Psykologtidsskriftet

TESTARTIKKEL

Kartleggingsverktøy i rusbehandling – nyttig for bruker og behandler?

Janne Årstad , Sverre Nesvåg og Anne Landheim

Publisert: 01.09.2015

The assessment instruments Alcohol-E and DUDIT-E are recommended integrated in the assessment of substance use and motivation to change. However, little is known about their clinical relevance. This article explores clinicians' and patients' perceptions of the tools' usefulness in a relational context, during the initial phase of treatment. 15 clinicians and 28 of their patients were recruited from five out-patient clinics in Stavanger and Hamar, Norway, resulting in 56 responded questionnaires regarding the instruments' usefulness. Results show a broad agreement in clinicians' and patients' perception of the usefulness of Alcohol-E and DUDIT-E. The results are interesting for further discussions regarding the implementation of these instruments.

Keywords: alcohol-E, assessment tools, DUDIT-E, substance use treatment

Det er stor grad av enighet blant klinikere og brukere om at Alcohol-E og DUDIT-E er nyttige verktøy. Samtidig synes klinikere og brukere å foretrekke samtalen framfor standardiserte verktøy. Dette gir et interessant grunnlag for videre diskusjon om implementering og bruk av kartleggingsverktøy i rusbehandling.

Kartlegging av rusens funksjon og motivasjon for endring anbefales gjort med verktøyene Drug Use Disorder Identification Test- Extended (DUDIT-E) og Alcohol Use Disorder Identification Test-Extended (Alcohol-E) (Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser, 2012). Alcohol-E (ved bruk av alkohol) og DUDIT-E (ved bruk av illegale rusmidler og legemidler) er kartleggingsverktøy som brukes med personer som allerede har et identifisert rusmiddelproblem. Verktøyene er hjelpemidler for å innhente informasjon om brukerens rusmiddelbruk og motivasjon for endring, og er ment å være et supplement til andre utredningsmetoder som for eksempel åpne samtaler. Kartleggingen i DUDIT-E og Alcohol-E skal integreres i behandlingen, og skal på en systematisk måte avdekke og danne grunnlag for videre tiltak. Hensikten med verktøyene er dermed ikke å erstatte andre metoder, men å sikre og legge til rette for at viktige temaer om brukerens rusproblematikk og motivasjon for endring ivaretas og at tiltak iverksettes.

Både klinikere og brukere opplever at verktøyene bidrar til å fremme systematikk tidlig i behandlingen, og å legge til rette for gode samtaler om rusbruk og motivasjon

Måten klinikere snakker om rus og motivasjon for endring på, er av betydning i rusbehandling. En god kartlegging av brukerens situasjon kan gi klinikerne viktig informasjon som er relevant for det videre behandlingsforløpet. Samtidig skal en god relasjon til brukeren opprettes og vedlikeholdes. En god terapeutisk allianse har vist seg å ha betydning for utfallet av behandlingen (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991) og for hvor lenge brukere blir i behandlingen (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005). At det skapes en god relasjon mellom kliniker og bruker kan dermed forstås som en nødvendig forutsetning for det videre behandlingsforløpet (Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser, 2012). Ifølge Bordin (1979) består den kliniske alliansen av tre elementer: 1) et emosjonelt bånd, og samarbeid om 2) terapeutiske oppgaver og 3) mål for behandlingen. Det har blitt hevdet at en svak allianse er en av de mest konsistente risikofaktorene for drop-out (Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen & Duckert, 2013).

Hvilket mål brukere har for behandlingen, varierer fra person til person, og vil også kunne endre seg gjennom behandlingsforløpet. Samtidig er behandlingsmålet av betydning for hvilke

tiltak som iverksettes. I utredning og kartlegging av rusproblematikk og motivasjon for endring er samtalen en hyppig anvendt metode (Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser, 2012). Retningslinjene for ROP-lidelser anbefaler Motiverende Intervju (MI) som en kvalifisert måte å samtale om rusmiddelproblemer på, og MI har gjennom flere års forskning vist seg å gi gode resultater (Jensen, et al., 2011; Smedslund et al., 2011). Som et tillegg til MI og andre samtalemetoder skal Alcohol-E og DUDIT-E gi et grunnlag for dialog, og være en del av en samlet vurdering av en persons situasjon (Berman & Brisendal, 2010).

Tidligere forskning viser at enkelte klinikere har en viss skepsis mot standardiserte tiltak i behandling. I en studie hvor forskerne utforsker legers barrierer mot identifisering av ruslidelser ved hjelp av standardiserte kartleggingsverktøy, finner de blant annet at tid oppleves å være en barriere (Holland, Pringle & Barbetti, 2009). I en studie innenfor psykisk helse hevdes det at dersom klinikere skal oppleve standardiserte verktøy som nyttige må verktøyene gi den informasjonen som klinikerne trenger og ønsker å bruke (Bickman, Rosof-Williams et al., 2000). Det anbefales derfor at klinikere involveres i utviklingen av standardiserte verktøy, for å sikre at den informasjonen de mener er mest verdifull i oppfølgingen av brukerne blir inkludert. En annen studie fant at klinikere var usikre på hensikten med standardiserte verktøy, opplevde dem som upraktiske og så ikke verdien av å anvende dem (Jensen-Doss & Hawley, 2010). Studier har vist at det ikke bare er klinikernes vurderinger av standardiserte verktøy som er relevant. Brukernes vurdering av metoder eller standardiserte verktøy har også betydning for hvorvidt disse brukes eller ikke (Thorsen & Mäkelä, 1999).

Vi kjenner ikke til studier som undersøker klinikere og brukere sin opplevelse av Alcohol-E og DUDIT-E som nyttige verktøy. I en studie om DUDIT-E sin validitet og reliabilitet hevdes det at DUDIT-E legger til rette for en systematisk innsamling av informasjon om omfang og kjennetegn ved rusmiddelbruket, samtidig som det gir en indikasjon på kilder til ambivalens (Berman, Palmstierna, Kallman, & Bergmann, 2007). Spørsmål om positive sider ved rusmiddelbruket i DUDIT-E åpner for en ærlig samtale om rusens funksjon og kan dermed bidra til å legge til rette for en styrket terapeutisk allianse, der alliansen tidligere har vært svak eller fraværende. DUDIT-E er hovedsakelig utforsket innenfor kriminalomsorg og avrusning for voksne. Det anbefales derfor at verktøyene utforskes i andre kontekstuelle sammenhenger, i tillegg til at styrker og svakheter ved verktøyet identifiseres (Berman et.al, 2007).

Formålet med denne undersøkelsen har vært å utforske klinikeres og brukeres opplevelse av Alcohol-E og DUDIT-E i en innledende fase av et poliklinisk behandlingsforløp. Følgende

problemstilling ønskes belyst: Opplever klinikere og brukere Alcohol-E og DUDIT-E som nyttige verktøy, og hva bidrar til at verktøyene vurderes som mer eller mindre nyttige? Undersøkelsen er ment å være et bidrag til å heve kunnskapen om verktøyenes kliniske relevans, noe som kan være av betydning i arbeidet med å implementere verktøyene.

Metode

Om undersøkelsen

Informantene er rekruttert fra tre poliklinikker innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og to kommunale lavterskeltjenester i Stavanger og Hamar, i perioden mai 2013-februar 2014. Undersøkelsen ble gjennomført på følgende måte: 1) Brukerne som var i en tidlig behandlingsfase, fylte ut Alcohol-E eller DUDIT-E (avhengig av primært rusmiddel), enten elektronisk via nettsiden www.snakkomrus.no eller i papirformat. 2) Klinikere og brukere samtalte om resultatet fra kartleggingen, som omhandlet bruk av rusmidler, rusens positive og negative funksjon og motivasjon for behandling og endring (Berman & Brisendal, 2010). 3) Klinikere og brukere fylte ut hvert sitt spørreskjema angående nytten av å anvende Alcohol-E/DUDIT-E. Alle de tre stegene ble enten gjennomført i en og samme konsultasjon, eller fordelt mellom to konsultasjoner. Dersom stegene var fordelt over to konsultasjoner, ble første steg gjennomført i første konsultasjon, mens det andre og tredje steget ble gjennomført i andre konsultasjon. Den andre konsultasjonen ble avholdt cirka en uke etter den første.

Rekruttering og prosedyre

Først ble lederne i poliklinikkene og lavterskeltjenestene informert muntlig og skriftlig om undersøkelsen. Lederne informerte deretter klinikerne innenfor egen enhet. De som takket ja til deltakelse, ble instruert i prosedyren for undersøkelsen. Når klinikerne opplevde å ha en etablert relasjon til brukeren i starten av et behandlingsforløp, forespurte de brukerne om å delta. Starten av et behandlingsforløp ble definert som de første to månedene av en ny behandlingssekvens, uavhengig av tidligere behandlingssekvenser. Brukerne som ble inkludert, hadde i) et kjent rusmiddelproblem, ii) etablert kontakt med en TSB poliklinikk eller kommunal lavterskeltjeneste, iii) var i en innledende fase av et behandlingsforløp, og iv) signerte samtykke til deltakelse. Klinikere var i) ansatt i TSB poliklinikk eller kommunal lavterskeltjeneste og ii) signerte samtykke til deltakelse.

Enkeltrelasjonen mellom kliniker og bruker ble benyttet som utgangspunkt for undersøkelsen, det vil si at både brukeren og klinikeren i en og samme behandlingsrelasjon fylte ut skjema om opplevd nytte av Alcohol-E/DUDIT-E. Undersøkelsen inkluderer 28 relasjoner og er dermed basert på 56 besvarte spørreskjemaer om verktøyenes nytte. Syv av femten klinikere rekrutterte en bruker hver. De åtte øvrige rekrutterte mellom to og fire brukere hver. Det vil si at de åtte klinikerne som rekrutterte flere brukere hver, fylte ut spørreskjemaet angående nytte av Alcohol-E/DUDIT-E flere ganger. Bakgrunnen for dette er at opplevelsen av nytte vil kunne variere fra bruker til bruker.

Utvalg

Undersøkelsen inkluderer et utvalg bestående av 28 brukere og 15 klinikere i poliklinisk rusbehandling. Kjennetegn ved utvalget fremgår av tabell 1. Utvalget er et klinisk bekvemmelighetsutvalg, og dette vil ha betydning for resultatenes generaliserbarhet. Utvalget er ikke tilfeldig, og de som ble inkludert i undersøkelsen er de som takket ja til å delta. Deltakelse var frivillig, og vi har ikke informasjon om antall brukere som ble forespurt om å delta, men som takket nei. Hvor mange klinikere som takket ja, versus antall ansatte som ble informert og forespurt om å delta, fremgår av tabell 1. Kjønnsfordelingen blant brukerne i undersøkelsen er den samme som en finner i en kartlegging av brukere med rusproblemer, som ble gjennomført i 132 kommuner (BrukerPlan, 2013). Brukernes gjennomsnittsalder er 10 år lavere i vårt utvalg enn hva som fremgår av BrukerPlan. Forskjellen skyldes at undersøkelsen vår inkluderer et større antall brukere under 25 år (46 prosent), mot 12 prosent i BrukerPlan.

Tabell 1 Kjennetegn ved utvalget

	Klinikere (n=15)		**Brukere (n=28)**	
Gjennomsnittsalder (år)	39	(26–61)	31	(17–57)
Kjønn % (antall)				
Kvinner	87	(13)	32	(9)
Menn	13	(2)	68	(19)
Arbeids/rekrutteringssted % (antall)				
Kommunal lavterskel	47	(7)	39	(11)
TSB poliklinikk	53	(8)	61	(17)
Antall deltakere (antall forespurte)				

Kommunal lavterskel	5	(8)		
Kommunal lavterskel	4	(5)		
TSB poliklinikk	2	(30)		
TSB poliklinikk	1	(8)		
TSB poliklinikk	3	(11)		
Vurdering av verktøy % (antall besvarelser)				
Alcohol-E	32	(9)	32	(9)
DUDIT-E	68	(19)	68	(19)

Om verktøyene

Alcohol-E og DUDIT-E kartlegger bruk av rusmidler, rusens positive og negative funksjon, med tilhørende ambivalens, samt motivasjon for endring og videre behandling. Verktøyene kan fylles ut enten av brukeren alene eller i samarbeid med klinikere. De kan benyttes i begynnelsen av en behandlingsrelasjon, som et innslag i en serie samtaler eller som bidrag for å vurdere endringer i en lengre periode. Verktøyene kan dermed benyttes flere ganger med samme person gjennom et behandlingsforløp. Alcohol-E består av 52 spørsmål og DUDIT-E består av 54 spørsmål og er utviklet ved Karolinska Institutet i Sverige (Nasjonal Kompetansetjeneste ROP, 2014).

Spørreskjemaet om opplevd nytte av Alcohol-E og DUDIT-E er utarbeidet til denne undersøkelsen. Innledningsvis ble total nytte av verktøyene kartlagt på intervall-nivå på en skala fra 1 til 5, hvor 1 var «ikke nyttig» og 5 var «svært nyttig». Resten av spørreskjemaet bestod av påstander hvor formålet var å kartlegge forhold som kan påvirke klinikere og brukeres opplevelse av verktøyenes nytte. Påstandene var etterfulgt av tre faste svaralternativer på ordinalnivå (I stor grad, I noen grad, Nei/I ingen grad). Valg av spørsmål er basert på funn fra en kvalitativ masteroppgave om klinisk nytte av DUDIT-E (Årstad, J., 2011) og en studie om barrierer mot bruk av kartleggingsverktøy i rusfeltet (Holland, Pringle & Barbetti, 2009).

Analyse

Analysene er gjennomført i SPSS 21.0 med formål om å gi en deskriptiv fremstilling av dataene i undersøkelsen. Skalering av klinikernes og brukernes opplevelse av verktøyenes generelle nytte, samt verktøyenes nytte hver for seg, fremstilles med gjennomsnittsverdi som sentralitetsmål (tabell 2). Variabler relatert til klinikere og brukeres opplevelse av verktøyene som mer eller mindre nyttige er frekvensfordelt og fremstilles i prosentandeler (tabell 4 og 5). Besvarelser relatert til positiv

nytte er rangert fra høyeste til laveste prosentandel som svarte «I stor grad», og spørsmål relatert til verktøyene som mindre nyttige er rangert fra høyeste til laveste prosentandel som svarte «Nei/I ingen grad».

Resultatene viser ingen signifikante forskjeller mellom klinikeres og brukeres skalering av verktøyenes nytte

Resultater fra skalering av nytte og spørsmål som ble stilt til begge gruppene gir rom for sammenligning. Bivariate analyser ble benyttet for å signifikansteste forskjeller i klinikernes og brukernes besvarelser. Ettersom utvalgene ikke var normalfordelte når det gjelder alder og kjønn, ble ikke-parametrisk rangsumtesting med tosidig Mann-Whitney Test brukt for å teste statistisk signifikans mellom klinikeres og brukeres svar på spørsmål på intervallnivå (tabell 2). Besvarelsene ble kontrollert for alder og kjønn. Signifikans mellom svar på spørsmål på ordinalnivå ble analysert med Pearsons khi-kvadrattest test (tabell 3).

Tabell 2 Gjennomsnittlig skalering av nytte

Verktøy	Brukere Gj.snitt (SD) Median	Klinikere Gj.snitt (SD) Median	Mann-Whitney Test (p)
Alcohol-E/DUDIT-E	3,5 (0,963) 3	3,3 (0,937) 3	(0,513)
Alcohol-E	4,3 (0,886) 4,5	3,6 (1,014) 4	(0,153)
DUDIT-E	3,1 (0,781) 3	3,2 (0,898) 3	(0,808)

Tabell 3 Felles påstander til klinikere og brukere (prosent)

Påstander	Hvem	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall	Pearson's Chi-square (p)
Kartleggingen var et godt supplement til samtalen	Kliniker	50	43	7	28	*1,000*
	Bruker	50	43	7	28	
Jeg har tidligere negative erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy	Kliniker	0	32	68	28	*0,048*
	Bruker	11	11	75	27	
Jeg foretrekker samtale fremfor	Kliniker	4	68	25	27	*0,010*
	Bruker	36	46	14	27	

Påstander	Hvem	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall	Pearson's Chi-square (p)
bruk av kartleggingsverktøy						

Forskningsetikk

Studien er godkjent som et kvalitetssikringsprosjekt av personvernombudet på Stavanger Universitetssykehus, med vedtaksreferanse 2013/5. I henhold til helseforskningsloven (2008) § 17 er alle deltakere i prosjektet samtykkekompetente personer over 16 år.

Resultater

Resultatene viser at det er en stor grad av enighet blant klinikere og brukere om at verktøyene har en nytteverdi i en innledende fase av poliklinisk rusbehandling. Dette fremgår både av skaleringen av generell nytte og på enkeltspørsmål om forhold som kan påvirke opplevelsen av nytte enten i positiv eller negativ retning. Enkelte spørsmål ble stilt til begge gruppene og kan derfor sammenlignes. Resultatene viser ingen signifikante forskjeller mellom klinikeres og brukeres skalering av verktøyenes nytte, heller ikke når resultatene ble kontrollert for alder og kjønn (se tabell 2). På den annen side viser resultatene at brukerne i signifikant større grad enn klinikerne både hadde negative erfaringer fra tidligere bruk av kartleggingsverktøy *(p=0,048)* og foretrakk samtalen framfor bruk av kartleggingsverktøy (*p=0,010*). Begge gruppene ble også spurt om verktøyenes bidrag til systematikk og målrettethet i behandling, men med noe ulik formulering. Forskjeller i svar mellom gruppene er derfor ikke signifikanstestet. Tar man utgangspunktet i at begge spørsmål har samme meningsinnhold viser resultatene at 61 prosent av klinikerne i noen eller stor grad opplevde at kartleggingen bidro til målrettethet, mot 89 prosent av brukerne (se tabell 3).

Klinikernes opplevelse av verktøyenes nytte

Det synes å være størst enighet blant klinikerne om at verktøyene bekreftet et inntrykk de allerede hadde av brukerne, at de var et godt supplement til samtalen, og at de bidro til innsikt og oversikt over hvordan brukeren selv opplevde sin situasjon. 82 prosent mente at kartleggingen i noen eller stor grad ivaretok brukerens medvirkning, at brukerens definering av egen situasjon var viktig for relasjonen, og at kartleggingen bidro til en rask og effektiv identifisering av brukerens problem.

Klinikernes vurderinger varierte når det gjaldt spørsmål om verktøyene bidro til å ufarliggjøre temaer for samtale og identifisere problemer som gjerne ikke ville fremkommet i samtale i denne fasen av behandlingsforløpet. Klinikernes vurderinger varierte også på spørsmål om verktøyene bidro til at de kom raskere i posisjon til brukerne og om kartleggingen bidro til å gjøre arbeidet mer systematisk og målrettet.

Det var stor grad av enighet blant klinikerne om at få eller ingen av de kartlagte forholdene påvirket opplevelsen av verktøyenes nytte i en negativ retning. Ingen av klinikerne rapporterte at kartleggingen opplevdes som forstyrrende for relasjonen, at det var forventninger fra lederen om å bruke tiden annerledes eller at det var for tidlig i behandlingsforløpet til å benytte kartleggingsverktøyene. Flertallet (96 prosent) opplevde heller ikke at kartleggingen tok mer tid enn de hadde til rådighet, eller at det var utfordrende å kombinere verktøyene med vanlig praksis. Klinikerne opplevde heller ikke at svarene brukerne ga, var basert på hva de trodde klinikerne forventet av dem (93 prosent). På den annen side opplevde halvparten av klinikerne at brukeren i noen grad hadde vanskeligheter med å forstå spørsmålene i Alcohol-E og DUDIT-E. Undersøkelsen viser at 68 prosent foretrekker samtale framfor bruk av kartleggingsverktøy. En tredjedel rapporterte om tidligere negative erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy (se tabell 4).

Brukernes opplevelse av verktøyenes nytteverdi

Flertallet av brukerne opplevde i noen eller stor grad at spørsmålene i verktøyene var relevante (90 prosent), og at kartleggingen bidro til økt bevissthet omkring egen situasjon (82 prosent). Brukerne opplevde kartleggingen i noen eller stor grad som et godt supplement til samtalen (93 prosent), og verktøyene opplevdes som meningsfulle og bidro til at samtalen ble målrettet (89 prosent). Brukerne opplevde også at kartleggingen i noen eller stor grad bidro til refleksjon og innsikt over egen situasjon og motivasjon, og at klinikerne fikk en bedre forståelse av brukernes situasjon.

Tabell 4 Klinikernes opplevelse av verktøyenes nytte (prosent)

Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som nyttige	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall svar
Informasjonen som fremkom var i tråd med inntrykket jeg ellers fikk i samtalen	71	29	0	28

Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som nyttige	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall svar
Jeg fikk innsyn og oversikt over hvordan brukeren selv opplevde sin situasjon	46	46	7	28
Kartleggingen ivaretok brukerens medvirkning	32	50	18	28
Brukerens definering av egen situasjon opplevdes som viktig for relasjonen	32	50	18	28
Kartleggingen bidro til rask og effektiv identifisering av brukerens problem	29	53	18	28
Problemer hos brukeren som ellers ikke ville fremkommet på dette tidspunktet ble identifisert	11	57	29	27
Temaer ble ufarliggjort for samtale	11	57	32	28
Jeg kom raskere i posisjon til brukeren	11	39	50	28
Kartleggingen bidro til systematisk og målrettet arbeid	7	54	39	28
Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som mindre nyttige	**I stor grad (%)**	**I noen grad (%)**	**Nei (%)**	**Antall svar**
Leder forventer at jeg bruker tiden annerledes	0	0	100	28
Det var for tidlig i behandlingsforløpet å benytte verktøyet	0	0	100	28
Kartleggingen var forstyrrende for relasjonen	0	0	100	28
Kartleggingen tok mer tid enn jeg har til rådighet	0	4	96	28

Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som nyttige	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall svar
Verktøyene lar seg vanskelig kombinere med arbeidspraksisen	4	0	96	28
Brukeren var opptatt av å gi de svarene han/hun trodde jeg som klinikere forventet	0	7	93	28
Mangel på tid gjør det vanskelig å se nytten av verktøyene	0	14	86	28
Brukeren vegret seg mot å bruke verktøyene	4	14	82	28
Jeg er usikker på om verktøyet er hensiktsmessig	7	21	71	28
Jeg opplevde uoverensstemmelse mellom kartlagt motivasjon og ytringer som fremkom i samtale	4	25	71	28
Brukeren hadde vanskeligheter med å forstå spørsmålene	0	50	50	28

Tabell 5 Brukernes opplevelse av verktøyenes nytte (prosent)

Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som nyttige	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall svar
Spørsmålene som ble stilt, var relevante	54	36	7	27
Jeg ble mer bevisst min egen situasjon	54	28	18	28
Det gav mening å bruke verktøyet og samtalen ble mer målrettet	50	39	11	28
Kartleggingen gav meg refleksjoner omkring egen motivasjon	43	39	14	27

Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som nyttige	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall svar
Klinikeren fikk en bedre forståelse av min situasjon	36	46	14	27
Jeg fikk innsikt og oversikt over egen situasjon og motivasjon	36	36	25	27
Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som mindre nyttige	**I stor grad (%)**	**I noen grad (%)**	**Nei (%)**	**Antall svar**
Utrygg relasjon til min behandler gjorde det ubehagelig å bruke verktøyet	0	7	89	27
Det var vanskelig å svare ærlig på spørsmålene	0	14	86	28
Lese- og skrive- eller psykiske vansker gjorde kartleggingen vanskelig	7	4	86	27
Jeg var opptatt av hvilke svar behandleren forventet av meg	0	18	82	28
Kartleggingen var tidkrevende	0	21	79	28
Hensikten med verktøyene ble ikke tilstrekkelig forklart, jeg er derfor usikker på hensikten	4	18	75	27
Jeg vegret meg mot å anvende verktøyene	0	29	68	27
Blandingsmisbruk gjorde det vanskelig å svare på enkelte spørsmål	0	46	54	28
Det var vanskelig å forstå spørsmålene	11	43	43	27
Jeg savnet svaralternativer	4	71	25	28
Jeg ville gitt de samme svarene	57	21	18	27

Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som nyttige	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall svar
dersom disse ble stilt muntlig				

Over 80 prosent av brukerne opplevde ikke å ha en utrygg relasjon til klinikeren som påvirket opplevelsen av verktøyenes nytte i negativ retning. På spørsmål om de opplevde vanskeligheter med å avgi ærlige svar, om lese- og skrivevansker påvirket opplevelsen av verktøyenes nytte, eller om svarene deres var preget av hvilke forventninger de trodde klinikerne hadde til besvarelsene deres, svarte over 80 prosent av brukerne «nei». Flertallet opplevde heller ikke kartleggingen som tidkrevende. Derimot viser undersøkelsen at 29 prosent av brukerne i noen grad vegret seg mot å anvende verktøyene. Flertallet (82 prosent) ønsket samtalen som metode framfor kartleggingsverktøy. Størst variasjon i vurderinger finner vi på spørsmål som angår utformingen av verktøyene. 71 prosent rapporterer at de i noen grad savnet svaralternativer, 46 prosent av brukerne opplevde at det i noen grad var vanskelig å svare på spørsmålene grunnet blandingsmisbruk, og flere syntes spørsmålene i verktøyene i noen (43 prosent) eller stor grad (11 prosent) var vanskelige å forstå (se tabell 5).

Diskusjon

Undersøkelsen utforsket klinikeres og brukeres opplevelse av Alcohol-E og DUDIT-E sin nytteverdi i en tidlig fase av behandlingsforløpet. Hovedfunnene viser at det er en stor grad av enighet blant klinikere og brukere om at Alcohol-E og DUDIT-E er nyttige verktøy og at de har en klinisk relevans.

Undersøkelsen viser at både klinikere og brukere opplever at verktøyene bidrar til å fremme systematikk tidlig i behandlingen, og å legge til rette for gode samtaler om rusbruk og motivasjon basert på brukernes egne vurderinger. Verktøyene opplevdes å være et godt supplement til samtalen, som er den eneste påstanden klinikere og brukere vurderte likt. Begge grupper opplevde også at kartleggingen bidro til at samtalen ble målrettet. Derimot var dette en funksjon brukerne i større grad enn klinikerne tilla verktøyene. En mulig forklaring på dette kan være at tydeliggjøringen av rusens positive og negative funksjon, som man oppnår ved bruk av verktøyene (Berman et.al., 2007), bidrar til å gi brukeren en opplevelse av struktur i samtalen. Funn fra undersøkelsen kan bidra til å støtte en slik tolkning. Brukerne opplevde at kartleggingen gav innsikt og oversikt, samt økt refleksjon over

egen situasjon og motivasjon for endring. En annen måte å tolke forskjellen i klinikerne og brukernes svar på er at struktur og målrettethet kan oppnås gjennom samtale. Klinikerne opplevde på den ene siden at kartleggingen gav innsikt og oversikt over brukerens situasjon. På den annen siden opplevde klinikerne at kartleggingen var i tråd med et inntrykk de allerede hadde fått gjennom samtale med brukeren. Dette kan tolkes som at verktøyene ikke tilfører klinikerne noe samtalen ikke ivaretar hva angår struktur og systematikk, men at verktøyet i større grad har en bekreftende funksjon. På den annen side kan det tenkes at resultatene ville vært annerledes dersom verktøyenes bidrag til struktur ble utforsket på et enda tidligere tidspunkt i behandlingen eller i et forløpsperspektiv.

Ingen klinikere opplevde at verktøyene var forstyrrende for relasjonen til brukerne

Ingen klinikere opplevde at verktøyene var forstyrrende for relasjonen til brukerne, eller at det var for tidlig i behandlingsforløpet å anvende verktøyene. En god allianse fremheves som essensielt for behandlingsforløpet og utfallet av behandling (Horvath, et.al., 2011; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991). Det kan derfor tenkes at dersom klinikere hadde opplevd verktøyene som forstyrrende for relasjonen, ville dette kunne ha påvirket interessen for å anvende verktøyene. Samtalemetoder er aktivt brukt i rusbehandling for kartlegging og utredning av rusproblemer og motivasjon for endring (Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser, 2012). Det synes ikke å være noe i undersøkelsen som kan sies å svekke samtalen eller forstyrre bruk av samtalemetoder. Derimot kan kartleggingsverktøy være en måte å inkludere brukerens meninger og ønsker på i rusbehandling. Undersøkelsen viser at klinikerne opplevde at Alcohol-E og DUDIT-E bidro til å ivareta brukerens medvirkning. At brukeren selv fikk definere sin egen situasjon opplevde de også som viktig for relasjonen. Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å svare på om brukerne selv opplevde at verktøyene bidro til medbestemmelse og medvirkning. På den annen side opplevde brukerne at klinikerne fikk en bedre forståelse av deres situasjon, noe som også er i tråd med klinikernes opplevelse. En måte å forstå dette på er at kartleggingen bidro til at brukerne følte seg sett og forstått. Det kan også tolkes som at verktøyene gav et felles utgangspunkt for videre oppfølgning, som også er hensikten med verktøyene (Nasjonal faglig retningslinje for ROP-lidelser, 2012). At undersøkelsen viser at verktøyene kan bidra til å øke forståelsen for brukeren situasjon og gi et grunnlag for samtale, betyr ikke at dette *ikke* kan oppnås gjennom samtalen alene. Imidlertid kan verktøyene være en god måte for klinikere å systematisk samle inn informasjon på, og en måte for brukerne å få oversikt over egen situasjon på som kan brukes som et utgangspunkt for å tenke endring.

Verktøyene kan være en god måte for klinikere å systematisk samle inn informasjon på, og en måte for brukerne å få oversikt over egen situasjon på

Arbeidsrammer som tid, forventninger fra leder og utfordringer knyttet til kombinering av verktøy med ordinær praksis hadde ikke betydning for klinikernes opplevelse av verktøyenes nytte. Dette står i motsetning til tidligere forskning, som blant annet viser til tid som en barriere (Holland, et al., 2009). Det kan likevel tenkes at andre arbeidsrammer, enn de vi har undersøkt, ville vært av betydning. At flere av klinikerne fylte ut spørreskjema om opplevd nytte av Alcohol-E og DUDIT-T opptil fire ganger, må tas i betraktning ved tolkning av enigheten i klinikernes vurderinger hva angår arbeidsrammer. Arbeidsrammene vil være de samme uavhengig av at klinikere anvender verktøyene med ulike brukere. I den grad klinikere og brukere i undersøkelsen opplevde verktøyene som mindre nyttige, synes dette å henge sammen med utformingen av verktøyene. Spørsmålene opplevdes i noen grad som vanskelige å forstå, og brukernes blandingsmisbruk bidro til at det i noen grad ble utfordrende å svare på enkelte spørsmål. Slike erfaringer kan ha bidratt til at brukere og klinikere vurderer verktøyene som mindre nyttige. Ulikheter mellom de to verktøyene kan også bidra til å belyse funnene. I motsetning til Alcohol-E, som kartlegger ett rusmiddel, er DUDIT-E for personer som bruker ulike narkotiske stoffer. Når rusens funksjon og positive og negative sider kartlegges i DUDIT-E, skilles det ikke mellom ulike typer narkotiske stoffer. At brukerne i denne undersøkelsen kun fylte ut DUDIT-E én gang, uavhengig av hvor mange rusmidler de benyttet, kan bidra til å forklare hvorfor brukerne savnet svaralternativer i verktøyene. Retningslinjene for ROP-lidelser (2012) anbefaler at DUDIT-E fylles ut for ett rusmiddel av gangen, og brukt på denne måten kan det tenkes at vi ville fått andre svar.

At både klinikerne og brukerne i undersøkelsen har en opplevelse av Alcohol-E og DUDIT-E som nyttige verktøy, samtidig som det fremkommer at de synes å foretrekke samtalen framfor bruk av kartleggingsverktøy, er et interessant funn. At samtalen foretrekkes, tolker vi å være relatert til en mer generell holdning til bruk av denne type verktøy, og ikke direkte mot Alcohol-E og DUDIT-E. Tolkningen baserer vi hovedsakelig på formuleringen av spørsmålene i spørreskjemaene, som ikke knytter spørsmålet direkte til Alcohol-E og DUDIT-E. En slik tolkning kan også bidra til å forklare hvorfor både klinikere og brukere, til tross for at de synes å foretrekke samtale fremfor bruk av kartleggingsverktøy, likevel svarer så positivt på spørsmål om Alcohol-E og DUDIT-E sin nytteverdi. Funnene kan forstås som et uttrykk for at vurderingen av kartleggingsverktøy versus samtale ikke relateres til egenskaper ved spesifikke verktøy, men til en mer generell holdning til denne

type standardiserte tiltak. En annen tolkning kan være at spørsmålet kan forstås som om verktøyene og samtalen skal benyttes uavhengig av hverandre, noe som ikke er hensikten. Sammenligning av klinikeres og brukeres svar viser at brukerne i signifikant større grad enn klinikerne foretrekker samtalen framfor bruk av kartleggingsverktøy. Det samme gjelder spørsmål om tidligere negative erfaringer med bruk av kartleggingsverktøy, noe som kan bidra til å belyse hvorfor brukerne i større grad enn klinikerne foretrekker samtalen. På den annen side skal vi være forsiktige med å tolke disse som reelle forskjeller på bakgrunn av de små utvalgene. Som tidligere forskning har vist, kan det være en viss skepsis blant klinikere til standardiserte tiltak (Bickman, et al., 2000; Holland, et al., 2009; Jensen-Doss & Hawley, 2010) og det som på én side kan forstås som en manualisering av behandling. Denne undersøkelsen synes å gjenspeile en ambivalens som er interessant for videre diskusjon og utforskning av dette temaet. Selv om undersøkelsen ikke avdekker åpenbare barrierer ved verktøyene som kan være til hinder for relasjonen eller behandlingen for øvrig, kan det tenkes at dette er et tema flere klinikere vil kunne være opptatt av ved en eventuell implementering. Det vil i så tilfelle være avgjørende å finne en balanse mellom bruk av samtalemetoder og standardiserte verktøy, og å heve kunnskapen om hva slike verktøy kan tilføre samtalen.

Begrensninger ved studien

Metodiske begrensninger i undersøkelsen gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet. Utvalgsmetoden og det lave antallet deltakere svekker representativiteten, og dermed generaliserbarheten ved dataene. Det er derfor ikke mulig å anslå med sikkerhet at vi ville fått de samme resultatene ved et større og mer representativt utvalg. Vi har ikke grunnlag for å si noe om klinikere og brukere som ble forespurt om å delta, men som takket nei. Vi har heller ikke kjennskap til om det er spesielle kjennetegn ved de som valgte å delta, i forhold til de som takket nei. Utvalgsprosedyren innebærer en fare for at de av klinikerne som valgte å delta, er de som i utgangspunktet var positive til bruk av standardiserte verktøy, uten at vi kan vite at det er slik. Undersøkelsen strekker seg over et kort tidsrom og sier ikke noe om opplevelsen av verktøyenes nytte over tid. Til sist vil vi påpeke at påstandene i spørreskjemaene til bruker og kliniker inneholder til dels både ulike temaer og formuleringer. Dersom begge gruppene ble stilt flere like spørsmål, kunne vi ha sagt mer om forskjeller i opplevelse av nytte mellom de to gruppene. Resultatene viser likevel en interessant tendens, og tematikken bør studeres videre.

Verktøyene oppleves å være et godt supplement til samtalen i poliklinisk behandling og oppfølgning av personer med ruslidelser

Implikasjoner for praksis

Undersøkelsen viser at det er en stor grad av enighet blant klinikere og brukere om at Alcohol-E og DUDIT-E har en nytteverdi, og det er ingen åpenbare barrierer mot bruk av kartleggingsverktøyene. Undersøkelsen støtter opp under den tiltenkte hensikten med verktøyene og viser at de oppleves å være et godt supplement til samtalen i poliklinisk behandling og oppfølgning av personer med ruslidelser. På den annen side synes det å være et behov for å undersøke hva verktøyene kan tilføre samtalen. Misforholdet mellom vurderingen av verktøyenes nytte og den uttalte preferansen for samtalen synes ikke å kunne relateres til egenskaper ved Alcohol-E og DUDIT-E. Derimot synes dette å gjenspeile en mer generell holdning til denne type standardiserte verktøy, noe som gir et interessant grunnlag for videre utforskning av og diskusjon om bruk og implementering av kartleggingsverktøy i rusbehandling.

Referanser

Litteraturliste

Berman, A. H., Palmstierna, T., Kallmen, H., & Bergman, H. (2007) The self-report drug use disorders identification test: Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32,* 357–369.

Berman, A. H. & Brisendal, C. (2010). DUDIT-E Utrednings- og behandlingsmanual. Versjon 2.0. Karolinska Institutet, Stockholm. Hentet 01.02.15, fra http://www.bd.komforb.se/download/18.29f12cf1201e7b462180001724/DUDIT

Bickman, L., Rosof-Williams, J., Salzer, M.S., Summerfelt, T., Noser, K., Wilson, S.J., & Karver, M.S. (2000). What information do clinicians value for monitoring adolescent client progress and outcomes? *Professional Psychology: Research and Practice 2000, 31*, (1), 70–74.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance (s.252–260). I *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (1979).

Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1010–1024.

BrukerPlan (2013). *Rusmiddelmisbruk i Norge BrukerPlan – statistikk 2013* (ISBN 978–82–93390–00–8). Stavanger: Helse Stavanger, Stavanger Universitetssykehus.

Helseforskningsloven, LOV-2008–06–20–44. § 17. (2008). Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44

Holland, C. L., Pringle, J. L. & Barbetti, V. (2009). Identification of Physician Barriers to the Application of Screening and Brief Intervention for Problem Alcohol and Drug Use. *Alcoholism Treatment Quarterly, 27*(2), 174–183. doi: 10.1080/07347320902784890

Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). The alliance. I J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work* (s.37–69). Oxford University Press, New York, NY (2002).

Horvath, A., Del Re, A.C., Fluckiger, C. & Symonds, D. (2011). The alliance. I J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work* (s.25–69), Oxford University Press, New York, NY (2011).

Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, *38* (1991), s. 139–149. doi.org/10.1037/0022–0167.38.2.139.

Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2010). Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : the Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *39*(6), 885–896. doi:10.1080/15374416.2010.517169

Jensen, C.D, Cushing, C.C., Aylward, B.S., Craig, J.T., Sorrell, D.M., & Steele, R.G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescents substance use behavior change. A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(4), 433–440.

Meier, P. S., Barrowclough, C. & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction 100*, 304–316.

Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelser* (ISBN 978–82–8081–246–9). Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling psykisk helsevern og rus.

Nasjonal Kompetansetjeneste ROP. (2014). *Alcohol-E*. Hentet 01.02.2015, fra http://snakkomrus.no/alcohol-e/index.html

Smedslund, G., Berg R.C., Hammerstrøm, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. & Karlsen, K. (2011). Motivational Interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

Thorsen, T. & Mäkelä, M. (1999). A framework for guidelines implementations studies. I Thorsen, T. & Mäkelä, M. (red.). *Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation* (s. 23–53). Copenhagen (DK): Danish Institute for Health Services Research.

Årstad, J. (2011). Motivasjonsutvikling i behandlingsstart for unge voksne med rusmiddelproblematikk – og nytten av et standardisert kartleggingsverktøy (Masteroppgave). Universitet i Stavanger, Stavanger.

Publisert: 01.09.2015, Tidsskrift for Norsk psykologforening.