med dem, som ikke gjorde det. Ved den senere analyse af prædiktorer for compliance i den aktive behandlingsfase, indgik kun de patienter, der havde gennemført mere end fire konsultationer.

Evalueringsinstrumenter

Paragraph Completing Methode

(PCM): Patienternes og terapeuternes CL blev bestemt ved scoring ud fra en manual (Hunt et al., 1977). Scoringen var baseret på tre typer spørgsmål: Der

var ét spørgsmål, som omhandlede tilstedeværelsen af alternativer, usikkerhed eller mangel på struktur ("når jeg ikke er sikker"), tre spørgsmål, som angav tilstedeværelsen eller fravær af ydre styring ("hvad jeg mener om regler?", "hvad jeg mener om forældre?" og "når jeg får at vide, hvad jeg skal gøre"), to spørgsmål omhandlende mellem menneskelige konflikter ("når jeg bliver kritiseret", "når der er nogen, der ikke er enig med mig").

Testen blev besvaret skriftligt af patienterne eller ved diktat til intervieweren, fx hvis patienten havde svært ved at læse eller skrive. For hvert spørgsmål kunne scores fra 0-3, og gennemsnittet af de tre bedste scorer udgjorde det endelige mål for CL.

The Addiction Severity Index (ASI) indeholder såvel en kortlægningsscore som en evaluerings score. Kortlægningsscoren er baseret på forekomsten

af symptomer inden for de sidste 30 dage forud for interviewet. I jo flere dage patienten har været belastet, desto højere er scoren. For detaljeret beskrivelse af ASI se kapitel III. I her-værende studie er problemerne sammenfattet i to kategorier: patienter med få/moderate problemer scorer 0-5, patienter med svære problemer scorer 6-9.

ASI evalueringsscoren er ligeledes baseret på forekomsten af symptomer inden for de sidste 30 dage forud for opfølgingsinterviewet. Der kan scores mellem 0-1, hvor 0 betyder ingen problemer, og 1 betyder maksimale problemer. For nærmere redegørelse for vægtningen af de forskellige variable og grundprincipperne henvises til kapitel III samt manual i appendix.

Ud over spørgsmålene i ASI blev der medtaget spørgsmål fra The Problem Drinking Scale (PDS) (Valliant, 1983). PDS omhandler alkoholrelaterede problemer fra behandlingens start og 12 måneder frem til opfølgingsinterviewet.

Patienter, terapeuter, randomisering og opfølgning

Forud for dette første studie blev det beregnet, at der skulle indgå 150 patienter i undersøgelsen, hvis vore resultater skulle være pålidelige. Ved beregning af undersøgelsesgruppens størrelse blev accepteret en type 1-fejl på 5% og en type 2-fejl på 10%, og der blev ud fra litteraturen forventet et bortfald på 30%.

Patienter, der fra den 1. januar 1993 påbegyndte en psykosocial behandling ved alkoholambulatorierne i

Odense og Nyborg, fik tilbud om at deltage i undersøgelsen. Patienterne deltog frivilligt uden honorering. Ønskede patienterne ikke at deltage, fik de tilbudt ambulatoriernes sædvanlige behandling, der bestod af konsultationer efter aftale og frivillig antabusbehandling. Patienterne blev ekskluderet af undersøgelsen, hvis de var demente, psykotiske, svært kriminelle (over 12 måneders fængsel), dømt til behandling eller blev behandlet andet sted. Indtaget af patienter fortsatte, indtil der var 150 deltagere i undersøgelsen. Samtidigt blev det registreret, hvor mange patienter der i samme tidsrum blev ekskluderet eller ikke ønskede at deltage.

Der deltog ni behandlere i undersøgelsen. Behandlerne havde på forhånd valgt, om de ville behandle ud fra en løst eller fast struktureret behandlingsstrategi. Behandlerne besvarede PCM og fik tildelt et terapeutnummer. Svaret på testen blev opbevaret i lukket kuvert sammen med terapeutnummeret, og kuverterne blev først åbnet ved undersøgelsens afslutning.

Blandt de ni behandlere var der tre, der valgte en højt struktureret behandlingsstrategi, og seks valgte en lavt struktureret strategi. Deres terapeutnummer blev herefter fordelt i 150 kuverter, således, at der var 75 med højt struktureret behandling og 75 med lavt struktureret behandling. Efter at patienterne havde accepteret at deltage i undersøgelsen, blev de interviewet af en af ambulatorierne uafhængig forsker. Interviewet skete ud fra ASI og PDS, og patienternes kon-

ceptuelle niveau blev bestemt ud fra PCM, som herefter blev opbevaret separat.

Efter interviewet trak patienterne en kuvert med terapeutnummer og afleverede dette til ambulatoriets sekretær, der ud fra en kodebog tildelte patienten den terapeut, hvis navn svarede til det udtrukne nummer. Patienterne fik således ved denne procedure tildelt den fremtidige behandling og behandler. Randomiseringsproceduren sikrede, at såvel behandler som interviewer var blindet med hensyn til, om patienterne var matchet eller fejlmatchet til terapeut eller behandlingsstruktur.

I behandlingsforløbet registrerede behandlerne dato for afbrydelse af behandling. Patienterne blev 12 og 24 måneder efter behandlingens påbegyndelse geninterviewet af samme interviewer i henhold til ASI. Efter afslutning af undersøgelsen blev patienternes og behandlernes CL bestemt af to trænede bedømmere, der uafhængigt bedømte samtlige PCM. Denne bestemmelse skete helt anonymt, og uden at de to bedømmere under analysen vidste, hvem der var behandler og hvem, der var patient, samt heller ikke vidste, hvilke patienter, der blev behandlet af hvilke behandlerne. Interraterreliabiliteten blev ved anvendelse af Spermans test beregnet til 0,75. Patienternes gennemsnitlige CL var 1,23 (SD=0,45). Den gennemsnitlige CL-værdi for de ni behandlere var 2,06 (SD=0,40). I overensstemmelse med Hunts typeinddeling (Hunt, 1971) blev patienterne med $CL < 1,5$ rubriceret på lavt CL og de resterende

på højt CL. Behandlere med $CL \leq 2$ blev rubriceret på lavt CL, og behandlere med $CL > 2$ på højt CL.

Statistiske analyser

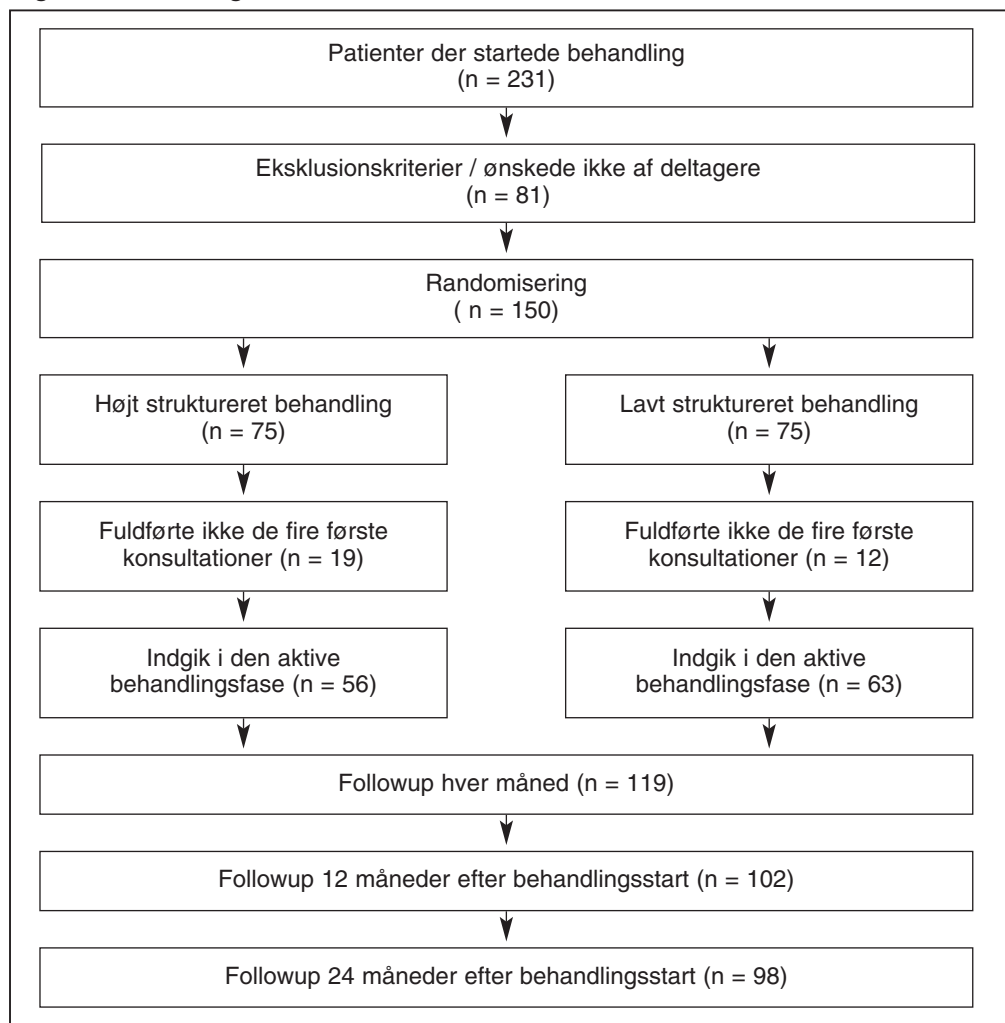
Ved testning af matchningshypotesen blev der ved sammenligning af forskellige gruppers gennemsnitsværdier anvendt Studens t-test. Når der blev sammenlignet flere gennemsnitsværdier, blev der anvendt ANOVA med Bonferroni korrektion. For dikotome data anvendtes Chi2 -test. Ved de eksplorerende analyser blev materialet analyseret som en case-control undersøgelse. Som associationsmål blev anvendt Odds Ratio (OR), der angiver sandsynligheden for at gennemføre henholdsvis motivationsfasen eller den aktive behandlingsfase ved en given prædiktor, udtrykt i forhold til kontrolgruppen bestående af patienter, der ikke gennemførte de enkelte faser. Ved samtlige data blev der foretaget en indikatorvariabel-kodning, hvilket betyder, at der for den enkelte variable blev kodet 0 for fravær af det pågældende karakteristikum og 1 for tilstedeværelse af det. De kontinuerte variable blev kategoriseret ud fra middelværdien, dog blev alder under 40 år kodet som 0, mens alder fra 40 år og derover blev kodet som 1.

Efter kategorisering af variablerne blev der gennemført bivariate analyser ved anvendelse af Chi2-test og - hvor det var relevant - Fishers eksakttest. Ud fra de bivariate analyser blev udvalgt samtlige variable med signifikansniveau $\approx 0,1$. Efter udvælgelsen af eksplorerende variable blev der udført logistiske regressionsanalyser, hvorunder der blev kontrolleret for flere prædiktorer samtidigt. Som signifikansniveau blev valgt $p < 0,05$.

5.3. Resultater

I perioden januar 1993 til november 1993 var der 231 patienter, som startede behandling ved alkoholambulatorierne (figur 4). 72 (31%) patienter blev ekskluderet; de ekskluderede patienter var overvejende patienter, som

Figur 4. Studiedesign



var henvist fra Kriminalforsorgen som led i aftale om behandling efter spirituskørsel. Der var 9 (4%) patienter, som ikke ønskede at deltage. 19 (25%) af de 75 patienter, der var randomiseret til den højt strukturerede behandling, gennemførte ikke de første fire konsultationer, svarende til motivationsfasen. Det samme var tilfældet for 12 (16%) af de 75 patienter,

ter, som var randomiseret til den lavt strukturerede behandling ($p=0,158$).

Ved påbegyndelse af behandlingen var der ingen signifikante forskelle imellem de patienter, der modtog en højt eller lavt struktureret behandling, når det gjaldt følgende variable: alder, varigheden af alkoholmisbruget, konceptuelle niveau, sværhedsgraden af helbred, misbrug, kriminalitet og psy-

kosociale problemer beskrevet ud fra ASI-værdierne.

Gennemførelse af motivationsfasen

Da vi testede matchningshypotesen i forhold til gennemførelse af motivationsfasen, blev denne forkastet, idet der ikke var nogen signifikant forskel i forhold til gennemførelse mellem de patienter, der var fejlmatchet eller matchet til enten behandler eller både behandler og behandling. Under de videre analyser fandt vi imidlertid, at patienterne med lavt CL havde signifikant større sandsynlighed for at gennemføre motivationsfasen, hvis deres behandler havde højt CL. Blandt patienter med højt CL havde behandlerens CL ingen signifikant betydning for, om de gennemførte eller ikke gennemført motivationsfasen.

Der blev herefter gennemført eksplorative analyser og bestemt Odds Ratio for gennemført motivationsfase ved logistisk regression. Disse analyser viste, at patienter med svær psykisk sygdom havde fem gange større sandsynlighed for at gennemføre motivationsfasen, hvis de fik en psykofarmakologisk behandling. Analyserne viste også, at såfremt patienterne fik antabus i den første måned i behandlingsforløbet, var der tre gange så stor sandsynlighed for at gennemføre motivationsfasen i forhold til patienter, der ikke fik antabus (Nielsen et al., 2000a).

Gennemførelse af den aktive behandlingsfase

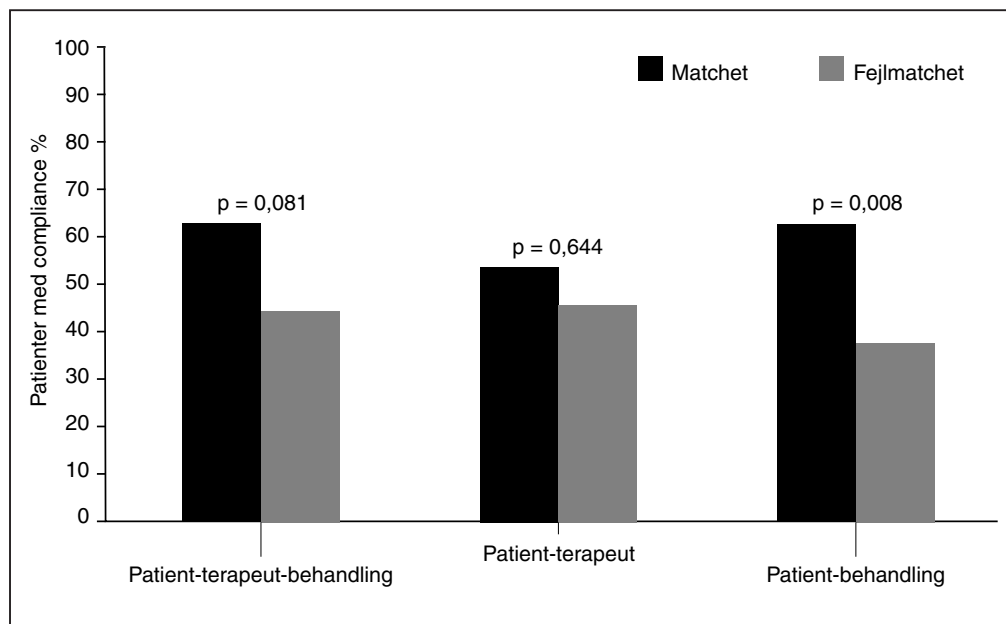
Disse analyser bygger på de 119 patienter, der gennemført motivationsfa-

sen og kom ind i behandlingsfasen. I det 12 måneders behandlingsforløb gennemførte 59 (50%) patienter den egentlige behandling uden afbrydelse (compliancegruppen), og de øvrige 60 (50%) udviste manglende compliance undervejs i behandlingsfasen.

Da vi her testede matchningshypotesen, fandt vi, at den hypotetiske optimale matchning mellem patient, behandler og behandling ikke medførte bedre compliance end hos de, der ifølge hypotesen var fejlmatchede. Det samme fandt vi, hvis man kun matchede patient og behandler. Derimod fandt vi, at der var signifikant flere patienter, der gennemførte den aktive behandlingsfase, hvis de var matchet til den rette behandling (figur 5). Blandt de patienter, der var matchet til den rette behandling, var der således 63%, der gennemførte den aktive behandlingsfase, mens der blandt de patienter, der var fejlmatchet til behandling, kun var 38%, der gennemførte ($p=0,008$). Patient-behandlingsmatchning medfører således en markant større sandsynlighed for at gennemføre den aktive behandlingsfase (Nielsen et al., 1998). Ved de efterfølgende eksplorative analyser fandt vi ingen behandlingsvariable, der kunne bidrage yderligere til øgning af compliance.

Det skal bemærkes, at hvis vi så væk fra matchning og blot så på, hvem der gennemførte den højt strukturerede behandling overfor den lavt strukturerede behandling, så var der ingen signifikante forskelle mellem disse to grupper, idet der var 53% af patienterne, der gennemførte den højt

Figur 5. Patienter der gennemfører den aktive behandlingsfase (udviste compliance) ved forskellige matchningstiltag



strukturerede behandling og 46%, der gennemført den lavt strukturerede behandling ($p = 0,703$).

Patienternes prognose

24 måneder efter påbegyndt behandling var det muligt at geninterviewe 121 (81%) af de oprindelige 150 patienter. Manglende interview skyldtes, at 18 patienter ikke kunne opspores, 9 patienter nægtede at deltage, 1 patient var død af naturlig årsag, og 1 patient havde begået selvmord. Af de 29 patienter, der ikke blev geninterviewet, fordelte 5 sig på gruppen, der gennemførte både motivations- og behandlingsfasen, mens de resterende 24 patienter enten havde været ude af stand til at gennemføre den aktive behandlingsfase eller slet ikke havde gennemført nogen af faserne ($p=0,007$). I

tabel 10 er patienternes sociale funktion og misbrugsprofil beskrevet ud fra ASI evalueringsscoren. Patienter, der gennemførte begge faser, havde signifikant bedre funktionsniveau vedrørende erhverv og økonomi end patienter, der kun gennemførte motivationsfasen, og de havde et signifikant bedre funktionsniveau end patienter, der hverken gennemførte motivationsfasen eller behandlingsfasen. Der var også forskel på gruppernes alkoholforbrug, idet de patienter, der havde gennemført begge faser, havde drukket maksimalt tre genstande daglig i gennemsnitlig 9,4 måneder (80%) af det forløbne år, mens de øvrige patienter i gennemsnit havde indtaget lignende antal genstande i 7,7 måneder ($p=0,019$).

Tablet 10. Patientens psykosociale funktion og misbrug 24 måneder efter behandlingsstart i relation til om de ikke gennemførte motivation-/behandlingsfasen eller gennemførte forandringsprocessen (begge faser).

ASI-værdier ^a	Gennemførte ikke motivationsfasen (n = 23)	Gennemførte ikke behandlingsfasen (n = 44)	Gennemførte forandringsprocessen (n = 54)	ANOVA ^b	
				f-værdi	p-værdi
Medicin	0.272	0.323	0.202	1.99	0.140
Erhverv/økonomi	0.784	0.653	0.559	4.49	0.013
Alkohol	0.296	0.261	0.210	1.39	0.254
Medicin	0.025	0.033	0.015	0.96	0.385
Kriminalitet	0.009	0.005	0.000	1.01	0.367
Familie/socialt	0.117	0.121	0.087	0.79	0.456
Psykisk	0.155	0.199	0.116	2.35	0.099
Funktionsniveau (total ASI)	0.237	0.228	0.170	4.65	0.011

a) Baseret på The Addiction Severity Index-evalueringsscore; høje score indikerer større sværhedsgrad.

b) ANOVA indikerer variansanalyse med Bonferroni korrektion.

5.4. Konklusion

Testningen af vores matchningshypotese i relation til gennemførelse af motivationsfasen viste, at behandlere, der var empatiske, lyttende og reflekterende (højt CL), fik markant flere patienter på lavt CL til at gennemføre motivationsfasen uafhængigt af, om interventionen var højt eller lavt struktureret. Blandt patienter på højt CL var det ligegyldigt, hvilken behandling eller behandlingstype de fik tildelt. Vi fandt derfor ingen grund til at matche patienter til hverken behandlere eller behandling, når det drejer sig om at motivere dem til fortsat behandling. Vi fandt derimod, at det er af stor betydning, at behandleren opfører sig på en særlig måde, nemlig som terapeuter med højt konceptuelt niveau. Denne behandlingstype er kendetegnet ved at forholde sig til patienterne på samme måde, som det beskrives i motivationsskabende terapi (Miller et al., 1994). Ud over den behandlerstil, som patienten mødtes med, var det i motivationsfasen vigtigt, at man tilbød antabus gennem den første måned af behandlingen, og at patienter med psykiske sygdomme fik tilbudt psykofarmakologisk behandling.

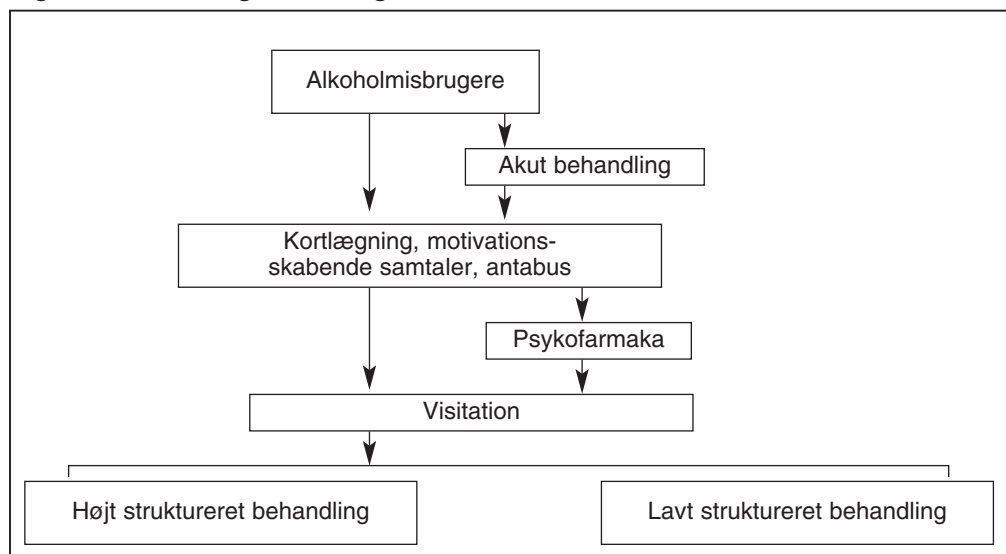
Mens det i motivationsfasen ikke var væsentligt at matche patienterne, var det derimod i den aktive behandlingsfase vigtigt at give den rette behandling til den rette patient, idet dette medførte, at markant flere patienter gennemførte denne fase. Som det fremgår af vort første studie, har det stor betydning, at patienterne gennemløber såvel motivationsfasen som den aktive behandlingsfase, idet disse

patienter klarede sig markant bedre end de patienter, der afbrød behandlingen. Patienterne, der gennemførte hele forandringsprocessen, havde således et signifikant højere funktionsniveau end de øvrige patienter 2 år efter behandlingsstart. Disse patienter havde endvidere et markant mindre alkoholforbrug end de patienter, som ikke gennemførte forandringsprocessen.

Resultaterne fra vores hypotesetestning og de eksplorerende analyser dannede første trin i udviklingen af en visitations- og behandlingsstrategi, som kan øge sandsynligheden for, at patienterne gennemfører forandringsprocessen og dermed får en varig reduktion af deres alkoholforbrug (figur 6). Denne strategi kan ses i figur 6. I følge figuren tilbydes alkoholmisbrugere, der henvender sig til alkoholambulatoriet, efter behov en akut

behandling bestående af abstinensmedicinering. Herefter foretages en grundig kortlægning af patienterne og samtidig tilbydes motivationsskabende samtaler og antabusbehandling. Afsøger kortlægningen, at patienterne har sværere psykiske problemer, henvises de til psykiater med henblik på en psykofarmakologisk behandling. Efter gennemførelsen af de motivationsskabende samtaler, visiteres patienterne afhængigt af deres konceptuelle niveau til henholdsvis en lavt eller højt struktureret behandling. På basis af resultaterne fra det beskrevne studie vil en sådan visitations- og behandlingsstrategi medføre, at 70% flere patienter vil gennemføre forandringsprocessen og dermed få en varig nedsættelse af deres alkoholforbrug samt en bedring af deres samlede psykosociale funktion, vurderet ud fra en 2-årig opfølgning.

Figur 6. Visitation og behandling ved alkoholambulatorierne efter studie 1



At give den rette behandling til den rette patient (studie 2)

6.1. Patient-behandlings-matchning

Den internationale forskning inden for behandling af alkoholmisbrugere viser, at der findes behandlingstilbud, som er effektive, og som kan reducere alkoholforbruget og de afledte problemer af såvel somatisk, social, psykisk og familiær art (Miller et al., 1998.). Undersøgelserne har dog samtidig vist, at der ikke findes en enkelt, overordnet behandlingsstrategi, der er effektiv over for samtlige alkoholmisbrugere. En vifte af behandlingstilbud er imidlertid effektive for forskellige typer patienter, hvilket betyder, at man fremfor at fokusere på hovedeffekten af en given behandling i stedet bør udforske samspilseffekten mellem forskellige behandlingstilbud og patientkarakteristika. Den såkaldte matchningsstrategi tager hensyn til dette.

Patient-behandlingsmatchning kan beskrives som en metode til at vælge behandling mellem de forskellige behandlingstilbud, så behandlingen passer (matcher) de forskellige typer alkoholmisbrugere, der hver især står med forskellige problemer og karakteri-

stika. Målet med matchningen er at skabe optimal effekt af behandlingen (Institute of Medicine, 1990).

I de sidste årtier er der gennemført flere undersøgelser af hypotesen om, at man kan få et bedre resultat totalt set, hvis man matcher forskellige patienter til forskellige former for behandling. (Mattson et al., 1994). Gennem disse undersøgelser er der blevet identificeret mange matchningsvariable, som man har forsøgt at relatere til de forskellige specifikke behandlingsstrategier (se afsnit 2.3.).

Den største matchningsundersøgelse blev gennemført i USA (Project Match Research Group, 1997). Man undersøgte her i randomiseret design tre typer behandling: 12-trins metoden, kognitiv- adfærdsterapi og motivationsskabende terapi. Ingen af de tre behandlingsstrategier medførte signifikant forbedret effekt for alkoholmisbrugere med forskellige karakteristika. Studiet kunne således ikke bekræfte matchningshypotesen. Den empiriske forskning i forhold matchningshypotesen har således ikke vist entydige resultater, der har kunnet ge-

neraliseres og indpasses i praktisk alkoholbehandling. Der findes således ingen alment accepterede vejledninger for en struktureret kortlægning og efterfølgende visitation til den rette behandling for den rette patient.

Årsagen til de nedslående resultater kan være, at langt de fleste undersøgelser har forsøgt at identificere "enkelte" patientkarakteristika, der kunne matches til en given intervention. Men måske er dette slet ikke muligt. Man kan i stedet forestille sig, at en matchning af patienter og behandling bør baseres på patienternes samlede profil, bestående af både psykosociale faktorer, misbrugsfaktorer og demografiske faktorer. Man kan også forestille sig, at der bør ske en vægtning af de enkelte karakteristikas indbyrdes betydning for netop at vælge en given behandling til patienter med denne profil.

Et andet forhold, der også kan have betydning for den beskedne effekt af matchningsstrategien i de undersøgelser, der hidtil har været gennemført, kan være, at man ikke har valgt behandlingsmetoder, der har dokumenteret effekt (såkaldt evidensbaserede behandlingsmetoder).

I vort studie har vi forsøgt at løse disse problemer ved i første omgang at udvælge evidensbaserede behandlingsmetoder samt sikre deres anvendelse i praksis ved udfærdigelse af kliniske retningslinier og kompetenceudvikling af personalet. Herefter har vi udviklet en matchningsscore, der er baseret på en "profil"-matchning ud fra de mangeartede karakteristika, alkoholmisbrugerne fremviser.

6.2. Evidensbaseret behandling for alkoholmisbrug

Hvad er evidensbaseret behandling?

Evidensbaseret behandling betyder, at man anvender behandlingsmetoder, der har en videnskabeligt dokumenteret effekt over for en given lidelse. Det indebærer, at beslutninger i forhold til visitation og behandling af den enkelte patient baseres på videnskabelige resultater fremfor at være bygget på tro, holdninger og traditioner.

En evidensbaseret behandling betyder således, at behandlingen baseres på videnskabelig dokumentation. Det kræver, at den bedst tilgængelige forskningsbaserede viden danner basis for de beslutninger, behandleren tager ved tilrettelæggelse af behandlingen for den enkelte patient.

Evidensbaseret behandling kræver i praksis, at enhver behandler har kendskab til de forskningsresultater og metoder, der giver den højeste evidens (viden) (tabel 11).

Blandt de forskningsmetoder, der skaber den største pålidelighed af resultaterne, indtager den randomiserede og blindede undersøgelse en særstilling og bør udgøre det væsentligste grundlag for valg af behandling (Gøtzsche 1998). Der er publiceret mange randomiserede undersøgelser omhandlende misbrug, og det vil være en uoverkommelig opgave for den enkelte behandler at gennemlæse og systematisk vurdere kvaliteten af forskningsresultaterne. Behandleren må derfor stole på andre forskeres oversigtsartikler om de evidensbaserede behandlingsmetoder.

Tabel 11. Niveauer for evidens med højest kvalitet øverst.

Niveau	
I a	Evidens fra meta-analyse af randomiserede kontrollerede undersøgelser.
I b	Evidens fra mindst en randomiseret kontrolleret undersøgelse.
II a	Evidens fra mindst et kontrolleret studie uden randomisering.
II b	Evidens fra mindst en anden type kvasiekperimentelt studie.
III	Evidens fra deskriptive studier, som fx. komparative studier, korrelationsstudier og case-kontrol studier.
IV	Evidens fra ekspertkomite-rapporter eller meninger (konsensusrapporter) eller klinisk erfaring fra respekterede autoriteter, eller begge dele.

Kilde: Eccles et al., 1998.

Moderne teknologi i form af elektroniske informationskilder har gjort det muligt at søge og samle den videnskabelige litteratur i såkaldte systemiske oversigter. Et eksempel er det verdensomspændende Cochrane-bibliotek (Editorial, 2000), der opdateres hver tredje måned og sikrer let adgang til aktuelle evidensbaserede behandlingsmetoder. I biblioteket findes meta-analyser, der kombinerer resultaterne fra mange forskellige studier af samme patientbehandling og sammenfatter den indsamlede oversigt, hvilket giver den højeste evidens om behandlingsmetodernes effektivitet.

Det er imidlertid ikke altid muligt at gennemføre disse meta-analyser. Man må i disse tilfælde i stedet ty til de forskningsresultater, der formulerer den bedst tilgængelige viden. Dette kan fx. være oversigtsartikler, der kun omhandler få randomiserede undersøgelser, eller som i det mindste omhandler kontrollerede studier, hvor

man sammenligner den gruppe patienter, som får en bestemt behandling, med en kontrolgruppe. (kvasiekperimentelle undersøgelser) (Olesen 1999).

Heller ikke denne type forskning er altid til rådighed. I disse tilfælde må man ty til systematiserede deskriptive studier, case-kontrol-studier eller korrelationsstudier i et forsøg på at skabe basis for en evidensbaseret behandling. Der er imidlertid mange fortolkningsproblemer ved denne type studier, idet de ofte kun giver ny information, såfremt den undersøgte behandlingsform er klart dårligere eller bedre end de andre behandlingsformer. Denne type undersøgelse er dog velegnede til at belyse prognosefaktorer og kan således være hypotese genererende.

Findes der ingen undersøgelser af en given behandling, kan man være nødsaget til at basere behandlingen på konsensusrapporter eller kliniske erfaringer fra respekterede autoriteter.

Man bør dog altid søge efter viden fra de i tabel 11 nævnte undersøgelser, der giver den højeste evidens.

Evidensbaseret psykosociale behandlingsmetoder

Vort studie har til formål at undersøge, hvorvidt anvendelsen af evidensbaserede psykosociale behandlingsmetoder kan bedre effekten af den ambulante alkoholmisbrugsbehandling. I vort studie er dog også i et vist omfang anvendt en farmakologisk behandling af patienterne. Valget af den farmakologiske behandling er sket på basis af litteraturstudier omhandlende abstinensbehandling (Benjaminsen, 1998a; Michael og Mayo-Smith, 1997) og psykofarmakologisk behandling (Monchrieff, 1997) af alkoholmisbrugere. De valgte psykosociale behandlingsmetoder er sket på basis af egne litteraturstudier. Litteraturstudierne er bygget på litteraturlister og en kritisk vurdering af litteraturen. I det følgende har vi valgt at beskrive resultaterne fra to oversigtsartikler, som nåede samme konklusioner, som vi selv nåede på baggrund af vore egne litteraturstudier.

Det første oversigtsstudie er en metodisk gennemgang af Miller et al. (Miller et al. 1998). I gennemgangen indgår 302 randomiserede undersøgelser, hvor der i alt indgik 59.833 patienter med alkoholproblemer. To uafhængige forskere vurderede kvaliteten af forskningsmetoderne ud fra et scoringssystem, herudover blev ved anvendelse af et andet scoringssystem udregnet den samlede evidensscore for hver enkelt undersøgelse. I denne

score indgik såvel kvaliteten af forskningsmetoden samt resultaternes effektstørrelse.

Oversigtsartiklen afdækkede 21 forskellige psykosociale behandlingsformer, der var blevet testet over for ingen behandling (patienter på venteliste) eller anden form for behandling. I tabel 12 er angivet de fem behandlingsformer, der fik flest evidenspoint, når de blev anvendt overfor alkoholmisbrugere, der søgte behandling.

Tabel 12. Evidensbaserede psykosociale behandlingsmetoder.

- Kontraktbehandling
- Familierapi
- Kognitiv terapi
- Netværksforstærkende tiltag
- Social færdighedstræning

Oversigtsstudiets resultater indikerer, at ønsker man en evidensbaseret behandling af ambulante alkoholmisbrugere, bør man vælge kognitive/adfærdsterapeutiske metoder eller familierapi samt netværksforstærkende tiltag. Lignende resultater fandt Mattick og Jarvis (Mattick og Jarvis, 1994) i en omfattende gennemgang af den nyeste litteratur omhandlende behandling for alkoholmisbrug. De to oversigtsartikler finder endvidere, at der er en stor forskel på den behandling, forskningen finder mest effektiv, og den behandling, som anvendes i daglig praksis. Der var således ingen af de evidensbaserede behandlingsmetoder, der anvendtes i stor udstrækning ved behandling af alkoholmisbrugere

internationalt set. Det samme finder vi i Danmark, hvor der i følge afsnit 2.1. overvejende behandles med støttende samtaler og antabus. Ingen af disse to behandlingsmetoder har gennem videnskabelige undersøgelser kunnet påvise effekt ved behandling af alkoholmisbrugere (Hughes og Cook, 1997; Miller et al., 1998). Det er således forståeligt, når man generelt har den opfattelse, at behandling af alkoholmisbrugere ikke hjælper, idet man anvender behandlingsmetoder, der ikke har dokumenteret effekt. Vil man bedre behandlingen for alkoholmisbrug, er det derfor af central betydning, at de evidensbaserede behandlingsmetoder anvendes i praksis. Dette kan ske ved udarbejdelse af kliniske retningslinier og en samtidig kompetenceudvikling af behandlerne.

6.3. Kliniske retningslinier og kompetenceudvikling

Kliniske retningslinier beskriver en konkret intervention i relation til en afgrænset problemstilling. Det kan fx være den akutte behandling af abstinensstilstande eller længerevarende kognitiv terapi. Kliniske retningslinier skal sikre, at man udfører en given intervention ensartet og på evidensbaseret grundlag. Retningslinjerne beskriver således processen og det konkrete indhold ved en given behandling og sikrer, at resultaterne bliver så gode som muligt.

Kliniske retningslinier udarbejdes sædvanligvis af et panel af relevante eksperter. Eksperterne gennemgår den videnskabelige litteratur og udarbejder de kliniske retningslinier ud fra meta-

analyser eller systemiske oversigtsartikler. På områder, hvor der ikke eksisterer tilfredsstillende viden, sker udarbejdelsen ud fra enighed om, hvad der er god praksis (Mainz et al. 1998).

Det er væsentligt, at de kliniske retningslinier tilpasses lokale forhold, og der skal være tilstrækkelig tid til ud dannelse og træning af personalet i anvendelse af retningslinierne. Det vil sige, der skal være tid til kompetenceudvikling. Kompetenceudvikling vil simpelt formuleret sige, at personalets kompetencer udvikles, så personalet er i stand til at udføre det, de skal, på de tidspunkter, hvor de skal gøre det. Det handler om målrettet undervisning, om løbende vejledning og om udnyttelse af personalets ressourcer, så behandlingen bliver så god og veltilrettelagt som muligt. Kompetenceudvikling vil i vores tilfælde sige kombinationen af kursusforløb, supervision, nyhedsbreve, træning, konferencer og kliniske retningslinier, men også personaleinddragelse i udarbejdelsen af fx kursusforløb, kliniske retningslinier og andre redskaber i behandlingen. Kurserne blev givet som "arbejdspladskurser", dvs at hele behandlergruppen deltog i kurserne, så der også skabtes et fælles sprog i ambulatorierne. Skabelsen af et fælles sprog gav grundlag for gensidig udnyttelse af erfaringer mellem kolleger, fx ved at samarbejde med kollegaen, hvis man som behandler oplevede at en situation med en patient var gået i hårdknude: Fra tidligere at have oplevet sig relativt alene som behandler, blev det nu muligt, ønskværdigt og trygt at bede en kollega deltage som observatør i en ses-

sion med en patient og senere give feedback til behandleren, eller at optage sessionen på video- eller audiobånd og tage den med på ekstern eller kollegial supervision. Alle disse elementer indgik i kompetenceudviklingen på alkoholambulatorierne.

De kliniske retningslinjer blev som tidligere nævnt udarbejdet i forhold til de beskrevne evidensbaserede behandlingsmetoder, dvs kognitiv terapi og familierapi. Da studie 1 imidlertid havde vist, at nogle patienter havde gavn af støttende terapi, blev denne behandling ligeledes beskrevet i kliniske retningslinier. Efter udarbejdelsen af de kliniske retningslinier blev de afprøvet af behandlerne, der ud fra deres egne erfaringer har haft mulighed for at komme med ændringer inden den endelige udformning.

I det følgende beskrives i oversigtsform indholdet af de psykosociale behandlingsmetoder, der blev beskrevet i de kliniske retningslinier.

Familierapi

Familierapien ved ambulatorierne i Odense/Nyborg i Fyns Amt har den systemiske familierapi "Milano-metoden" som teoretisk fundament (Marnier, 1992). Metoden kræver, at behandleren får oplysninger om familiens samspil ved at udforske forskelle i de indbyrdes forhold, og forskelle mellem familiemedlemmernes adfærd og deres forestillinger om hinanden. Behandleren anvender en cirkulær verdensanskuelse og spørgeteknik i stedet for en lineær. Cirkulær vil sige, at der fokuseres på de gentagne mønstre i vekselvirkningen mellem dele af syste-

met, dvs mellem medlemmerne i familien.

Familiesystemet opfattes ikke som et stabilt system, men som et system, der udvikler sig. Behandlerens opgave er at facilitere forandring ved at tilføre familie-systemet ny information gennem samtalerne og ved at omtolke og formulere opgaver til familien. Målet er at igangsætte en ny række gensidigt virkende reaktioner, så familiesamspillet ændrer sig og familien finder frem til sin egen løsning.

I familierapi arbejder man som behandler ikke alene, men som del af et team. Som oftest består teamet af 2 terapeuter, der er sammen med familien, og to observatører, der følger samtalen gennem et envejsspejl og optager forløbet på video. Observatørerne har mulighed for at afbryde samtalen og komme med forslag til ting, der skal tages op eller hypoteser, der kan formuleres.

Samtalerne foregår med en måneds mellemrum. Et så langt mellemrum mellem samtalerne giver familiemedlemmerne tid til at reagere på en given intervention og derved indgå i det feedback, der kan resultere i en ændring.

Selve samtalen mellem terapeut(er) og familie observeres af resten af teamet. Herefter holdes et møde mellem terapeuter og observatører, og konklusionen af dette møde (interventionen) forelægges derefter familien af terapeuterne, althens observatørerne observerer samtalen.

Begrebet hypotese anvendes i den systemiske familierapi i betydningen grundlag for formodninger og bruges

som udgangspunkt for udforskningen. Hypotesen skal således danne ramme for terapien, som får karakter af en forskningsindsats uden entydig løsning. Hypotesen er ikke sand eller falsk i sig selv, men kan vise sig mere eller mindre brugbar. For at være brugbare må teamets hypoteser stå i forhold til, men være forskellige fra familiens egne hypoteser. Først da er det muligt at føre nye oplysninger ind i familiesystemet. Den systemiske hypotese vurderes løbende ud fra de oplysninger, der fremkommer under samtalen med familien.

Cirkularitet er et af de grundlæggende principper for det systemiske familieinterview. Den cirkulære udspørgen bygger på det sokratiske spørgeprincip på baggrund af terapeutens vedvarende spørgsmål og tilbageholdenhed overfor at skulle give svar. Triadiske spørgsmål, hvor der spørges om andres mening om, hvad der sker med familiemedlemmerne, benyttes ofte. Cirkulær udspørgen inddeles i 1) spørgsmål om forskelle, 2) spørgsmål om sammenhænge og 3) anden form for udspørgen. Spørgsmål om forskelle kan være af typen "hvem bliver mest vred, din far eller din mor?". Spørgsmål om sammenhænge kan være af typen "når du tror, han prøver at kontrollere dig, hvad er det da han gør?". Anden form for udspørgen kan være af problemdefinerende spørgsmål af typen "hvem, hvad, hvor, hvorledes....".

Udover den cirkulære udspørgen anvendes refleksioner. Refleksioner er en supplerende teknik, der ikke kan tilskrives Milano-skolen, men som

især er blevet udviklet af Tom Andersen (Andersen, 1994). At udtrykke sig med refleksioner er en metode, der både anvendes af observatørerne og lejlighedsvist af terapeuterne. Når terapeuterne reflekterer, vender de sig mod hinanden og reflekterer over, hvad de har hørt familien sige.

Terapeuterne skal være neutrale i relation til familien. At være neutral som terapeut vil sige at være i stand til at undgå alliancer med enkelte familiemedlemmer, at undgå moralsk fordømmelse og at undgå at blive fanget i en lineær årsag/virkning tankegang.

Interventionen består af teamets synspunkter på og beskrivelse af den information, der er kommet frem. Beskrivelsen adskiller sig bevidst fra familiens egen opfattelse og giver en positiv udlægning af de bånd, der er mellem de enkelte familiemedlemmer. Positiv omfortolkning er således et væsentlig element i interventionen. Ved at omtale hvert enkelt familiemedlems adfærd positivt, bliver ikke blot misbrugeren, men alle familiemedlemmernes adfærd positivt beskrevet.

Den positive tilbagemelding, som er en væsentlig del af interventionen, består af en positiv omformulering af, hvad der er blevet trukket frem af væsentlige ting. Positiv tilbagemelding kan således være: "Teamet finder, at det er positivt, at I taler åbent til hinanden om de problemer, I står med, og vi finder, at I/du er gode til at lytte til de ting, du/I siger til hinanden". Den positive tilbagemelding indebærer også, at man fremhæver de fremskridt, familien gør eller de gode

ting, der findes i familien. Det aktuelle problem bliver omtalt som en løsning (omend midlertidig) på et eller andet hypotetisk problem, som kunne eller ville opstå, hvis ikke symptomet havde været til stede. Det er ikke symptomet i sig selv, men sammenbindingen mellem denne og anden vigtig adfærd, der bliver positivt omfortolket.

Herefter sluttes interventionen af med en opgave til familien. Det anses for væsentligt at alle familiens deltagere får stillet en opgave. Opgaverne kan være:

- Alkoholrelaterede, fx. at mand og hustru skiftes til for en uge af gangen at bestemme regler for, hvordan alkohol indtages i hjemmet (hvornår, i hvilke mængder o.lign).
- Familierelaterede, fx. at mand og hustru skal foretage sig ting sammen (gå ture sammen, afsætte tid til at tale sammen, uden der er børn til stede o.lign).
- Eller netop at mand og hustru skal øve sig i at adskille deres roller, fx. at den nyligt arbejdsløse mand lader hustruen, der vender træt hjem fra arbejde, i fred den første time, og at hustru undgår at kritisere manden for ikke have lavet nok, mens han har gået hjemme.
- Børn kan få opgaver i retning af at tegne familiens medlemmer eller lignende.

Efter familiesamtalen samles teamet og drøfter samtalens forløb. Familiens reaktioner bruges til vurdering af om hypotesen, der lå bag interventionen, har virket nyttig.

Kognitiv terapi

Kognitiv behandling bygger på menneskets særlige evne til at tænke, analysere, forestille sig og lære. Behandlingen forholder sig til afgrænsede forhold i patientens liv, lærer patienten metoder til problemløsning og lindring af symptomer, søger at gøre patienten bevidst om sin lidelse og bygger på et decideret samarbejde mellem behandler og patient.

Kognitiv terapi omfatter såvel psykoedukation som socialfærdighedstræning, men lægger hovedvægten på evnen til at tænke realistisk, rationelt og analyserende med henblik på at øge handlemuligheder og bedre oplevelsers følelsesmæssige kvalitet, fx. ved at konkretisere oplevelserne og gøre dem mindre stressudløsende.

Et meget centralt begreb indenfor den kognitive teori er begrebet skema eller skemata. Med skema menes patientens basale antagelser om sig selv, andre, verden og fremtiden. Det er en form for ikke-bevidste overbevisninger, som er grundlæggende for hele personligheden og er med til at danne hele identiteten (Mørch, Rosenberg & Elsass, 1995).

Et andet centralt begreb i den kognitive terapi er de *automatiske tanker*. Automatiske tanker opstår uvilkårligt og ofte flygtigt i forhold til bestemte indtryk. De automatiske tanker er under indflydelse af de underliggende skemata. Automatisk tænkning tager udgangspunkt i en given situation og beror i større eller mindre grad på forvrængning af denne.

I kognitiv terapi arbejder man på at bevidstgøre og ændre den forvrængede

tænkning. Til dette formål anvendes forskellige teknikker. *Omstrukturering* er en slags overbegreb for disse teknikker, hvis formål er at bevidstgøre og ændre såvel automatisk tænkning som kognitive forvrængninger og - eventuelt - skemata. Målet er at hjælpe patienten med at finde *alternative tanker*. Kognitiv terapi omfatter desuden flere *adfærdsteknikker*, hvoraf en central teknik er eksponering in vivo, dvs. at udsætte sig for en vanskelig situation i det virkelige liv. Afprøvning af situationen er en metode til at gøre patienten bevidst om sin automatiske tænkning og til at mobilisere alternativ tænkning. Dette er desuden hovedbegrundelsen for den konsekvente anvendelse af *hjemmeopgaver* i kognitiv terapi.

Kognitiv terapi bygger på et nært samarbejde mellem behandler og patient, og målet med terapien er at ændre de antagelser, der ligger bag patientens misbrug. Det er derfor vigtigt at undersøge patientens parathed i forhold til behandling: Hvad hans forventninger er, hvad hans mål er og hvad han er usikker på. Ved at konkretisere målet, kan behandler og patient sammen fokusere på forandring i patientens adfærd på veldefinerede områder, i stedet for at behandlingen fører hid og did. Opstilling af mål er også medvirkende til at give patienten en oplevelse af, hvad han/hun kan opnå ved behandlingen. Indimellem er patienternes forventninger til behandling urealistiske. Men ved tidligt i forløbet at diskutere forventet udfald af behandling og definere det konkret, får patienten en fornemmelse af, hvor

behandling skal lede hen og hvordan målene skal nås.

Den enkelte session har en fast struktur, der kan minde om en dagsorden. Behandleren forsøger at støtte patienten i at fastholde fokus og hjælpe hende/ham med at identificere automatiske tanker og alternative tanker samt udforme nye hjemmeopgaver, der udspringer af dagens emner. Denne struktur på behandlingssessionerne forhindrer frit associerende talen sig tom og mæt. Den fremmer en kognitiv terapeutisk arbejdsstil, som indebærer en vis distance til den emotionelle tænkning (Mørch et al, 1995). Strukturen på en session kan indeholde følgende punkter (Bech et al, 1993):

- 1 Formulering af dagsorden for sessionen.
- 2 Humør "check".
- 3 Opsamling fra sidste gang', herunder gennemgang af resultaterne af hjemmearbejdet.
- 4 Gennemgang af emnerne på dagens dagsorden.
- 5 Sokratiske spørgsmål.
- 6 Korte sammendrag af, hvad der kommer frem.
- 7 Udformning af hjemmearbejde.
- 8 Feedback i løbet af sessionen.

I modsætning til den måde, man spørger på, når man som behandler ønsker præcis information, er sokratiske spørgsmål en spørgeteknik, hvis formål det er at give patienten øget indsigt i sine egne forestillinger og handlinger. Sokratiske spørgsmål består således af en serie af spørgsmål, rettet mod at give patienten mere be-

vidst viden og information (Overholser & Fine, 1994). Sokratiske udspørgen bygger på logiske principper for at kunne drage konklusioner på baggrund af specifikke hændelser. Hvis en patient for eksempel bliver ved med at anse sig selv for at være meget afhængig af andre menneskers meninger, selvom han rent faktisk er begyndt at opføre sig mere uafhængigt, kan man ved hjælp af sokratiske udspørgen spørge til hans definitioner af "uafhængighed": Hvad vil det sige at være et uafhængigt menneske'. Herefter kan man bede ham forholde denne forklaring til sin egen måde at reagere på det seneste, og derved langsomt føre ham frem mod oplevelsen af, at han jo faktisk har ændret sig fra at være afhængig til at være mere uafhængig.

Patienten får under sessionen med behandleren opgaver, som skal løses hjemme eller på behandlingsstedet. Formålet med opgaverne er at overføre den indsigt, der er opnået gennem terapien, til patientens dagligdag. Opgaverne indeholder typisk konfrontation med situationen, som patienten på grund af sine psykiske problemer (i dette tilfælde alkoholmisbruget) søger at undgå eller ikke kan klare. Som hjælpemiddel anvendes ofte skemaer (a-4 ark med kolonner, rækker samt tekst). Skemaerne er udformet, så de støtter den indre proces, som terapien sigter imod: At registrere daglige problemepisoder, automatisk tænkning, intensitet af følelser, alternative tanker etc.

Sluttelig skal nævnes nogle mere specifikke kognitive teknikker (Beck et al, 1993).

1) *Fordele-ulempe-analysen*. I fordele-ulempe-analysen oplister patienten fordele og ulemper ved alkoholindtagelse. Hvis Fordele-Ulempe-Analysen lykkes, vil patienten få et mere præcist og velafbalanceret syn på brug af alkohol, end han tidligere havde.

2) *Identifikation og ændring af alkoholrelaterede antagelser (faciliterende antagelser)*.

3) *Den nedadgående pils princip*: Ved hjælp af sokratiske udspørgen, finder man frem til, hvilke forestillinger, patienten gør sig.

4) *At få patienten til selv at tage ansvaret for sin alkoholindtagelse*. Behandleren kan ved hjælp af sokratiske udspørgen hjælpe patienten til at tage ansvaret for alkoholindtagelse på sig.

5) *Daglig registrering af tanker*. Registrering er en fundamentalt redskab i den kognitive terapi.

6) *Forestillingsteknikker*. Ved at forestille sig situationer kan man arbejde med at ændre alkoholrelaterede antagelser og overbevisninger.

7) *Adfærdseksperimenter*. Adfærdseksperimenter bruges til at teste validiteten af patientens alkohol-forestillinger og grundforestillinger.

8) *Rollespil*: At gennemarbejde situationer ved hjælp af rollespil kan være en hensigtsmæssig måde at afkastrofere dem på.

9) *Opdeling af problemer*: At opdele problemerne i mindre problemer, der så løses et af gangen, kan være en mere overskuelig måde at hjælpe patienten til at ændre adfærd på.

10) *Problemløsning*: Problemløsning indeholder følgende elementer: definition af problemet; brainstorm for

løsningsmuligheder; afvejning af fordele og ulemper ved de enkelte løsningsmuligheder; valg af den mest hensigtsmæssige løsning; planlægning, forberedelse og evt. rollespil, hvorefter løsningsforslaget gennemføres; evaluering af udfaldet og vurdering af, hvilke problemer, der så skal tages fat på.

11) *Stimulus kontrol*. Patienten skal identificere de faktorer, der almindeligvis trigger trang til alkoholindtagelse. Patienterne opfordres derefter til at planlægge måder at håndtere disse situationer på.

Støttende samtaler

Støttende samtaler kan karakteriseres ved i høj grad at tage udgangspunkt i patientens aktuelle situation og være meget styret af, hvad patienten bringer frem under samtalerne. De støttende samtaler foregår ikke så struktureret som familierapien og den kognitive terapi. Der opstilles således ikke dagsorden, der sker ikke nødvendigvis en prioritering af emner, der skal tages op og der stilles ikke hjemmeopgaver. Behandleren er ikke styrende, men stiller sig i højere grad *til rådighed* som en ressource. Det er således her, at en af de væsentlige forskelle mellem støttende samtaler og kognitiv terapi, er.

Samtaleteknik og fokus i de støttende samtaler påvirkes uvægerligt af den metode, den pågældende behandler i øvrigt benytter sig af, når han/hun laver mere specifik behandling, fx kognitiv terapi eller familierapi. Familierapeuterne lægger således ikke skjul på, at den systemiske tankegang smitter af de på individuelle, støttende forløb, som behand-

lerne har sideløbende med det familierapeutiske arbejde. Familierapeuterne er således opmærksomme på det system, som den individuelle patient indgår i, mens de kognitive terapeuter er opmærksomme på tænkning og adfærd, når de har støttende samtaler med patienter. Dette sker dog ikke så stringent som i den egentlige kognitive terapi.

De kognitive redskaber, der anvendes i de støttende samtaler, er primært teknikker rettet mod adfærdsmodifikation. I de støttende samtaler er dette blot blevet kaldt "tilbagefaldsstrategier" eller tilbagefaldsprofylaxe.

Støttende samtaler indeholder således ikke elementet af træning, som den kognitive terapi, men benytter sig i højere grad af diskussion i sessionen om, hvilke midler, patienten har til rådighed for at forebygge drikkesituationer.

Kontraktbehandling

Kontraktbehandling er det mest behandlerstyrede og strukturerede behandlingstilbud i Alkoholambulatorierne. Behandlingen retter sig mod problemer i patientens aktuelle livssituation, og den er af støttende og rådgivende karakter. Der opstilles klare behandlingsmål og beskrives, hvilken adfærd man forventer af patienten og behandleren. Behandlingen planlægges ud fra en behandlingskontrakt.

Behandlingskontrakten er et skriftligt dokument, der har følgende formål:

- 1 at strukturere patient-behandlerrelationen og behandlingsforløbet.

- 2 at styrke behandlingsalliancen
- 3 at styrke motivationen og dermed fastholde patienten i den aftalte behandling.

Forhandling og den løbende revidering af kontrakten har en terapeutisk effekt i sig selv, idet selve forhandlingen kan styrke patientens selvopfattelse og ændre hans adfærd fra rollen som den passive patient, der modtager behandling, til en aktiv deltager i hele processen.

Kontrakten har følgende opbygning:
Udvælgelse af behandlingsmål: Ud fra kortlægningen af patientens problemer og styrker (se kapitel III) opstilles en målsætning, der defineres operationelt og konkret, og som skal indeholde nogle specifikke ændringer i patientens adfærd. Målsætningen skal inddrage både patient og behandler, og målet skal kunne nås indenfor en aftalt tidsperiode. Med henblik på at opnå behandlingsmålet kan aftales behandling med støttemedicin, kontakt til andre behandlere samt samtale med pårørende.

Patientens rolle: Den forventede adfærd og de initiativer, som man forventer af patienten under behandlingen, beskrives grundigt. Behandleren skal nøje beskrive behandlingsmetoderne, den forventede effekt og mulige komplikationer.

Underskrivelse af kontrakten: Kontrakten underskrives af patient og behandler. Patienten orienteres om, at han ikke bør underskrive, før han er fuldt tilfreds med indholdet af kontrakten.

Kontraktevaluering: Ved behandlingens

start oprettes den første kontrakt, og målsætningen beskrives. Hver måned - eller et andet, præcist angivet interval - evalueres kontrakten af patient og behandler. Ved kontraktevaluering gennemgås omstændigheder ved evt. drikke-recidiv og udformes eventuelle strategier, der kan forhindre evt. fremtidigt recidiv. Sluttelig vurderes om målsætningen skal opretholdes eller om der skal genforhandles en ny målsætning og dermed ændring af kontrakten. Sker der ændringer, kan dette indføres i en tillægskontrakt.

6.4. Materiale og metode i studie 2

Patienter

Studie 2 var en konsekutiv og individuel undersøgelse af samtlige patienter, der påbegyndte psykosocial behandling ved alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg i perioden 15.11.95 - 31.01.97. Eksklusionkriterierne var følgende: demens, psykose, terminal sygdom og retspsykiatrisk problemstilling i behandlingen. I alt 381 patienter påbegyndte psykosocial behandling i perioden, seks patienter (én kvinde og fem mænd) ønskede ikke at deltage, der var således 375 patienter på alkoholambulatorierne, der indgik i undersøgelsen.

Kortlægning og behandling

Som led i studiet gennemførtes en struktureret kortlægning af patienterne, når de var ædru og uden abstinenssymptomer, hvilket indebar, at interviewet gennemsnitligt fandt sted 14 dage efter henvendelsen til ambulatorierne. Den strukturerede kortlægning

foregik i henhold til The Addiction Severity Index (ASI), og der blev stillet psykiatriske diagnoser i henhold til ICD-10-R (forskningskriterier). Endvidere blev patienterne bedømt ud fra Beck's Håbløshedsskala (For nærmere redegørelse for de enkelte kortlægningsinstrumenter henvises til kapitel III). Den strukturerede kortlægning blev gennemført af en gruppe på ni behandlere. Kvaliteten af den strukturerede kortlægning blev sikret ved, at alle interviewerne deltog i otte undervisningssessioner, hvor kortlægningsinstrumenterne nøje blev gennemgået. Der blev samtidigt udarbejdet en fylldig dansk manual til kortlægningsinstrumenterne (se appendix).

Med udgangspunkt i studie 1's resultater, der viste, at det var hensigtsmæssigt at tilbyde henholdsvis en løst og fast struktureret behandling til forskellige undergrupper af alkoholmisbrugere, udvalgte vi evidensbaserede behandlingstilbud, der henholdsvis var fast struktureret og løst struktureret. De fast strukturerede behandlingstilbud var kognitiv behandling og kontraktbehandling. Da studie 1 som omtalt havde vist, at støttende samtaler også kunne være virkningsfuld over for undergrupper af ambulante alkoholmisbrugere, blev denne terapiform fastholdt som den løst strukturerede behandling. Ud over de nævnte behandlingstilbud blev endvidere indført endnu en evidensbaseret behandling, nemlig familierapi. Personalet i ambulatorierne blev uddannet i de enkelte behandlingstilbud, og der blev specielt fokuseret på uddannelse i kognitiv terapi og familierapi. Der blev i

hele undersøgelsesperioden superviseret i disse to behandlingsformer.

Vi udviklede endvidere kliniske retningslinier for de psykosociale behandlinger. Herudover blev udarbejdet kliniske retningslinier for den akutte behandling af alkoholmisbrugere. Visitationen til de enkelte psykosociale behandlingstilbud blev foretaget af personalet ud fra deres faglige vurdering. Der var således ikke udfærdiget kriterier for, hvorledes en sådan visitation skulle foregå.

Opfølgning

Da alle patienter havde påbegyndt behandling, udtrak vi en repræsentativ stikprøve på 188 af dem. Disse patienter blev herefter opsøgt et år efter behandlingsstart med henblik på et nyt interview, som blev gennemført af en uafhængig interviewer, igen på basis af The Addiction Severity Index. Intervieweren havde ved opfølgning intet kendskab til resultatet af den strukturerede kortlægning, der var gennemført ved påbegyndelsen af behandlingen. Patienterne i stikprøven afveg ikke signifikant fra de øvrige patienter vedrørende alder, køn, diagnostisk fordeling og sværhedsgraden af de syv ASI-områder.

Et år efter behandlingsstart var det muligt at geninterviewe 136 (72%) patienter. Årsagen til, at opfølgningen ikke blev gennemført, skyldtes, at syv (4%) var døde i opfølgningsperioden, 19 (10%) kunne ikke opspores, 20 (11%) nægtede at deltage, og endelig var der seks (3%), hvor opfølgningsinterviewet ikke lykkedes af anden årsag.

Tabel 13. Patienternes psykosociale funktion og misbrug 12 måneder efter påbegyndt behandling i relation til negativt og positivt drikkemønster.^a

ASI-Problemområde ^b	Negativt drikkemønster (N=49)	Positivt drikkemønster ^b (N=87)	P-værdier
Helbred	0.274	0.274	0.992
Erhverv/økonomi	0.627	0.609	0.727
Alkoholforbrug	0.567	0.150	0.001
Medicinforbrug	0.006	0.010	0.484
Kriminalitet	0.028	0.005	0.069
Familie/socialt	0.237	0.134	0.004
Psykisk	0.206	0.149	0.117
Globale funktion (totale scorer)	0.278	0.189	0.001

a) Patienterne drikker maksimalt 21 genstande om ugen.

b) Baseret på The Addiction Severity Index-evalueringsscore, scoren varierer fra 0 (intet problem) til 1 (ekstremt problem) de sidste 30 dage.

Effekt mål

I studie 1 fandt vi, at patienter, som gennemførte forandringsprocessen i det efterfølgende år, drak maksimalt 3 genstande om dagen 80% af året, og de drak overvejende i weekender, på fridage og ved højtider. Det nævnte drikkemønster indebærer, at patienterne gennemsnitligt indtager maksimalt 21 genstande om ugen, hvilket stort set svarer til Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser.

Vi har under præsentationen af resultaterne valgt at inddele patienterne i en gruppe med positivt drikkemønster, der drak som beskrevet, nemlig maksimalt 21 genstande om ugen, og en gruppe med negativt drikkemønster, der drak mere end 21 genstande om ugen. Kvaliteten af effekten skal beskrives i det følgende.

Blandt de 136 patienter, der blev geninterviewet efter 1 år, opfyldte 87 (64%) patienter kravet om positivt drikkemønster (tabel 13). Det fremgår

af tabellen, at de patienter, som havde et positivt drikkemønster, fungerede signifikant bedre, end patienter med negativt drikkemønster, når det gjaldt alkohol, social og familiær funktion. De havde desuden et generelt bedre psykosocialt funktionsniveau.

Det valgte effekt mål blev derfor skønnet til at være et validt effekt mål i analysefasen med henblik på at vurdere, hvilke patientkarakteristika, der kan prædiktere (forudsige) positivt drikkemønster inden for de forskellige behandlingstilbud, som patienterne modtog.

Profilmatching og dataanalyser

Udvikling af profilmatchingen skete gennem flere faser. De 136 patienter, der blev fulgt op 1 år efter påbegyndt behandling, blev analyseret i forhold til de respektive behandlingstilbud, de var blevet visiteret til efter den strukturerede kortlægning. Herefter blev patienterne indenfor de enkelte be-

handlingstilbud inddelt i henholdsvis en gruppe, der igennem den 1-årige opfølgingsperiode havde et positivt drikkemønster og en gruppe, der havde et negativt drikkemønster. Efterfølgende blev de patientkarakteristika, der var beskrevet ved start af behandlingen, og som var forbundet med et positivt drikkemønster, fremanalyseret. Analyserne blev gennemført i to trin. Først blev der foretaget en indikatorvariabel-kodning af samtlige patientkarakteristika, hvilket betyder, at for det enkelte karakteristikum er kodet 0 for fravær og 1 for tilstedeværelse (fx 0 = mand og 1 = kvinde).

Efter kategorisering af patientkarakteristika gennemførte vi bivariate analyser ved anvendelse af Chi²-test og hvis relevant Fichers eksakttest. Ud fra disse analyser udvalgte vi samtlige patientkarakteristika med signifikantniveau $\alpha=0,1$. Efter udvælgelsen af patientkarakteristika udførte vi logistiske regressionsanalyser, hvor der blev kontrolleret for flere patientkarakteristika samtidigt. Associationen mellem patientkarakteristika og effekt blev udtrykt ved en regressionskvotient, som er et logaritmisk udtryk for, hvorvidt en effekt indtræder i forhold til givne patientkarakteristika. Er regressionskvotienten negativ ved et givet patientkarakteristikum, betyder det, at sandsynligheden for positivt drikkemønster (effekt) er reduceret, mens den er øget, hvis regressionskvotienten er positiv. De enkelte værdier af regressionskvotienterne angiver således, hvor meget et givet patientkarakteristikum ved påbegyndelsen af behandlingen bidrager til et positivt drikkemønster

et år efter. Ved sammenlægning af alle regressionskvotienter under de enkelte behandlingstilbud fås således en talværdi (score) over den samlede patientprofil ved start af behandlingen, der senere giver et positivt drikkemønster.

6.5. Resultater

Ved henvendelse til alkoholambulatoriet blev de 136 patienter, der udgjorde den 1-årige opfølgingsgruppe, som nævnt tilbudt struktureret kortlægning og efterfølgende visiteret til kognitiv terapi, familierapi og støttende samtaler. Der var ingen af patienterne, der blev visiteret til kontraktbehandling, hvilket betød, at den fremanalyserede profil af patienter, som har gavn af denne behandlingsform, er sket ud fra data fra de 63 patienter, der modtog kontraktbehandling ved ambulatorierne i studie 1 (se kapitel V).

I bilagstabel 3 er vist et eksempel på beregning af matchningsscoren for støttende samtaler baseret på patienternes samlede profil. Der var 46 patienter, som modtog støttende samtaler. Ved den 1-årige opfølgning havde 22 patienter udvist et positivt drikkemønster i opfølgingsperioden. For hvert patientkarakteristikum blev beregnet en regressionskvotient, hvor der blev kontrolleret for effekten af de øvrige patientkarakteristika. Regressionskvotienten blev herefter afrundet til et helt tal, der udgør matchningsscoren. De patientkarakteristika, der prædikerede positivt drikkemønster ved støttende samtaler, var alder over 40, tilknytning til arbejdsmarkedet,

Tabel 14. Matchningsscore.

Data	Familie- terapi	Kognitiv terapi	Støttende samtaler	Kontrakt- behandling	Anden behandling
Demografiske					
Kvinde	2	2	-1	1	-1
Alder over 40 år	1	-5	3		
Arbejde					
Kortlæggerscore mindst 6	1		3	-1	
I arbejde mindst 20 dage inden for den sidst måned.	1		2		-1
Alkohol					
Kortlæggerscore mindst 6		-28	-4	-1	1
Alkoholmisbrug varet mindst 5 år	2	-2	1		
Medicin/stof					
Kortlæggerscore mindst 6			3	1	
Familie/socialt					
Kortlæggerscore mindst 6		-8	4		
Samlevende		4		1	
Har netværk (nære venner og/eller familie)		13	-3	1	
Psykisk					
Kortlæggerscore mindst 6		23	2	-1	-1
Håbløshedsscore mindst 6	-2	-4	-1		1
Depression	3	-2	2		-1
Generaliseret angst	-4	-36	-6		2
Panikangst/fobier	-2	-1			
Personlighedsforstyrrelse	1	2			
Basispoint (lægges til, når tallene lægges sammen)	-1	20	1	0	-1
Sum (score)					

Hvis man finder, at patienten har et af ovennævnte karakteristika, sætter man ring omkring tallet (tallene). Til sidst summeres værdierne under hver terapiform for sig, og man visiterer til den terapiform, der har fået højeste score. Det gælder dog, at familierapi er betinget af, at man aktuelt er samlevende med et andet menneske, og at man ønsker at forbedre relationen til samleveren.

Hvis der er to terapiformer, der scorer lige højt, vælges ud fra nedenstående:

1. ambulans = anden behandling, vælg ambulans
2. familierapi = individuel terapi, vælg familierapi
3. kognitiv terapi = støttende samtaler eller kontraktbehandling, vælg kognitiv terapi
4. kontraktbehandling = støttende samtaler, vælg kontraktbehandling.

familiære og sociale problemer og tilstedeværelsen af depression. Kvinder og patienter med svære alkoholproblemer (ASI-score ≥ 6) samt patienter med generaliseret angst havde tilsyneladende ikke stor effekt af støttende samtaler.

I tabel 14 er vist de beregnede matchningsscorer for samtlige behandlingstilbud. Som det fremgår af tabellen, er i yderste kolonne anført "anden behandling". Matchningsscoren for anden behandling blev beregnet ud de patientkarakteristika hos samtlige 136 patienter, der prædikerede negativt drikkemønster i opfølgingsperioden. Disse patienter havde en dårlig prognose i det ambulante system, og bør derfor formentlig visiteres til anden behandling, det kan fx. være psykiatrisk behandling eller indlæggelse på behandlingshjem.

Skemaet er udviklet således, at man ved visitation af patienter, sætter ring omkring de tal, der svarer til de patientkarakteristika, man har identificeret ved den strukturerede kortlægning. Herefter summeres tallene, og patienterne visiteres til den terapiform, der har størst score (talværdi). Hvis der er to terapiformer, der har samme scoringsværdi, har vi bestemt, at man vælger ambulante behandling frem for indlæggelse, og herefter vælger de terapiformer, hvor der er størst viden (evidens) om deres effekt ud fra tidligere undersøgelser.

Nedenfor er anført to eksempler på anvendelse af matchningsscoren:

Eksempel 1:

Patienten er en 31-årig mand, der har

drukket alkohol siden 18 års alderen. Igennem de sidste 8 år har han haft et svært alkoholmisbrug, hvor han har drukket alkohol dagligt, i perioder op til 25 genstande dagligt.

Patienten er gift med jævnaldrende hustru, de har to børn i skolealderen. Patienten er ufaglært arbejder og har på trods af sit misbrug været i arbejde indtil 2 måneder før fremmødet i ambulatoriet. Ved fremmødet på ambulatoriet er patienten sygemeldt på grund af tiltagende angst, der er diagnosticeret som panikangst. Han findes endvidere at have en personlighedsforstyrrelse.

I bilagstabel 4 er matchningsscoren udfyldt for patienten. Det ses, at den samlede score for kognitiv terapi er 27, mens scoren for de andre terapiformer er væsentlig mindre, og patienten visiteres således til kognitiv terapi.

Eksempel 2:

Patienten er en 39-årig kvinde, der har drukket alkohol jævnlige siden først i 20 års alderen. Misbruget er udviklet igennem de sidste 3-4 år i forbindelse med længerevarende arbejdsløshedperiode. Patienten er gift med 5 år ældre mand, og der er to børn i ægteskabet. Igennem de sidste 3 måneder har der været store problemer mellem de to ægtefæller, og patienten oplever sin situation som håbløs, føler sig trist uden energi eller mod på tilværelsen. Ved fremmødet på ambulatoriet starter patienten en afrusning, og efterfølgende vurderes patienten at lide af en let depressiv tilstand.

I bilagstabel 5 er udfyldt matchningsscoren ud fra patientprofilen. Patientens væsentligste problemer udover alkoholmisbruget er af arbejdsmæssig og psykisk

Tabel 15. Patienter der i henhold til matchningsscoren er matchede eller fejlmatched til behandling, fordelt på ASI-problemmråder 12 måneder efter påbegyndt behandling.

ASI-Problemmråde ^a	Fejlmatched (N=90)	Matchede (N=46)	P-værdier
Helbred	0.288	0.247	0.495
Erhverv/økonomi	0.647	0.553	0.073
Alkoholforbrug	0.351	0.201	0.001
Medicinforbrug	0.008	0.009	0.879
Kriminalitet	0.017	0.004	0.113
Familie/socialt	0.194	0.125	0.016
Psykisk	0.192	0.126	0.067
Globale funktion (totale scorer)	0.242	0.177	0.001

a) Baseret på *The Addiction Severity Index*-evalueringscore. Scoren varierer fra 0 (intet problem) til 1 (ekstremt problem) de sidste 30 dage.

karakter. Patientens samlede profil medfører, at familierapi får den højeste score, og da ægtefællen er interesseret i at deltage i en sådan behandling, visiteres til familierapi.

Hvorvidt matchningsscorens anvendelse kan medføre et bedre behandlingsresultat, kan sandsynliggøres ved sammenligning af belastningsgrad ét år efter påbegyndt behandling hos de patienter, der ud fra matchningsscoren var henholdsvis matchede og fejlmatched til deres behandling (tabel 15). Som det fremgår af tabel 15, var der 46 (34%) patienter, der ud fra personalets visitation også ville være visiteret på lignende måde, hvis de havde fulgt matchningsscoren (matchede patienter). De øvrige 90 (66%) patienter var fejlmatched i forhold til matchningsscoren.

Patienter, der ifølge matchningsscoren havde fået den rette behandling, havde et markant bedre funktionsni-

veau vedrørende alkohol, familiære og sociale problemer et år efter behandlingsstart. Deres generelle psykosociale funktionsniveau var desuden markant bedre end de fejlmatched patienter.

Patienternes drikkemønster var også forskelligt, idet 89% af de matchede patienter havde et positivt drikkemønster i opfølgingsperioden. Dette gjaldt kun for 42% af de fejlmatched (p<0,01). Den sidste måned før 1 års opfølgingsinterviewet havde 80% af de matchede patienter maksimalt drikket 21 genstande om ugen (positivt drikkemønster) mod 56% af de fejlmatched (p<0,01).

6.6. Konklusion

Vort studie 2 var det første danske studie, der udviklede en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere (Nielsen og Nielsen, 2001a). Evidensbaseret praksis indebærer, at den aktuelle viden fra videnskabelige undersøgelser er tilgængelig

via litteraturdatabaser og implementeres i daglig praksis ved udfærdigelse af kliniske retningslinier.

Behandling for alkoholmisbrug kan dog ikke ske ud fra evidens alene. Den enkelte behandlers ekspertise, professionelle dømmekraft og indlærte færdigheder, det vil sige den enkelte behandlers kompetence, har også stor betydning. Slutteligt er det naturligvis afgørende, at valg af behandling træffes ud fra patientens behov og præferencer. De væsentligste elementer ved indførelse af en evidensbaseret praksis i alkoholambulatorierne er således:

- Patientens behov og præferencer
- Anvendelse af den tilgængelige viden om bedste behandling
- Behandlernes ekspertise, færdigheder og dømmekraft.

Patientens behov og præference er i vort studie tilgodeset ved en struktureret kortlægning af patienternes samlede profil før visitation til behandling. Herefter udvalgte vi ud fra faglitteraturen evidensbaserede behandlingsmetoder, der blev implementeret i daglig praksis ved udfærdigelse af kliniske retningslinier. Slutteligt kompetenceudviklede vi personalet i ambulatorierne med systematisk efteruddannelse og supervision.

Men er der nu nogen evidens for, at en evidensbaseret praksis giver bedre behandlingsresultater? Besvarelsen af dette spørgsmål ville ideelt kræve en randomiseret undersøgelse, hvor man sammenlignede patienter, der blev behandlet ud fra evidensbaseret praksis med patienter, der ikke

blev det. Os bekendt er sådanne undersøgelser ikke gennemført. Vort studie 2 giver dog en empirisk viden, som tyder på, at en evidensbaseret praksis medfører et gunstigt behandlingsresultat.

I Socialforskningsinstituttets undersøgelse blev beskrevet behandlingsmetoder ved alkoholambulatorierne i Danmark, hvor man ikke anvendte en evidensbaseret praksis (kapitel II, afsnit 2.1). I Socialforskningsinstituttets undersøgelse var der ét år efter påbegyndt behandling 34%, som havde et positivt drikkemønster, det vil sige, de drak med måde og kun i weekender og på fridage. I vores undersøgelse var der 64% af patienterne, der havde et sådant drikkemønster, som samtidigt medførte et forbedret psykosocialt funktionsniveau (jf. tabel 13). En evidensbaseret praksis synes således at have en afgørende betydning for resultaterne af en ambulans alkoholmisbrugsbehandling.

Kan en evidensbaseret praksis, hvor man samtidig giver den rette behandling til den rette patient (dvs matcher) yderligere forbedre behandlingsresultaterne? Herværende studie tyder på dette, idet der blandt patienter, som ud fra matchningsscoren var visiteret til den rette behandling ud fra deres samlede profil ved påbegyndt behandling, var 80%, som havde et positivt drikkemønster ét år efter, hvilket som omtalt var tilfældet for 64% af patienter, der blev behandlet ud fra en evidensbaseret praksis. Hvorvidt dette resultat kan danne basis for en forbedring af evidensbaseret praksis ved behandling af ambulante alkoholmisbru-

gere, kan sandsynliggøres ved en undersøgelse, hvor matchningsstrategien anvendes på en ny patientgruppe, der herefter sammenlignes med studie 2's patientgruppe. En sådan undersøgelse er gennemført i vort studie 3 (kapitel VII).

Kapitel VII

Odensemodellen (studie 3)

7.1. Odensemodellen og forandringsprocessen

I de forudgående kapitler har vi beskrevet en systematisk forskning, hvor hensigten var at udvikle en visitations- og behandlingsstrategi, der skulle bedre resultatet af den ambulante alkoholmisbrugsbehandling i Danmark. Det teoretiske udgangspunkt har været, at patienternes motivation for at ændre deres misbrugsadfærd er en afgørende faktor ved tilrettelæggelse af behandlingen. Motivationen hos patienter, der møder i et alkoholambulatorium er varierende, men de fleste er grundlæggende ambivalente over for ændringer af deres misbrugsadfærd. Miller og Rollnick (Miller og Rollnick, 1991) har påpeget, at motivation eller parathed til ændringer varierer fra tid til anden og fra situation til situation.

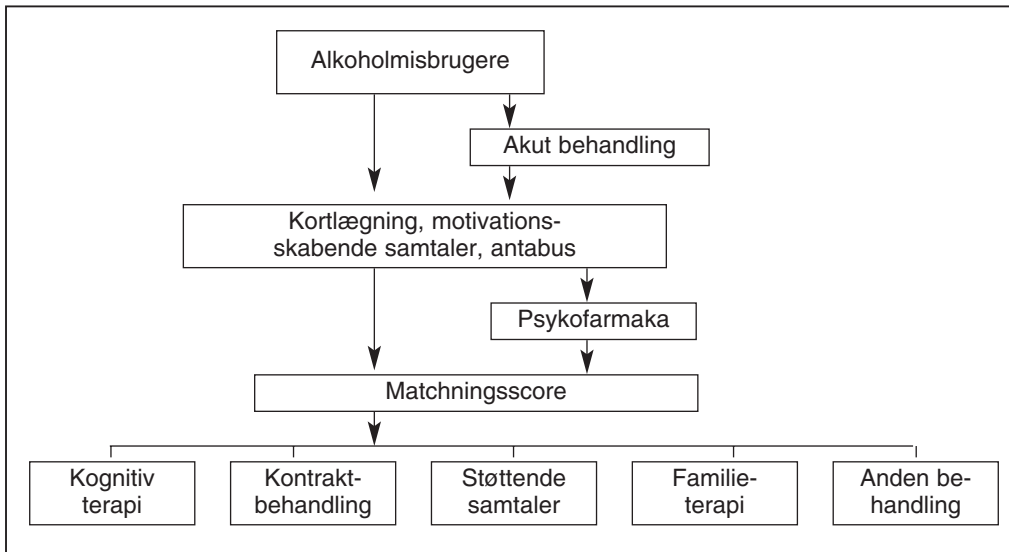
Behandlingsstrategien ved alkoholambulatorierne er først og fremmest tilrettelagt ud fra den antagelse, at patienterne er klar til aktivt at medvirke til den behandling, de tilbydes. Dette er imidlertid langt fra tilfældet, idet mere end 2/3 af patienterne afbryder behandlingen. Det er klart, at hvis patienterne ikke gennemfører den behandling, man tilbyder, kan man ikke forvente, at den virker. Der er derfor

behov for en større forståelse af, hvilken proces patienten gennemløber fra erkendelse af at have et alkoholmisbrug til vedvarende ændringer af misbrugsadfærden.

Denne proces er beskrevet af psykologerne Prochaska og DiClemente (Prochaska og DiClemente, 1983, 1992). Der beskrives fem stadier: Før-overvejelse, overvejelses-ambivalens, beslutning, aktiv behandling og vedligeholdelse (afsnit 2.2). I herværende studier er disse fem stadier sammenfattet i motivationsfasen og den aktive behandlingsfase. En afgørende følge af teorien om forandringsprocessen er, at behandlerne skal yde en forskellig intervention afhængig af, på hvilket stadium patienten befinder sig. Man skal således søge at "matche" sin intervention til de forskellige stadier. I vores første studie (kapitel IV) fandt vi da også, at terapeutens holdning over for patienterne er af afgørende betydning for, hvorvidt disse fortsætter til den aktive behandlingsfase. Først i den aktive behandlingsfase er det tilsyneladende af betydning, at man giver den rette behandling til den rette patient, dvs matcher.

I studie 3 udvalgte vi igen behandlingsmetoder, der var evidensbaserede, og vi benyttede den matchningscore,

Figur 7. Visitation og behandling efter Odensemodellen.



vi havde udviklet, til at matche patient og behandlingsmetode. Vi kobledesuden disse redskaber til den eksisterende viden om forandringsprocessen.

De opnåede resultater fra studie 1 og 2 er sammenfattet i Odensemodellen (figur 7). Odensemodellen kan opfattes som en beslutningsproces eller algoritme, der bedst af alt kan beskrives som en opskrift på, hvordan man vælger den korrekte evidensbaserede behandling til den rette patient. Modellen beskriver, hvordan alkoholmisbrugere, der henvender sig i et alkoholambulatorie, kan have brug for en akut behandling. Efter den akutte behandling foretages en struktureret kortlægning. Resultaterne fra kortlægningen danner basis for en "profil"-matchningsscore. Samtidig med kortlægningen indledes motivationsskabende samtaler, og der tilbydes anta-

bus gennem mindst én måned. Har man ud fra kortlægningen konstateret, at patienterne lider af angst eller depression, henvises de til psykiater med henblik på psykofarmakologisk behandling. Når de motivationsskabende samtaler er tilendebragt, tilbydes behandling på baggrund af resultaterne fra kortlægningen og den efterfølgende profilmatchning. Visitationen skal sikre, at patienterne får den bedste evidensbaserede behandling, der netop svarer til deres behandlingsbehov. Som det fremgår af figuren, er der enkelte patienter, som formentlig ikke kan profitere af den ambulante behandling, og disse henvises i stedet til anden form for behandling, fx døgnbehandling. Sammenholder man beslutningsprocessen i Odensemodellen med forandringsprocessens stadier (figur 8), angiver modellen, at man udover at finde den rette behandling

Figur 8. Odensemodellen og forandringsprocessens stadier

Forandringsprocessens stadier	Fokus	Odensemodellen
Overvejelser/ambivalens	Patient-behandler-alliancen Behandlerens rolle	Motivationsskabende samtaler
Beslutning	Patient-behandlings-matchning	Visitation efter matchningsscore
Aktiv behandling/ vedligeholdelse	Evidensbaseret behandling	Kliniske retningslinier
Tilbagefald	Hjælpe patienten til at genoptage forandringsprocessen	Som ovenfor

til den rette patient, også skal finde det rette tidspunkt, hvor en given intervention skal sættes ind. Vi kan kalde det dynamisk matchning.

Som omtalt befinder mange patienter sig på henvendelsestidspunktet i overvejelses-/ambivalensfasen. Fokus i denne fase er at skabe en alliance mellem patient og terapeut, der er så tryk, at patienten tør undersøge sine egne overvejelser og ambivalens i forhold til forandring af alkoholvaner. Målet er at lede patienten frem til en afklaring og beslutning om at ændre adfærd, det kan ske ved motivationsskabende samtaleteknikker (se afsnit 7.2.). Når patienten har besluttet sig for aktivt at gøre noget ved sit alkoholmisbrug, bør visiteringen til de forskellige psykosociale tilbud ske ud fra den udviklede matchningsscore, og man bør følge den udviklede beslutningsproces (figur 7). I den aktive behandlings- og vedligeholdelsesfase er der fokus på evidensbaserede behandlingsmetoder, og

dette kan sikres ved at følge de kliniske retningslinier.

Enhver ændring af livsstil og adfærd indebærer risiko for tilbagefald, og dette sker ofte for alkoholmisbrugere. Man skal derfor understrege over for patienten, at et tilbagefald ikke er ensbetydende med, at det er håbløst at nå vedvarende ændringer. I tilfælde af tilbagefald skal man hjælpe patienten til at genoptage forandringsprocessen ved igen at bruge de tidligere nævnte strategier.

I vort studie 3 blev Odensemodellen evalueret i et kvaseeksperimentelt design. Forud for evalueringen udviklede og indførte vi kliniske retningslinier for motivationsskabende samtaler. Disse er beskrevet i følgende afsnit.

7.2. Motivationsskabende samtaler

Når man som behandler sidder overfor en ny patient, gør man ofte en stor indsats for at få patienten til at gå ak-

tivt ind i behandlingen. Det kan næsten opleves som en pligt at komme med gode råd desangående. Når man giver gode råd til en patient, ender det ofte i samtaler i stil med: Patient: Jo, jeg drikker da en hel del, men jeg er ikke sikker på, at det er nødvendigt at være i behandling. Behandler: Men det er ikke en god idé, for det kan være svært at skære ned på egen hånd. Patient: Joh, men der er også alt det med at skulle herind hele tiden. Og så skal man også på antabus, måske Behandler: Jeg tror nu alligevel det vil være det bedste for dig. Du vil både få det bedre helbredsmæssigt, med familien og på dit arbejde, hvis du får skåret ned på dit forbrug af alkohol. Patient: Joh, men det er jo svært. Og jeg ved ikke, om det er noget for mig.

Den ambivalens, patienten oplever i forhold til sin adfærd, udspilles nu mellem behandler og patient således, at patienten kommer med argumenterne mod forandring, mens behandleren kommer med argumenterne for. Resultatet bliver et ping-pong spil centreret omkring "joh, men". Spillet kan forsætte indtil en af parterne bliver træt og slutter med at sige: Du har sikkert ret. Forandring i patientens adfærd følger kun sjældent.

Modstand

Når man forsøger at *overtale* nogen til at ændre adfærd, risikerer man at møde modstand. Og modstand er en af de mekanismer, der kan få forandringsprocessen til at "løbe den anden vej"; en af de mekanismer, der kan

hindre forandring.

Klinisk kontrollerede forsøg har vist, at behandlerens adfærd er ansvarlig for en stor del af den modstand, der kan vækkes i patienten (Patterson & Forgatch, 1985; Miller et al, 1993). Den vigtige pointe på dette punkt, er at behandleren med sin adfærd og attitude også kan sænke modstands niveauet hos patienten. Eftersom lav grad af modstand hos patienten er associeret med succes på lang sigt (Miller et al, 1993) er dette værd at understrege.

Modstand er observerbar adfærd, der opstår under samtalen, og som signalerer til behandleren, at patienten ikke "er med" (Miller & Rollnick, 1991). Hvis vi vender tilbage til modellen over forandringsprocessen, kan man betragte modstand som et signal på, at behandleren bruger strategier, der ikke er hensigtsmæssige i forhold til det stadie, hvor patienten aktuelt befinder sig. "Joh, men"-eksemplet, som blev vist ovenfor, er et eksempel på modstand.

Motivationsskabende samtaleteknik

Det er i relation til patienter, der befinder sig i "før-overvejelsesfasen", den ambivalente fase og beslutningsfasen, at "motivationsskabende samtaleteknik" især kommer ind i billedet (Andrésson et al, 1993). Samtaleteknikken er et forsøg på at finde nye måder at arbejde med ambivalens og modstand på, og teknikken er på flere måder det diametralt modsatte af direkte rådgivning. Miller og Rollnick beskriver de basale principper bag samtale-

teknikken som (Miller og Rollnick, 1991):

1. Behandleren skal udtrykke empati gennem reflekterende lytten og styrke patientens selvfølelse ved at udvise respekt.
2. Behandleren skal udvikle diskrepans mellem det, der er patientens mål med livet - og det sted, han befinder sig lige nu. Det handler om at lade patienten formulere grunde til forandring.
3. Behandleren skal undgå argumentation.
4. Behandleren skal støtte patientens selvfølelse og oplevelse af kompetence.

Principperne er enkle, og det centrale element er en lytteteknik.

Lytteteknikken

Det er lytteteknikken, der er central, når patientens motivation i forhold til at ændre sin adfærd (fx misbrugsadfærd) skal øges. Kun ved at lytte til patienten, kan man skabe sig et billede af patientens overvejelser og bekymringer om sin aktuelle adfærd. Men at lytte kræver som bekendt, at der er noget at lytte *til*. At patienten *siger* noget; at han fortæller om sine bekymringer og overvejelser. Her kommer den reflekterende lytten ind i billedet. Reflekterende lytten er dels en teknik, der tvinger behandleren til at lytte til patienten, og dels stimulerer patienten til at fortælle og strukturerer det fortalte. Reflekterende lytten modvirker samtidig, at der skabes modstand hos patienten.

Refleksioner er noget andet end spørgsmål. En refleksion fremsættes som en sætning, der ikke går "op" til sidst, som spørgsmålet ville gøre, men derimod ned. Behandleren formidler med refleksionerne sin *fortolkning* af det sagte tilbage til patienten. Disse refleksioner opleves af patienten som behandlerens forsøg på at *forstå*. Refleksioner er fx:

Patient: Jeg ved godt, at jeg drikker for meget, men jeg kan ikke holde op.

Behandler: Dit alkoholforbrug bekymrer dig, men du synes ikke, du kan ændre på det.

Patient: Jeg har altid holdt af et glas vin i ny og næ. Hvad er der ved livet, hvis man ikke kan spise og drikke godt?

Behandler: Du synes, at et glas vin er hyggeligt og rart, og det er svært at forestille sig, hvad du kan sætte i stedet.

Patient: Det har aldrig sagt mig noget at drikke sodavand.

Behandler: Sodavand er kedeligt og du kender ikke til andre ting, man kan sætte i stedet for alkohol.

Patient: Jeg vil ikke sige, at jeg er bekymret over, hvor meget jeg drikker, men jeg tænker da over det.

Behandler: Og fordi du spekulerer over det, vil du gerne tale med mig om det.

Patient: Tjah, måske.

Behandler: Du er ikke sikker.

Patient: Jeg er ikke sikker på, hvad jeg skal gøre ved det.

Behandler: Du synes, du drikker lidt meget og at du spekulerer på, om det skader dit helbred, men du er ikke sikker på, om du skal skære ned.

Patient: Det giver ikke mening, vel?
Behandler: Jeg kan se, det må virke forvirrende for dig.

Ved at reflektere signalerer man, at man har hørt, hvad patienten sagde. Man omformulerer udsagnet og viser patienten, hvordan man har opfattet det. Herved opmuntrer man patienten til at tale videre og fortælle om de ting, patienten oplever, der spiller ind på adfærden. Er der tegn på, at patienten viser modstand, sænker man ved hjælp af refleksionerne graden af modstand.

Men der er ikke kun tale om endeløs refleksion. Behandleren styrer og strukturerer samtalen, og en af måderne, han gør det på, er ved jævnligt at opsummere det fortalte. Behandleren kommer her med korte resumeer, der danner grundlag for den fortsatte samtale. Opsummeringen benyttes til at understrege de selvmotiverende udsagn, dvs. de grunde, patienten selv anfører, der kan være for at forandre adfærd og de muligheder for forandring, patienten selv ser. Har man indtryk af, at patienten sidder inde med bekymringer, der ikke kommer frem ved at anvende reflekterende lytten, kan man evt. flette *enkelte* spørgsmål ind, for at få fat på selvmotiverende udsagn. Men dette sker først relativt sent i samtalen:

Jeg sidder og tænker på, hvor meget alkohol bekymrer dig.

Hvad skal der ske, for at du skal begynde at overveje at ændre alkoholvaner?

Hvad tror du, der skal til, for at det

vil være muligt for dig at tro på, at du kan ændre dit drikkeri?

Ansvar for, at forandringen finder sted, placeres hos patienten selv. Dette er et væsentligt signal at sende patienten, som kan være medvirkende til, at han ikke oparbejder modstand mod behandleren. Det er også en vigtig pointe, idet det kun er *patienten selv*, der kan skabe forandring i sin adfærd. At ansvaret placeres hos patienten selv, betyder på den anden side ikke, at behandleren ikke har muligheder for at påvirke patientens beslutning eller for at støtte patienten. Når ansvaret for forandringen lægges hos patienten selv, kan behandleren stille sig til rådighed som en ressource, patienten kan trække på, hvis han har brug for *hjælp* til at forandre sin adfærd. Muligheden for et samarbejde mellem behandler og patient introduceres her.

Motivationsskabende samtaler kan afsluttes med en opsummering, hvor de selvmotiverende udsagn resumeres (de grunde, patienten selv har anført, der taler for at forandre adfærd), samtidig med at det også noteres, at der er vanskelige ting, der skal tages hensyn til (ting, der taler imod). Herefter kan spørges:

Jeg spekulerer på, hvor det bringer os hen? Hvad skal der ske nu?

Det lyder som om dine alkoholvaner bekymrer dig. Hvad kunne du gøre?

Tegnene på, at patienten har besluttet sig for forandring, kan være tydelige, men ofte gøres endnu tydeligere ved at give patienten nogle lejligheder til

at formulere dem højt. Mennesker tror simpelthen mere på det, de selv siger, end det, andre fortæller dem. Det er derfor væsentligt ikke blot at lade patienten selv formulere de gode grunde til, at adfærden bør ændres, men også lade patienten formulere højt, at han vil gøre det - og at han tror på, at han kan.

Behandleren kan herefter spørge, hvilken rolle patienten har tiltænkt behandlingsstedet i forandringsprocessen: Er der behov for løbende opfølgning eller rådgivning; er der behov for tilbud om egentlig behandling i behandlingscentrets regi; eller er der tale om en forandring, som patienten tror, at han kan håndtere selv, nu han har besluttet sig for den. Hvis patienten føler, at der er behov for egentlig behandling - fordi han eller hun måske nok er blevet sikker på, at en ændring af alkoholmønster er nødvendig og attråværdig, men omvendt ikke mener at kunne gennemføre dette på egen hånd - vil patienten herefter kunne overgå til decideret behandling i behandlingscentrets regi.

Fordelene ved denne samtaleteknik er, at den tvinger behandleren til at lytte til sin patient. Fordelene er også, at teknikken giver behandleren en mulighed for at styre samtalen og uddrage de af patientens udsagn, der påvirker beslutningsprocessen. Behandleren kan derved hjælpe patienten til at høre sine egne argumenter for, at forandring er hensigtsmæssig. En yderligere fordel ved samtaleteknikken er desuden, at den modvirker, at der opstår modstand hos patienten.

7.3. Materiale og metode i studie 3

Studie 3 var en konsekutiv og individuel undersøgelse af samtlige patienter, der påbegyndte psykosocial behandling ved alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg i perioden 01.06.98-31.12.98. Inklusionskriterierne var alder over 18 år, dansk statsborger. Eksklusionskriterierne var følgende: demens, psykose, terminal sygdom og retspsykiatrisk problemstilling i behandlingen.

I alt 180 patienter ønskede at påbegynde en psykosocial behandling, fem patienter ønskede ikke at deltage i undersøgelsen. Der var således 175 patienter på alkoholambulatorierne, der indgik i undersøgelsen.

Undersøgelingsgruppen gennemgik efter en eventuel afrusning en struktureret kortlægning, der blev udført af ambulatoriets sædvanlige behandlere. Den strukturerede kortlægning varede to timer og foregik i henhold til The Addiction Severity Index (se kapitel III). Der blev desuden stillet psykiatriske diagnoser i henhold til ICD-10-R (forskningskriterierne). Efter den strukturerede kortlægning modtog samtlige patienter motivationsskabende samtaler ved én af ambulatoriets behandlere. Behandlerne var forinden oplært i denne samtaleteknik, og der var udfærdiget kliniske retningslinier. Udover de motivationsskabende samtaler, blev patienterne anbefalet antabusbehandling den første måned i behandlingsforløbet. Hvis patienterne havde en psykiatrisk diagnose, blev de tilset af ambulatoriets psykiater, der

tog stilling til, om der skulle iværksættes en psykofarmakologisk behandling.

Det udfyldte kortlægningsskema (se appendix II) blev leveret til to visitatorer, der ud fra skemaet udfyldte det i tabel 14 viste skema omhandlende matchningsscoren. Når patienterne havde afsluttet de motivationsskabende samtaler, blev de visiteret til ét af ambulatoriets behandlingstilbud ud fra matchningsscoren. Under hele behandlingsforløbet blev der udfra journalnotater registreret, hvorvidt patienterne mødte til de aftalte behandlingssessioner samt dato for eventuel afbrydelse af behandlingen. Der blev endvidere registreret antal behandlingssessioner, psykofarmakologisk behandling samt dato for afslutning af behandlingen. Ét år efter påbegyndt behandling blev samtlige 175 patienter forsøgt geninterviewet af en uafhængig interviewer, uanset om de havde gennemført behandlingen eller afbrudt denne. Det var muligt at geninterviewe 140 (80%) patienter. Årsagen til manglende interview var følgende: tre patienter ønskede ikke at deltage i interviewet, 28 patienter kunne ikke opspores, og fire patienter var døde.

Det 1-årige opfølgningsinterview blev som tidligere udført i henhold til The Addiction Severity Index. Intervieweren havde intet kendskab til data indsamlet ved den strukturerede kortlægning forud for påbegyndelse af behandlingen. Udover ASI-spørgsmålene blev patienternes tilfredshed med behandlingen undersøgt. Patienterne blev et år efter påbegyndt behandling spurgt, om behandlingen havde haft

positiv eller negativ betydning for deres aktuelle psykosociale funktion.

Studiedesign og datanalyser

De 140 patienter behandlet efter Odensemodellen blev sammenlignet med kontrolgruppen, bestående af de 136 patienter, der i studie 2 havde modtaget en behandling ud fra evidensbaseret praksis, men uden anvendelse af Odensemodellens visitations- og behandlingsstrategi.

Studiedesignet i studie 3 var således kvasiexperimentelt, eftersom vi sammenlignede patienter, der har været udsat for en bestemt intervention (Odensemodellen) med en historisk kontrolgruppe af patienter, der ikke har modtaget samme interventionen (men blot modtaget evidensbaseret behandling).

Ved analyse af data indgik alle patienterne i studierne, uanset om de havde gennemført behandlingen eller afbrudt denne. Analysestrategien er således baseret på det, man indenfor forskningen kalder "intention to treat-princippet". Af statistiske analyser blev anvendt Studens t-test ved sammenligning af to middelværdier i de forskellige grupper. Chi²-test blev anvendt ved bivariate analyser. Tiden til afbrydelse af behandlingen blev analyseret ved hjælp af overlevelseskurver konstrueret ud fra Kaplan Meiers metode. Der blev ved disse analyser anvendt Wilcoxons nonparametriske test for varians i afbrydelsesfrekvensen. Ved samtlige tests blev som signifikansniveau valgt $p < 0,05$.

7.4. Resultater

Patientkarakteristika ved påbegyndelsen af behandlingen er beskrevet i tabel 16, dels for de patienter, der blev behandlet ud fra evidensbaseret prak-

Tabel 16. Patientkarakteristika ved påbegyndelse af behandling.

ASI-Problemområde ^a	Evidensbaseret praksis (N=136)	Odense-modellen (N=140)	P-værdier
Helbred	0.281	0.314	0.425
Erhverv/økonomi	0.567	0.588	0.549
Alkoholforbrug	0.571	0.566	0.863
Medicinforbrug	0.019	0.008	0.069
Kriminalitet	0.006	0.020	0.042
Familie/socialt	0.221	0.226	0.866
Psykisk	0.180	0.164	0.521
Globale funktion (totale scorer)	0.263	0.270	0.613

a) Baseret på *The Addiction Severity Index*-evalueringscore. Scoren varierer fra 0 (intet problem) til 1 (ekstremt problem) de sidste 30 dage.

sis i studie 2 og de patienter, der blev behandlet i studie 3 ud fra Odense-modellen. Der var markant flere af de patienter, der blev behandlet med Odensemodellen, som havde problemer med kriminalitet. Herudover var der ingen signifikante forskelle mellem de to patientgrupper.

I tabel 17 ses andelen af patienter, der blev visiteret til de enkelte behandlingstilbud. Ifølge Odensemodellens visitationsstrategi blev over halvdelen af patienterne tilbudt kognitiv behandling og markant færre patienter

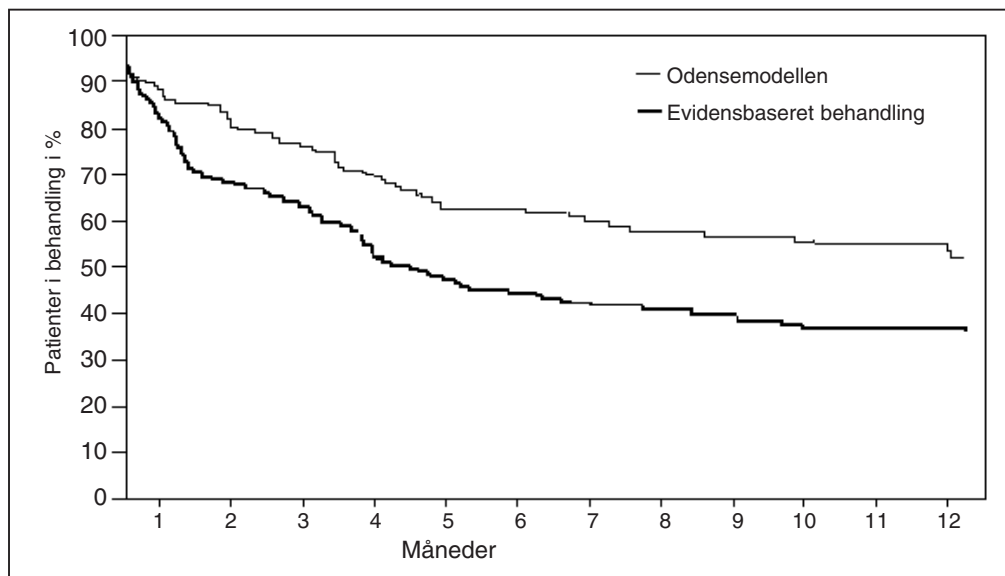
blev tilbudt støttende samtaler og familierapi i forhold til patienter, der blev visiteret af behandlere i studie 2, der alene var baseret på evidensbaseret praksis.

Alle patienter blev tilbudt motivationsskabende samtaler ud fra Odensemodellens visitationsstrategi. Der var ligeledes markant flere patienter, der påbegyndte en antidepressiv behandling ud fra Odensemodellen, idet 24% modtog en sådan behandling, mod kun 9% af patienterne behandlet efter evidensbaseret praksis ($p=0,001$).

Tabel 17. Patienter visiteret til psykosocial behandling i evidensbaseret praksis og Odensemodellen (procentvis angivelse).

Psykosocial behandling	Evidensbaseret praksis (N=136) %	Odense-modellen (N=140) %	P-værdier
Motivationsskabende samtaler	0	100	-
Støttende samtaler	34	16	0.001
Kognitiv terapi	40	52	0.052
Kontraktbehandling	0	17	-
Familierapi	23	9	0.001
Anden behandling	3	6	0.172

Figur 9. Tiden til afbrydelse af den planlagte behandling hos patienter i evidensbaseret praksis (N = 136) og patienter i behandling ud fra Odensemodellen (N = 140); P =0,006.



Figur 9 viser tiden til afbrydelse af den planlagte behandling for de to patientgrupper. Blandt patienter i evidenspraksisgruppen var der 50 (37%), som gennemførte behandlingen, hvorimod der i Odensemodelgruppen var 75 (54%) patienter, der gennemførte. Denne forskel i gennemførelsesfrekvens er signifikant.

Èt år efter påbegyndt behandling blev patienternes helbred, misbrug og psykosociale problemer vurderet, og som det fremgår af tabel 18, havde patienterne behandlet ud fra Odensemodellen markant færre problemer med alkohol og psykiske forhold. Deres samlede psykosociale funktionsniveau var ligeledes markant bedre end gruppen, der blev behandlet ud fra den evidensbaserede praksis.

I tabel 19 ses patienternes drikkemønster den sidste måned før det 1-

årige opfølgingsinterview. Som det fremgår, var der 105 (75%) patienter, behandlet ud fra Odensemodellen, der havde et positivt drikkemønster (maksimalt 21 genstande om ugen), mens dette var tilfældet for 87 (64%) patienter, behandlet ud fra evidensbaseret praksis ($p=0,046$). Der var markant flere patienter, behandlet efter Odensemodellen, som aldrig drak over tre genstande dagligt. Blandt patienter behandlet ud fra en evidensbaseret praksis var der 88 (65%) patienter, der angav, at behandlingen havde haft positiv betydning for deres aktuelle psykosociale situation 1 år efter påbegyndt behandling, det samme angav 115 (82%) patienter behandlet ud fra Odensemodellens strategier ($p=0,01$).

Tabel 18. Patienter, der er behandlet i evidensbaseret praksis og ud fra Odensemodellen, fordelt på helbred, misbrug og psykosociale problemer, 12 måneder efter påbegyndt behandling.

Problemområde ^{a)}	Evidensbaseret praksis (N=136)	Odensemodellen (N=140)	P-værdier
Helbred	0.274	0.273	0.998
Erhverv/økonomi	0.615	0.612	0.926
Alkoholforbrug	0.300	0.232	0.016
Medicinforbrug	0.009	0.008	0.802
Kriminalitet	0.013	0.004	0.095
Familie/socialt	0.170	0.131	0.064
Psyisk	0.170	0.108	0.004
Globale funktion (totale scorer)	0.221	0.196	0.046

a) Baseret på *The Addiction Severity Index-evalueringsscore*. Scoren varierer fra 0 (intet problem) til 1 (ekstremt problem) de sidste 30 dage før interview.

Tabel 19. Patienternes drikkemønster den sidste måned før 12 måneders interview.

	Evidensbaseret praksis (N=136)		Odensemodellen (N=140)		P-værdi
	n	%	n	%	
Afholdende	35	25,7	30	21,4	0.399
Aldrig over 3 genstande	9	6,6	41	29,3	0.001
Over 3 genstande ^{a)} maksimalt 6 dage på én måned	43	31,6	34	24,3	0.176
Maksimalt 21 genstande om ugen	87	63,9	105	75,0	0.046

a) Patienterne drak over 3 genstande gennemsnitligt 2,5 dage, og de var afholdende gennemsnitligt 20 dage.

7.5. Konklusion

Matchning må formodes at reducere patienternes alkoholmisbrug og dermed forbedre deres psykosociale funktion. Det må også formodes, at modtager patienterne en behandling, der tilpasses deres behov og præferencer, vil der være større sandsynlighed for, at de gennemfører behandlingen og er mere tilfredse med den givne behandling.

I studie 3 demonstreredes, at en visitations- og behandlingsstrategi (Odensemodellen), der gav den rette behandling til den rette patient på det rette tidspunkt, kunne forbedre resultaterne på alle de ovenfor nævnte områder (Nielsen og Nielsen, 2001b).

“Odensemodellen” udgør det samlede resultat af 10 års forskning, og det kunne være interessant at vurdere, hvilken af de indførte behandlingsstra-

Tabel 20. Udbyttet af standardbehandling, evidensbaseret praksis og Odensemodellen 1 år efter påbegyndt behandling (procentvis angivelse).

	Standard- behandling ^{a)} (N=178) %	Evidensbaseret praksis (N=136) %	Odense- modellen (N=146) %
Positivt drikkemønster	34 ^{b)}	64 ^{c)}	75 ^{c)}
Gennemførte behandlingen	23	37	54

a) Socialforskningsinstituttets ambulatorieundersøgelse

b) Driker overvejende i weekender, på fredag, og ved højtider

c) Driker maksimalt 21 genstande om ugen, drikker overvejende i weekender, på fredage og ved højtider.

tegrer, der havde den største betydning for behandlingsresultaterne. En sådan vurdering kan ske ved at sammenligne resultaterne af standardbehandling, behandling ud fra evidensbaseret praksis og Odensemodellen.

Hvis en sådan sammenligning skal være mulig, er det imidlertid væsentligt, at patienterne ved alle tre behandlingsformer ligner hinanden ved påbegyndelse af behandlingen. Som det allerede er vist, var der ingen væsentlige forskelle i patientkarakteristika mellem patienter, der påbegyndte behandling ud fra en evidensbaseret praksis og Odensemodellen (jf. tabel 16). Hvorvidt der var forskelle i patientkarakteristika hos patienter, der har modtaget den standardbehandling, der blev beskrevet i Socialforskningsinstituttets undersøgelse og de øvrige behandlinger, kan sandsynliggøres ud fra følgende:

I Socialforskningsinstituttets undersøgelse blev der ved landets alkoholambulatorier udtrukket en stikprøve på 232 patienter, der blev forsøgt interviewet ét år efter påbegyndt be-

handling. Ved efterundersøgelsen var det muligt at indhente oplysninger omhandlende drikkevaner og afbrydelse af behandlingen for 178 (77%) patienter. Ved sammenligning af patienter i forløbsundersøgelsen med hensyn til væsentlige karakteristika ved påbegyndelsen af behandlingen fandtes disse at være repræsentative for alle landets ambulatorier. Da vi tidligere har vist, at patienterne i vores egne undersøgelser ikke adskiller sig væsentligt fra Socialforskningsinstituttet (jf. tabel 8), finder vi det rimeligt at sammenligne vores undersøgelsesresultater med Socialforskningsinstituttets standardbehandling.

I tabel 20 er sammenlignet resultaterne omhandlende drikkevaner og gennemførelse af behandlingen ved henholdsvis traditionel standardbehandling, behandling efter evidensbaseret praksis og behandling efter Odensemodellen. Som det ses, medfører indførelsen af en evidensbaseret praksis ved alkoholambulatorierne et markant bedre behandlingsresultat i forhold til standardbehandlingen. Ved

standardbehandlingen var der således 34% af patienterne, der havde et positivt drikkemønster ét år efter påbegyndt behandling. En behandling ud fra evidensbaseret praksis øgede andelen af patienterne med positivt drikkemønster til 64% (88%’s forbedring). Der var endvidere 60% flere, der gennemfører behandlingen.

En behandling efter Odensemodellens strategier bidrog til en mindre, men dog signifikant øgning af behandlingseffekten, idet 75% af patienterne behandlet efter Odensemodellen havde et positivt drikkemønster, og 54% gennemførte behandlingen. Ud fra ovenstående kan konkluderes, at en indførelse af en evidensbaseret praksis ved alkoholambulatorierne har afgørende betydning for behandlingsresultatet, og at indførelse af Odensemodellen kan bidrage yderligere til en forbedring af resultaterne.

Valg af behandling for alkoholmisbrug

8.1. Tidlig intervention og Odensemodellen

Førovervejelsesstadiet og indsatsen der

Vi har gennem hele denne publikation beskæftiget os med personer, der har et for stort alkoholforbrug, men som samtidig har opsøgt behandling mere eller mindre frivilligt. Vi skal dog ikke undlade at gøre opmærksom på den store gruppe alkoholmisbrugere, der befinder sig i før-overvejelsesstadiet: De, der slet ikke har overvejet en forandring af deres alkoholforbrug endnu.

Når talen kommer på at vække folks opmærksomhed på en uhensigtsmæssig livsstil som fx et for stort alkoholforbrug, er det næppe alkoholambulatorierne, der i særlig stor udstrækning vil kunne foretage en intervention af den simple grund, at det er relativt få patienter, der kommer i ambulatorierne på et tidspunkt, hvor de end ikke har overvejet at ændre alkoholvaner. Ikke dermed sagt, at det slet ikke hænder: Faktisk kommer der indimellem personer henvist fra fx kriminalforsorgen med henblik på alkoholbehandling, selvom disse personer slet ikke har nogen forestilling om, at dette skulle være nødvendigt.

Oftest vil det dog formentligt være andre instanser end ambulatorierne, der har muligheden for at sætte skub i forandringsprocessen hos personer, der ikke endnu har overvejet at ændre alkoholvaner, selvom disse er uhensigtsmæssige og sundhedsskadelige.

Som det gælder for mange andre vaner, er også uhensigtsmæssige alkoholvaner lettere at ændre, hvis de ikke har stået på så længe og ikke har fået for store konsekvenser for patienten. Det er på den anden side vanskeligt at få kontakt med mennesker, der endnu ikke har fået de helt store problemer på grund af deres alkoholforbrug og derfor formentligt endnu end ikke overhovedet har overvejet at ændre på dette forbrug. Ofte vil dette ske fx. i almen praksis eller på socialforvaltninger, kriminalforsorg, arbejdspladser eller lignende.

Hvordan tager man emnet op?

Vi har tidligere været inde på, at konfrontation ofte vækker modstand, - og vækkes der modstand, sker der sjældent en forandring. At konfrontation ikke er en god måde at tage alkohol op på, betyder imidlertid ikke, at man ikke som praktiserende læge kan tale om alkohol med sine patienter eller som socialarbejder kan tale alkohol

med klienter. Det er her værd at minde om, at det faktisk ikke er sandt, at alkoholmisbrugere altid benægter. Indenfor alkoholforskningen forsøgte man længe at finde frem "den særlige alkoholmisbrugende personlighed", men man har nu opgivet og i stedet set i øjnene, at alkoholmisbrugere ligner alle andre mennesker. De er hverken mere eller mindre benægtende (Miller, 1985). Men de færreste synes det er behageligt at blive mødt med fordømmelse, og sker det, vil den umiddelbare reaktion ofte være en afvisning. Man kan imidlertid spørge på mange andre, mindre fordømmende måder.

- Hvordan passer alkohol ind i det her?
- Når man har det som du, kan man sørne godt have brug for noget at slappe af på. Hvad bruger du? Alkohol? Medicin? Lange traveture?
- Noget af det, du beskriver, kan indimellem hænge sammen med det, man drikker. Må jeg stille dig et par spørgsmål om alkohol?

Hvad gør man først?

Hvis man har erfaret, at personen drikker mere end godt er, er næste trin at motivere ham til at ændre på det. En strategi hertil kan fx se således ud (Miller & Rollnick, 1991):

1. *Begynd med at lytte.* Lad personen fortælle om sine synspunkter på sit alkoholforbrug. Som vi netop har set, at det almindeligt at mennesker er ambivalente før de tager endeligt stilling til forandring af adfærd, og i denne situation kan det være nyt-

tigt at få lov til at undersøge denne ambivalens.

2. *Fortæl ikke personen, at han har et problem.* Lad personen fortælle dig om det. Som vi også tidligere har nævnt, går folk ofte i baglås, hvis nogen forsøger at fortælle dem, at de har et problem. Det er såre menneskeligt. I stedet for at fortælle personen, at han har et problem, er en undersøgelse af fordele og ulemper ved alkoholbruget således langt mere hensigtsmæssig, og en sådan undersøgelse kan med fordel anvendes i en intervention, hvor der ikke er megen tid til rådighed (Rollnick, 1996). Spørgsmål om "hvad er de gode ting ved alkohol?" og "hvad er de mindre gode ting?" kan give dig en god mulighed for bedre at forstå hvilken rolle, alkohol har i personens liv.
3. *Giv feedback.* Giv personen ærlig information om, hvilke betydning, hans alkoholforbrug kan få for hans helbred, psykiske og sociale liv i almindelighed. Feedback'en skal ikke gives som afskrækning, men derimod som saglig information, der kan give personen mulighed for at undersøge om hans alkoholvaner stemmer overens med de planer og mål, han ivoerigt har med sit liv, eller om vanerne modarbejder disse.
4. *Tilbyd dine råd,* men bed om lov til det først. Spørg ham, om han ønsker at høre dine forslag til, hvad der skal ændres.
5. *Begynd ikke at argumentere.* Modstand får ham ikke til at ændre alkoholvaner, og argumentation er en

sikker måde at få ham til at gå baglås på (Nielsen, 1998). Hvis personen begynder at komme med argumenter mod at ændre alkoholvaner, så prøv i stedet at reflektere over dette: "Så på den ene side er du klar over, at du drikker lidt for meget til, at det faktisk er foreneligt med det, du gerne vil have ud af dit liv, og samtidig er du bange for at du ikke er i stand til at skære ned på forbruget. Det er en vanskelig situation, det kan jeg godt se."

6. *Diskuter personens planer for forandring.* Husk stadig, at i stedet for at påpege, hvad han *bør* gøre, er det mere hensigtsmæssigt at spørge ham, hvad han *vil* gøre: Hvad skal der ske nu? Det lyder som om, du har mange grunde til at ændre dine alkoholvaner. Hvad vil du gøre?
7. *Undersøg, hvilke redskaber og muligheder, der er til rådighed.* Hvis personen ønsker at sænke sit alkoholforbrug, men føler sig rådvild i forhold til, hvordan han faktisk kan, så find sammen med ham alle tænkelige og utænkelige forslag til handlemuligheder, som han derefter kan vælge mellem. Disse forslag kan fx være 1) at udskifte en del af væskeindtagelsen med ikke-alkoholiske drikke (evt. alkoholfrie øl, lyse øl); 2) at indføre alternative aktiviteter på de tidspunkter, hvor han oplever at sandsynligheden for alkoholindtagelse normalt er stor; 3) dagligt at notere hvor mange genstande, der indtages, så det overvåges at en beslutning om en maksimumindtagelse ikke overskrides; 3) at være afholdende i hverdagen

og nøjes med at drikke alkohol i weekender; 4) konkrete ting, man kan foretage sig sammen med familien. 5) deltagelse i selvhjælpsgrupper eller andre støtteforanstaltninger; 6) gå i behandling.

Men hvis det ikke virker, hvad gør man så?

Hvis den støtte, man kan give, ikke er nok til at skabe ændring i alkoholvanerne, bør man henvise til behandling. Alkoholbehandlingscentre eller -ambulatorierne vil således fortsætte, hvor kommuner, praktiserende læger eller andre slap. Her vil man arbejde videre med at søge at guide personen henimod beslutningsstadiet, styrke hans oplevelse af at være i stand til at ændre på sit alkoholforbrug og understøtte ham med redskaber til det.

8.2. Hvis det ideelle ikke er muligt

Mange ambulante alkoholbehandlingssteder vil formentlig sige, at den måde at tilrettelægge behandling på, som vi har beskrevet med Odensemodellen, ikke kan lade sig gøre på deres institution. Institutionen har måske for få medarbejdere eller for få ressourcer til, at det synes muligt.

Nogle ting kan imidlertid sagtens lade sig gøre, selvom antallet af medarbejdere er lille og selvom ressourcerne ikke er så store. Også ting, der kan effektivisere behandlingen ganske betragteligt. Struktureret kortlægning ved behandlingsstart er fx. en hensigtsmæssig måde at få overblik over, hvad det er, der skal planlægges i behandlingen. Selvom man ikke direkte

har mulighed for efterfølgende at matche til forskellige behandlingstilbud, har man mulighed for at sikre, at man ikke overser væsentlige problemstillinger i det behandlingsforløb, som man selv tilrettelægger, fx psykiske problemstillinger, sociale problemstillinger, selvmordsadfærd etc.

Struktureret kortlægning giver også mulighed for tilbagevendende at skabe dialog om de fremskridt, som patienten gør. I selve behandlingen kan det således være hensigtsmæssigt fx. hver tredje måned at spørge til de samme ting vedrørende aktuel status, som man spurgte om i den indledende kortlægning af patientens situation. Det giver en mulighed for løbende sammen med patienten at følge med i, hvorvidt behandlingen sættes ind på den rigtige måde.

McLellan og kolleger viste desuden i et studie fra 1997 (McLellan et al., 1997), at den strukturerede kortlægning kan bruges til at sikre, at man i behandlingen skaber kontakter med andre relevante behandlingstiltag på de områder, hvor det måtte være hensigtsmæssigt. Studiet viste, at en sådan koordinering medfører en bedre generel funktion hos alkoholmisbrugerne over tid, samt en bedre compliance i alkoholbehandlingen. McLellan og kollegers studie kan således tolkes i retning af, at matchning ikke kun er en tankegang, man kan gennemføre indenfor sin egen institution og i relation til de behandlingstilbud, man selv råder over, men også i relation til samarbejdspartnere. For en lille alkoholbehandlingsinstitution kan den strukturerede kortlægning således ud-

nyttes til at sikre, at man etablerer samarbejde med relevante samarbejdspartnere på de områder, hvor alkoholmisbrugerne har problemer, der bør behandles, men hvor man ikke selv har ressourcerne til at sætte ind.

Hvad angår den behandling, man selv sætter i gang i alkoholbehandlingsinstitutionen, så er der belæg for at sige, at man bør vælge den kognitive referenceramme, hvis man kun kan råde over et enkelt behandlingstilbud. Det er efterhånden veldokumenteret, at den kognitive behandling generelt har større effekt end ingen behandling, og generelt passer til en større målgruppe end de øvrige behandlingsformer. I forhold til ressourceforbruget kræver det selvfølgelig en efteruddannelse til personalet, ligesom der bør indføres regelmæssig supervision af en erfaren kognitiv behandler.

Der er også grund til at fokusere på dynamisk matchning, selvom man arbejder i en mindre institution. Flere studier har således vist, at man kan øge compliance i et behandlingsprogram, hvis man indleder behandlingen (i forbindelse med og umiddelbart efter kortlægningen) med 1 til 3 motiverende samtaler. For mange behandlere vil en sådan strategi umiddelbart være i modstrid med, hvad man har plejet at gøre. I mangfoldige år har man jo ment, at det var vigtigt at iværksætte behandling "øjeblikkeligt, når man havde fat i patienten", fordi man troede, at motivationen var flygtig og derfor skulle fastholdes, ja, næsten tvinges.

Imidlertid tyder de amerikanske studier på, at det er langt mere effek-

tivt at bruge nogle samtaler i forbindelse med den indledende kontakt til behandlingsstedet på, at tale med patienten om årsagerne til henvendelsen, overvejelserne i relation til behandling og ad den vej øge motivationen i relation til at træffe en mere fast beslutning om at ændre alkoholvaner. En sådan strategi synes at give langt bedre behandlingsresultater i det efterfølgende behandlingsprogram end at iværksætte behandling i samme øjeblik, som patienten træder ind ad døren.

Kvalitets- og kompetenceudvikling er ligeledes strategier, der uden tilførsel af de store ressourcer, kan øge effektiviteten af behandlingen. Grundig dokumentation af den indsats, man tilbyder i institutionen, efterfulgt af målrettet planlægning af ændringer, de steder, hvor der dokumenteres kvalitetsbrist og systematisk efteruddannelse de steder, hvor der er behov, vil være en strategi, som man kan benytte i selv små institutioner. Ofte vil man desuden i mindre institutioner kunne drage fordel af samarbejde med andre institutioner eller videnscentre i forhold til at holde sig ajour med den nyeste viden på område, så man også bliver i stand til hele tiden at udvikle det tilbud, man har. Kravet vil som oftest være, at man systematiserer både udviklingen og samarbejdet.

Selvom man ikke råder over et stort personale eller mange ressourcer, vil man således alligevel have mange muligheder for at effektivisere behandlingen til gavn for patienterne og samtidig skabe bedre trivsel for personalet. De fleste ansatte i en sektor vil trives

langt bedre med at være i stand til at kunne tilbyde en målrettet indsats, som de kan se virker, end at arbejde usystematisk frem mod noget, som ingen ved, om patienterne har gavn af.

8.3. Kvalitetsudvikling

Moderne alkoholbehandling bør som omtalt baseres på de til enhver tid foreliggende forskningsresultater (evidensbaseret). Det er imidlertid erfaringen, at den viden, som forskningen frembringer, ikke altid anvendes i daglig praksis og dermed ikke bidrager til en forbedret kvalitet. Årsagen hertil er manglende kendskab til forskningsresultaterne, manglende systematik og manglende beherskelse af behandlingsmetoderne. Implementering af forskningsresultaterne i dagligdagen kan imidlertid ske ved kvalitetsudvikling.

Hvad er kvalitetsudvikling?

Begrebet kvalitetsudvikling anvendes om hele den proces, der gennemløbes for at forbedre og fastholde kvaliteten af en given foranstaltning, i vores tilfælde ambulante behandling af alkoholisbrugere. Det væsentligste formål med kvalitetsudvikling er at opfylde en bestemt målsætning for kvaliteten af en given ydelse. Dette betyder i praksis, at der skal foreligge beskrevne mål for kvaliteten af den ambulante alkoholbehandling samt målinger i dagligdagen, som synliggør, om der er overensstemmelse mellem de fastsatte mål og praksis.

Kvalitetsudvikling forudsætter, at de enkelte medarbejdere i ambulatorierne deltager aktivt i udarbejdelsen

Tabel 21. Standard: Det ønskelige, opnåelige, generelle kvalitetsniveau

Struktur	Proces	Resultat
<p>Tids- og personaleforbruget samt krav til omgivelserne i forbindelse med tilrettelæggelse af behandlingen.</p> <p><i>Ledeord:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • hvem er målgruppen • hvem skal gøre hvad • hvilken aktivitet • hvornår skal det ske • hvor skal det foregå 	<p>Beskrivelse af de aktuelle aktiviteter med fokus på aktivitetens kvalitative indhold.</p> <p><i>Ledeord:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • hvad er det konkrete indhold • hvordan skal det udføres • prioritering af indsatsen/rækkefølgen 	<p>Beskrivelse af det ønskede resultat</p> <p><i>Ledeord:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • hvad er det ønskede resultat • hvordan kommer det til udtryk • hvordan og hvornår måles resultatet

af kvalitetsmål og forbedringer. Der ved opnås et "lokalt ejerskab" af kvalitetsudviklingen. Kvalitetsudviklingen er desuden en dynamisk og kontinuerlig proces, der jævnlige må justeres i takt med den videnskabelige og faglige udvikling.

Standard, struktur, proces og resultat

I virkelighedens verden vil ideelle kvalitetsmål, som at alle patienter drikker maksimalt 21 genstande om ugen efter endt behandling, eller at alle patienter skal være tilfredse, eller at der slet ikke må være ventetider i ambulatorierne, oftest være uopnåelige. I stedet bør angives realistiske mål for det, man vil betegne som acceptabel kvalitet (mini-mumskrav) ved en given foranstaltning. Dette beskrives som en standard for god kvalitet.

Standarder udvikles på baggrund af forskningsresultaterne, praktiske erfaringer og lokale forudsætninger - herunder organisatoriske og økonomiske forhold. En acceptabel standard kan fx være, at ventetiden på kortlægning er

under 14 dage, eller 80% af patienterne er tilfredse med ambulatoriets behandling.

Til enhver standard knytter sig en strategi, der har til formål at føre frem til en acceptabel kvalitet (standard). En sådan strategi omfatter både struktur, proces og resultat (Donabedian, 1986) (tabel 21).

Struktur omfatter tids- og personaleressourcer samt krav til omgivelserne i forbindelse med tilrettelæggelse af en given ambulante intervention. I praksis vil det betyde, at man for en given indsats først vil se på, hvem der skal udføre den samt hvornår og hvordan, det skal foregå. Næste skridt er at beskrive *processen*, der i detaljer skal angive de aktuelle aktiviteter med fokus på aktiviteternes kvalitative indhold. Processen bør indeholde en konkret beskrivelse af indholdet i aktiviteten, hvordan den skal udføres samt eventuelt en prioritering af indsatsen og fastlæggelse af rækkefølgen. Processen er således udtryk for på hvilken måde, man vælger at løse en given ambulante

behandlingsopgave. Endelig beskrives *resultatet*, der er et udtryk for, hvad man vil opnå med en given indsats, hvordan det kommer til udtryk, samt hvordan og hvornår det skal måles.

Det er af stor betydning, at der er en sammenhæng mellem de nævnte begreber, da kvaliteten på det ene område vil påvirke kvaliteten på de andre. Struktur og proces skal således beskrives i relation til det ønskede resultat. Resultatet skal være konkret og måleligt, så man ved registrering af utilfredsstillende kvalitet (standard ikke nået) er i stand til at gennemgå de enkelte elementer i struktur og proces i forhold til en given indsats for at finde ud af, hvad der er gået galt. Fremgangsmåden vil da virke som problemløsningsmetode og samtidig kunne dokumentere den givne indsats.

Indikatorer

Indikatorer er variable, som kan anvendes til at følge kvaliteten på udvalgte områder (Mainz et al., 1999). En indikator vil typisk relatere sig til flere standarder og kan anvendes som advarselssignal, når kvalitetsniveauet falder. Hvis en indikator over tid ændrer sig som udtryk for en forringet kvalitet, bør det give anledning til at foretage en analyse af forholdene. Indikatoren kan i en sådan situation være udtryk for, at der er en eller flere standarder, der ikke overholdes. Når man har konstateret, hvilken standard, det er galt med, består opgaven i at undersøge, hvilke elementer i struktur, proces og resultat under den pågældende standard, der ikke er opfyldt i

forhold til det beskrevne. Denne proces vil blive beskrevet nærmere under Audit.

Kvalitetscirkler

En af de grundlæggende ideer i forbindelse med kvalitetsudvikling er, at alle medarbejdere har ansvaret for, at kvaliteten af den ambulante behandling lever op til de valgte standarder. Etablering af kvalitetscirkler har til hensigt at inddrage og ansvarliggøre hele personalegruppen. Definitionen på en kvalitetscirkel er følgende: "En kvalitetscirkel er en gruppe på 3-10 personer, som arbejder på samme ambulatorium, og som frivilligt mødes regelmæssigt i arbejdstiden for at løse kvalitetsproblemer på en systematisk måde. Den grundlæggende idé med kvalitetscirkler er, at den person, som udfører arbejdet, også er eksperten" (Blomberg, 1989).

Formålet med kvalitetscirkler er at engagere, uddanne og udvikle personalet, så det bliver i stand til at gennemføre problemløsning og kvalitetsforbedringer i det daglige arbejde. I kvalitetscirklerne udarbejdes standarder baseret på tidligere nævnte struktur, proces og resultat.

Audit

Når man har udviklet de enkelte standarder for den ambulante behandling, er det vigtigt, at man etablerer et forum, hvor man kontinuerligt kan vurdere, om disse standarder overholdes. Audit kan oversættes med revision og er en metode til kvalitetsovervågning (Mainz og Blomhøj, 2000). Kvalitetsovervågningen foretages af en audit-

gruppe, som tager udgangspunkt i en række tilfældigt udvalgte behandlingsforløb i ambulatorierne. Audit kan foregå på dels det kvantitative og dels på det kvalitative niveau. I den kvantitative audit gøres brug af opgørelser over udvalgte indikatorer, og der fokuseres særligt på resultatindikatorer. I den kvalitative audit foretages ud fra journalmateriale en retrospektiv case-baseret analyse af kvaliteten af den ambulante behandling. Fagpersoner foretager sammen vurderinger og fortolkninger af de komplicerede forløb, og ud fra denne analyse opnås en konsensus, som danner basis for en klassifikation af den ydede kvalitet i den ambulante behandling. En meget væsentlig opgave for auditgruppen er at sikre feed-back til det øvrige personale og foreslå kvalitetforbedrende tiltag eller ændringer af praksis, hvor der er behov for dette. Auditgruppen kan være forskelligt sammensat og bestå af såvel udefra kommende fagpersoner som ambulatoriets eget personale.

Patientforløbsbeskrivelser

Beskrivelse af patientforløb (Sundhedsstyrelsen, 1999) er et vigtigt redskab i kvalitetsudvikling. Patientforløb er en grafisk fremstilling af de forskellige trin i en patients kontakt med alkoholambulatorierne. Det er en systematisk beskrivelse af arten, rækkefølgen og tidsforløb af ambulatoriets samlede ydelser fra modtagelse af patienten til afslutning fra ambulatoriet. Udarbejdelse af patientforløb giver et overblik over komplekse forløb fx gentagne afbrydelser og genoptagelser af kontakten, henvisning til anden be-

handling. Forløbsbeskrivelserne kan være med til at synliggøre, hvor problemer kan opstå, hvordan de belyses samt hvilke data, der skal indsamles. Ved udarbejdelse af patientforløb tages udgangspunkt i nuværende forløb ("nu-forløb"), hvor der identificeres problemer, herefter beskrives ideelle forløb ("bør-forløb"), herunder involverede medarbejdere og samarbejdspartnere, nødvendige aktiviteter og ydelser, der beskrives i standarder med struktur, proces og resultat. Et forløbsdiagram er illustreret i billagsfigur 1.

Kliniske databaser

Som det er nævnt flere gange, er en af de væsentligste opgaver ved kvalitetsudvikling at måle resultaterne af den ambulante alkoholbehandling. Målinger kræver indsamling af relevante data, som kan analyseres og beskrives på en klar og troværdig måde. Til opbevaring og databehandling af indsamlede oplysninger kan oprettes en klinisk database. Et software-program, der både kan bruges til indtastning og analyse af data, er bedst egnet. Databasen skal udarbejdes, så den sikres maksimalt mod indtastningsfejl.

I en projektperiode skal databasen anmeldes til Datatilsynet som et forskningsprojekt, men skal den køre i en længere tid, kræves det, at den godkendes som en offentlig database. Ved udvælgelse af data, der skal indtastes, skal vælges primærdata, der specielt har til formål at belyse kvaliteten af ambulatoriernes arbejde. Det er dog også væsentligt at inddrage data, som kan have betydning for tolkning af resultaterne, især "confounding", der er

et udtryk for, at et resultat af en given behandling kan forklares af mere end én faktor (Foldspang, 1986).

Dataindsamlingen skal være enkel og nem med klare og entydige henvisninger vedrørende tidsplan for dataindsamlingen, hvem der er ansvarlig for indtastningen og indsamlingen af data.

Dataindtastningen kan foretages af sekretær eller anden medarbejder, der ud fra en kort introduktion vil kunne udføre dette. Data bør kontrolleres og omarbejdes til statistiske analyser af en fagperson med epidemiologisk og statistisk erfaring. De væsentligste problemer ved drift af en klinisk database er følgende (Jørgensen et al., 1999):

- Dårlig planlægning af arbejdsgangen
- Manglende udfyldelse af dataark
- Mangelfuld udfyldelse af dataark
- Forkert udfyldelse af dataark
- Forkert indtastning af data.

De væsentligste problemer er, som det kan ses, selvforskyldte forstæet på den måde, at man ikke er omhyggelig nok ved indsamling og indtastning af data. I en travl hverdag kan det imidlertid være svært at fastholde en god datadisciplin. Den kan dog forbedres med en ledelsesmæssig og pædagogisk indsats, og den mest virksomme metode er tilbagemelding i enhver form. Det kan være fejllister til de enkelte medarbejdere, tilbagemeldinger omkring de faglige resultater, udvælgelse af "indpiskere", der i det daglige er opmærksomme på dataindsamlingen. "Indpiskerne" kan typisk være personer, der samtidigt er medlemmer af auditgruppen.

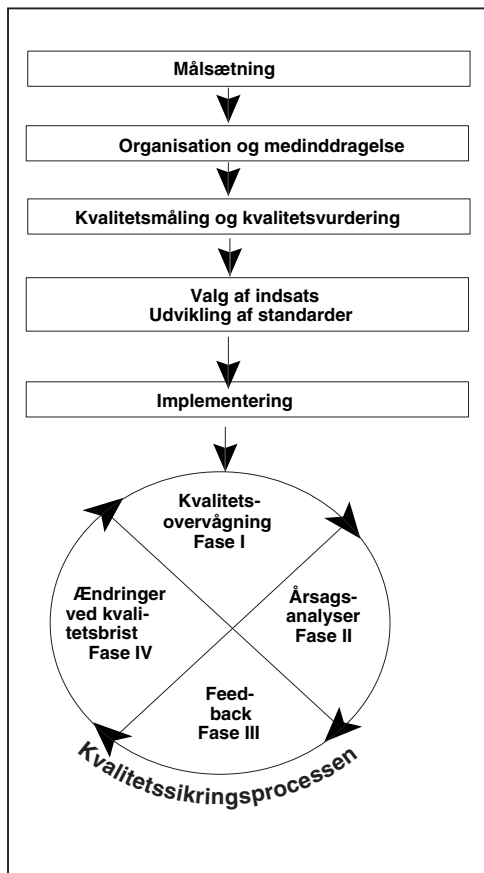
Kvalitetsudviklingsstrategi

Noget af det nye og spændende i arbejdet med kvalitetsudvikling er anvendelse af en systematisk strategi, der skal være overskuelig og anvendelig i daglig praksis. Kvalitetsudviklingsstrategien har til formål at give konkrete forbedringer af ambulatoriets indsats og synliggøre resultaterne af indsatsen over for patienter, politikere, administratorer og naturligvis medarbejderne i ambulatoriet.

I figur 10 er skematisk fremstillet en sådan kvalitetsudviklingsstrategi. Et uundværligt element i kvalitetsudviklingsarbejdet er orienteringen mod overordnede kvalitetsmål. Med udgangspunkt i den overordnede målsætning for alkoholbehandlingen skal projektet organiseres med oprettelsen af en projektgruppe, kvalitetscirkler og auditgrupper. Herefter bør der gennemføres kvalitetsmålinger, som har til opgave at beskrive det aktuelle kvalitetsniveau i ambulatorierne. På basis heraf foretages kvalitetsvurderinger med efterfølgende forbedringer, hvis dette er påkrævet.

Valgene af indsats som led i den ambulante alkoholmisbrugsbehandling beskrives i specifikke standarder med tilhørende struktur, proces og resultat. Al vurdering af kvaliteten sker på baggrund heraf. Efter udviklingen af standarder for god praksis ved behandling af ambulante alkoholmisbrugere, implementeres disse standarder i ambulatorierne, hvorefter der bør organiseres en kvalitetssikringsproces, der indebærer en løbende kvalitetsovervågning og indsamling af data.

Figur 10. Kvalitetsudviklingsstrategi



Kvalitetssikringsprocessen

Det er erfaringen, at oprettelse af standarder og kliniske retningslinier ikke nødvendigvis medfører en forbedret kvalitet af en given indsats, fordi manglende systematik, metoder og viden kan medføre, at standarderne og de kliniske retningslinier ikke overholdes i dagligdagen. Det er derfor afgørende for hele kvalitetsudviklingsforløbet, at der sker en kontinuerlig overvågning af kvaliteten på ambulatorierne, så der hurtigt skabes opmærksomhed, hvis der er kvalitetsbrist (manglende overholdelse af standarder

og kliniske retningslinier). Denne kvalitetsovervågning kræver en registrering af patienterne og behandlingsdata, som herefter kan anvendes ved årsagsanalyser i auditgruppen. I figur 10 er skematisk fremstillet kvalitetssikringsprocessen, der har til formål løbende af overvåge kvaliteten for at fastholde eller forbedre denne.

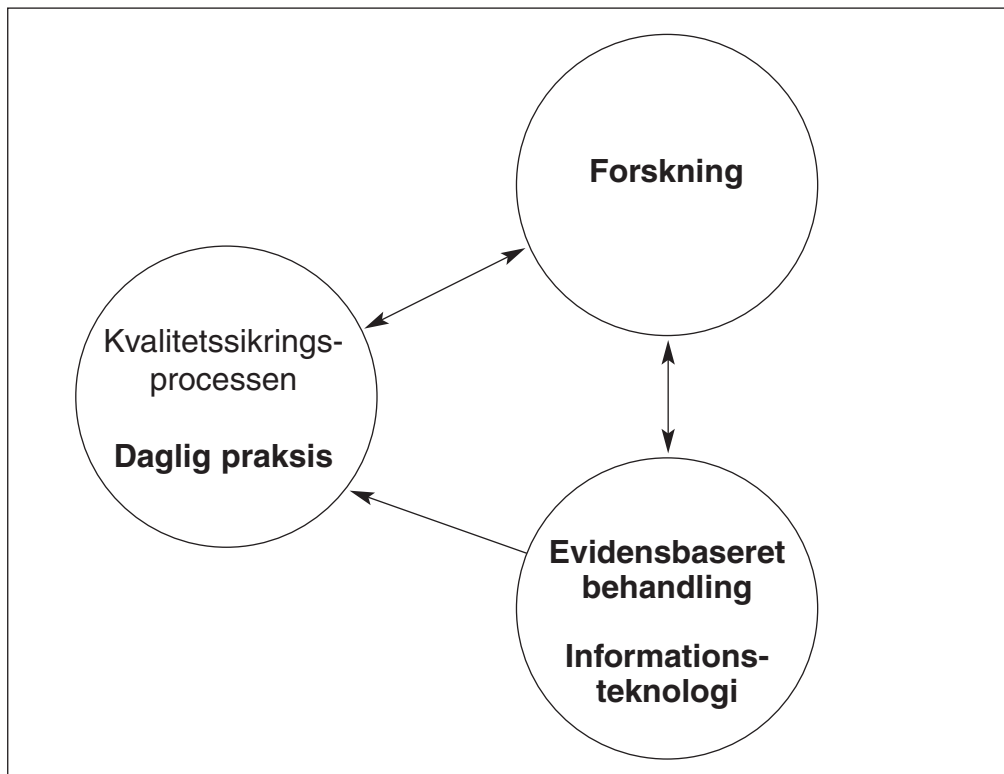
Som det ses af figuren, er kvalitetssikringsprocessen opdelt i fire faser. I fase 1 sker der en kvalitetsovervågning af det aktuelle niveau af ambulatoriets ydelser. Dette kræver oprettelse af en klinisk database. De indsamlede data gennemgås og analyseres i fase 2. Formålet er at undersøge årsagen til eventuelle kvalitetsbrist. Resultaterne fra årsagsanalyserne tilbagemeldes til personalet (fase 3) via personalemøder, nyhedsbreve, rapporter og temadage. Tilbagemeldingerne har til opgave at synliggøre kvalitetsbrist og tilpasse ambulatoriernes standarder ud fra de problemer, der er identificeret. Det skulle medføre yderligere kvalitetsforbedring (fase 4).

Som det fremgår af ovennævnte, er hensigten med kvalitetssikringsprocessen, at hver gang man gennemløber cirklen, sker der en forbedring af kvaliteten; eller fastholdelse af kvaliteten, såfremt den er i orden.

Evidensbaseret matchning

I Odensemodellen er indført matchning på to niveauer, henholdsvis matchning i forhold til, hvor patienterne er i forhold til forandringsprocessen, og matchning, når de tildeles behandling i den aktive behandlingsfase. Med indførelse af kvalitetssik-

Figur 11. Kvalitetsudvikling, forskning og informationsteknologi



ringsprocessen kan yderligere etableres matchning på det organisatoriske niveau (fig 11).

Ved etablering af en kvalitetssikringsproces, der til stadighed samarbejder med en forskningsenhed, hvor der findes klinisk epidemiologisk ekspertise, vil det være muligt at få analyseret og vurderet de indsamlede behandlingsresultater fra ambulatorierne. Moderne informationsteknologi i form af internet og litteraturlister medfører, at de indsamlede data kan sammenlignes med international evidens på området. Denne viden bliver hermed hurtigt tilgængelig i daglig praksis, der herefter kan ændres, hvis

behandlingsresultaterne ikke svarer til den nye viden, der er på området. En sådan organisation vil medføre, at daglig praksis kontinuerligt matcher den evidensbaseret behandling på alkoholområdet.

Afslutning

Patient-behandlingsmatchningstanken er ikke ny, og den gælder ikke specifikt for alkoholmisbrugere, men anvendes i hele sundhedsvæsenet. Intuitivt ved vi, at der ikke er en ultimativ dosis medicin, der passer til alle patienter, men at dosis derimod skal matches til patientens diagnose, behov, vægt, alder osv.

De fleste behandlere anvender da også patient-behandlingsmatchning, hvad enten den gælder medicinsk behandling, kommunikation, rehabilitering eller lignende. Betyder det så, at resultaterne af herværende projekt blot viser, hvad den sunde fornuft kunne have sagt os allerede fra begyndelsen? Nej, for styrken ved projektet er, at det beskriver en systematisk matchning af patienter til den rette behandling, således at man populært sagt gør de rette ting på de rette tidspunkter og ikke ud fra fornemmelse, tradition eller holdninger. Vor forskning fremhæver værdien af en systematisk kortlægning af patienternes behov for behandling, efterfulgt af en vejledende beslutningsproces, der indebærer, at patienterne tilbydes den rette behandling. Endvidere fremhæver vor forskning betydningen af en systematisk overvågning af kvaliteten ved en given behandling samt parathed til at ændre

behandlingsstrategi, når ny viden opstår.

I den nuværende behandling af alkoholmisbrugere i Danmark findes der en videnskloft mellem forskning og praksis. Kløften er fyldt med holdninger fra ætiologiske skoler, fx sygdomsmodeller og sociale teorier, der præger de beslutninger, man tager ved behandlingen af alkoholmisbrugere.

I herværende publikation giver vi anvisninger på, hvordan man kan bygge bro mellem forskning og praksis ved anvendelse af en evidensbaseret praksis, der bør være i stadig udvikling, afhængig af den nye viden forskningen præsterer. I det følgende beskrives, hvorledes de ti års forskning har bidraget til ændringer af alkoholbehandlingen i Fyns Amt.

Ændringer i behandlingens struktur i løbet af 90'erne

Sideløbende med forskningsarbejdet, skete flere store ændringer i behandlingsstruktur. Dels - og mest væsentligt - tilførte forskningsarbejdet alkoholbehandlingen store mængder efteruddannelse og supervision, det vil sige ny viden. Efteruddannelsen og supervisionen var koncentreret omkring den kognitive terapi og systemisk familieterapi, som forskningsarbejdet i

højere og højere grad koncentrerede sig om.

Samtidig indførte alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg ændrede arbejdsformer. Man mindskede således den akutte åbningstid og forbeholdt denne til afrusning. De tidligere ustrukturerede 1.gangs-samtaler blev afløst af kortlægningssamtaler, der blev udført på baggrund af interview-skemaer. Visitationen til de forskellige behandlingstilbud begyndte at ske på visitationskonferencer med udgangspunkt i stringente procedurer og regelsæt, nemlig Odensemodellens retningslinier.

Organisatorisk ændring af alkoholbehandlingen

Rent organisatorisk blev alkoholambulatorierne i Fyns Amt i 1999 desuden udskilt fra såvel Odense Universitetshospital og Sygehus Fyn, som er den andet sygehusfællesskab på Fyn. I dag er alle ambulatorierne i Fyns Amt samlet i Fyns Amts AlkoholBehandlingsCenter (ABC) og organisatorisk placeret under Rehabiliteringsafdelingen i Fyns Amt.

Det betyder på den ene side, at alkoholbehandlingen ikke mere direkte betragtes som en del af den psykiatriske behandling i hospitalsregi. På den anden side er der stadig ansat 3 speciallæger i psykiatri i ABC og behandlingsansvaret ligger stadig hos den specialeansvarlige psykiatriske overlæge. Det er således stadig fastholdt, at behandling af alkoholmisbrug primært betragtes som et psykiatrisk område, og ikke som et socialpædagogisk felt. Behandling for alkoholmisbrug er så-

ledes behandling under sygehusloven og ikke bare omsorg og pleje.

Sammenlægningen af de tidligere ambulatorier under de psykiatriske afdelinger på de fynske sygehuse til ét alkoholbehandlingscenter organisatorisk placeret andetsteds, betød at man stod med en organisation, der praktiserede temmelig forskellige former for alkoholbehandling. Efter sammenlægningen har man således arbejdet på at ensarte behandlingstilbuddene, herunder skaffe den nødvendige efteruddannelse og supervision til ambulatorierne udenfor Odense/Nyborg. Der er fortsat et tæt samarbejde mellem behandlingssektoren og forskningsdelen etableret under Enheden for Klinisk Alkoholforskning ved Psykiatrisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Koordinering af behandlingen

Organiseringen af al den ambulante behandling i ABC har også udmøntet sig i en central visitation til behandling. Tidligere var det som nævnt sådan, at både alkoholambulatorierne, praktiserende læger og sygehuslæger kunne henvise til døgnbehandling for alkoholmisbrug på Ringgården. Dette betød indimellem, at behandlingsplaner for alkoholmisbrug, der blev lagt i alkoholambulatorierne, blev sat ud af kraft andre steder i sundhedsvæsenet, fordi der blev visiteret i modstrid med planerne - ofte fordi der ikke var nogen form for koordinering.

I dag er det derfor kun ABC, der kan visitere til behandling på Ringgården. Det betyder, at praktiserende læger og sygehuslæger skal henvise patienten til ABC, hvor der vil blive

iværksat en kortlægning af patientens situation. På baggrund af denne kortlægning vil patienten blive visiteret til den behandling, han med størst sandsynlighed vil profitere af; enten i ambulant eller døgn-regi. Døgnbehandlingen vil således indgå i et samspil med den ambulante behandling, idet der både forud for og efter døgnbehandlingen vil være en behandler i ABC, der fungerer som kontaktperson for patienten og sikrer, at behandlingstilbuddene spiller optimalt sammen.

Litteratur

- Andersen T: **Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne.** Dansk Psykologisk Forlag 1994.
- Andréasson S. **Initial bedömning av alkoholproblem.** in Berglund M et al. **Behandling av alkoholproblem.** Liber utbildning, Stockholm 1994.
- Andréasson S, Ekman S, Forsberg L, Rönnerberg S, Öjehagen A. **Motivation och alkoholvård. Ny metodik ökar effektiviteten i behandlingen.** Läkartidningen 1993; 90: 50: 4574- 76.
- Beck AT, Weissman A. **The measurement of pessimism: The hopelessness scale.** J Consulting and Clinical Psychology 1974; 42: 861-65.
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. **Cognitive therapy of substance abuse.** The Guilford Press 1993.
- Benjaminsen S. **Akut behandling af alkoholmisbrug.** Enheden for Klinisk Alkoholforskning, monografi-serie, nr 3, Odense Universitetshospital, 1998a.
- Benjaminsen S. **Suicidal adfærd blandt alkoholmisbrugere.** Enheden for Klinisk Alkohol forskning, monografiserie, nr 9, Odense Universitetshospital, 1998.
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. **Brief interventions for alcohol problems: a review.** Addiction 1993; 88: 315-36.
- Blomberg I. **Att granska den egna versamheten.** Läkartiningen, 1989; 86: 305-6.
- Brown AS, Schuckit A. **Changes in depression among abstinent alcoholics.** J Stud Alcohol, 1988; 49: 412-17.
- Donabedian A. **Criteria and standards for quality assessments and monitoring.** Quality Review Bulletin, 1980; 12: 99-108.
- Driessen M et al. **Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment.** Addiction 1998; 93: 889-94.
- Editorial. **The Cochrane review group on drug and alcohol.** Addiction 2000; 95: 1473-74.
- Foldspang A, Juul S, Olsen J, Sabroe S. **Epidemiologi.** Munksgaard, København, 1986.
- Eccles M et al. **North of England evidence based guidelines development project.** Br J Med. 1998; 316: 1232-5.
- Gray C. **A way to end parkinson's law in the therapeutic process - sequential therapy.** Psychotherapy

- in private practice, 1993; 12: 43-56.
- Gøtzche PC. **Randomisering og blinding i sundhedsvidenskabelig forskning.** *Bibl. Læger*, 1998; 369-79.
- Hall W, Farrel M. **Comorbidity of mental disorders with substance misuse.** *Br J Psychiatry*, 1997; 171: 4-5.
- Harvey OJ, Hunt DE, Schroder HM. **Conceptual systems and personality organization.** New York: Wiley, 1961.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. **Compliance in health care.** Baltimore: The John Hopkins University Press, 1979.
- Heltzer JE, Pryzbeck TR. **The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment.** *J Stud Alcohol* 1988; 49: 219-24.
- Hughes JC, Cook CCH. **The efficacy of Disulfiram: A review of outcome studies.** *Addiction*, 1997; 92: 381-95.
- Hunt DE. **Matching models in education.** Toronto: Ontario Institute for Studies in Education. 1971.
- Hunt DE, Butler LF, Noy JE, Rosser ME. **Assessing conceptual level by paragraph completing method.** Toronto: Ontario Institute for Studies in Education. 1977.
- Høglend P, Heyerdahl O, Amlo S, Engelstad V, Fossum A, Sørbye Ø, Sørli T. **Interpretations of the patient-therapist relationship in brief dynamic psychotherapy, effects on long-term mode-specific changes.** *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1993; 296-306.
- ICD-10R. **Diagnostic criteria for research.** World Health Organisation, Geneva, 1993.
- Institute of Medicine. **Broadening the base of treatment for alcohol problems.** Washington, D:C: National Academy Press, 1990.
- Jensen SB. **Alkoholisme, et samspil mellem individ, stof og samfund.** København: Munks gaard, 1981.
- Johnson BA, Ait-Daoud Nassima. **Neuropharmacological treatment for alcoholism: Scientific basis and clinical findings.** *Psychopharmacology*, 2000; 149: 327-44.
- Jørgensen-Wille PA et al. **Vanskeligheder med implementering og drift af en klinisk database.** *Ugeskr Læger*, 1999; 161: 6359-62.
- Kadden et al. **Matching alcoholics to coping skills for interactional therapies.** *J consulting and clinical psychology* 1989; 57: 698-704.
- Li-Tzy WU, Kouzis CA, Leaf JP. **Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the national comorbidity survey.** *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1230-36.
- Macharia WM, Leon G et al. **An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services.** *JAMA* 1992; 267: 1813-17.
- Mainz, J, Kjærgaard J, Knudsen JL. **Fra kvalitetscirkel til evidensbaseret klinisk praksis.** *Ugeskr Læger*, 1998; 160: 6806-10.
- Mainz J, Kjærgaard J, Knudsen JL.

- Overvågning af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser ved hjælp af indikatorer. Ugeskr Læger, 1999; 161: 5536-42.
- Mainz J, Blomhøj G. **Audit: En metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis.** Ugeskr Læger. Klarringsrapport nr. 9, 2000.
- Marner T. **Familieterapi. Milanometoden.** Hans Reitzels Forlag, 1992.
- Mattick RP, Jarvis T. **A summary of recommendations for the management of alcohol problems.** Drug and Alcohol review 1994; 13: 145-55.
- Mattson EM, Allen PJ, Longabaugh R, Nickless JC, Connors JG, Kadden MR. **A chronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment.** J Stud Alcohol 1994; 12: 16-19.
- McLellan AT et al. **An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index.** The journal of Nervous and Mental disease. 1980;168: 26-33.
- McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grussom G et al. **The fifth edition of the Addiction Severity Index.** Journal of Substance Abuse Treatment 1992; 9:199-213.
- McLellan AT, Grissom GR, Zanis D, Randall M, Brill P, O'Brien CP. **Problemservice "matching" in addiction treatment. A prospective study in 4 programs.** Arch Gen psychiatry 1997; 54(8): 730-35.
- Michael F, Mayo-Smith. **Pharmacological management of alcohol withdrawal: A meta-analysis and evidence-based practice guideline.** JAMA 1997; 278: 144-51.
- Miller WR. **Matching individuals with interventions.** in: Hester RK, Miller WR (eds). **Handbook of alcoholism treatment approaches.** Pergamon Press 1989a.
- Miller WR. **Increasing motivation for change.** in: Hester RK, Miller WR (eds.): **Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives.** New York, Pergamon Press. 1989b.
- Miller WR, Rollnick S. **Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviour.** Guilford Press, 1991.
- Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. **Enhancing motivation for change in problem Drinking: A controlled comparison of two therapist styles.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1993;61:3: 455-61.
- Miller WR, Sanchez VC. **Motivating young adults for treatment and lifestyle change.** In: Howard G, ed. **Issues in Alcohol Use and Misuse by Young Adults.** Notre Dame, IN: University of Notre Dame, 1994.
- Miller WR. **Motivation for Treatment: A review with special emphasis on alcoholism.** Psychological Bulletin. 1985; 98 (1): 84-107.
- Miller WR, Rollnick S. **Motivational interviewing. Preparing Ppeople to change addictive Behaviour.** Guilford Press, 1991.
- Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. **Motivational enhancement tehrapy manual. A clinical research guide for therapist**

- treating individuals with alcohol abuse and dependence.** National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph Series. Volume 2. 1994 [redigeret dansk udgave v./ Nielsen B, Søgaard Nielsen A (red): Motivationskabende samtaleteknik. En klinisk vejledning for terapeuter der behandler alkoholmisbrugere. Enheden for klinisk alkoholforskning. Odense Universitetshospital, 1998]
- Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, Montgomery HA, Hester RK, Tonigan JS. **What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. I:** Hester RK, Miller WR, eds. Handbook of alcoholism treatment approaches, effective alternatives, 2nd edition, Boston, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: Allyn and Bacon, 1995.
- Miller WR et al. **A wealth of alternatives: Effective treatments for alcohol problems. (IN) Treating addictive behaviors.** Plenum Press, New York, 1998.
- Moncrieff J, Drummond Cd. **New drug treatment for alcohol problems: A critical appraisal.** Addiction, 1997; 92: 939-47.
- Mørch MM, Rosenberg NK, Elsass P. **Kognitive behandlingsformer.** Hans Reitzels Forlag, 1995.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA). **Improving compliance with alcoholism treatment.** Project Match Monograph Series. Vol 6, Maryland, 1997.
- Nelson-Løfgren I, Løfgren B. **Alkoholrus misbrug behandling.** Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget, 1982.
- Nielsen AS. **Få din patient til at ændre livsstil.** Månedskr Prakt Lægegern 1998; 76: 735-43
- Nielsen AS, Petersen P. **Hvad stiller man op med en alkoholmisbruger?** Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 1999; 77: 1083-88.
- Nielsen B, Nielsen AS. **Evidence-based practice and development of profile matching for outpatient alcoholic.** Addiction (indsendt 2001a).
- Nielsen B, Nielsen AS. **The stage of change and matching of outpatient alcoholic.** Addiction (indsendt 2001b)
- Nielsen B, Nielsen AS, Wraae O. **Patient-treatment matching improves compliance of alcoholics in outpatient treatment.** J Nerv Ment Dis 1998; 186/12: 752-60.
- Nielsen B, Bloch-Sørensen P, Balsløv K, Sigsgaard A. **Skizofrene patienters pleje og behandling: Et kvalitetsudviklingsprojekt.** Fyns Amt, 2000b.
- Nielsen B, Nielsen AS, Wraae O. **Factors associated with compliance of alcoholics in outpatient treatment.** J Nerv Ment Dis. 2000a, 101-7.
- O'Brien CP, McLellan AT. **Myths about the treatment of addiction.** Lancet 1996; 347: 237- 40.
- O'Farrell TJ, Cowles KS. **Marital and family therapy.** in: Hester RK, Miller WR (eds). **Handbook of alcohol-**

- lism treatment approaches.** Pergamon Press 1989.
- Olsen J, Olsen C. **Randomisering og alternativer.** Ugeskr Læger, 1999: 2657-60.
- Overholser JC, Fine MA. **Cognitive-behavioral treatment of excessive interpersonal dependency: A Four-stage psychotherapy model.** J of Cognitive Psychotherapy, 1994; 8:1: 55-70
- Patterson GR, Forgatch MS. **Therapist behaviour as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behaviour modifier.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1985; 53: 846-51.
- Prochaska JO, DiClemente CC. **Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983; 51: 3: 390-95.
- Prochaska J, DiClemente C. **In search of how people change.** Am Psychologist, 1992; 9: 1102- 4.
- Project Match Research Group. **Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes.** J Stud Alcohol 1997; 58: 7-29.
- Rockland LH. **A review of supportive psychotherapy, 1986-1992.** Hospital and Community Psychiatry 1993; 44, 1053-60.
- Rollnick S. **Behaviour change in practice: targeting individuals.** International J Obesity 1996; 20, suppl 1: s22-s26.
- Rosen B. **Written treatment contracts: Their use in planning treatment programmes for in-patients.** Br J Psychiatr 1978; 133: 410-15.
- Skinhøj KT, Frølund L, Kiehn S. **Behandling for alkoholmisbrug.** Socialforskningsinstituttet, Rapport 88: 5, 1988.
- Sundhedsstyrelsen. **Patientforløb og kvalitetsudvikling.** Sundhedsstyrelsen, 1999.
- Vaillant GE. **The natural history of alcoholism.** Cambridge, MA: Harvard University Press. 1983.
- Wright EC. **Non-compliance: Or how many aunts has Matilda?** Lancet 1993; 342: 909-13.
- Zimberg S. **Principles of alcoholism psychotherapy.** I: Zimberg S, Wallace J, Blume SB, eds. **Practical approaches to alcoholism psychotherapy,** 2nd edition, New York, London: Plenum Press, 1985.
- Öjehagen A. **Kvinnor och alkoholmisbruk.** in: Berglund M et al. **Behandling av alkohol problem.** En Kunskapsöversikt. Liber Utbildning, 1994.

Appendix I

Bilagstabel 1. Uddannelse og arbejdssituation hos patienter, der påbegyndte behandling ved alkoholambulatorierne (procentvis angivelse)

	Mænd (N=403) %	Kvinder (N=147) %	Alle patienter (N=550) %
Uddannelsesforhold			
7. klasse eller mindre	21	14	19
8.-9. klasse	33	20	30
10. klasse	33	42	35
HF-/studentereksamen	13	24	16
Afsluttet erhvervsuddannelse	57	46	54
Arbejdsmarkedstilknytning			
I arbejde	56	29	50
Arbejdsløs	25	31	26
I alt i arbejdsstyrken	81	60	76
Uden for arbejdsstyrken	19	40	24
Stilling			
Faglært arbejder	22	9	18
Ufaglært arbejder	34	29	33
Lavere funktionær	8	12	11
Højere funktionær	8	7	7
Selvstændig	9	3	7
Uden for arbejdsstyrken ^a	19	40	24

a) Hjemmegående husmor, pensionister, studenter.

Bilagstabel 2. Patienternes subjektive oplevelse af psykiske symptomer de sidste 30 dage før henvendelsen til ambulatoriet samt livet igennem (procentvis angivelse)

	Sidste 30 dage		Livet igennem	
	Mænd %	Kvinder %	Mænd %	Kvinder %
Oplevet svær depression	18	19	38	57
Oplevet svær angst eller anspændthed	20	37	36	58
Oplevet hallucinationer	2	3	9	8
Oplevet besvær med hukommelse, koncentration	23	25	29	34

Bilagstabel 3. Eksempel på beregning af matchningsscore^a ved støttende samtaler.

	Negativt drikke-mønster (N=24) %	Positivt drikke-mønster (N=22) %	Logistisk coefficient ^b B	Matchning score
Kvinde	33	14	- 0.95	- 1
Alder over 40 år	46	82	3.25	3
Erhverv/økonomi (score mindst 6)	8	14	2.81	3
I arbejde mindst 20 dage den sidste måned	25	50	1.57	2
Alkoholforbrug (score mindst 6)	88	64	- 3.93	- 4
Alkoholmisbrug varet mindst 5 år	75	73	0.92	1
Medicinforbrug (score mindst 6)	4	9	2.90	3
Familie/socialt (score mindst 6)	4	32	3.69	4
Har netværk	88	86	- 2.53	- 3
Psykiatrisk (score mindst 6)	13	23	2.42	2
Håbløshedsscore mindst 6	33	14	- 0.95	- 1
Depression	4	27	2.20	2
Generaliseret angst	13	0	- 5.90	- 6
Konstant			0.72	1

a) Omhandler patientkarakteristika, hvor den logistiske coefficient efter afrunding giver et helt tal.

b) Positiv kvotient indikerer patientkarakteristika associeret med positivt drikkemønster.

Bilagstabel 4. Matchningscore, eksempel 1.

Data	Familie- terapi	Kognitiv terapi	Støttende samtaler	Kontrakt- behandling	Anden behandling
Demografiske					
Kvinde	2	2	-1	1	-1
Alder over 40 år	1	-5	3		
Arbejde					
Kortlæggercore mindst 6	1		3	-1	
I arbejde mindst 20 dage inden for den sidst måned	1		2		-1
Alkohol					
Kortlæggercore mindst 6		⊖28	⊖4	⊖1	⊕1
Alkoholmisbrug varet mindst 5 år	⊕2	⊖2	⊕1		
Medicin/stof					
Kortlæggercore mindst 6			3	1	
Familie/socialt					
Kortlæggercore mindst 6		-8	4		
Samlevende		4		1	
Har netværk (nære venner og/eller familie)		⊕13	⊖3	⊕1	
Psykisk					
Kortlæggercore mindst 6		⊕23	⊕2	⊖1	⊖1
Håbløshedsscore mindst 6	-2	-4	-1		1
Depression	3	-2	⊕2		-1
Generaliseret angst	-4	-36	-6		2
Panikangst/fobier	⊖2	⊖1			
Personlighedsforstyrrelse	⊕1	⊕2			
Basispoint (lægges til, når tallene lægges sammen)	⊖1	⊕20	⊕1	⊕0	⊖1
Sum (score)	0	27	-1	-1	-1

Hvis man finder, at patienten har et af ovennævnte karakteristika, sætter man ring omkring tallet (tallene). Til sidst summeres værdierne under hver terapiform for sig, og man visiterer til den terapiform, der har fået højeste score. Det gælder dog, at familierapi er betinget af, at man aktuelt er samlevende med et andet menneske, og at man ønsker at forbedre relationen til samleveren.

Hvis der er to terapiformer, der scorer lige højt, vælges ud fra nedenstående:

1. ambulant = anden behandling, vælg *ambulant*
2. familierapi = individuel terapi, vælg *familierapi*
3. kognitiv terapi = støttende samtaler eller kontraktbehandling, vælg *kognitiv terapi*
4. kontraktbehandling = støttende samtaler, vælg *kontraktbehandling*.

Bilagstabel 5. Matchningscore, eksempel 2.

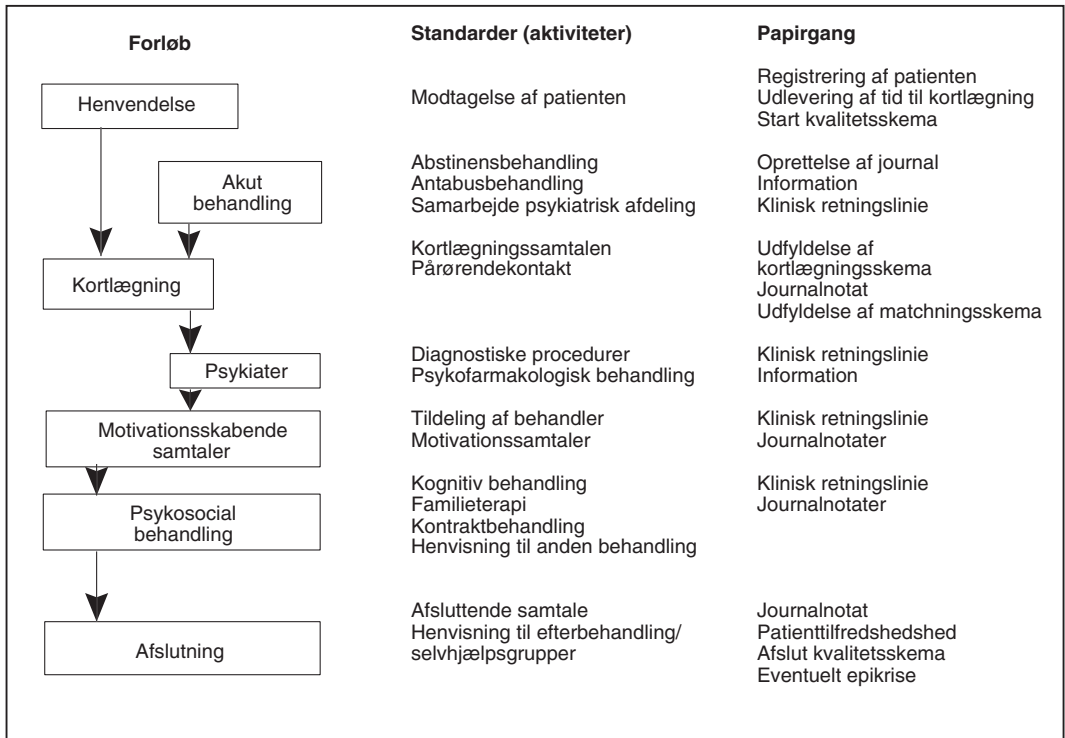
Data	Familie- terapi	Kognitiv terapi	Støttende samtaler	Kontrakt- behandling	Anden behandling
Demografiske					
Kvinde	②	②	①	①	①
Alder over 40 år	1	-5	3		
Arbejde					
Kortlæggercore mindst 6	①		③	①	
I arbejde mindst 20 dage inden for den sidst måned	1		2		-1
Alkohol					
Kortlæggercore mindst 6		②⑧	④	①	①
Alkoholmisbrug varet mindst 5 år	2	-2	1		
Medicin/stof					
Kortlæggercore mindst 6			3	1	
Familie/socialt					
Kortlæggercore mindst 6		⑧	④		
Samlevende		④		①	
Har netværk (nære venner og/eller familie)		⑬	③	①	
Psykisk					
Kortlæggercore mindst 6		23	2	-1	-1
Håbløshedsscore mindst 6	②	④	①		①
Depression	③	②	②		①
Generaliseret angst	-4	-36	-6		2
Panikangst/fobier	-2	-1			
Personlighedsforstyrrelse	1	2			
Basispoint (lægges til, når tallene lægges sammen)	①	②①	①	①	①
Sum (score)	3	-3	+1	1	-1

Hvis man finder, at patienten har et af ovennævnte karakteristika, sætter man ring omkring tallet (tallene). Til sidst summeres værdierne under hver terapiform for sig, og man visiterer til den terapiform, der har fået højeste score. Det gælder dog, at familierapi er betinget af, at man aktuelt er samlevende med et andet menneske, og at man ønsker at forbedre relationen til samleveren.

Hvis der er to terapiformer, der scorer lige højt, vælges ud fra nedenstående:

1. ambulant = anden behandling, vælg *ambulant*
2. familierapi = individuel terapi, vælg *familierapi*
3. kognitiv terapi = støttende samtaler eller kontraktbehandling, vælg *kognitiv terapi*
4. kontraktbehandling = støttende samtaler, vælg *kontraktbehandling*.

Bilagsfigur 1. Eksempel på patientforløbsbeskrivelse



Appendix II

Kortlægningskema

Til brug ved kortlægning og visitation i forbindelse
med
behandling for alkoholmisbrug

Addiction Severity Index
Håbløshedsskala
ICD-10

Enheden for Klinisk Alkoholforskning

Kortlægningsinstrumentet indeholder flere validerede skalaer og interviewinstrumenter, nemlig:

- **Addiction Severity Index** (McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grussom G et al. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1992;9:199-213).
- **Håbløshedsskala** (Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler K. The measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 42(6):861-865, 1974).

Alle spørgsmål er oversat af Enheden for Klinisk Alkoholforskning. De er herefter tilbageoversat til engelsk af en uafhængig oversætter for at sikre, at oversættelsen til dansk er korrekt.

Udover de nævnte skalaer og spørgsmål, består kortlægningsinstrumentet af udvalgte ICD-10-R diagnoser (personlighedsforstyrrelser, panikangst, generaliseret angst og depression).

Enheden for Klinisk Alkoholforskning
Odense Universitetshospital, Odense,
1999.

Interviewer: _____

Dato for første fremmøde på behandlingsstedet

Interviewdato

Interviewet er foretaget i (sæt ring)

- 1 Odense
- 2 Nyborg
- 3 Svendborg
- 4 Middelfart
- 5 Assens

Klienten er henvist fra (sæt ring)

- 1 Sig selv
- 2 Egen læge
- 3 Socialforvaltning
- 4 Forebyggelsescentret
- 5 Psykiatrisk afd.
- 6 Ringgården
- 7 Andet amb.
- 8 DPC
- 9 Amb.psyk
- 10 Somatisk skadestue
- 11 Kriminalforsorg
- 12 §105-inst.
- 13 Soc.psyk.bo
- 14 Andet

Alder år

Køn (sæt ring)

- 1 mand
- 2 kvinde

Har du været i kontrolleret miljø indenfor de sidste 30 dage (kun indlæggelse) (sæt en ring)

- 1 nej
- 2 ja, fængsel
- 3 ja, behandling for misbrug
- 4 ja, medicinsk behandling
- 5 ja, psykiatrisk behandling
- 6 ja, andet _____

Hvis ja, hvor mange dage: dage

Har du indtaget antabus indenfor den seneste måned?

- 1 ja
- 2 nej

Hvis ja, hvor mange dage var du da under påvirkning af antabus?

Fysisk Helbred

Hvor mange gange har du været indlagt på sygehus for et legemligt problem? (incl DT og OD, excl afrusning) gange

Hvis du har været indlagt, hvor længe er det da siden, du var det sidste gang? måneder

Har du kroniske problemer med helbredet, der jævnligt påvirker din normale livsførelse? 0 nej 1 ja

Tager du lægeordineret medicin regelmæssigt eller over længere perioder p.g. af problemer med dit helbred? 0 nej 1 ja

Modtager du pension på grund af en fysisk lidelse? 0 nej 1 ja

Hvor mange dage indenfor den sidste måned har du haft legemlige gener (incl. lettere sygdomme, excl tømmermænd og andet, direkte i tilknytning til alkoholindtagelse) dage

Hvor plaget har du været af helbredsmæssige problemer inden for den seneste måned? (*her benyttes patient-rating-scale*)

Hvor vigtigt er det for dig at blive behandlet for disse problemer? (*her benyttes patient-rating-scale*)

Kommentarer:

Spørgsmål til Intervieweren:

Hvordan vil du rate **klientens behov for behandling for fysiske problemer**:

- 0-1 Ikke reelt problem, behandling ikke indiceret
2-3 Lille problem, behandling sandsynligvis ikke nødvendig
4-5 Moderat problem, nogen behandling indiceret
6-7 Betydeligt problem, behandling nødvendig
8-9 Meget stort problem, behandling absolut nødvendig

Klientens oplysninger om sit fysiske helbred, var de væsentligt forringede på grund af:

- Urigtig fremstilling

0 nej 1 ja

- Manglende evne til at forstå spørgsmålene?

0 nej 1 ja

Erhverv og økonomi

Hvilken skoleuddannelse har du afsluttet? 1 7.klasse
2 8.klasse
3 9.klasse
4 10.klasse/realeksamen
5 Gymnasium/HF/handelskole/
teknisk gymnasie

Har du en kompetencegivende uddannelse? 0 nej 1 ja

I givet fald, hvilken? _____

Har du kørekort? 0 nej 1 ja

Har du adgang til at benytte bil? 0 nej 1 ja

Hvor længe har du været ansat i det længste fuldtidsjob, du har haft?

_____ måneder

Kort erhvervsanamnese (incl. sygemeldinger):

Hvad er dit nuværende/eventuelt tidligere hovederhverv? _____

Hvad har din almindeligste beskæftigelse gennem de seneste tre år været?

- 1 fuldtids arbejde
- 2 deltids arbejde
- 3 daglejer
- 4 studerende
- 5 tjenesteydelser
- 6 pension
- 7 kontanthjælp
- 8 arbejdsløs
- 9 kontrolleret miljø
- 10 hjemmegående
- 11 aktivering, revalidering o.lign
- 12 anden overførelsesindkomst

Hvor mange dage har du arbejdet mod betaling indenfor den sidste måned? (incl sort arbejde, ferie med løn og sygedagpenge i et arbejdsforløb) _____ dage

Hvor mange penge har du modtaget den seneste måned fra (netto, efter skat):

Arbejdsindkomst	_____	kr
Understøttelse	_____	kr
Bistandshjælp	_____	kr
Pension	_____	kr
Efterløn	_____	kr
Familie/venner	_____	kr
Ulovlig indkomst	_____	kr

Hvor mange mennesker er afhængige af din indtjening (excl dig selv) _____ personer

Hvordan bor du?

- 1 ejerbolig
- 2 lejebolig
- 3 institution el.lign
- 4 ingen eller midlertidig bolig

Hvor plaget har du været af arbejdsmæssige problemer den seneste måned?

(her benyttes patient-rating-scale)

Hvor vigtigt er det for dig at blive rådgivet om disse arbejdsmæssige problemer?

(her benyttes patient-rating-scale)

Kommentarer:

Spørgsmål til Intervieweren:

Hvordan vil du rate klientens behov for behandling for arbejdsmæssige problemer:

- 0 - 1 Ikke reelt problem, behandling ikke indiceret.
- 2 - 3 Lille problem, behandling sandsynligvis ikke nødvendig
- 4 - 5 Moderat problem, nogen behandling indiceret
- 6 - 7 Betydeligt problem, behandling nødvendig
- 8 - 9 Meget stort problem, behandling absolut nødvendig.

Klientens oplysninger om sine arbejdsmæssige forhold, var de væsentligt forringede på grund af:

- Urigtig fremstilling

0 nej 1 ja

- Manglende evne til at forstå spørgsmålene?

0 nej 1 ja

Alkohol og stof/medicin-misbrug

Nu følger en liste over stoffer, jeg gerne vil høre, om du nogensinde har misbrugt, og i givet fald hvor længe og i hvor mange dage indenfor den seneste måned. Når det gælder alkohol, vil jeg også gerne vide, hvordan dit almindelige forbrug har været, når der ikke var tale om misbrug.

	Sidste måned	Igennem livet
Alkohol, forbrug	___ ___ dage	___ ___ år
Alkohol, overforbrug	___ ___ dage	___ ___ år
Heroin	___ ___ dage	___ ___ år
Metadon	___ ___ dage	___ ___ år
Andre opiater/analg.	___ ___ dage	___ ___ år
Barbiturater	___ ___ dage	___ ___ år
Andre sedativa/hyp	___ ___ dage	___ ___ år
Kokain	___ ___ dage	___ ___ år
Amfetamin	___ ___ dage	___ ___ år
Cannabis	___ ___ dage	___ ___ år
Hallucinogener	___ ___ dage	___ ___ år
Inhalation organiske opløsningsmidler	___ ___ dage	___ ___ år
Flere stoffer pr. dag	___ ___ dage	___ ___ år

Hvilket stof er hovedproblemet? _____

Sidste gang, du var helt afholdende fra alkohol, hvor lang tid varede afholdenhedsperioden da?
(registrer kun, hvis det mindst er en måned)

___|___|___ måneder

Hvor længe er det siden, at du havde denne afholdenhedsperiode?

___|___|___ måneder

Hvor mange gange har du haft:

Delirium tremens?	gange
Abstinenskramper?	gange
Overdosering af medicin/stoffer?	gange

Hvor mange gange har du deltaget i behandlingsforløb for alkoholproblemer, offentligt regi? gange

Hvor mange gange har du deltaget i behandlingsforløb for alkoholproblemer, alternativt regi? gange

Hvor mange gange har du deltaget i behandlingsforløb for medicin/stof-problemer gange

Hvor mange gange er du blevet afruset, hvor der ikke har været tale om, at det var i forbindelse med et behandlingsforløb? gange

Hvor mange gange er du blevet afgiftet, hvor der ikke har været tale om, at det har været i forbindelse med et behandlingsforløb? gange

I løbet af den seneste måned, hvor mange penge har du da brugt på alkohol? kr

I løbet af den seneste måned, hvor mange penge har du da brugt på stoffer/medicin-misbrug? kr

Hvor mange dage inden for den sidste måned har du modtaget behandling for misbrug i ambulant regi, fx. hos egen læge, på andet ambulatorium, i AA el. lign? dage

Inden for den seneste måned, hvor mange dage har du da haft problemer med alkohol? dage

Inden for den seneste måned, hvor mange dage har du da haft problemer med stoffer/medicinmisbrug? dage

Inden for den seneste måned, hvor plaget har du da været af disse problemer med alkohol?
(her benyttes patient-rating-scale)

Indenfor den seneste måned, hvor plaget har du da været af disse problemer med stoffer/medicinmisbrug?
(her benyttes patient-rating-scale)

Hvor vigtigt er det for dig at blive behandlet for disse problemer med alkohol?
(her benyttes patient-rating-scale)

Hvor vigtigt er det for dig at blive behandlet for disse problemer med stoffer/medicin?
(her benyttes patient-rating-scale)



Misbrugsdiagnoser

Alkohol	0 nej	1 misbrug	2 afhængighed
Narkotika/medicin	0 nej	1 misbrug	2 afhængighed
Både alkohol og narkotika/medicin	0 nej	1 misbrug	2 afhængighed

Hvis diagnose for narkotika/medicinmisbrug, hvilke stoffer er der da tale om? _____

Kriterier for misbrugsdiagnoser

F1x.1 Skadelig brug. Følgende ting skal være til stede, for at diagnosen kan stilles:

- A. Der skal være klare tegn på, at brugen af stoffer var skyld i (eller i væsentlig grad bidrog til) fysisk eller psykisk skade, herunder svækket dømmekraft eller dysfunktionel adfærd, der kan resultere i handicaps eller have skadelige konsekvenser for interpersonelle forhold.
- B. Skadens natur skal kunne identificeres helt klart (og specificeres).
- C. Brugsmønstret har persisteret i mindst 1 måned eller er forekommet gentagne gange indenfor en 12-måneders periode.
- D. Sygdommen imødekommer ikke kriterierne for nogen anden sindslidelse eller adfærdsmæssig forstyrrelse vedrørende det samme stof/den samme medicin indenfor det samme tidsrum (med undtagelse af akut forgiftning, F1x.0).

F1x.2 Afhængighedssyndrom.

- A. Tre eller flere af de følgende manifestationer skal have forekommet sammen i mindst 1 måned, eller, hvis persisterende i perioder kortere end 1 måned, skal de have forekommet sammen gentagne gange indenfor en 12 måneders periode:
 - 1) et stærkt ønske om eller en kompulsiv trang til at tage stoffet;
 - 2) forringet evne til at kontrollere adfærden i forbindelse med indtagelsen af stoffer udtrykt i dens begyndelse, ophør eller graden af brugen, som viser sig ved: at stoffet ofte indtages i større mængder eller over en længere

- periode end tilsigtet; eller ved et vedvarende ønske eller mislykkede forsøg på at reducere eller kontrollere brugen af stoffer;
- 3) en fysiologisk abstinensstilstand (se F1x.3 og F1x.4) når brugen af stoffer reduceres eller ophører, som giver sig udtryk i stoffets karakteristiske abstinenssyndrom, eller i brug af det samme (eller nært beslægtede) stof med det formål at lindre eller undgå abstinenssymptomer;
 - 4) tegn på tolerans overfor stoffets virkning således at der er et behov for væsentligt forøgede mængder af stoffet for at opnå forgiftning eller den ønskede virkning, eller en tydeligt formindsket virkning i forbindelse med vedvarende brug af den samme mængde af stoffet;
 - 5) optagethed af brugen af stoffer som udtrykt ved en opgivelse af eller indskrænkning af vigtige alternative fornøjelser eller interesser på grund af brugen af stoffer; eller ved at der bruges megen tid på aktiviteter såsom at få fat i, indtage eller komme sig over virkningerne af stoffet;
 - 6) vedvarende brug af stoffer til trods for tydelige tegn på skadelige følger (se F1x.1), som viser sig ved fortsat brug, når personen reelt er klar over, eller må formodes at være klar over, skadens art og omfang.

Kommentarer til alkohol- og stofmisbrug:

Spørgsmål til Intervieweren:

Hvordan vil du rate **klientens behov for behandling for alkoholproblemer:**

- 0 - 1 Ikke reelt problem, behandling ikke indiceret.
- 2 - 3 Lille problem, behandling sandsynligvis ikke nødvendig
- 4 - 5 Moderat problem, nogen behandling indiceret
- 6 - 7 Betydeligt problem, behandling nødvendig
- 8 - 9 Meget stort problem, behandling absolut nødvendig.

Hvordan vil du rate **klientens behov for behandling for narkotika/medicinmisbrug:**

- 0 - 1 Ikke reelt problem, behandling ikke indiceret.
- 2 - 3 Lille problem, behandling sandsynligvis ikke nødvendig
- 4 - 5 Moderat problem, nogen behandling indiceret
- 6 - 7 Betydeligt problem, behandling nødvendig
- 8 - 9 Meget stort problem, behandling absolut nødvendig.

Klientens oplysninger om sine arbejdsmæssige forhold, var de væsentligt forringede på grund af:

- Urigtig fremstilling
0 nej 1 ja

- Manglende evne til at forstå spørgsmålene?
0 nej 1 ja

Kriminalitet

Sker henvendelsen hertil efter aftale med kriminalforsorgen eller politiet? 0 nej 1 ja

Er du prøveløsladt eller har du en betinget dom med vilkår? 0 nej 1 ja

Hvor mange gange er du blevet anholdt og/eller sigtet for følgende?

Butikstyveri	<input type="text"/>	gange
Overtrædelse, vilkår	<input type="text"/>	gange
Stofkriminalitet	<input type="text"/>	gange
Falskneri/bedrageri	<input type="text"/>	gange
Våbenbesiddelse	<input type="text"/>	gange
Tyveri/hæleri	<input type="text"/>	gange
Røveri	<input type="text"/>	gange
Vold	<input type="text"/>	gange
Brandstiftelse	<input type="text"/>	gange
Voldtægt	<input type="text"/>	gange
Mord/manddrab	<input type="text"/>	gange
Prostitution	<input type="text"/>	gange
Andet:	<input type="text"/>	gange

Hvor mange af disse anholdelser/sigtelser medførte dom? tilfælde

Hvor mange gange er du blevet sigtet eller anklaget for spirituskørsel? gange

Hvor mange gange er du blevet anklaget for gadeuro eller beruselse gange

Hvor mange gange er du blevet anklaget for uforsvarlig kørsel? gange

Hvor mange måneder har du været i fængsel, alt i alt (excl spirituskørsel) måneder

Hvor lang tid var du i fængsel sidste gang (excl spirituskørsel) måneder

Årsagen til fængselsopholdet? _____

Venter du på nuværende tidspunkt på en anklage, retssag, dom eller afsoning? 0 nej 1 ja

Hvor mange dage indenfor den sidste måned har du været i fængsel, tilbageholdt i arresten eller lignende? dage

Hvor mange dage indenfor den sidste måned har du været involveret i berigelseskriminalitet?

dage

Hvor alvorlig synes du, din nuværende kriminalitet er?
(her benyttes patient-rating-scale)

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive rådgivet/henvist for disse juridiske problemer? (her benyttes patient-rating-scale)

Kommentarer til kriminalitet:

Spørgsmål til Intervieweren:

Hvordan vil du rate klientens behov for behandling for problemer med kriminalitet:

- 0 - 1 Ikke reelt problem, behandling ikke indiceret.
- 2 - 3 Lille problem, behandling sandsynligvis ikke nødvendig
- 4 - 5 Moderat problem, nogen behandling indiceret
- 6 - 7 Betydeligt problem, behandling nødvendig
- 8 - 9 Meget stort problem, behandling absolut nødvendig.

Klientens oplysninger om sine kriminelle forhold, var de væsentligt forringede på grund af:

- Urigtig fremstilling

0 nej 1 ja

- Manglende evne til at forstå spørgsmålene?

0 nej 1 ja

Slægtshistorie

Har nogen af de følgende i din biologiske familie haft betydelige alkoholproblemer, som blev behandlet eller som skulle have været det?

Mor:	0	nej	1	ja	8	irrell.
Far:	0	nej	1	ja	8	irrell.
Søskende	0	nej	1	ja	8	irrell

Har nogen af de følgende i din biologiske familie haft betydelige stof/narkotika-problemer, som blev behandlet eller som skulle have været det?

Mor:	0	nej	1	ja	8	irrell.
Far:	0	nej	1	ja	8	irrell.
Søskende	0	nej	1	ja	8	irrell

Har nogen af de følgende i din biologiske familie haft betydelige psykiske problemer, som blev behandlet eller som skulle have været det?

Mor:	0	nej	1	ja	8	irrell.
Far:	0	nej	1	ja	8	irrell.
Søskende	0	nej	1	ja	8	irrell

Opvækstforhold

Levede du adskilt fra en af eller begge dine forældre i mere end et halvt år, mens du var barn?

0 nej 1 ja

hvis ja, hvad var årsagen?

- 1 forældrenes skilsmisse
- 2 en forælders død
- 3 begge forældres død
- 4 anbringelse uden for hjemmet
- 5 andet: _____

Hvordan var forholdene i din familie, da du var barn?

- 1 Stabile (God forældreomsorg var naturligt til stede)
- 2 Ustabile (God forældreomsorg var oftest manglende af psykiske eller fysiske årsager)
- 3 Kaotisk (stor mangel på omsorg forbundet med længere adskillelse fra forældrefigurene. Oftest følelsesmæssige mangler i lange perioder)

Har nogen i din familie eller nærmeste omgangskreds
begået selvmord eller forsøgt på det?

0 nej 1 ja 8 irrell 9 ved ikke

Hvis ja, hvem?

Hvordan var forholdet til dine kammerater, da du var barn?

- 1 Stabile (Venskabelige og stabile forhold til kammerater)
- 2 Ustabile (Venskabelige og stabile forhold til kammerater var ofte manglende)
- 3 Kaotisk (Stor mangel på venskabeligt forhold til kammerater forbundet med mobning, udpræget ensomhedsfølelse o.lign.)

Familie og sociale relationer

Hvad er din aktuelle civilstand?

- 1 gift
- 2 gift igen
- 3 enkestand
- 4 separeret
- 5 fraskilt og ikke samboende
- 6 aldrig gift/samboende
- 7 samlevende
- 8 skilt fra samlever

Hvor længe har du haft denne civilstand? måneder

Er du tilfreds med denne situation?

- 0 nej
- 1 både/og
- 2 ja.

Hvad har din sædvanlige samlivssituation
været gennem de sidste 3 år?

- 1 med partner og børn u. 18 år
- 2 med partner uden børn u. 18 år
- 3 hos forældre
- 4 hos familie
- 5 hos venner
- 6 alene
- 7 kontrolleret miljø

- 8 ingen stabil samlivssituation
- 9 alene med børn u. 18 år
- 10 alene, men har børn u. 18 år.

Hvor længe har du levet i ovennævnte samlivssituation?

måneder

Er du tilfreds med denne situation?

- 0 nej
- 1 både/og
- 2 ja.

Hvor mange børn har du?

børn

Hvor gammel er det yngste barn?

år

Hvor mange børn er der yderligere knyttet til din husstand? (samlevers børn, plejebørn o.lign)

børn

Hvis du ikke bor sammen med dine eventuelle børn under 18 år, har du da regelmæssig kontakt med dem?

- 0 nej
- 1 både/og
- 2 ja.

Hvis du har børn under 18 år, i hvor høj grad oplever dine børn/dit barn da, at du drikker for meget?

- 0 Slet ikke, for jeg drikker ikke, når mine børn er til stede eller forud for at de kommer hjem.
- 1 Lidt. Jeg tror, at de har en fornemmelse af det, og de har en sjælden gang oplevet mig beruset.
- 2 Noget. De har indimellem oplevet mig beruset.
- 3 En del. De har ofte oplevet mig beruset.
- 4 Meget. Jeg er bekymret for, at de så tit har oplevet mig beruset.

Bor du sammen med en, som har et alkoholproblem?

0 nej 1 ja

Bor du sammen med en, som har et andet misbrug?

0 nej 1 ja

Med hvem bruger du det meste af din fritid?

- 1 familien
- 2 venner
- 3 alene
- 4 fordelt på flere af ovennævnte kategorier

Er du tilfreds med at bruge din fritid på denne måde?

- 0 nej
- 1 både/og
- 2 ja

Hvor mange nære venner har du aktuelt? venner

Har du nogensinde haft et tæt, langvarig personlige forhold til nogen af disse mennesker?

Mor:	0 nej	1 ja	8 irrell.
Far:	0 nej	1 ja	8 irrell.
Søskende	0 nej	1 ja	8 irrell.
Partner	0 nej	1 ja	8 irrell.
Børn	0 nej	1 ja	8 irrell.
Venner	0 nej	1 ja	8 irrell.

Hvor mange dage af de sidste 30 dage har du haft svære konflikter med din familie? dage

Hvor mange dage af de sidste 30 dage har du haft svære konflikter med andre mennesker? dage

Har der nogensinde været væsentlige perioder, hvor du har haft svære problemer/konflikter med følgende personer?

Mor	0 nej	1 ja	8 irrell.
Far	0 nej	1 ja	8 irrell.
Søskende	0 nej	1 ja	8 irrell.
Partner	0 nej	1 ja	8 irrell.
Børn	0 nej	1 ja	8 irrell.
Nær fam.	0 nej	1 ja	8 irrell.
Nær ven	0 nej	1 ja	8 irrell.
Naboer	0 nej	1 ja	8 irrell.
Kolleger	0 nej	1 ja	8 irrell.

Inden for de sidste 30 dage, har du da haft svære problemer/konflikter med følgende personer?

Mor	0	nej	1	ja	8	irrell.
Far	0	nej	1	ja	8	irrell.
Søskende	0	nej	1	ja	8	irrell.
Partner	0	nej	1	ja	8	irrell.
Børn	0	nej	1	ja	8	irrell.
Nær fam.	0	nej	1	ja	8	irrell.
Nær ven	0	nej	1	ja	8	irrell.
Naboer	0	nej	1	ja	8	irrell.
Kolleger	0	nej	1	ja	8	irrell.

Har nogen af disse mennesker nogensinde misbrugt dig følelsesmæssigt? 0 nej 1 ja

Har nogen af disse mennesker nogensinde misbrugt dig fysisk, fx skadet dig legemligt? 0 nej 1 ja

Har nogen af disse mennesker nogensinde misbrugt dig seksuelt? 0 nej 1 ja

Hvor besværet eller generet har du været af familiære problemer indenfor de sidste 30 dage?
(her anvendes patient-rating-scale)

Hvor besværet eller generet har du været af problemer i forhold til sociale relationer indenfor de sidste 30 dage?
(her anvendes patient-rating-scale)

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive hjulpet med de familiære problemer?
(her anvendes patient-rating-scale)

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive hjulpet med problemerne i forhold til de sociale relationer?
(her anvendes patient-rating-scale)

Kommentarer til familiemæssige forhold/sociale relationer:

Spørgsmål til Intervieweren:

Hvordan vil du rate klientens behov for behandling for familiemæssige problemer og problemer med sociale relationer:

- 0 - 1 Ikke reelt problem, behandling ikke indiceret.
- 2 - 3 Lille problem, behandling sandsynligvis ikke nødvendig
- 4 - 5 Moderat problem, nogen behandling indiceret
- 6 - 7 Betydeligt problem, behandling nødvendig
- 8 - 9 Meget stort problem, behandling absolut nødvendig.

Klientens oplysninger om sine familiemæssige forhold og sociale relationer, var de væsentligt forringede på grund af:

- Urigtig fremstilling

0 nej 1 ja

- Manglende evne til at forstå spørgsmålene?

0 nej 1 ja

Psykisk status

Hvor mange gange har du været indlagt på hospital på grund af et psykologisk/psykiatrisk/følelsesmæssigt problem? gange

Hvor mange gange er du blevet behandlet ambulantly eller i privat praksis på grund af et psykologisk/psykiatrisk/følelsesmæssigt problem? gange

Modtager du førtidspension for en psykiatrisk lidelse, herunder misbrug? 0 nej
1 ja

Har du nogensinde haft væsentlige perioder med følgende symptomer eller oplevelser (de fire første må ikke være en direkte følge af misbrug):

Svær depression	0	nej	1	ja
Svær angst/anspændt	0	nej	1	ja
Hallucinationer	0	nej	1	ja
Hukommelsesbesvær/problemer med koncentrationen	0	nej	1	ja
Besvær med at kontrollere voldelig adfærd	0	nej	1	ja
Alvorlige selvmordstanker	0	nej	1	ja
Forsøgt selvmord	0	nej	1	ja
Hvis ja, hvor ofte?	<input type="text"/>	gange		
Indtaget lægeordineret medicin på grund af disse psykiske problemer	0	nej	1	ja

Inden for den sidste måned, har du da haft væsentlige perioder med følgende symptomer eller oplevelser (de fire første må ikke være en direkte følge af misbrug)

Svær depression	0	nej	1	ja
Svær angst/anspændt	0	nej	1	ja
Hallucinationer	0	nej	1	ja
Hukommelsesbesvær/problemer med koncentrationen	0	nej	1	ja
Besvær med at kontrollere voldelig adfærd	0	nej	1	ja
Alvorlige selvmordstanker	0	nej	1	ja

Forsøgt selvmord 0 nej 1 ja

Hvis ja, hvor ofte? gange

Indtaget lægeordineret medicin
på grund af disse psykiske problemer 0 nej 1 ja

Hvor mange dage indenfor den sidste måned har
du oplevet disse psykiske problemer? dage

Hvor plaget eller besværet har du været af disse
psykiske problemer indenfor den sidste måned?
(her anvendes patient-rating-scale)

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive
behandlet for disse psykiske problemer?
(her anvendes patient-rating-scale)

Kommentarer til psykisk status:

Spørgsmål til Intervieweren:

Hvordan vil du rate **klientens behov for behandling for psykiske problemer:**

- 0 - 1 Ikke reelt problem, behandling ikke indiceret.
- 2 - 3 Lille problem, behandling sandsynligvis ikke nødvendig
- 4 - 5 Moderat problem, nogen behandling indiceret
- 6 - 7 Betydeligt problem, behandling nødvendig
- 8 - 9 Meget stort problem, behandling absolut nødvendig.

Klientens oplysninger om sit psykiske helbred, forhold, var de væsentligt forringede på grund af:

- Urigtig fremstilling
0 nej 1 ja

- Manglende evne til at forstå spørgsmålene?
0 nej 1 ja

Beck's Hopelessness-scale:

Vi er interesseret i at vide, hvordan du ser på sin situation, og hvordan du ser på fremtiden i øjeblikket.

Nedenfor står et antal udsagn, der kan besvares med "passer" eller "passer ikke". Vær venlig at sætte en cirkel omkring det svar, der passer bedst med dit syn på situationen, og til din opfattelsen af fremtiden lige nu.

Overvej dette eksempel: "Jeg ser lyst på fremtiden". Hvis du mener, at udsagnet passer på dig, sætter du en cirkel omkring "passer". Hvis du derimod mener, at udsagnet ikke passer på dig, sætter du en cirkel omkring "passer ikke".

Der skal sættes cirkel ved enten "passer" eller "passer ikke" - og ikke ved dem begge.

Husk at besvare alle spørgsmål

Jeg glæder mig til fremtiden med håb og entusiasme.

A = passer B = passer ikke

Jeg kan lige så godt give op, for jeg kan ikke forbedre min situation.

A = passer B = passer ikke

Når det går rigtig skidt, hjælper det mig at vide, at det ikke varer evigt.

A = passer B = passer ikke

Jeg kan ikke forestille mig, hvordan mit liv vil se ud om 10 år.

A = passer B = passer ikke

Jeg har tilstrækkelig tid til at gennemføre det, jeg har mest lyst til.

A = passer B = passer ikke

Jeg forventer fremover at have succes med det, der betyder mest for mig.

A = passer B = passer ikke

Fremtiden ser sort ud for mig.

A = passer B = passer ikke

Jeg regner med at få flere goder her i livet, end gennemsnittet får.

A = passer B = passer ikke

Jeg har simpelthen aldrig heldet med mig, og der er ingen grund til at tro, at jeg vil få det fremover.

A = passer B = passer ikke

Mine seneste erfaringer har været en god forberedelse til fremtiden.

A = passer B = passer ikke

Når jeg ser fremad, kan jeg kun få øje på ubehageligheder snarere end behageligheder.

A = passer B = passer ikke

Jeg forventer ikke at få det, jeg virkelig ønsker mig.

A = passer B = passer ikke

Når jeg ser på fremtiden, forventer jeg at blive lykkeligere end jeg er nu.

A = passer B = passer ikke

Det hele går bare ikke sådan, som jeg ønsker.

A = passer B = passer ikke

Jeg har stor tro på fremtiden.

A = passer B = passer ikke

Jeg får aldrig, hvad jeg ønsker mig, så det er tåbeligt at ønske sig noget som helst.

A = passer B = passer ikke

Det er højst usandsynligt, at jeg vil opnå nogen virkelig tilfredshed i fremtiden.

A = passer B = passer ikke

Fremtiden er for mig noget svævende og usikkert.

A = passer B = passer ikke

Jeg kan se frem til flere gode oplevelser end dårlige.

A = passer B = passer ikke

Det er ingen nytte til at prøve at opnå, hvad jeg gerne vil, for jeg vil nok ikke opnå det alligevel.

A = passer B = passer ikke

Personlighedsdiagnoser

A: Emotionelt tilbagetrukne:

Paranoid (mindst fire af følgende skal være opfyldt)

- Usædvanlig stor følsomhed overfor nederlag og afvisning
- Tendens til at bære nag
- Mistænksomhed og en vidt udbredt tendens til at fordreje erfaringer ved at mistyde andres neutrale og venlige handlinger og opleve dem som fjendtlige og hånlige
- En stridbar og stædig fornemmelse for personlige rettigheder ude af trit med den virkelige situation
- Tilbagevendende mistroiskhed uden berettigelse, hvad angår ægtefælles eller seksualpartners seksuelle troskab
- Optagethed af udokumenterede 'konspirations'-forklaringer af begivenheder, enten i nærmiljøet eller i den store verden

Mindst fire af ovennævnte:

0 ikke til stede 1 til stede

Skizoid (mindst fire af følgende skal være opfyldt)

- Kun få aktiviteter, hvis nogen overhovedet, femkalder lyst.
- Udviser emotionel kølighed, fjernhed eller affektaffladning.

- begrænset kapacitet til at udtrykke enten varme, ømme følelser eller vrede overfor andre.
- En optræden med indifferencer overfor ros og kritik.
- Lille interesse for at have seksuelle oplevelser med en anden person (alderen taget i betragtning)
- Konstant valg af solo-aktiviteter,
- Usædvanlig stor optagethed af fantasier og introspektion.
- Intet ønske om at have eller har ingen nære venner eller fortroligt forhold (eller har kun et).
- Udpræget upåvirkelig af fremherskende sociale normer og koncentrationer; ligestyldighed overfor sådanne normer og koncentrationer er utilsigtet.

Mindst fire af ovennævnte:

0 ikke til stede 1 til stede

B: Impulsive, overdreven emotionelle, dramatiserende typer:

Dyssocial (mindst tre af følgende til stede)

- Hårdhudet ligestyldighed overfor andres følelser.
- Generel og vedvarende holdning med uansvarlighed og manglende respekt for sociale normer, regler og forpligtelser.
- Manglende evne til at fastholde længerevarende forhold til andre, skønt der ikke er vanskeligheder med at etablere dem.
- Meget lav frustrationstolerance og aggressionstærskel, inkluderende vold.
- Manglende evne til at opleve skyld eller til at drage lære af ugunstige erfaringer, især straf.
- Udtalt tendens til at bebrejde andre eller til at give sandsynlige bortforklaringer for den adfærd, som har bragt individet i konflikt med samfundet.

Mindst tre af ovennævnte:

0 ikke til stede 1 til stede.

Emotionelt ustabil, impulsiv type (Mindst tre af følgende til stede, ét af dem skal være det nummer to nævnte)

- Udtalt tendens til at handle uforventeligt og uden overvejelser om konsekvenserne.
- Udtalt tendens til stridbar adfærd og til at komme i konflikt med andre, især når impulsive handler bliver modarbejdet eller kritiseret.
- Tilbøjelighed til udbrud af vrede eller vold, med manglende evne til at kontrollere eksplosivitet.
- Ustabilt og lunefuldt humør.

Mindst tre af ovennævnte,
hvoraf ét er nr. 2:

0 ikke til stede 1 til stede.

Emotionel ustabil, borderline type (mindst tre kriterier fra impulsiv type plus mindst to af følgende:

- Forstyrret og usikkert selvbillede, mål og hvad der skal have forrang af ens egne, indre værdier (inkluderende seksuelle)
- Tilbøjelighed til at blive involveret i intense og ustabile forhold, ofte førende til følelsesmæssige kriser.
- Usædvanlige store anstrengelser for at undgå at blive ladt alene og forladt.
- Tilbagevendende trusler om selvdestruktive handlinger.
- Kronisk følelse af tomhed.

Mindst tre kriterier fra impulsiv type
samt mindst to af ovennævnte:

0 ikke til stede 1 til stede.

Histrionisk (mindst fire af følgende til stede)

- Dramatiseringstendens, teatralisk eller overdreven følelsesudtryk.
- Suggestibilitet (individet bliver let påvirket af andre eller af omstændighederne)
- Overfladisk og labilt følelsesliv

- Vedvarende søgen efter spænding og aktiviteter, i hvilke individet kan blive centrum for opmærksomhed.
- Upassende forførende hvad angår udseende eller adfærd.
- Overdreven optagethed af fysisk tiltrækningsevne

Mindst fire af ovennævnte:

0 ikke til stede 1 til stede

C: Ængstelige og eftergivende typer

Ængstelig (evasiv) (Mindst fire af følgende til stede)

- Vedvarende og udbredt følelse af anspændthed og ængstelighed
- Tro på, at man er ukvalificeret i samfundet, personligt utiltrækkende og mindre-værdig.
- Overdreven optagethed af at blive kritiseret eller afvist i sociale situationer.
- Uvillighed til at blive involveret sammen med andre mennesker med mindre der er sikkerhed for, at de andre kan lide ham eller hende.
- Begrænset livsudfoldelse på grund af behov for fysisk sikkerhed.
- Undgåelse af sociale eller beskæftigelsesmæssige aktiviteter af frygt for kritik, misbilligelse eller afvisning.

Mindst fire af ovennævnte:

0 ikke til stede 1 til stede

Dependent (mindst fire af følgende til stede)

- Opmuntrer andre til eller tillader andre at træffe de fleste af ens vigtige beslutninger i livet.
- Underordning af ens egne behov over for de behov, som forekommer hos de personer, man er afhængig af, eller overdreven eftergivenhed overfor andres ønsker.
- Uvillig til at stille selv rimelige krav over for de personer, man er afhængig af.
- Følelse af ubehag eller hjælpeløshed, når man er alene, på grund af forstærket frygt for ikke at kunne sørge for sig selv.
- Optagethed af frygt for at blive forladt og skulle sørge for sig selv.

- Begrænset kapacitet til at træffe beslutninger i hverdagen uden en overdreven mængde af råd eller forsikringer fra andre.

Mindst fire af ovennævnte:

0 ikke til stede 1 til stede.

Anankastisk (mindst fire af følgende til stede)

- Følelse af overdreven tvivl og forsigtighed.
- Optagethed af detaljer, regler, orden, skemaer, lister og organisering.
- Perfektionisme, som påvirker arbejdets fuldførelse.
- Overdreven samvittighedsfuldhed og omhyggelighed.
- Overdreven optagethed af at yde noget på bekostning af fornøjelser og interpersonelle forhold.
- Overdreven pedanteri og klæben itil sociale konventioner
- Rigiditet og stædighed
- Urimelig insisteren på, at andre underkaster sig og gør tingene på nøjagtig hans eller hendes måde, eller urimelig modstand mod at tillade andre at gøre tingene.

Mindst fire af ovennævnte:

0 ikke til stede 1 til stede

Anden type:

0 ikke til stede 1 til stede

Almene kriterier for personlighedsforstyrrelse:

- Der er tegn på, at individets karakteristiske og vedvarende mønstre for oplevelsesmåde og adfærd som helhed afviger afgørende fra det i kultursammenhængen forventede og accepterede. Sådanne afvigelser må manifestere sig i mere end et af følgende områder:
 1. Tænkning og erkendelse (dvs måder at opfatte og fortolke forhold, mennesker og begivenheder og at danne holdninger og forestillinger om sig selv og andre).

2. Følelsesliv (omfang, intensitet og itlpassthed, hvad angår vækkelse af følelser og følelsesmæssig respons)
 3. Impulskontrol og behovstilfredsstillelse
 4. Måde, hvorpå man forholder sig til andre og håndterer interpersonelle situationer.
- Afvigelsen må manifestere sig gennemgribende som adfærd, der er ufleksibel, utilpasset eller på anden måde dysfunktionel i en bred række af personlige eller sociale situationer (det vil sige at den ikke er begrænset til en specifik fremkaldende situation).
 - Der er personlig lidelse eller en ugunstig virkning på de sociale omgivelser, eller på både individet og omgivelserne, og den personlige lidelse og/eller den ugunstige effekt på omgivelserne kan tydeligt tilskrives adfærden omtalt øverst i denne liste.
 - Der må være tegn på, at afvigelsen er stabil og af lang varighed, begyndende i sen barndom eller adolescens.
 - Ikke udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse
 - Organisk årsag udelukket.

Almene kriterier:

0 ikke til stede 1 til stede

Depressiv episode

	Nej	Ja
<i>Depressive kernesymptomer:</i>		
Nedsat stemningsleje i en grad som er afgjort abnormt for individet, til stede det meste af dagen, stort set upåvirkeligt af omstændigheder og vedvarende i mindst to uger	0	1
Tab af interesse eller lyst til aktiviteter, der sædvanligvis er lystbetonede	0	1
Nedsat energi eller øget træthæd	0	1

	Nej	Ja
<i>Depressive ledsagesymptomer:</i>		
Tab af selvtillid og selvværdsfølelse	0	1
Urimelige følelser af selvbebrejdelser eller usædvanlig stor og upassende skyld	0	1
Tilbagevendende tanker om død eller selvmord eller enhver form for suicidal adfærd	0	1
Klager over eller tegn på nedsat evne til at tænke eller koncentrere sig, som fx ubeslutsomhed eller svingende meninger	0	1
Ændringer af psykomotorisk aktivitet med agitation eller hæmning (enten subjektivt eller objektivt)	0	1
Søvnforstyrrelse, uanset type	0	1
Ændringer af appetit med tilsvarende vægtændringer	0	1
	Nej	Ja
<i>Melankoliforme ("somatiske") symptomer:</i>		
Udpræget tab af interesse og lyst til aktiviteter, der sædvanligvis er lystbetonede	0	1
Mangel på emotionel reaktivitet over for begivenheder eller aktiviteter, som sædvanligvis fremkalder emotionel respons	0	1
Tidlig opvågning, to timer eller mere før vanlig tid	0	1
Depression værst om morgenen	0	1
Objektivt tegn på udpræget psykomotorisk hæmning	0	1
Udpræget appetitløshed	0	1
Vægttab (5% af legemsvægten eller mere i den seneste måned)	0	1
Udpræget tab af seksuelle lyst	0	1

	Nej	Ja
<i>Psykotiske symptomer:</i>		
Hallucinationer eller vrangforestillinger	0	1
Depressiv stupor	0	1
<i>Andet:</i>		
Varighed af depression mindst to uger	0	1
Depression tilskrives misbrug	0	1

Angsttilstande

Panikanfald

Et panikanfald (angstanfald) er karakteriseret ved følgende:

- Det er en isoleret episode med intens frygt eller ubehag
- Det begynder pludseligt
- det når et maximum i løbet af få minutter og varer mindst nogle minutter.
- I det mindste fire af nedennævnte symptomer skal være til stede, og heraf mindst et symptom være autonomt:

Autonome symptomer:

- Hjerterbanken
- Sveden
- Rysten eller skælven
- Mundtørhed

Symptomer fra bryst og mave

- Åndenød
- Kvælningssfølelse
- Brystsmerter eller ubehag
- Kvalme eller maveubehag (uro i maven)

Psykiske symptomer

- Følelse af svimmelhed, usikkerhed, besvimelse eller ørthed i hovedet.
- Uvirkelighedsfølelse eller fjernhedsfølelse (dvs at man selv føler sig fjern eller "ikke virkeligt er her")
- Frygt for at miste selvkontrol, "at blive skør", eller at "gå væk".

- Dødsangst.

Almene symptomer

- Kuldegysninger eller hedeture
- Dødhedsfølelser eller parastæsier (“prikken-stikken”)

Panikanfald:

0 ikke til stede 1 til stede

*Panikanfald i forbindelse med
fobisk angst:*

0 ikke til stede 1 til stede

Panikanfald i forbindelse med agorafobi - fobisk angst for at færdes alene udenfor hjemmet, karakteriseret ved:

- Angst i, eller undgåelse af mindst to af følgende situationer:
 - Menneskemængder
 - Offentlige steder
 - Færden alene
 - Færden udenfor hjemmet
- Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd
- Erkendelse af, at angst eller undgåelse er overdreven eller urimelig
- Optræden begrænset til frygtede situationer eller tanken herom
- Psykotiske symptomer eller organisk ætiologi udelukkes.

Agorafobi:

0 ikke til stede 1 til stede

Panikanfald i forbindelse med panik-angst ("panic disorder"):

- Individet oplever recidiverende panikanfald, der ikke konstant er sammenhørende med en bestemt situation eller genstand, og som ofte opstår spontant (dvs at panikanfald er uforudsigelige). Panikanfaldene er ikke sammenhørende med store anstrengelser eller med udsættelse for farlige eller livstruende situationer.
- Panikanfaldene skyldes ikke legemlig sygdom, organisk psykisk lidelse eller andre psykiske lidelser som fx skizofreni.

Panic disorder:

0 ikke til stede 1 til stede

Generaliseret angst:

Det essentielle træk er angst, som er generaliseret og vedvarende, men ikke begrænset til særlige situationer eller omstændigheder (dvs er "fri" eller "frit florerende"). De mest fremtrædende symptomer omfatter klager over vedholdende nervøsitet, rysten, muskelspændinger, svendtendens, ørhed i hovedet, hjertebanken, svimmelhed og trykken i maven. Patienten giver ofte udtryk for frygt eller bekymring for, at de selv eller deres nærmeste skal blive syge eller komme ud for en ulykke.

- Periode på mindst 6 måneder med anspændthed, bekymringstendens og almen ængstelighed over for dagligdags begivenheder og problemer.
- Mindst 4 angst-spændingssymptomer, heraf mindst 1 autonomt:

Autonome symptomer

- Hjertebanken
- Sveden
- Rysten eller skælven
- Mundtørhed

Symptomer fra bryst og mave

- Åndenød
- Kvælningssfølelse
- Brystsmerter eller ubehag
- Kvalme eller maveubehag (uro i maven)

Psykiske symptomer

- Følelse af svimmelhed, usikkerhed, besvimelse eller ørhed i hovedet.
- Uvirkelighedsfølelse eller fjernhedsfølelse (dvs at man selv føler sig fjern eller "ikke virkeligt er her")
- Frygt for at miste selvkontrol, "at blive skør", eller at "gå væk".
- Dødsangst.

Almene symptomer

- Varme- eller kuldefølelse
- Dødheds- eller sovende fornemmelser.

Tensionssymptomer:

- Muskelspænding eller smerte
- Rastløshed, vanskelighed ved at slappe af
- Følelse af anspændthed eller nervøsitet
- Følelse af klump i halsen eller synkebesvær

Uspecifikke symptomer

- Forstærket respons over for små overraskelser eller blive forskrækket.
- Koncentrationsbesvær eller blive “tom i hovedet” på grund af bekymringer eller angst.
- Besvær med at falde i søvn på grund af bekymringer.
- Lidelsen opfylder ikke kriterierne for “panik-angst” (panic disorder) eller fobisk angst.
- Lidelsen er ikke forårsaget af legemlig sygdom, som fx hyper thyreoidisme eller organisk sindslidelse

Generaliseret angst

0 ikke til stede 1 til stede

*Generaliseret angst kan tilskrives
misbrug:*

0 nej 1 ja

Spørgsmål om behandling i ABC:

Er du interesseret i at inddrage din ægtefælle eller anden familie i behandlingen, hvis du fx. bliver visiteret til familierapi? 1 ja 2 nej

Er du interesseret i at deltage i gruppebehandling, hvis du bliver visiteret til dette? 1 ja 2 nej

Afsluttende spørgsmål til interviewerens:

På tidspunktet for interviewet, var klienten da:

Tydeligt depressiv/tillukket 0 nej 1 ja

Tydelig fjendtligindstillet 0 nej 1 ja

Tydelig angst/nervøs 0 nej 1 ja

Tankeforstyrret/ paranoid eller havde andre problemer med realitetstestningen. 0 nej 1 ja

Svært ukoncentreret/ havde problemer med hukommelsen 0 nej 1 ja

Præget af suicidale tanker 0 nej 1 ja

Udregning af håbløshedsscore:

Overført delsum: _____

Hvis $m1=a$ scores 0
Hvis $m1=b$ scores 1 _____

Hvis $m13=a$ scores 0
Hvis $m13=b$ scores 1 _____

Hvis $m2=a$ scores 1
Hvis $m2=b$ scores 0 _____

Hvis $m14=a$ scores 1
Hvis $m14=b$ scores 0 _____

Hvis $m3=a$ scores 0
Hvis $m3=b$ scores 1 _____

Hvis $m15=a$ scores 0
Hvis $m15=b$ scores 1 _____

Hvis $m4=a$ scores 1
Hvis $m4=b$ scores 0 _____

Hvis $m16=a$ scores 1
Hvis $m16=b$ scores 0 _____

Hvis $m5=a$ scores 0
Hvis $m5=b$ scores 1 _____

Hvis $m17=a$ scores 1
Hvis $m17=b$ scores 0 _____

Hvis $m6=a$ scores 0
Hvis $m6=b$ scores 1 _____

Hvis $m18=a$ scores 1
Hvis $m18=b$ scores 0 _____

Hvis $m7=a$ scores 1
Hvis $m7=b$ scores 0 _____

Hvis $m19=a$ scores 0
Hvis $m19=b$ scores 1 _____

Hvis $m8=a$ scores 0
Hvis $m8=b$ scores 1 _____

Hvis $m20=a$ scores 1
Hvis $m20=b$ scores 0 _____

Hvis $m9=a$ scores 1
Hvis $m9=b$ scores 0 _____

Totalsum: _____

Hvis $m10=a$ scores 0
Hvis $m10=b$ scores 1 _____

Hvis $m11=a$ scores 1
Hvis $m11=b$ scores 0 _____

Hvis $m12=a$ scores 1
Hvis $m12=b$ scores 0 _____

Delsum _____

Appendix III

Addiction Severity Index

MANUAL TIL KORTLÆGNINGSINSTRUMENTET

Af
Anette Søgaard Nielsen og
Bent Nielsen

INDHOLD

INTERVIEWSITUATIONEN KONTRA BEHANDLINGSSITUATIONEN	156
GENNEMFØRELSEN AF INTERVIEWET	156
PATIENT-RATING	157
TIDSPERIODER	158
INTERVIEWER-RATING I ASI	158
MEDICINSK STATUS	160
ARBEJDSMÆSSIG STATUS	161
ALKOHOL/STOFFER	162
KRIMINALITET	164
SLÆGTSHISTORIE	165
FAMILIE OG SOCIALE RELATIONER	165
PSYKIATRISK STATUS	167
COMPOSITE-SCORER	168

INTERVIEWSITUATIONEN KONTRA BEHANDLINGSSITUATIONEN

En interviewsituation er en anden situation, end når en patient søger behandling. I behandlingssituationen er det behandleren, der er "eksperten" og patienten, der søger information og hjælp. I interviewsituationen, og i særdeleshed interviews i forbindelse med forskning, er det modsat: Her er det patienten, der sidder inde med den information, som interviewerens søger.

Det er væsentligt at holde fast i denne drejning i forhold til behandlingssituationen. Det betyder nemlig, at man skal være opmærksom på, at man som interviewer placerer sig i en anden rolle end som behandler. Og at man har nogle andre redskaber til rådighed i selve interviewsituationen.

Interviewsituationen bør således være præget af respekt overfor patienten og af en grad af taknemmelighed over, at patienten vil bruge sin tid på at informere interviewerens. Behandlingssituationen er selvfølgelig også præget af respekt overfor patienten, men til forskel for interviewsituationen, er det i behandlingssituationen langt hen i patientens interesse, at behandlingen sker. I interviewsituationen er det alene i interviewerens interesse, at interviewet gennemføres.

GENNEMFØRELSEN AF INTERVIEWET

Eftersom forskningsinterviews primært sker i interviewerens interesse, er det vigtigt, at man tager godt imod patienten: Takker for deltagelsen, informerer ordentligt og grundigt og i det hele taget bruger den tid, der er nødvendig, for at patienten føler sig godt behandlet.

Vær opmærksom på, at patienten i mange tilfælde vil være nervøs. Tag det eventuelt direkte op med patienten: Spørg, om han/hun er utryk ved situationen og understreg, at interviewet kan afbrydes, at der kan holdes pauser eller lignende, hvis patienten synes, det hele bliver for meget. Vis patienten, at det ikke er meningen, at interviewet skal være en belastning.

Intervieweren bør begynde interviewet med at beskrive interviewets design og understrege, de forskellige områder, spørgeskemaet vil komme ind på: Helbredsmæssige, arbejdsmæssige, alkohol, stoffer, kriminalitet, familie/socialt og psykisk. Dette vil også forberede patienten på, hvad der kommer til at ske og medvirke til, at patienten slapper af.

Efter hvert afsnit er det også vigtigt, at interviewerens afrunder emnet, og gør opmærksom på, at man nu går over til noget andet.

Det kan være en god ide at understrege overfor patienten, at alle patienter interviewes på samme måde og med samme spørgsmål. Husk altid at understrege, at interviewet er fortroligt.

Nævn også, at interviewet bygger på dels hændelser og begivenheder gennem hele livet, og dels på, hvor ofte dette eller hint er forekommet indenfor de seneste 30 dage.

PATIENT-RATING I ASI

Patienterne bliver bedt om deres egen vurdering af de forskellige problemområder. For at standardisere dette, indeholder ASI en 5-point-skala (0-4), hvorpå patienterne kan markere, hvor alvorlige eller belastende deres problemer er.

For nogle patienter er det meget enkelt og simpelt at benytte denne skala. For andre kan det være nødvendigt at stille spørgsmålet lidt anderledes, men hele tiden med henblik på at få patientens mening frem. Det er vigtigere at få patientens mening frem end at presse ham til at foretage et valg på en skala, han ikke forstår.

Skalaen skal udfyldes for hvert enkelt problemområde, og for dette område *alene*. Det vil sige, at man må forsøge at hjælpe patienten til at vurdere hver ting for sig.

Rating'en bygger på aktuelle problemer. Dvs. hverken potentielle problemer eller problemer, der ligger mere end en måned tilbage. Hvis patienten derfor umiddelbart inden rating'en har fortalt, at han den seneste måned ikke har haft helbredsmæssige problemer, så vil ratingen være "0=intet problem". For god ordens skyld siger man til patienten, at "jeg forstod på dig, at du ikke har haft problemer med helbredet den sidste måned. Jeg går derfor ud fra, at du ikke synes, du har behov for behandling for noget med dit fysiske helbred?"

Det er vigtigt, at disse patient-scoringer ikke er udtryk for, hvorvidt en acceptabel behandling er til rådighed. Scoren skal alene udtrykke *behovet* for behandling, hvad enten der findes nogen effektiv behandling at tilbyde eller ej. Såfremt patienten allerede modtager behandling, skal scoren udtrykke, hvor vidt patienten har behov for yderligere behandling.

TIDSPERIODER I ASI

Alle tidsperioder i modul 1 beregnes altid forud for første fremmøde til det aktuelle behandlings sted. Som oftest er der et sammenfald mellem første fremmøde og interview-tidspunktet, men ikke altid - fx. hvis patienten p.g.af abstinenser ikke har kunnet interviewes før nogen tid efter indlæggelsen/starten på ambulatoriet. Så husk: Alle tidsperioder refererer til seneste periode forud for 1. fremmøde på behandlingsstedet, både spørgsmål som "hvor plaget eller besværet har du været af disse problemer de sidste 30 dage?" og "hvor mange dage har du haft et overforbrug af alkohol de sidste 30 dage?" og "hvor mange dage har du været fuldstændig ædru indenfor de sidste 6 måneder?" etc etc.

Mange af spørgsmålene refererer som nævnt til, hvor stor en del af de sidste 30 dage forud for den aktuelle behandlingskontakt, en patient har haft problemer med et eller andet. Disse spørgsmål kan være svære at besvare. Man må ofte foreslå en måde at opdele tid på: Er der tale om hele tiden eller blot enkelte dage eller måske halvdelen af tiden, - indtil man sammen med patienten når frem til en fornemmelse af, hvor stor en del af tiden, en given ting er en belastning.

INTERVIEWER-RATING I ASI

Denne score er består af to trin: Først bestemmer interviewer - ud fra de objektive oplysninger, patienten har givet. Derefter justeres denne score i henhold til patientens egen subjektive angivelse af alvorlighedsgraden. Interviewerens skala er mere nuanceret end patientens, idet patientens går fra 0-4, hvor interviewer kan bruge hele 10 cifre.

Det er vigtigt, at disse interviewer-scorer ikke er udtryk for, hvorvidt interviewer vurderer, at patienten kan få udbytte af en eventuel behandling. Scoren skal alene udtrykke behovet for behandling, hvad enten der findes nogen effektiv behandling at tilbyde eller ej. Såfremt patienten allerede modtager behandling, skal scoren udtrykke, hvor vidt patienten har behov for yderligere behandling.

Intervieweren vælger under første "trin" 2-3 værdier på skalaen, og hensynet til patientens vurdering bestemmer så, hvilken af de 2-3 trin, interviewer skal lægge sig fast på. Hvis patienten scorer højere end én selv, vælges den højeste - og omvendt, hvis patienten scorer lavere end én selv. Hvis man er enig med patienten, vælger man den midterste.

Den eneste undtagelse er, hvis der helt oplagt er behov for behandling, og patienten benægter dette. I dette tilfælde skal interviewer se bort fra patientens vurdering.

De væsentligste objektive faktorer, interviewerens skal bedømme på baggrund af, er:

Medicinsk status:	Antal indlæggelser Kroniske lidelser.
Arbejds-mæssigt:	Uddannelse Beskæftigelse. Længste ansættelse Mønstret i seneste arbejds-mæssige tilhørsforhold.
Alkohol/stoffer:	Misbrugshistorie. Afholdenhedsperioder. Overdoser/delirium. Tidligere behandling.
Kriminalitet:	Alvorlige sigtelser Domme Aktuelle sigtelser Aktuel kriminel virksomhed.
Familie/socielt:	Stabilitet og tilfredshed med familiesituationen. Stabilitet og tilfredshed med bo-situationen. Tilfredshed med fritiden. Alvorlige konflikter. Problemer gennem livet med familien.
Psykisk status:	Indlæggelser Aktuelle og tidligere symptomer.

Specifikke instruktioner vedrørende de enkelte spørgsmål i spørgeskemaet:

GENEREL INFORMATION:

Indlæggelsesdato: Dato for den første kontakt i det aktuelle behandlingsforløb på ambulatoriet.

Hvor er klienten henvist fra: Vælg kun en værdi.

Har du været i kontrolleret miljø de sidste 30 dage: Der er ikke nødvendigvis tale om alle dage. Spørgsmålet går på, om patienten har været i kontrolleret miljø i en eller flere dage indenfor den sidste måned forud for kontakten til behandlingsstedet. I tilfælde af positivt svar, noteres nedenunder, hvormange dage, der er tale om.

Har du indtaget antabus/dipsan i løbet af den sidste måned? I tilfælde af positivt svar noteres nedenunder, hvor mange dage, patienten har været under antabus/dipsan-behandling. (Bemærk, at der ikke nødvendigvis er tale om, hvor mange dage patienten har *indtaget* antabus. Påbegyndte patienten fx. antabusbehandling 2 uger før kontakt til behandlingsstedet, skal alle fjorten dage skrives på - også selvom patienten kun har indtaget antabus 2 gange hver uge.... Antabus virker som bekendt gennem flere dage).

MEDICINSK STATUS I ASI:

Antal hospitalsindlæggelser: incl. indlæggelse på grund af overdoser, Delirium Tremens, men ikke afrusning. Der er tale om en overdosis, hvis patienten er bevidstløs, når han ankommer til hospitalet. Kan han selv gå, er der bare tale om en afrusning. Indlæggelser i forbindelse med fødsler regnes ikke med, undtagen hvis indlæggelsen skyldes komplikationer i forbindelse med fødslen.

Hvor længe er det siden du sidst var hospitaliseret for et legemligt problem? Opgives i måneder. Hvis patienten aldrig har været indlagt, skrives "irrelevant" eller sættes en streg for at markere, at man har set spørgsmålet.

Kroniske lidelser: Kroniske lidelser er lidelser, der jævnligt eller regelmæssigt påvirker patientens liv i en eller anden grad, fx. forhøjet blodtryk, sukkersyge, epilepsi eller fysiske handicaps. Man skal således svare "ja", hvis patienten har et kronisk, medicinsk problem, der hindrer ham/hende i at udnytte sine muligheder fuldt ud. Behov for briller eller mindre allergiske lidelser skal ikke medregnes. Noter altid, hvilken lidelse, der er tale om.

Medicin: indbefatter ikke medicin for psykiske problemer. De vil blive registreret senere. Formålet med dette spørgsmål er alene at validere oplysningerne om alvorligheden af de helbredsmæssige problemer ved hjælp af lægens uafhængige beslutning om at medicinere for problemet. Medicin, som er blevet ordineret til patienten, men som patienten af en eller anden grund ikke har taget i den seneste tid, skal således medregnes, og kun medicin, ordineret af en læge, skal medregnes (dvs. ikke håndkøbsmedicin eller medicin, man har fået forærende af en eller anden). Medicin, patienten får i en kortere periode, fx. p.g.af forkølelser, afgiftning o.lign, skal ikke medregnes. Der tænkes således alene på medicin for langvarige eller kroniske lidelser.

Modtager du pension p.g.a. legemlig lidelse? Nogle patienter får pension p.g.af såvel fysiske som psykiske problemer. I givet fald siges "ja" her, men også "ja", når der senere bliver spurgt, om patienten får pension af psykiske årsager.

Hvor ofte har du haft problemer med helbredet indenfor den sidste måned: Inkluder ikke fysiske problemer, der *alene* og direkte hænger sammen med indtagelsen af alkohol/stoffer.

Er der dog tale om kroniske skader på grund af alkohol (fx. cirrose, pancreatitis), så medregn, hvormange dage patienten har følt sig belastet af disse problemer.

Inkluder også mindre sygdomme som *slem* forkølelse eller influenza. Men disse skal selvfølgelig ikke have så høj en score på patientens "rating" af alvorligheden af hans helbredsmæssige problemer.

ARBEJDSMÆSSIG STATUS I ASI

Varighed af afsluttet skoleuddannelse. Understreg, at der skal være tale om *afsluttet* skoleuddannelse.

Har du en akademisk uddannelse, en mellem- eller håndværkeruddannelse? Angiv, om patienten har afsluttet en kompetence-givende uddannelse. Noter hvilken type.

Har du kørekort? Her tænkes på et gyldigt kørekort, der ikke er blevet inddraget på nogen måde.

Har du adgang til at benytte bil? Patienten behøver således ikke selv eje en bil. Der skal alene være tale om, at patienten kan råde over en bil i de situationer, han/hun har brug for det.

Hvor lang tid var du ansat i det længste fuldtidsjob? Her tænkes på sammenhængende ansættelser hos samme arbejdsgiver. Militærtjeneste medregnes ikke. Hvis patienten er ansat i korte, afgrænsede forløb, og det ikke nødvendigvis er sikkert, at patienten kan forny ansættelseskontrakten (fx. vikariater, stipendiater o.lign), registreres kun den længste enkelte ansættelse, uagtet at patienten blev ansat igen i fx. et nyt vikariat. Ansættelser på over 30 timer/ugentl. regnes for fuldtid.

Angiv almindeligste beskæftigelse de sidste 3 år. Hvis patienten halvdelen af tiden har været fx. arbejdsløs og den anden halvdel i arbejde, så vælg den værdi, der ligger tættest på nu.

Bidrager nogen til dit daglige underhold? Formålet med spørgsmålet er at få oplysninger om yderligere indtægter. Noter hvorvidt klienten regelmæssigt får støtte i form af penge, mad eller logi af venner eller familie. Institutioner medregnes ikke. En hustrus bidrag til husholdningen medregnes.

“Hvor mange dage blev du betalt for at arbejde de sidste 30 dage?” Spørgsmålet inkluderer sort arbejde, ferie med feriepenge eller løn, samt løn under sygdom.

Spørgsmålene om indkomst: Angiv kun indtægter i kroner; dvs at sort arbejde, hvor man bytter ydelser, ikke medregnes. Sort arbejde, der aflønnes, medregnes. Ulovlig indkomst er indkomst fra stof-salg, indbrud o.lign. Der noteres altid netto-indkomster, dvs. efter eventuel skat. Husk at spørge til alle punkter for at få afklaret, om der evt. er tillægspensioner, supplerende understøttelse eller bistandshjælp. Under familie/venner noteres kun den rede penge, klienten har modtaget; evt. mad og logi medregnes ikke, eftersom hensigten med spørgsmålet er at finde ud af, hvor mange penge, klienten har til rådighed. En hustrus indkomst medregnes således kun, hvis hun rent faktisk overdrager klienten nogle af pengene.

Hvor mange personer er afhængige af din indtjening? Understreg, at personerne skal være regelmæssigt afhængige af klientens indtjening. Der er altså ikke tale om personer, som klienten lejlighedsvist har lånt penge. Inkluder ikke klienten selv eller en hustru, der er selvforsørgende. Inkluder personer, der er afhængige, men som på det seneste og midlertidigt er overgået til at blive forsørget af andre. Børn medregnes altid, hvis klienten forsørger dem, betaler bidrag, burde betale bidrag eller har anden forpligtelse. Børn, der er anbragt udenfor hjemmet, medregnes således, hvis de da ikke lige frem er bortadopterede.

ALKOHOL/STOFFER I ASI

Alkoholforbrug: Her menes ethvert forbrug - også selvom der ikke er tale om misbrug af alkohol. Typisk er der tale om perioden fra patienten var teenager og frem til nu. Perioden kan dog være mindsket af væsentlige perioder (mere end 1/2 år) med total afholdenhed.

Alkoholoverforbrug: Her menes alkoholindtagelse i et omfang, så patienten er blevet påvirket. Eftersom det kan være svært at afgøre (fx. på grund af øget tolerans), så er grænsen faktisk så lav som maksimalt 3 genstande ved en enkelt lejlighed. Drikker patienten altid 5-6 genstande jævnt fordelt ud over dagen, så skal alle dage skrives på.

Under “brug gennem livet” skal noteres væsentlige perioder med jævnlig brug af stoffet. Som en tommelfingerregel kan man sige, at 3 eller flere gange om ugen er regelmæssig brug. Brug gennem livet angives i år. Dog skal man spørge ind til brugen og notere brugen, også selvom der har været tale om mindre end 3 gange om ugen, såfremt patienten selv oplever brugen af stoffet som problematisk, eller hvis det påvirker hans daglige liv på en eller anden uhensigtsmæssig måde. Stoffer brugt min-

dre end 6 måneder noteres ikke, men nævnes under kommentar. 6-12 måneder noteres som 1 år.

Under “mere end et stof pr. dag” noteres hvor mange dage, patienten tog mere end et af de ovennævnte stoffer (incl. alkohol).

Noter det stof, der er hovedproblemet. Angiv det ved at notere nummeret ud for stoffets navn i listen ovenfor (fx. 7 for “andre sedative”).

Hvor lang tid varede din sidste afholdenhedsperiode fra dette stof. Her er tale om den sidste afholdenhedsperiode (af mindst en måneds varighed), ikke nødvendigvis den længste.

Hvor længe er det siden, at denne afholdenhedsperiode stoppede. Angives i måneder.

Overdoser og Delirium tremens. Hvis der er tvivl om, hvorvidt der var tale om en overdosis, så spørg patienten om, hvad der skete med ham. Hvis han bare “sover den af”, regnes det ikke som en overdosis. Hvis det var nødvendigt, at nogen greb ind på en eller anden måde, så regnes det altid som en overdosis. Medregn selvmordsforsøg, hvor der blev benyttet medicin/stoffer. (Husk dette, når du når til Psykisk status - og kontroller, at du fik eventuelle indlæggelser med under Medicinsk status).

Behandling for Alkohol/stofproblemer. Medregn al behandling, både i privat og offentligt regie. Bemærk, at der først noteres, hvormange behandlingsforløb, patienten har deltaget i, derefter hvormange akutte kontakter, der ikke blev til mere end akutbehandling, patienten har haft. Akutbehandling *som en del af en behandlingsforløb* noteres ikke særskilt.

Hvor mange penge har du brugt på alkohol de sidste 30 dage: Medregn alene den udgift, patienten har haft på alkohol til sig selv. Eftersom spørgsmålet skal benyttes til at vurdere, hvor stor økonomisk byrde, misbruget udgør, medregnes kun faktiske udgifter. Dvs. værdi af gaver medregnes ikke, ligesom køb af fx. smuglervarer medregnes som faktisk udgift; ikke som den værdi, varen faktisk har.

Hvor mange penge har du brugt på medicin/stoffer de sidste 30 dage: Medregn alene den udgift, patienten har haft på *misbrugt* medicin/stoffer *til sig selv*. Udgift til receptpligtig medicin, som ikke er blevet misbrugt, medregnes ikke. Eftersom spørgsmålet skal benyttes til at vurdere, hvor stor økonomisk byrde, misbruget udgør, medregnes kun faktiske udgifter. Dvs. værdi af gaver medregnes ikke, ligesom køb af fx. smuglervarer medregnes som faktisk udgift; ikke som den værdi, varen faktisk har.

Hvor mange dage er du blevet behandlet som ambulans patient for misbrug i de sidste 30 dage? Medregn alle former for ambulans behandling for misbrug. Ikke almindelig psykologbehandling eller lignende af mere almen karakter.

Hvor mange dage i de sidste 30 dage har du oplevet at have problemer med alkohol/stoffer? Medregn alene problemer direkte i forbindelse med alkohol/stoffer, herunder ikke at have været i stand til at gøre, hvad der blev forventet, fordi man var beruset, medregn abstinenser og medregn "craving" i forhold til alkohol/stoffer. Medregn ikke problemer med at få fat i alkohol/stoffer. Medregn heller ikke omgivelsernes negative forventninger til, at man måske "falder i".

KRIMINALITET I ASI

Sker henvendelsen til ambulatoriet efter aftale med kriminalforsorgen eller politiet? Noter "ja", hvis nogen fra kriminalforsorgen eller retsvæsnen på nogen måde er indblandet i patientens henvendelse til behandlingsstedet.

Har du betinget dom (vilkår) eller er du prøveløsladt? Her tænkes på den aktuelle situation.

Hvor mange gange i dit liv er du blevet anholdt og anbragt for følgende: Her tænkes på officielle sigtelser - ikke nødvendigvis domfældelser. Hvis patienten blot har været på stationen til afhøring, medregnes det ikke. Inkluder tilbageholdelser, foretaget af militærpolitiet, men noter under kommentarer, at der var tale om dette. Medregn ikke mindre forseelser og forseelser, foretaget på et tidspunkt, hvor patienten var under den kriminelle lavalder medmindre patienten blev retsforfulgt på linje med en voksen.

Hvor mange af ovennævnte tilfælde medførte dom? Medregn ikke offentlig beruselse, trafikforseelser o.lign.

Hvor mange måneder har du været i fængsel i dit liv? Eksklusiv hæfte i forbindelse med spirituskørsel. Mindre end 2 uger registreres som "0 måneder", 2-4 uger registreres som én måned.

Hvor mange dage af de sidste 30 har du været involveret i berigelseskriminalitet? Medregn ikke simpel besiddelse af stoffer. Medregn handel med stoffer, prostitution, tyveri, røveri, hæleri, falskneri og anden kriminalitet, der er økonomisk indbringende for klienten. Understreg evt. din tavshedspligt her.

SLÆGTSHISTORIE I ASI

Der skal noteres et “ja”, såfremt mindst en søskende har alkoholproblemer, psykisk problem eller stofproblem; “nej” hvis det overhovedet ikke er tilfældet. Der noteres “irrelevant”, hvis der hverken findes mulighed for “ja” eller “nej”, fx. hvis man ingen søskende har. I disse spørgsmål tænkes alene på biologiske slægtninge.

FAMILIE OG SOCIALE RELATIONER I ASI.

Civilstand. Her tænkes på den aktuelle civilstand. Er man fx. en enke, der for nyligt er flyttet sammen med en partner, men ikke har giftet sig igen, er man aktuelt “samlevende” og ikke mere “enke”.

Hvor længe har du haft denne civilstand? opgives i måneder.

Er du tilfreds med denne situation? Her tænkes på ovennævnte tilstand. Fx. om man er tilfreds med at være blevet fx. skilt fra den pågældende partner uden hensyntagen til, om man bryder sig om at bo alene. Der skal være tale om tilfredshed; ikke blot resignation. I tilfælde af ægteskab, spørges, om patienten er tilfreds med at “være gift med sin kone”. I tilfælde af enkestand spørges, om patienten er tilfreds med (“i dag har det godt med”) med ægtefællens dødsfald (dvs. har fået bearbejdet sorgen, er kommet videre)

Sædvanlige samlivssituation de sidste 3 år. Her tænkes på, hvem man rent faktisk har boet sammen med. Hvis det er halvt af hvert (fx. 1½ år alene og 1½ år sammen med partner), noteres den seneste samlivssituation.

Hvor længe har du levet i ovennævnte situation? Opgives i måneder.

Er du tilfreds med denne situation? Her tænkes på samlivssituationen, der blevet noteret ovenfor. Fx. om man er tilfreds med at bo alene (uafhængigt af, hvorvidt man stadig har problemer med en tidligere skilsmisse), bo med partner ell. lign. Dvs. at man her noterer, om man er tilfreds med at bo alene, om man er tilfreds med at bo sammen med sin kone og sine børn, tilfreds med at bo sammen med venner etc.

Hvor mange børn har du? Her tænkes på egne børn.

Hvor mange yderligere børn er tilknyttet hustanden? Her tænkes på samlevers børn, plejebørn o.lign.

Bor du sammen med en, som har et alkoholproblem/bruger stoffer? Disse spørgsmål er med for at vurdere, om patienten vender tilbage til et misbrugende miljø.

Er det dit ønske at få forbedret din og din partners måde at tale sammen på? Dette og de næste to spørgsmål fungerer som en afklaring i forhold til, om familierapi evt kan komme på tale i visitationen.

Med hvem bruger du det meste af din fritid? Dette spørgsmål er som regel nemt at forstå. Kærester/partnere betragtes som familie. Hvis du betragter en kæreste som familie her, så husk også at gøre det i de efterfølgende spørgsmål.

Er du tilfreds med at bruge din fritid på denne måde? Svaret skal afspejle, om patienten føler sig tilfreds med situationen, ikke om han har resigneret overfor den.

Hvor mange nære venner har du? Udover familien. Medregn ikke drikkekammerater og bekendte. Understreg, at der er tale om *nære* venner.

Vedrørende “spørgsmålene om relationer til andre”: Det er vigtigt, at der noteres irrelevant de steder, hvor patienten ikke har en sådan relation.

Har du nogensinde haft et tæt, langvarig personligt forhold til nogen af disse mennesker? Spørgsmålet skal afdække om klienten har været i stand til at etablere og vedligeholde et tæt, varmt og gensidigt støttende forhold til nogle af de nævnte mennesker. Det kan være nødvendigt at spørge lidt ekstra ind, for at afgøre om der har været tale om et tæt og gensidigt forhold. Føler klienten noget for personen (udover ren egoistisk udnyttelse?). Er klienten parat til at arbejde for at genskabe/bevare forholdet? Kategorien “irrelevant” benyttes, hvis der ikke er nogen person i kategorien.

Hvor mange dage i de sidste 30 har du haft svære konflikter med din familie/andre? Familie er incl. kæreste, partner. Konflikter indebærer personlig (eller i det mindste telefonisk) kontakt. Understreg, at der er tale om konflikter af en vis alvorlighedsgrad, ikke blot rutineprægede meningsudvekslinger.

Har der været væsentlige perioder hvor du har haft svære problemer/konflikter med følgende: Også her er der tale om alvorlige problemer/konflikter, der har været ved/været tæt på at bryde relationen. Extrem dårlig kommunikation, komplet mangel på tillid eller forståelse, kroniske skænderier inkluderes. *Hvis patienten ikke har haft nogen kontakt med vedkommende den sidste måned, noteres “irrelevant”*. Bemærk, at “sidste 30 dage” og “gennem livet” vurderes hver for sig.

Har nogen af disse mennesker nogensinde misbrugt dig (følelsesmæssigt, fysisk eller seksuelt). Disse spørgsmål skal stilles omsorgsfuldt. Svarene bygger alene på klientens eget skøn. Under følelsesmæssigt misbrug kan fx tænkes på ydmygelser, øgenavne o.lign. Under fysisk misbrug medregnes helt enkeltstående og yderst sjældne slag ikke, med mindre de - i klientens øjne - var helt ude af proportion og unødvendige.

Hvor besværet eller generet har du været af de familiære/socialt problemer i de sidste 30 dage? Understreg, at det er familie/socialt problemer "i sig selv", dvs. problemer, som formentlig også ville være der, selvom alkoholproblemet blev løst.

PSYKIATRISK STATUS I ASI

Hvor mange gange er du blevet behandlet for et psykologisk/psykiatrisk/følelsesmæssigt problem under indlæggelse på hospital? Medregn ikke behandling for misbrug, arbejdspladsproblemer eller familierådgivning.

Hvor mange gange er du blevet behandlet for et psykologisk/psykiatrisk/følelsesmæssigt problem ambulant eller i privat praksis? Her tænkes på antal *behandlingsforløb*. Medregn ikke kontakt med psykiater alene p.g.af at man skal have en speciallægeerklæring.

Modtager du førtidspension for en psykiatrisk lidelse? Fx. misbrug.

Har du haft væsentlige perioder med følgende symptomer eller oplevelser. Medregn kun alvorlige symptomer, der (når det gælder livstid) har været mindst et par uger af gangen. Symptomerne må ikke være direkte udløst af alkohol/stoffer (undtagen vold, selvmordstanker og selvmordsforsøg). Aktuelle alvorlige selvmordstanker skal rapporteres til behandlingsstedet - også selvom det betyder brud på tavshedspligt!

Hvor mange dage i de sidste 30 har du oplevet disse psykologiske/følelsesmæssige problemer? Er der tale om et dagligt fænomen eller har det bare været nogle enkelte dage?

COMPOSITE-SCORER

ASI er designet til at måle sværhedsgrad af behandlingskrævende problemer på syv områder, som ofte er påvirkede af alkohol- og stofproblemer. Disse områder inkluderer fysisk helbred, arbejde, alkohol, stoffer, kriminalitet, familie/socialt og psykiske problemer. For hvert område indenfor ASI kan udregnes en composite-score. Compositescoren bruges til at vise en aktuel status, og ved at beregne compositescorer på forskellige tidspunkter (fx hvert år), kan man måle forandring på de forskellige områder af patientens liv over tid.

Med ASI-compositescorer er udviklet reliable og valide vurderinger af patientens status på hvert af de syv områder. Hver compositescore består af summen af flere spørgsmål indenfor ASI. Det har været intentionen ligeligt at vægte de forskellige spørgsmål, der indgår i en composite score. Eftersom der er stor forskel på, hvor mange spørgsmål der indgår i de forskellige composite scorere, bliver der korrigeret for dette. Composite scorerne udregnes således:

Fysisk helbred:

I denne compositescore indgår spørgsmålene:

- A: Hvor mange dage indenfor den sidste måned har du haft legemlige gener?
- B: Hvor plaget har du været af helbredsmæssige problemer den sidste måned?
- C: Hvor vigtigt er det for dig at blive behandlet for disse helbredsmæssige problemer?

Scoren er: $A/90 + B/12 + C/12$, i det

Vægtningen sker ved, at A, B og C divideres med den højst mulige svar-mulighed, hvor efter alle tre svar divideres med tre, fordi der indgår tre spørgsmål i scoren. Dette vægtningsprincip er er det samme for alle composite scorerne.

Arbejde:

I denne compositescore indgår spørgsmålene:

- A: Har du kørekort?
- B: Har du adgang til bil?
- C: Hvor mange dage har du arbejdet mod betaling indenfor den sidste måned?
- D: Hvor mange penge har du modtaget (arbejdsindkomst) den seneste måned (netto, efter skat).

Scoren er: $1 - (A/4 + B/4 + C/120 + \log D/36)$

Alkohol:

I denne composite-score indgår spørgsmålene:

- A: Hvor mange dage indenfor den seneste måned har du drukket alkohol?
- B: Hvor mange dage indenfor den seneste måned har du haft et overforbrug af alkohol?
- C: Hvor mange dage indenfor den seneste måned har du haft problemer med alkohol?
- D: Indenfor den seneste måned, hvor plaget har du da været af disse problemer med alkohol?
- E: Hvor vigtigt er det for dig at blive behandlet for disse problemer med alkohol?
- F: I løbet af den seneste måned, hvor mange penge har du da brugt på alkohol?

Scoren er: $A/180 + B/180 + C/180 + D/24 + E/24 + \log F/44$.

Stoffer:

I denne score indgår spørgsmålene om, hvor mange dage indenfor den seneste måned, patienten har misbrugt følgende stoffer:

- A: Heroin
- B: Metadon
- C: Andre opiater/analgetika
- D: Barbiturater
- E: Andre sedative/hypnotika
- F: Kokain
- G: Amfetamin
- H: Cannabis
- I: Hallicinogener
- J: Mere end et stof om dagen.

Desuden indgår spørgsmålene:

- K: Inden for den seneste måned, hvor mange dage har du da haft problemer med stoffer/medicinmisbrug?
- L: Indenfor den seneste måned, hvor plaget har du da været af disse problemer med stoffer/medicinmisbrug?
- M: Hvor vigtigt er det for dig at blive behandlet for disse problemer med stoffer/medicin?

Scoren ser således ud: $A/390 + B/390 + C/390 + D/390 + E/390 + F/390 + F/390 + G/390 + H/390 + I/390 + J/390 + K/390 + L/52 + M/52$.

Kriminalitet:

I scoren indgår følgende spørgsmål:

- A: Venter du på nuværende tidspunkt på en anklage, retssag, dom eller afsoning?
- B: Hvor mange dage indenfor den sidste måned har du været involveret i berigelses-kriminalitet?
- C: Hvor alvorlig synes du, din nuværende kriminalitet er?
- D: Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive rådgivet for disse juridiske problemer?
- E: Hvor mange penge har du modtaget inden for de sidste 30 dage fra ulovlig indkomst?

Scoren ser således ud: $A/5 + B/150 + C/20 + D/20 + \log E/46$.

Familiel/socialt:

I scoren indgår følgende spørgsmål:

- A: Er du tilfreds med denne situation (din aktuelle civilstand). (Dette spørgsmål re-codes for at korrigere retningen af svaret, så 0 (nej) =2, 1 (både/og) =1, og 2 (ja) =0).
- B: Hvor mange dage af de sidste 30 har du haft svære konflikter med din familie?
- C: Hvor besværet eller generet har du været af familieære problemer har du været indenfor de sidste 30 dage?
- D: Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive hjulpet med de familære problemer?

Det femte spørgsmål i denne score er baseret på en ration, udregnet fra spørgsmålet: Indenfor de sidste 30 dage, har du da haft svære problemer/konflikter med følgende personer:

Mor, far, søskende, partner, børn, nær familie, nær ven, naboer, kolleger. Alle svar kodes 0=nej, 1=ja, missing for irrelevant. Den ratio, der anvendes er antallet af personer med hvem patienten har haft problemer, divideret med det totale antal af kategorier af personer, som var relevante for patienten og som han kunne besvare. Scoren er da:

$A/10 + B/150 + C/20 + D/20 + \text{ratio}/5$.

Psykkiske problemer:

Heri indgår i alt 11 spørgsmål. De første 8 er spørgsmålene om, hvorvidt man har haft væsentlige perioder med følgende symptomer indenfor den seneste måned:

- A: Svær depression
- B: Svær angst/anspændthed
- C: Hallucinationer
- D: Hukommelsesbesvær
- E: Besvær med at kontrollere voldelig adfærd
- F: Alvorlige selvmordstanker
- G: Forsøgt selvmord
- H: Indtaget lægeordineret medicin for psykiske problemer

Hertil kommer spørgsmålene:

- I: Hvor mange dage indenfor den sidste måned har du oplevet disse psykiske problemer?
- J: Hvor plaget eller besværet har du været af disse psykiske problemer indenfor den sidste måned?
- K: Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for disse psykiske problemer?

Scoren udregnes således:

$A/11 + B/11 + C/11 + D/11 + E/11 + F/11 + G/11 + H/11 + I/330 + J/44 + K/44$.

