

Forskning på rusmiddelfeltet

En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak

Oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 9. september 2001.
Avgitt til Sosialdepartementet februar 2003.

ISSN 0333-2306
ISBN 82-0583-0685-5

Sats/trykk: GCS web as, Oslo

Til Sosialdepartementet

Kommisjonen som ble nedsatt 9. september 2001 for å oppsummer kunnskapsstatus på rusmiddelfeltet, legger herved frem sin utredning. Utredningen er enstemmig.

Oslo, februar 2003

Knut Brofoss
Leder

Fanny Duckert

Arnstein Finset

Øyvind Horverak

Anne Lise Middelthon

Jørg Mørland

Ingeborg Rossow

Ellen Schrumpf

Astrid Skretting

Odd Søreide

Mari Trommald

Innhold

1	Sammendrag	9	Del II	Rusmiddelpolitiske tiltak – hva sier forskningen	53
2	Kommisjonenes oppdrag, mandat og arbeid	10		Innledning	55
Del I	Generelle spørsmål.....	13	7	Forebyggende tiltak	57
3	Rusmiddelproblemet	15	7.1	Universelle tiltak	57
3.1	Samfunnets forståelse av rusproblemet	15	7.1.1	Avgifter på alkohol	57
3.2	Nærmere om skillet alkohol – narkotika	17	7.1.1.1	Beskrivelse av tiltaket	57
3.3	Rusmiddelpolitikk og rusmiddelforskning	18	7.1.1.2	Målgruppe	57
3.4	En avgrensning av forskningsfeltet	21	7.1.1.3	Mål	57
4	Rusmidlenes utbredelse	23	7.1.1.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	57
4.1	Alkohol	23	7.1.1.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	57
4.2	Narkotika	25	7.1.1.6	Nasjonale studier	57
4.3	Løsemidler	29	7.1.1.7	Kunnskapshull	57
4.4	Vanedannende medisiner	29	7.1.1.8	Overførbarhet	57
4.5	Oppsummering	30	7.1.1.9	Vurdering	58
5	Negative konsekvenser av bruken av rusmidler	32	7.1.2	Regulering av tilgjengelighet og alkoholmonopol	58
5.1	Dødsfall	34	7.1.2.1	Beskrivelse av tiltaket	58
5.2	Avhengighet og sprøytebruk	36	7.1.2.2	Målgruppe	59
5.3	Sykelighet	37	7.1.2.3	Mål	59
5.4	Ulykker og skader	37	7.1.2.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	59
5.5	Vold og kriminalitet	39	7.1.2.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	59
5.6	Sosiale problemer	40	7.1.2.6	Nasjonale studier	59
5.7	Kontrollskapte problemer	40	7.1.2.7	Kunnskapshull	59
5.8	Løsemidler	41	7.1.2.8	Overførbarhet	60
5.9	Samfunnsøkonomiske kostnader	41	7.1.2.9	Vurdering	60
5.10	Oppsummering	42	7.1.3	Begrensninger i reklame	60
6	Kunnskapsgrunnlaget for tiltak innen rusmiddelfeltet	44	7.1.3.1	Beskrivelse av tiltaket	60
6.1	En avgrensning	44	7.1.3.2	Målgruppe	60
6.2	Nærmere om evalueringsforskning	45	7.1.3.3	Mål	60
6.3	Effektevaluering	46	7.1.3.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	61
6.4	Effektforskning og rusfeltet	48	7.1.3.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	61
6.5	Metode for innhenting og vurdering av studier på effekt av tiltak	49	7.1.3.6	Nasjonale studier	61
6.6	Norske studier	51	7.1.3.7	Overførbarhet	61
6.7	Nytte-kostnads analyser	51	7.1.3.8	Vurdering	61
			7.1.4	Informasjonskampanjer	61
			7.1.4.1	Beskrivelse av tiltaket	61
			7.1.4.2	Målgruppe	61
			7.1.4.3	Mål	61
			7.1.4.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	61

7.1.4.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	61	7.2.3.9	Vurdering	66
7.1.4.6	Nasjonale studier	61	7.2.4	Informasjon og rådgivning om rusmidler og skadevirkninger under graviditet	66
7.1.4.7	Overførbarhet	61	7.2.4.1	Beskrivelse av tiltakene	66
7.1.4.8	Vurdering	61	7.2.4.2	Målgruppe	66
7.1.5	Tiltak mot rusmiddelpåvirket kjøring	62	7.2.4.3	Mål	66
7.1.5.1	Beskrivelse av tiltak	62	7.2.4.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	66
7.1.5.2	Målgruppe	62	7.2.4.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	66
7.1.5.3	Mål	62	7.2.4.6	Nasjonale Studier	67
7.1.5.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	62	7.2.4.7	Kunnskapshull	67
7.1.5.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	62	7.2.4.8	Overførbarhet	67
7.1.5.6	Nasjonale studier	62	7.2.4.9	Vurdering	67
7.1.5.7	Kunnskapshull	62	7.3	Indikative tiltak	67
7.1.5.8	Overførbarhet	62	7.3.1	Miniintervensjon mot risikofyllt alkoholbruk	67
7.1.5.9	Vurdering	63	7.3.1.1	Beskrivelse av tiltaket	67
7.2	Selektive tiltak	63	7.3.1.2	Målgruppe	67
7.2.1	Tiltak i skolen rettet mot barn og unge	63	7.3.1.3	Mål	67
7.2.1.1	Beskrivelse av tiltakene	63	7.3.1.4	Grunnlag for kunnskapsoppsummeringen	67
7.2.1.2	Målgruppe	63	7.3.1.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	67
7.2.1.3	Mål	63	7.3.1.6	Nasjonale studier	68
7.2.1.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	63	7.3.1.7	Kunnskapshull	68
7.2.1.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	64	7.3.1.8	Overførbarhet	68
7.2.1.6	Nasjonale studier	64	7.3.1.9	Vurdering	68
7.2.1.7	Kunnskapshull	64	7.3.2	Tiltak mot gjentatt promillekjøring	68
7.2.1.8	Overførbarhet	64	7.3.2.1	Beskrivelse av tiltaket	68
7.2.1.9	Vurdering	64	7.3.2.2	Målgruppe	68
7.2.2	Aldersgrenser	64	7.3.2.3	Mål	68
7.2.2.1	Beskrivelse av tiltaket	64	7.3.2.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	68
7.2.2.2	Målgruppe	65	7.3.2.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	68
7.2.2.3	Mål	65	7.3.2.6	Nasjonale studier	68
7.2.2.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	65	7.3.2.7	Overførbarhet	69
7.2.2.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	65	7.3.2.8	Vurdering	69
7.2.2.6	Nasjonale studier	65	8	Behandlingstiltak	70
7.2.2.7	Kunnskapshull	65	8.1	Avrusningstiltak	70
7.2.2.8	Overførbarhet	65	8.1.1	Beskrivelse av tiltakene	70
7.2.2.9	Vurdering	65	8.1.2	Målgruppe	71
7.2.3	Lokalbaserte tiltak	65	8.1.3	Mål	71
7.2.3.1	Beskrivelse av tiltakene	65	8.1.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	71
7.2.3.2	Målgruppe	65	8.1.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	71
7.2.3.3	Mål	66	8.1.6	Nasjonale studier	72
7.2.3.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	66	8.1.7	Uønskede effekter	72
7.2.3.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	66	8.1.8	Kunnskapshull	72
7.2.3.6	Nasjonale studier	66	8.1.9	Overførbarhet	73
7.2.3.7	Kunnskapshull	66			
7.2.3.8	Overførbarhet	66			

8.1.10	Vurdering	73	9.1.3	Mål	83
8.2	Psykososial behandling	73	9.1.4	Grunnlag for/resultat av kunnskapsoppsummeringen	84
8.2.1	Beskrivelse av tiltaket	73	9.1.5	Nasjonale studier	84
8.2.2	Målgruppe	74	9.1.6	Kunnskapshull	84
8.2.3	Mål	74	9.1.7	Vurdering	84
8.2.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	74	9.2	Tiltak for å redusere hiv-/hepatittsmitte	84
8.2.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	75	9.2.1	Beskrivelse av tiltakene	84
8.2.6	Nasjonale studier	76	9.2.2	Målgruppe	84
8.2.7	Kunnskapshull	76	9.2.3	Mål	84
8.2.8	Overførbarhet	77	9.2.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	84
8.2.9	Vurdering	77	9.2.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	84
8.3	Medikamentell behandling	77	9.2.6	Nasjonale Studier	85
8.3.1	Beskrivelse av tiltakene	77	9.2.7	Kunnskapshull	85
8.3.2	Tiltak som brukes i Norge	78	9.2.8	Overførbarhet	85
8.3.3	Målgruppe	78	9.2.9	Vurdering	85
8.3.4	Mål	78	9.3	Sprøyterom	85
8.3.5	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	78	9.3.1	Beskrivelse av tiltak	85
8.3.6	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	79	9.3.2	Målgruppe	85
8.3.7	Nasjonale studier	79	9.3.3	Mål	85
8.3.8	Uønskede effekter	80	9.3.4	Grunnlag for/resultat av kunnskapsoppsummeringen	85
8.3.9	Kunnskapshull	80	9.3.5	Kunnskapshull	85
8.3.10	Overførbarhet	80	9.3.6	Vurdering	85
8.3.11	Vurdering	80	9.4	Bo-/omsorgstilbud	86
8.4	Tiltak rettet mot misbruk av rusmidler under graviditet og i nyfødtp perioden	81	9.4.1	Beskrivelse av tiltaket	86
8.4.1	Beskrivelse av tiltakene	81	9.4.2	Målgruppe	86
8.4.2	Målgruppe	81	9.4.3	Mål	86
8.4.3	Mål	81	9.4.4	Grunnlaget for/resultat av kunnskapsoppsummeringen	86
8.4.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	81	9.4.5	Kunnskapshull	86
8.4.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	81	9.4.6	Vurdering	86
8.4.6	Nasjonale studier	81	9.5	Forhindring av skader under rus og inntak av rusmidler	86
8.4.7	Kunnskapshull	81	9.5.1	Beskrivelse av tiltaket	86
8.4.8	Vurdering	81	9.5.2	Målgruppe	87
8.5	Komplementær behandling	82	9.5.3	Mål	87
8.5.1	Beskrivelse av tiltakene	82	9.5.4	Kunnskapsoppsummering	87
8.5.2	Målgruppe	82	9.5.5	Nasjonale studier	87
8.5.3	Mål	82	9.5.6	Kunnskapshull	87
8.5.4	Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen	82	9.5.7	Vurdering	87
8.5.5	Resultat av kunnskapsoppsummeringen	82	10	Konklusjoner og anbefalinger ..	88
8.5.6	Nasjonale Studier	82	10.1	Hvilke svar kan forskningen gi ...	88
8.5.7	Vurdering	82	10.2	Områder der det er gjort relativt mye forskning	90
9	Skadereduserende tiltak	83	10.2.1	Forebygging	90
9.1	Lavterskel helsetilbud	83	10.2.2	Behandling	91
9.1.1	Beskrivelse av tiltaket	83	10.2.3	Skadereduksjon – omsorg	92
9.1.2	Målgruppe	83	10.3	Områder hvor det gjenstår forskning	92
			10.3.1	Forskning på effekt av tiltak	92

10.3.1.1	Forebygging	92
10.3.1.2	Generelt om behandlingstiltak	93
10.3.1.3	Skadereduksjon – omsorg	94
10.3.2	Forskning på rusmiddelbruk og skader	94
10.3.3	Andre forskningsområder	95
10.4	Statistikk og monitorering	95
10.5	Noen anbefalinger	96
10.5.1	Om prioritering av videre effektforskning	96
10.5.2	Noen tiltaksanbefalinger	97
	Litteraturliste.....	99

Vedlegg

1	Forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak for alkohol- og narkotikaproblemer ..	105
2	Norske evalueringsundersøkelser	203

Kapittel 1

Sammendrag

Denne rapporten er forskningskommisjonens svar på regjeringens ønske om å styrke det vitenskapelige beslutningsunderlaget for tiltakene innenfor rusmiddelfeltet.

Kapittel 2 gir en oversikt over kommisjonens sammensetning, arbeid og mandat, og et kort resymé av den strategi kommisjonen har valgt for å kunne oppfylle sitt mandat.

Kapittel 3 gir en kort drøfting av hva samfunnet forstår med rusmiddelproblemet, og noen betraktninger om forholdet mellom forskning og politikk på rusmiddelfeltet.

Kapittel 4 gir en gjennomgang av omfanget av bruken av rusmidler i Norge i tiden etter 1990.

Kapittel 5 gjør rede for hvilke skader en vet at bruk av rusmidler kan føre til, og omfanget av en del av disse skadene i Norge.

Kapittel 6 gjør greie for den metoden kommisjonen har valgt for å kunne skaffe seg kunnskap fra den meget omfangsrike internasjonale litteraturen om tiltaksforskning på rusmiddelfeltet. Kommisjonen har valgt å basere sitt arbeid på kunnskap ervervet gjennom et litteratursøk etter systematiske oversiktsartikler, og på to nylig utgitte kunnskapsoppsummeringer. I tillegg har den skaffet til veie relevant nasjonal litteratur.

Kapitlene 7–9 gir en oversikt over internasjonal og nasjonal forskning om effekter av forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak på rusmiddelfeltet på basis av de resultater en fant i søket i internasjonal litteratur, i de to kunnskapsoppsummeringene og i den nasjonale litteraturen. Disse kapitlene utgjør kommisjonens kunnskapsbase.

Kapittel 10 inneholder først en kort drøfting av hvilke svar forskningen kan gi politikerne, før det gis en oppsummering av kunnskapsgrunnlaget fra kapitlene 7–9. Kapitlet avsluttes med noen anbefalinger.

Det følger 2 vedlegg med rapporten. Vedlegg 1 er resultatet av søket i den internasjonale litteraturen. Søket ble utført av Avdeling for kunnskaps-tøtte i Sosial- og helsedirektoratet og Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) ved SINTEF Unimed som står ansvarlig for innholdet i vedlegget. Vedlegg 2 er en oversikt over nasjonal forskning om effekter av tiltak på rusmiddelfeltet. Denne oversikten er utarbeidet av kommisjonens sekretariat.

Kapittel 2

Kommisjonenenes oppdrag, mandat og arbeid

Forskerkommisjonen om kunnskapsgrunnlaget for rusmiddelpolitikken ble oppnevnt av det daværende Sosial- og helsedepartementet 9. september 2001.

Kommisjonen ble gitt følgende mandat:

«Kommisjonen skal bidra til å frembringe et best mulig grunnlag for fremtidige rusmiddelpolitiske veivalg ved å:

1. oppsummere aktuelle utviklingstrekk innenfor rusmiddelforskningen, både når det gjelder legale og illegale stoffer, forebygging av rusmiddelproblemer, behandling av og omsorg for misbrukere og deres pårørende,
2. identifisere relevante, men hittil lite påaktede forskningsområder, og foreslå forbedringer av metoder, indikatorer og systemer for å øke kunnskapen om og analysen av rusmiddelutviklingen,
3. påvise områder hvor forskningsbasert kunnskap ikke kan danne godt nok grunnlag for nødvendige politiske veivalg (forskningens begrensninger),
4. så langt mulig, og ut fra et forskningsbasert syn, skissere strategier for særskilt innrettede informasjonsinnsatser og opinionsbygging,
5. foreslå tiltak som, ut fra eksisterende forskningsbasert kunnskap, kan forsterke og effektivisere det rusmiddelforebyggende arbeidet, behandlingen av og omsorgen for misbrukere og deres pårørende,
6. ut fra den forskningsbaserte kunnskapen som finnes på rusmiddelfeltet, peke på konsekvensene av ulike politiske veivalg.»

Kommisjonen har hatt følgende sammensetning:

Direktør Knut Brofoss, SIRUS, leder

Professor dr. philos. Arnstein Finset, Universitetet i Oslo¹

Forsker dr. med. Mari Trommald, Folkehelse (nå avdelingsdirektør i Sosial- og helsedirektoratet)²

Professor dr. med. Odd Søreide, Senter for medisinsk metodevurdering³

Professor dr. med. Jørg Mørland, Statens retts toksikologiske institutt

Dr. philos. Anne Lise Middelthun, Universitetet i Oslo

Forskningsleder dr. philos. Ingeborg Rossow, NOVA

Professor dr. philos. Fanny Duckert, Universitetet i Oslo

Førsteamanuensis dr. philos Ellen Schrumpf, Høgskolen i Telemark

Forsker Øyvind Horverak, SIRUS

Forsker Astrid Skretting, SIRUS

Sekretariatet ble lagt til Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Kommisjonsmedlemmene Horverak og Skretting har fungert som sekretærer.

Fristen for avlevering av sluttrapport ble opprinnelig satt til 1. juli 2002. Ved brev fra Sosialdepartementet av 5. juni 2002 ble denne forlenget til 31. desember 2002.

Kommisjonen har hatt 7 møter hvorav ett todagers møte og to tredagers møter, i alt 12 møtedager. Redaksjonen ble avsluttet 11. desember 2002.

Kommisjonen har valgt to strategier for å samle relevant kunnskap om tema knyttet til forebygging og behandling av rusproblemer:

I. For å få en oversikt over internasjonal litteratur har kommisjonen gjort et litteratursøk etter systematiske oversiktsartikler som omhandler relevante tema. Vi har altså ikke selv sett på enkeltstudier, men tatt for oss oversiktsartikler hvor studiene som er tatt med i oversiktene, har oppfylt visse krav til kvalitet.

Søket er bare gjort blant publiserte, engelskspråklige artikler, slik at bøker, upubliserte rapporter, konferansebøker osv ikke er tatt med, men mange av de oversiktene som er innhentet, har gjort mer dyptpløyende litteratursøk.

Resultatet av søket, sammen med en svensk og en skotsk kunnskapsoppsummering, utgjør vårt viktigste bakgrunnsmateriale.

Litteratursøket er gjennomført av Enhet for

¹ Etter forslag fra Norges forskningsråd

² Etter forslag fra Statens institutt for folkehelse

³ Etter forslag fra SINTEF Unimed

kunnskapsinnhenting i Sosial- og helsedirektoratet og Senter for medisinsk metodevurdering ved SINTEF. Oppsummeringen av litteratursøket er gjort i vedlegg 1.

II. I tillegg til denne søkestrategien har Kommisjonen ønsket et mer detaljert tilfang av nasjonale data. Alle relevante norske miljø ble derfor kontak-

tet slik at kommisjonen kunne få tilgang på rapporter/publikasjoner hvor det var utført en evaluering av et tiltak. Det ble her satt en tidsmessig grense til 1980. Vedlegg 2 inneholder en oppsummering av denne litteraturgjennomgangen.

Fremgangsmåten er nærmere beskrevet og begrunnet i kapittel 6.

Del I
Generelle spørsmål

Kapittel 3

Rusmiddelproblemet

3.1 Samfunnets forståelse av rusproblemet

I alle samfunn og gjennom alle tider finner en jakten på alternative bevissthetsformer, og i den forbindelse søken etter stoffer som kan benyttes for å komme i en slik tilstand. Det sier seg selv at bruken av rusmidler har positive egenskaper, og at det til rusen er forbundet nytelse og behag. Problemet er imidlertid at rusmidlene også har negative egenskaper. På samfunnsnivå er det umulig å erfare de positive egenskapene uten at de negative følger med. Men på individuelt nivå er dette mulig, og mange rusmiddelbrukere opplever langt flere positive enn negative erfaringer med sin bruk. I denne framstillingen vil vi likevel i all hovedsak se på de problematiske sidene ved rusmiddelbruk.

Rusmiddelbrukere kan deles i tre grupper: Måteholdsbrukere, misbrukere og avhengige. Med måteholdsbrukere forstår vi personer som aldri eller svært sjelden opplever problemer pga av sin bruk, eller som påfører andre problemer. Med misbrukere forstår vi personer som gjentatte ganger både selv erfarer problemer pga av sin bruk av rusmidler, og som påfører andre problemer. Med rusmiddelavhengige forstår vi personer som ikke greier å styre sitt forbruk av rusmidler, og som selv opplever problemer pga av denne avhengigheten, samtidig som de skaper problemer for andre.¹ Mellom disse tre gruppene av brukere går det ingen klare skiller; en bruker kan vandre mellom alle tre typer av rusmiddelbruk, og skader kan også inntreffe for alle nivåer av rusmiddelinntak.

Uansett om ikke alle brukere selv opplever problemer eller skaper problemer for andre pga sin rusmiddelbruk, vil bruken av rusmidler påføre samfunnet problemer. For selv om det er *teoretisk mulig* for ethvert individ å bruke rusmidler på en uproblematisk måte, så er det egenskaper ved rusmidlene og/eller rusmiddelbrukerne som gjør at mange vil oppleve problemer i forbindelse med bruk av rusmidler. En del vil også bli rusmiddelavhengige.

Antallet brukere som selv opplever problemer eller skaper problemer for andre pga sin bruk av rusmidler, vil avhenge av bruksmønster, av hvor mye en bruker og av hvilke toleransegrenser samfunnet har. For det vanligste rusmidlet – alkohol – er det påvist en nær sammenheng mellom antallet storbrukere av alkohol i en befolkning og det gjennomsnittlige forbruket i samfunnet. Skader som følger av et høyt forbruk over tid vil derfor samvariere med det gjennomsnittlige alkoholforbruket i samfunnet. Andre skader vil være mer knyttet til drikkemønsteret. Sammenhengen mellom hvor mye alkohol det drikkes i samfunnet og omfanget av alkoholproblemer vil derfor også avhenge av drikkemønsteret. En tilsvarende statistisk sammenheng mellom gjennomsnittsbruk innen en gruppe og antallet storbrukere har en ikke påvist for andre rusmidler.

Det faktum at bruk av rusmidler fører til problemer både på individ- og samfunnsnivå, gjør at det blir et spørsmål hva samfunnet er villig til å godta av rusmiddelbruk. Hva som er akseptabel bruk av rusmidler vil variere opp gjennom historien, samfunnet vil se rusmiddelproblemene i lys av ulike «forståelser», som har skiftet opp gjennom tidene, avhengig av normer, kunnskap og verdier. F eks var det i vikingenes Norge, og langt inn i forrige årtusen, forventet at en skulle drikke seg full, når en drakk alkohol. Dermed tolererte samfunnet også den atferden som fulgte med fylla, det var jo nettopp det en søkte gjennom sin måte å drikke alkohol på. Denne måten å bruke alkohol på er fremdeles helt sentral i vårt samfunn, rusen antas fortsatt å være den viktigste egenskapen ved alkoholbruken i Norge. Det samme gjelder narkotikabruken i fasen før en blir avhengig, det er nytel-

¹ Problemer knyttet til avhengighet må skilles fra selv definisjonen av avhengighet. I vår sammenheng er imidlertid det faktum at avhengigheten fører til problemer, både for en selv og andre, et helt sentralt kjennetegn. Det viktigste kjennetegnet ved avhengighet er den manglende evnen til å avstå fra å utføre en bestemt type handling, i.e drikke alkohol, bruke narkotika. For en kortfattet drøfting av avhengighetsbegrepet, se f eks Skog 1999. Mer presise definisjoner på «harmful use» og «alcohol and drug dependence» finner en i the International Classification of Diseases (ICD-10). Alcohol and drug dependence er også definert i den amerikanske psykiaterforeningens Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

sen forbundet med narkotikarusen en søker gjennom bruken.

Det som oppfattes som problematisk atferd, endrer seg med tiden. Forhold som for noen år siden ble ansett for å utgjøre et problem, bedømmes ikke på samme måte i dag. Dette kom f.eks. til uttrykk i en studie som ble gjort ved Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning for å se hva folk la i begrepet alkoholmisbruk (Paulsen 1968; Arner 1993). Et tilnærmet likt utvalg av befolkningen ble i 1964 og i 1989 stilt overfor et sett av 18 utsagn som beskrev ulike måter å drikke alkohol på, og informantene ble bedt om å oppgi om utsagnet beskrev et misbruk av alkohol eller ikke. For alle utsagn var andelen som mente det uttrykte et misbruk mindre i 1989 enn i 1964. F.eks. mente i 1964 hele 80 prosent at utsagnet «Drikker et par ganger i måneden sammen med venner og blir nokså beruset» karakteriserte et misbruk av alkohol, mens andelen i 1989 var sunket til 45 prosent.

En tilsvarende utvikling i hva vi vil tolerere av bruksmåter, vil vi kunne oppleve for narkotika dersom bruk blir mer vanlig, også i de litt eldre lag av befolkningen.² Ennå er narkotiske stoffer «nye» rusmidler i Norge; og de som debuterte som unge brukere i 1970-årene, er i dag ikke mer enn rundt 50 år. I land hvor narkotika er blitt et mer vanlig rusmiddel enn i Norge, har også toleransen overfor bruken av disse stoffene blitt endret. Dette ser vi i flere europeiske land, hvor brukerne av slike stoffer, eller de som besitter stoff til eget bruk, ikke lenger blir møtt med strafferettslige sanksjoner. En rekke land skiller også mellom reaksjoner rettet mot bruken av cannabisstoffer (marihuana og hasj), og bruken av sterkere narkotiske stoffer som amfetamin, kokain og heroin.

Men oppslutningen om forbudet mot hasj er

ennå meget sterk i den norske befolkningen, og det samme er oppfatningen om at bruk av marihuana og hasj er farligere enn å drikke alkohol. Ved en landsomfattende intervjuundersøkelse i 1994 var bare 9 prosent av befolkningen *enig* i et utsagn om at marihuana og hasj ikke var farligere enn alkohol, og at det derfor ikke burde være forbud mot slike stoffer. Det samme spørsmålet ble gjentatt fem år senere, og prosentandelen som var enig i utsagnet var uendret.³

Men det kan være grunn til å hevde at ungdom har fått et mer liberalt syn på bruken av marihuana og hasj i de senere år. F.eks. økte andelen 15–20-åringene i Norge som mente at cannabis burde kunne selges fritt fra 2–3 prosent på begynnelsen av 1990-tallet til omkring 10 prosent i de siste par år. Likeledes sank andelen 15–16-åringene som sa at de misliker eller misliker sterkt at folk røyker cannabis av og til fra 88 prosent i 1995 til 82 prosent i 1999. Synet på risikoen for å oppleve skader som følge av bruk av cannabis har også endret seg. Andelen 15–16-åringene som mener det er ingen eller liten risiko forbundet med det å røyke cannabis av og til, økte fra 32 prosent i 1995 til 37 prosent i 1999 (Skretting 1999).

Hva en tolererer av rusmiddelbruk, eller hvilke rusmidler som vil være populære, vil også være preget av de normer og verdier som råder i samfunnet mht ulike idealer. F.eks. er det trolig at den økte interessen for mat og nytelse i dag, har konsekvenser for forbruket av vin.

Ungdommens og unge voksnes⁴ bruk av rusmidler er på sin side nært knyttet til livsstil. Det gjelder særlig bruk av narkotika, mens alkoholbruk er mer vanlig i alle de ulike miljøer, og brukes ofte sammen med narkotiske stoffer. Framveksten av den gruppen stoffer vi gjerne omtaler som partydop eller designer drugs (ecstasy, GHB), er tradisjonelt nært forbundet med deltakelse i store dansetilstelninger hvor det spilles bestemte former for musikk (houseparties/rave parties og housemusikk/techno) (EMCDDA 1997)⁵. Cannabis har på sin side funnet grobunn i hip-hop miljøet, hvor det dyrkes i både tekst og praksis (Vestel et al. 1997). På samme måte som bruken av alkohol, foregår bruken helst i fritidssammenheng i helgene, hvor etter mange går tilbake til en rusfri tilværelse i uka.

Denne typen narkotikabruk har på engelsk fått betegnelsen «recreational drug use».⁶ Klassifiseringen av en gruppe narkotikabrukere som «recreational drug users» bidrar i seg selv til å gi et skinn av at de har kontroll over sitt forbruk, selv om rapporter fra ungdomspsykiatriske behandlingstiltak hevder noe annet. Det er imidlertid gjort lite forskning om hvem som begynner å bruke såkalt

² Med narkotika forstår vi stoffene som er ført opp på den såkalte narkotikalistens (Forskrift om narkotika m.v.). Narkotiske stoffer kan enten være illegale, eller legalt forskrevet av lege. I sistnevnte tilfelle er det snakk om legemidler som påvirker sentralnervesystemet på en slik måte at de klassifiseres som narkotika. Disse legemidlene vil vi, når de er forskrevet av lege og blir brukt av den de er utskrevet til, kalle vanedannende medisiner.

³ Materiale fra SIRUS' landsomfattende intervjuundersøkelser av representative utvalg av den norske befolkningen i 1994 og 1999. Når ikke kilde er nevnt eksplisitt i teksten, er opplysningene hentet fra SIRUS' undersøkelser.

⁴ Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk/European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) definerer unge voksne som aldersgruppen 15–34 år. EMCDDA (2002): Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge.

⁵ På norsk har EMCDDA fått navnet Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk – EONN

⁶ Se f.eks. Report on the drug situation in the candidate CEECs, EMCDDA, 2002.

«party dop», og i hvor stor grad de definerte misbrukermiljøene rekrutteres fra gruppen av «recreational drug users».

De erfaringer og kunnskaper som samfunnet og dets borgere har med bruken av et rusmiddel, påvirker også toleransen overfor bruken av det. Rusmiddelkulturen i et samfunn er avgjørende for hvilke typer problemer som tolereres, og hvilke som ikke gjør det. Det er liten tvil om at toleransen overfor bruk av alkohol i de fleste vestlige land er betydelig høyere enn toleransen overfor bruk av marihuana og hasj, nettopp fordi slike stoffer ikke har noen langvarig tradisjon i disse landene. I Norge er alkoholbruk forbundet med atskillig flere uheldige konsekvenser enn bruken av marihuana og hasj på samfunnsnivå. Likevel er alkoholbruk mer tolerert.

Det er ikke bare toleransen overfor rusmiddelbruk som vil endre seg over tid, men også hvilke typer inngrep samfunnet kan benytte for å bekjempe rusmiddelproblemene. Det er en nær sammenheng mellom samfunnets ideologiske fundament og hvilke politiske tiltak det er mulig å gjennomføre. I et samfunn med stor vekt på individuell frihet, er mulighetene til å foreta inngrep som direkte berører borgernes frie utfoldelse, mer begrenset enn i et samfunn hvor fellesskapets verdier har stor vekt. Videre vil internasjonale avtaler og internasjonaliseringen av de enkelte lands økonomier få følger for hvilke virkemidler som kan benyttes. Dette var noe Norge erfarte i forbindelse med medlemskapet i EØS og den etterfølgende oppløsningen av Vinmonopolet. I dag ser vi hvordan mulighetene til å opprettholde dagens avgiftspolitik er påvirket av avgiftsnivået i andre land, og hvordan arbeidet for å holde narkotika utenfor landets grenser avhenger av internasjonalt samarbeid.

Også kravene til økonomisk effektivitet vil være av betydning for hvilke virkemidler som kan settes i verk, ikke minst for å bekjempe bruken av rusmidler i arbeidslivet. I takt med den økte industrialiseringen på 1900-tallet vokste det fram en rekke arbeidsoppgaver som krevde større årvåkenhet og nøyaktighet enn før. Den tradisjonelle bruken av alkohol i arbeidslivet ble ikke lenger tolerert i det moderne samfunnet.

3.2 Nærmere om skillet alkohol – narkotika

En rekke ulike forhold har betydning for hvordan folk oppfatter problemer knyttet til rusmidler. Et viktig aspekt er hvordan problemenes sosiale dimensjon kommer til syne. Med det forstår vi hvem det er som blir rammet av rusmiddelproblemer. Før narkotikabruk slik vi i dag forstår det fikk innpass i Norge, dvs. før ca 1965, var alkoholen så å si utfordret som rusmiddel for folk flest. Rett nok fantes det også noen morfinister, da særlig blant helsepersonell, men alkoholen var likevel samfunnets ubestridte rusmiddel nummer én.

I gårldagens norske samfunn, så vel som i dag, hadde et overdrevent alkoholforbruk størst konsekvenser for de fattigste og minst ressurssterke. Alkoholproblemet kunne komme til syne ved at hele familier bokstavelig talt gikk til grunne i det tidlig industrialiserte samfunnet. Utviklingen av velferdsstaten har gjort at alkoholproblemet ikke rammer de svakeste på samme måte som før. Likevel er det ingen tvil om at alkoholen fremdeles er et problem som rammer mange hjem og som fører til omsorgssvikt for en rekke barn.

Alkoholproblemets sosiale dimensjon fikk betydning for utformingen av den norske alkoholpolitikken. Den ble utformet som en restriksjonspolitik med begrensninger i tilgjengelighet, et monopolsystem for vin og brennevin og høye alkoholavgifter. Slik skulle alle samfunnets borgere bidra til å redusere det samlede alkoholkonsumet.

De negative konsekvensene av alkoholbruk ble også svært tydelige ettersom brennevinet var den dominerende alkoholdrikken. Pga den høye alkoholkonsentrasjonen i ublandet brennevin, førte brennevinsdrikkingen ofte til en tyngre rus enn øl og vin. I dag har vin og øl overtatt som de sentrale alkoholdrikkene, og særlig vinforbrukets vekst i de siste tjue årene har virket til å flytte fokuset fra alkoholens problemer over mot alkoholens gleder. Det samme gjelder forskningens påvisning av at et moderat alkoholforbruk kanskje kan virke til å forebygge hjerte- og karsykdommer.⁷ I dag er grunnlaget for alkoholpolitikken i ferd med å bli knyttet mer til den helserisikoen den enkelte alkoholbruker utsetter seg for, enn til de sosiale problemer alkoholbruken forårsaker. Problemet blir individualisert og privatisert.

Det endrede synet på alkoholens rolle som rusmiddel henger også sammen med at alkoholen har fått konkurranse fra andre rusmidler, og da særlig fra narkotika. Folks syn på alkoholproblemene har igjen blitt påvirket av at det har fått konkurranse

⁷ Det finnes en rekke undersøkelser som tar opp dette spørsmålet. For en gjennomgang, se Alkohol og hjerte-karsykdom. Utredning fra en arbeidsgruppe nedsatt av Rusmiddeldirektoratet. Rusmiddeldirektoratet, Oslo 1999 og Thun et al. (1997): Alcohol Consumption and Mortality among Middle-Aged and Elderly U.S. Adults, The New England Journal of Medicine, Vol. 337 (24): 1705–1714.

fra et annet rusmiddelproblem – narkotikaproblemet. I dag er den sosiale dimensjonen tydeligere for narkotikaproblemene enn for alkoholproblemene. Narkotikaproblemene og narkotikadødsfallene rammer gjerne yngre mennesker, og mange stoffmisbrukere lever og dør under dårlige sosiale forhold. Overdosedødsfallene blir også oppfattet som en direkte og umiddelbar følge av narkotikabruken, uansett om senere obduksjon viser at de fleste overdosedødsfallene skyldes en blanding av en rekke rusmidler, hvorav alkohol ofte er til stede.

Denne beskrivelsen av narkotikabruken gjelder imidlertid bare en liten del av dem som bruker narkotika, nemlig sprøytenarkomane som injiserer heroin og/eller amfetamin. Et gjennomgående trekk ved denne gruppen, er at utviklingen av misbrukerkarrieren ofte er forbundet med en rekke belastningsfaktorer i oppveksten, både mht ustabile forhold i hjemmet (foreldres rusmiddelproblemer, omsorgsovertakelse, flyttinger), overgrep (vold, mobbing, seksuelle overgrep) og tidlig problemutvikling (skoleproblemer, atferdsvansker). Ofte har også misbrukerne psykiske problemer. Rusmiddelbruken er altså en del av et større sosialt og helsemessig problem, og dette gjør at narkotikaproblemene oppfattes å ha en sterkere sosial dimensjon i seg enn det alkoholproblemene har. Ikke minst skyldes nok dette at narkotikamisbrukerne stort sett er betydelig yngre enn alkoholmisbrukerne.

Denne beskrivelsen er ikke like dekkende når en skal beskrive marihuana- og hasjbrukere, og heller ikke såkalte rekreasjonsbrukere («recreational drug users»). I all hovedsak har dette til nå vært ungdom som slutter å bruke narkotika innen de er fylt 30 år. På samme måte som det å skaffe seg erfaringer med bruk av alkohol tradisjonelt har blitt sett på som en del av det å bli voksen, kan det å skaffe seg erfaringer med bruk av cannabis og såkalt «party dop» innen visse miljøer ses på som en del av det å vokse opp i dag. Men mens alkoholbruken gjerne fortsetter livet ut, slutter de fleste som begrenser seg til å prøve hasj og marihuana, med å bruke narkotika.⁸

Dette forhindrer ikke at også «barn fra de beste familier» kan utvikle et tungt narkotikabruk. Poenget er at det bare skjer unntaksvis, og at oppvekstforholdene er av avgjørende betydning for senere rusmiddelbruk. Det er ikke riktig at bruk av alle

slags narkotika kan ramme alle unge med like stor sannsynlighet. Blant brukerne av cannabis og «party dop» er det nok likevel atskillig vanligere å møte folk fra ulike sosiale miljøer enn det er blant sprøytemisbrukere. Men sammenblandingen av rekrutteringen til det sprøytenarkomane miljøet med dem som i ungdommen er innom hasj og marihuana, bidrar til å blåse opp omfanget av narkotikaproblemet. Årsaken til denne sammenblandingen kan både være at norsk narkotikapolitikk ikke gjør et særlig klart skille mellom bruk av cannabis på den ene siden, og bruk av kokain, heroin og amfetamin på den andre, og at erfaringene med bruk av cannabis fremdeles er meget begrenset i det norske samfunnet. Dette siste kan igjen gi grobunn for en lite begrunnet redsel i forbindelse med ungdoms utprøving av marihuana og hasj.

Et siste og viktig forhold for å forstå hvordan omfanget av rusmiddelproblemene i samfunnet blir oppfattet, er massemedias behandling av disse temaene. Det er påfallende hvordan bruken av narkotika blir dekket i norske massemedia i forhold til bruken av alkohol. Det er vist at medias omtale av alkohol og narkotika er vesensforskjellig i mange henseender: valg av fokus, problematisering, bruk av verdiladete ord osv, bidrar til å skape et bilde av narkotika som et stort og alvorlig problem, mens alkohol oftest framstilles utenfor noen problem-sammenhenger (Valberg 1992). Derimot ser en stadig anbefalinger av hvilke vinmerker som er «gode kjøp» og en sterk oppfatning av sunnhetsaspektet ved bruk av alkohol. På tross av at sunnhetsgevinsten både er usikker, er knyttet til visse aldersgrupper og antakelig sterkt individuelt betinget, gis den brei dekning i media. Media tar imidlertid også opp uheldige sider ved alkoholbruk. Men da er det gjerne ved å sette fokus på tunge, kroniske misbrukere, og ikke på de skader som er en følge av at vanlige alkoholbrukere drikker seg beruset, som for eksempel skader på grunn av vold.

3.3 Rusmiddelpolitikk og rusmiddelforskning

Rusmiddelspørsmål har spilt en betydningsfull rolle i norsk politikk. «Kampen om alkoholen» (Fuglum 1972) førte blant annet til at to av i alt seks folkeavstemninger som har vært avholdt etter at Norge ble selvstendig, har dreid seg om dette spørsmålet. Brede folkelige bevegelser ble dannet.

Det langsiktige mål var å avskaffe enhver bruk av alkohol, men i mellomtiden å begrense skade-

⁸ Jfr Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge 2002, EMCDDA (EONN.)

virkingen gjennom å redusere forbruket. Det viktigste virkemiddelet var å begrense tilgjengeligheten, etter hvert også å øke prisene på alkohol.

Denne strategien fikk stort gjennomslag i norsk alkoholpolitikk. Den var ikke forskningsbasert, men kunnskapsbasert i den forstand at den bygget på omfattende erfaringer med direkte observerbare konsekvenser av alkoholbruk, samtidig som virkemidlene var godt i samsvar med noen grunnleggende forutsetninger innenfor økonomisk teori og politikk.

Denne sosialpolitisk orienterte tenkningen fikk også stor innvirkning på forskningen, dels ved at temaer ble satt på dagsordenen, dels ved at det ble mulig å forske på effekten av visse virkemidler som følge av at virkemidlene faktisk ble tatt i bruk.

For noen tiår siden var de viktigste spørsmål som ble stilt til rusmiddelforskningen i Norge knyttet til rusmidlenes utbredelse, og hvordan rusproblemene varierte innen ulike sosiale miljøer og befolkningsgrupper. Denne forskningen viste i hovedsak to ting. For det første at det var en klar sammenheng mellom rusmiddelproblemer og andre sosiale problemer. Særlig sto fattigdom, dårlige oppvekstforhold og manglende fritidsaktiviteter sentralt for å forstå årsakene. Rett nok fantes det rusmiddelproblemer overalt, men de fantes først og fremst i miljøer som også var belastet med en rekke andre sosiale problemer. Mange av de tiltakene som ble satt i verk bar preg av dette, eksempelvis satsningen på utekontakter og fritidsklubber for ungdom.

For det andre viste alkoholforskningen at det er en sammenheng mellom det totale forbruksnivået av alkohol i samfunnet, og de skader som følger av bruken av dette rusmidlet. Denne forskningen resulterte i oppslutning om virkemidler som skulle begrense samfunnets totale forbruk av alkohol. Typiske virkemidler her var høye alkoholavgifter og liten tilgjengelighet. En tilsvarende antagelse, men i mindre grad forskningsmessig belagt, ble lagt til grunn også for narkotikaens del, noe som resulterte i kriminalisering, stor politiinn-sats og strenge straffer.

Forskningsresultatene har uten tvil påvirket utformingen av alkoholpolitikken. Det er likevel riktig å si at de tiltakene som er blitt satt i verk, bare delvis ble begrunnet i de resultater som forskningen kom fram til. Tiltakene var like mye begrunnet i verdistandpunkter. Disse var gjerne av to typer. Det første hadde sitt utgangspunkt i en kollektiv tilnærming, og kom til syne ved at de som ikke hadde rusproblemer, var villige til å bli pålagt noen begrensninger i sin handlefrihet for at personer med rusproblemer og – ikke minst – deres nær-

meste, skulle få en lettere hverdag. Et typisk slikt tiltak var den begrensede tilgjengeligheten av vin og brennevin gjennom Vinmonopolet.

Andre tiltak kunne være basert på humane idealer, og en oppfatning av at det er samfunnets plikt å forsøke å forebygge rusmiddelbruk og gi hjelp til rusmiddelmisbrukere på best mulig måte, uansett om det var bevist at tiltakene var effektive i en bestemt forstand.

Rusmiddelpolitikken var en del av den allmenne sosialpolitikken, og ble begrunnet ut fra de samme hensyn som lå til grunn for den øvrige helse- og sosialpolitikken. Vellykketheten av tiltakene ble gjerne bare målt ved at de ble gjennomført, eller at de rakk fram til rusmiddelmisbrukere av en eller annen kategori.

Imidlertid er det en forutsetning også for at slike tiltak skal kunne la seg opprettholde, at de virker etter sin hensikt. Gjør de ikke det, mister de raskt sin legitimitet, og blir umulige å opprettholde. Dette tilsier at ethvert tiltak som ikke kan vise til resultater, etter en tid vil måtte gjennomgå en vurdering for å se om det har noen hensikt. Evalueringsforskning er derfor ikke bare ønskelig for å kunne beregne effektene av et tiltak, vel så viktig er den legitimerende funksjonen denne forskningen har. Slik sett kan man si at forskningen på rusmiddelfeltet på mange måter har overtatt den rolle folkelige bevegelser tidligere hadde som grunnlag for rusmiddelpolitikken.

Spesielt gjelder dette på alkoholområdet. På narkotikaområdet har situasjonen vært noe annerledes. Det skyldes flere forhold. Blant annet har enkelte av de tiltak som har stått sentralt i alkoholforskningen, som for eksempel bruk av avgifter og begrenset (legal) tilgjengelighet, ikke vært aktuelle forskningstemaer på narkotikafeltet, ganske enkelt fordi narkotika er en ulovlig vare. Et annet viktig forhold er at narkotikapolitikken jevnt over har vært mindre omstridt. Spørsmålet om avkriminalisering er blitt reist, men har til nå fått liten støtte i politiske miljøer. Kravet om forskningsmessig basis for at sentrale narkotikapolitiske tiltak som kriminalisering og høye straffer faktisk har effekt, har derfor vært mindre på dette området.

I forbindelse med oppnevningen av forskerkommisjonen, uttrykte departementet et ønske om at rusmiddelpolitikken, i sterkere grad enn tidligere, skulle være forankret i resultater fra rusmiddelforskningen.

Som fremstillingen foran indikerer, er en slik forskningsbasert tilnærming til rusmiddelpolitikken ikke noe nytt i Norge. Det har i en årrekke vært tradisjon for å anse rusmiddelforskningen og

dens resultater som relevante for utformingen av rusmiddelpolitikken. Det er skrevet flere stortingsmeldinger, odelstingsproposisjoner og offentlige utredninger som alle trekker på rusmiddelforskningens resultater, både nasjonalt og internasjonalt. Ser vi på tiden etter 1980, er det f.eks. skrevet to stortingsmeldinger og en NOU om alkoholpolitikken, og to stortingsmeldinger om narkotikapolitikken.⁹ Felles for alle disse, er at de i utstrakt grad refererer til den forskningen som er gjort om alkohol- og narkotikapolitikk, og om tiltak innenfor alkohol- og narkotikapolitikken.

Det som imidlertid har vært en mangel, er systematiske oversikter over den forskningen som er gjort innenfor feltet, og en evaluering av denne forskningen. En viktig del av kommisjonens utredning vil være et forsøk på en slik evaluering og systematisk oversikt.

Forskningen om bruk av rusmidler og avhengighetsskapende stoffer kan grovt sett deles inn i fire typer: Forskning om årsakene til at noen bruker rusmidler, forskning som beskriver omfanget av rusmiddelbruken, forskning omkring hvilke skader som kan følge av bruk av rusmidler, og forskning omkring effekten av ulike tiltak som settes i verk for å begrense bruken av rusmidler og de skader som følger av bruken. De tre førstnevnte forskningsområdene er betingelser for det fjerde. For å kunne vurdere tiltak for å motvirke uheldige konsekvenser av rusmiddelbruk, er det viktig med kunnskaper om årsaker til bruk, om omfanget av bruken og om sammenhengen mellom bruk og omfang av de skader som følger av bruk av rusmidler.

Det fjerde området, evaluering av effekten av de tiltak som settes i verk, ble innenfor rusmiddelforskningen, med visse unntak, lenge nokså lite påaktet.¹⁰ Det var først da samfunnet begynte å erfare skadevirkningene av at narkotika ble introdusert og illegalisert som rusmiddel på slutten av 1960-tallet, at disiplinen evalueringsforsk-

ning særlig vokste fram. De regulatoriske tiltakene (forbud og straff) virket ikke tilstrekkelig i forhold til et mål om et narkotikafritt samfunn. Man var derfor på jakt etter nye virkemidler, og helst da virkemidler som virket. Dette kravet til effekt ble ytterligere forsterket av de generelle innstramminger i offentlig økonomi fra slutten av 1970-tallet, og som fikk store konsekvenser for innhold i og omfang av offentlig virksomhet i mange land.

Det var ikke før i 1979, da FN publiserte en rapport om virkemidler for å redusere etterspørselen etter illegale rusmidler, at evaluering av *forebyggende* rusmiddelprogrammer virkelig ble satt på dagsorden (Bühringer and Künzel 1998). Fra da av har interessen for evalueringsforskning på rusmiddelfeltet vokst enormt, og kunnskapene om hva som virker, eller kanskje heller om hva som ikke virker, har økt betydelig. Men fremdeles etterlyses en sterkere satsning på denne typen forskning. I de senere år har EU engasjert seg i det forebyggende rusmiddelarbeidet gjennom EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). EMCDDA har samtidig lagt vekt på å styrke evalueringsforskningen i arbeidet med å utforme virksomme rusmiddelforebyggende tiltak (EMCDDA 2000). Norge er medlem av EMCDDA.

Evalueringsforskningen forespeiler en mulighet til å måle effekten av ulike sosialpolitiske tiltak, og derigjennom skape et grunnlag for å kunne prioritere mellom ulike typer tiltak etter hva de oppnår. Det er ikke tilstrekkelig bare å kjenne effekten av et tiltak, f.eks. i form av at et behandlingstiltak fører til en bestemt nedgang i bruken av enkelte rusmidler. Effekten skal i tillegg gjøres målbar på en måte som gjør at iverksettelsen av en type tiltak skal kunne settes opp mot iverksettelsen av en annen type tiltak, slik at det er mulig å gjennomføre en avveining mellom hvilke prosjekter det lønner seg mest å sette i verk. På denne måten vil en forsøke å vurdere alternativkostnadene når en velger hvilke tiltak det skal satses penger på, og hvilke som ikke blir tildelt midler.

Framveksten av evalueringsforskningen, med dens vekt på effektmåling, har trolig påvirket kravene samfunnet stiller til de tiltakene som skal settes ut i livet. Mål- og resultatstyring som har fått stor tyngde som styringsinstrument i offentlig sektor, forutsetter ideelt sett en slik effekt-evaluering av tiltakene. I tillegg er det blitt lagt stadig mer vekt på de budsjettmessige konsekvensene av politiske vedtak. I denne situasjonen

⁹ St.meld. nr. 24 (1980–81) Om alkoholpolitikken; St.meld. nr. 17 (1987–88) Alkohol og folkehelse; NOU 1995:24 Alkoholpolitikken i endring?; St.meld. nr. 13 (1985–86) Om narkotika-problemene og narkotikapolitikken og St.meld. nr. 16 (1996–97) Narkotikapolitikken. I tillegg er det skrevet en rekke plandokumenter i Sosial- og helsedepartementet, hvor det trekkes på den forskning som er gjort på rusmiddelfeltet.

¹⁰ Unntakene knytter seg først og fremst til bruk av regulatoriske tiltak på alkoholområdet, og til spesifikke medisinske intervensjoner, spesielt bruk av medikamenter.

kan svar som kan gis i form av avkastning pr krone, bli overlegne andre typer svar.¹¹

Dette bildet er imidlertid ikke entydig. Kravet til dokumentert effekt synes å være sterkest der det dreier seg om tiltak man av andre grunner ikke ønsker. Det har for eksempel vært mer synbart i forhold til alkoholpolitiske restriksjoner enn i forhold til narkotikapolitiske sanksjoner. Heller ikke på et område som medisinen, der effektforskning har lange tradisjoner og der det i senere år er lagt mye arbeid i systematisk å oppsummere de kunnskaper forskningen gir om virksomme og mindre virksomme behandlingsformer, har denne kunnskapen alltid hatt like stor gjennomslagskraft i forhold til bruk av offentlige midler. Sterke sektorinteresser har kunnet utspille kunnskapen, på tross av den overordnede ideologi uttrykt som «mer helse pr. krone» eller lignende.

Det politisk-administrative nivået vil gjerne ønske forskning som kan gi klare svar og et grunnlag for å handle. Forskningen gis lett rollen som en nøytral observatør til samfunnsutviklingen, og som en mulig leverandør av riktige løsninger på politisk vanskelige og omstridte problemer. Det spørsmålet som da reiser seg, er om slike svar lar seg gi innenfor rusmiddelfeltet eller hvor langt det er mulig å gi et slikt svar.

Framveksten av evalueringsforskningen bidro til å forsterke forventningene om nyttig og løsningsorientert forskning, noe som igjen påvirket vitenskapen ved at forskermiljøene søkte å tolke forventningene i de politiske miljøene. Slik vokser forskning og politikk sammen, hvor forskningen forsøker å levere premissene for politikken i den formen det politiske miljøet etterspør. Evalueringsforskningen kan derfor stå som eksempel på et allment fenomen, nemlig at forskning og politikk påvirker hverandre gjensidig. Den politiske og forskningsmessige dagsorden settes av de problemer samfunnet står overfor, og vitenskapelig prak-

sis former samfunnet så vel som verdier og virkelighetsforståelser.

Forskningen og politikken er imidlertid ikke de eneste premissleverandører for forskningen. En meget viktig dagsordensetter er finansieringskildene. Ikke minst gjelder dette innenfor effektforskningen. Innenfor den farmakologiske industrien er testing av effekter en sentral del av utviklingsarbeidet. Samtidig er dette en meget ressurssterk industri. Det er også et område der det er forholdsvis lett å overholde de strengeste krav til metode og design. Dette har resultert i at det fins et meget omfattende materiale om virkningen av medikamentelle tiltak.

Et tilsvarende ressursgrunnlag fins ikke for studier av ikke-medikamentelle tiltak. Mange av disse er det også mye vanskeligere å forske på. Blant annet kan det være vanskelig å identifisere de spesifikke elementene i tiltaket man ønsker å måle effekten av, og ikke minst samspillet mellom flere elementer. Det kan også være vanskelig å holde alle andre faktorer konstante, for eksempel individavhengige faktorer.

Blant annet disse forhold kan medføre at man får et betydelig fokus på medikamentelle tiltak, også på rusmiddelfeltet.

3.4 En avgrensning av forskningsfeltet

Kommisjonen har konsentrert sitt arbeid om en vurdering av tilgjengelige kunnskap om *effekter* av tiltak på rusmiddelfeltet. Til grunn for dette valget ligger først og fremst det vi oppfatter som hovedretningen i kommisjonens mandat, samt den begrensede tid kommisjonen har hatt til disposisjon. I kapittel 6 redegjør vi for metodikken i arbeidet med innhenting og vurdering av kunnskap om effekt av tiltak. I vår oppsummering, gjengitt i kapitlene 7 til 9, har vi primært konsentrert oss om de områder der det finnes forskning. En god del tiltak som har vært iverksatt i Norge, vil ikke bli berørt i denne utredningen.

Bruk av vanedannende legemidler er ikke tatt opp i nevneverdig grad. Hovedårsaken til det er at vi valgte å begrense søket i den internasjonale litteraturen til emner knyttet til alkohol, sniffing og narkotika, slik at vi ikke søkte på benzodiazepiner og lignende. For en behandling av spørsmål knyttet til bruken av benzodiazepiner, henvises det til rapport nr 10, *Bruk av benzodiazepiner*, fra Konsensuskonferansene i regi av Norges forskningsråd.

Kommisjonen vil understreke at et bredt spek-

¹¹ SBU gir i kapittel 9 en oversikt over en del studier som forsøker å måle effekten pr krone av ulike behandlingstiltak. Konklusjonen i SBU er at dette er et forskningsområde hvor en er kommet for kort til at det i dag er mulig å si noe om en behandlingsform er mer kostnadseffektiv enn en annen. SBU etterlyser en økt innsats på dette feltet. Etter publiseringen av SBU, har National Evaluation Data Services i USA publisert rapporten *Cost Effectiveness and Cost Benefit Analysis of Substance Abuse Treatment: A Literature Review* (<http://neds.calib.com/products/pdfs/litrvw/costlitreview.pdf>). Den er basert på resultatene fra 58 studier som fokuserte på cost effectiveness og cost benefit i forbindelse med behandling for alkohol- og narkotikaproblemer. Ved SIRUS foregår det for tiden et stort anlagt prosjekt hvor en vurderer resultatene av ulike former for behandling av narkotikaproblemer, og de kostnader som er forbundet med dem.

ter av kunnskap er nødvendig når politikken på rusmiddelfeltet skal utformes. Kunnskap om effekt danner *en* vesentlig del av et slikt hele. Her vil vi derfor kort nevne noen av de mange kunnskapsområdene som kommisjonen ikke har vurdert.

Kommisjonen har ikke vurdert kunnskap om kulturelle forhold som kan ha betydning for bruk og misbruk av rusmidler. Dette gjelder kulturelle trekk ved samfunnet som helhet og trekk ved grupper hvor rus står sentralt. Kunnskap om forskjellige gruppers opplevelse og oppfatning av rusens gode sider er heller ikke drøftet. Utover kunnskap om alkoholpolitiske konsekvenser, har kommisjonen bare i begrenset grad vurdert kunnskap om konsekvenser av den samfunnsmessige

kontroll med rusmidlene. Arbeider som beskriver og diskuterer behandlings- og forebyggende tiltak uten å vise til resultater, er ikke tatt med i vurderingen. Det samme gjelder prosessorienterte evalueringer av spesifikke tiltak.

I tillegg til kunnskap som er spesifikt knyttet til rusfeltet, vil mange typer kunnskap av generell karakter ha klar overføringsverdi til rusmiddelproblematikken. Det har ikke vært rom for å vurdere slik kunnskap her. Eksempler på denne type viten er sosiologisk, psykologisk, kriminologisk, historisk og sosialantropologisk kunnskap om (for eksempel) ungdomskultur, meningsdannelse, kriminalisering og fengsling, samt tema knyttet til identitetsutvikling.

Kapittel 4

Rusmidlenes utbredelse

Vi vil i dette kapitlet gi en beskrivelse av omfang og til dels utvikling av bruk av rusmidler, uten å gå inn på forklaringer på omfang og trender i bruk. Kunnskap om rusmidlenes utbredelse er basert på flere typer av kilder. I Norge har vi en lang tradisjon for å føre nasjonal statistikk for omsetning av alkohol, og det er også gjort omfattende nasjonale spørreundersøkelser i befolkningen om bruk av alkohol og om illegale rusmidler over flere tiår. Det hefter imidlertid flere svakheter ved opplysningene over forbruket. Svakheterne henger sammen med at deler av forbruket består av illegale varer der det selvfølgelig ikke finnes noen omsetningsstatistikk el. (all narkotika, hjemmebrent, smuglersprit, illegalt anskaffet eller brukt medisin), og at statistikken ikke dekker legale innkjøp i andre land. Statistikk over det innenlandske salget av alkohol gir derfor ikke nødvendigvis et korrekt uttrykk for omfanget av bruken.

I Norge og andre land foretas det jevnlig intervjuundersøkelser av representative utvalg i befolkningen, hvor de blir bedt om å gi opplysninger om egen bruk av rusmidler. Også disse opplysningene er preget av store svakheter: folk har en tendens til å underrapportere sitt eget forbruk av denne typen stoffer, de er ikke i stand til nøyaktig å huske hvor mye de har brukt av et stoff i løpet av et visst tidsrom og spørsmålene kan være utformet på en slik måte at de ikke greier å fange opp det faktiske forbruket. Ved spørreundersøkelser i store befolkningsutvalg vil det også kunne være en tendens til at de som har et omfattende forbruk av rusmidler er underrepresentert.

Disse usikkerhetene ved opplysningene om forbruket av rusmidler er ikke noe som bare gjelder Norge. Tilsvarende problemer finner en i de fleste land, selv om betydningen av bruken av uregistrerte eller illegale rusmidler kan variere mellom landene. Imidlertid er det liten grunn til å trekke i tvil at bruken av rusmidler er relativt liten i Norge i forhold til en del europeiske land vi gjerne sammenlikner oss med. Når det gjelder registrert alkoholomsetning per innbygger, ligger Norge

nest nederst på den europeiske statistikken, bare på Island finner vi lavere alkoholomsetning per innbygger (SIRUS 2001).

Ser vi på antallet som oppgir å ha brukt narkotika siste år, synes forbruket av kokain og cannabis å være lavere i Norge enn i de fleste land i EU. For antallet sprøytemisbrukere er ikke tallene like gunstige. Av 10 europeiske land en har slike estimater for, er det bare Danmark og Luxembourg som oppgir å ha flere sprøytemisbrukere per 1000 innbyggere og år enn Norge (EMCDDA 2002). I følge tallene fra EMCDDA, var det i Norge i gjennomsnitt for årene 1995–1997 4,3 sprøytemisbrukere per 1000 innbygger mellom 15–64 år. Det er imidlertid grunn til å understreke at tallene er usikre, og at en sammenlikning mellom landene vanskelig gjøres av at det er brukt ulike metoder til å anslå antallet sprøytemisbrukere i de forskjellige land.

4.1 Alkohol

Omsetningen av alkohol har variert mye over tid. I perioden etter andre verdenskrig steg salget kontinuerlig helt fram til 1980, da det nådde sitt høyeste nivå. Gjennom 1980-tallet og fram til begynnelsen av 1990-årene sank salget noe igjen, før det igjen begynte å stige. Fra 1993 til 2001 var det en økning på i overkant av 20 prosent i det registrerte alkoholkonsumet i Norge. Tabell 4.1 viser utviklingen i forbruket av alkohol basert på opplysninger over innenlands salg og intervjuundersøkelser. Intervjuundersøkelsene er foretatt blant landsomfattende, representative utvalg av den norske befolkningen. Disse har fram til 2001 vært gjennomført av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA), og ble ved SIFAs omdannelse til Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) overtatt av denne institusjonen.¹ Opplysningene om illegal alkohol fra intervjuundersøkelsene viser at problemet ikke synes å ha vokst i perioden 1980 til 2000. Derimot har omfanget av turistimport økt i denne perioden, og dette henger sannsynligvis sammen med økt reisevirksomhet blant nordmenn.

Intervjuundersøkelsene viser at andelen avhol-

¹ I det følgende omtales SIFA/SIRUS bare som SIRUS.

Tabell 4.1 Alkoholforbruket (liter ren alkohol pr innbygger 15 år og over).

	Innenlandsk salg					Illegal, uregistrert alkohol	Legal, uregistrert alkohol	All alkohol
	Øl	Vin	Brennevin	Frukt drikk	Totalt			
1980*	2,77	0,75	2,46		5,98	0,67	0,85	7,50
1990	2,81	0,95	1,24		4,99	..	..	..
1991	2,85	0,93	1,12		4,90	..	..	..
1992	2,76	0,91	1,00		4,67	..	..	..
1993	2,67	0,92	0,96		4,55	..	..	..
1994	2,75	0,99	1,00		4,74	0,73	1,09	6,56
1995	2,75	1,04	1,00		4,79	..	..	..
1996	2,88	1,12	1,02	0,02	5,04	..	..	..
1997	2,95	1,28	1,01	0,04	5,28	..	..	..
1998	..	..	..	..	..	..	..	..
1999	2,84	1,50	1,05	0,06	5,45	0,66	1,19	7,30
2000	2,93	1,62	1,05	0,07	5,67	..	..	..
2001	2,82	1,60	1,00	0,07	5,49	..	..	..

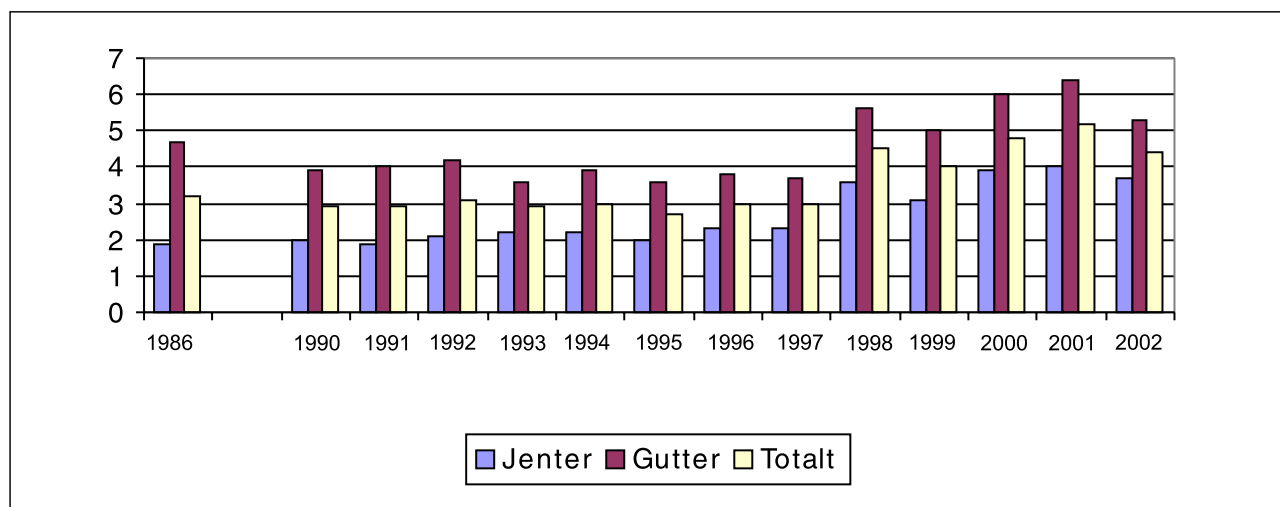
* Opplysningene over uregistrert alkohol gjelder 1979.

.. Finnes ikke opplysninger.

dende i befolkningen har gått ned. Ved intervjuundersøkelsen i 1999 oppga 11 prosent av befolkningen at de ikke hadde drukket alkohol siste år, mot 18 prosent i 1980. Nedgangen i andelen avholdende var markert for kvinner, andelen ble halvert fra 22 prosent i 1980 til 11 prosent i 1999. Også blant de aller yngste oppgir et stort flertall å ha drukket alkohol. Ved SIRUS' landsomfattende ungdomsundersøkelse i 2001 oppga 69 prosent av 15–16-åringene og 92 prosent av 19–20 åringene at de hadde drukket alkohol noen gang. Andelen som hadde drukket alkohol var høyere blant unge jenter enn blant gutter. Andelen unge som har brukt alkohol har holdt seg nokså stabil de siste 20 årene.

Forbruket av alkohol blant ungdom har vist en

sterk økning de siste årene. Dette framkommer både av de årlige ungdomsundersøkelsene (aldersgruppen 15–20 år) i regi av SIRUS og den norske delen av den europeiske skoleundersøkelsen blant 15–16-åringene (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) 1995 og 1999). Mens det beregnede gjennomsnittlige alkoholforbruket i første halvdel av 1990-tallet i aldersgruppen 15–20 år på landsbasis var omkring 3 liter ren alkohol per år, steg det til omkring 5 liter i årene 2000 og 2001. Resultater fra 2002-undersøkelsen indikerer imidlertid et brudd på denne utviklingen ved at det har vært en nedgang på noe over 0,5 liter ren alkohol (figur 4.1). Nedgangen er større blant gutter enn blant jenter. Gutter drikker imidlertid klart mer enn jenter.



Figur 4.1 Beregnet gjennomsnittlig alkoholkonsum målt i liter ren alkohol blant gutter og jenter i alderen 15–20 år i Norge, 1986–2002.

Kilde: SIRUS

Mens gutter tidligere grovt sett drakk dobbelt så mye som jenter, er dette forholdet endret i løpet av det siste tiåret, slik at alkoholforbruket blant jenter i dag bare er omkring 30 prosent lavere enn blant gutter. Ungdom i Oslo har stort sett et noe høyere forbruk av alkohol enn ungdom på landsbasis.

Den gjennomsnittlige debutalderen for alkohol synes å være stabil. Den har gjennom flere år vært omkring 14,5 år for øl og omkring 15 år for vin og brennevin.

I de årlige spørreskjemaundersøkelsene til ungdom blir det også stilt spørsmål om beruselse. Det har ikke vært noen særlige endringer i andelen som drikker seg beruset eller i andelen som har vært beruset i løpet av siste halvår. I hele perioden oppgir rundt 60 prosent at de har vært beruset noen gang, mens andelen som har vært beruset i løpet av de siste seks måneder var rundt 5 prosent lavere.

Undersøkelsene viste imidlertid at andelen ungdommer under 18 år som oppgir at de har drukket seg beruset 50 ganger eller mer, økte fra 6 prosent i 1994 til 10 prosent i 2002. For gruppen 18–20 år var tilsvarende tall 29 prosent og 41 prosent. Den relativt sterke økningen i alkoholbruk og beruselsesomfang blant ungdom, har skjedd parallelt med at det har skjedd en moderat økning i alkoholkonsumet i hele befolkningen.

Økningen i ungdommens forbruk på 1990-tallet er meget lik den utviklingen Brun-Gulbrandsen fant i sine undersøkelser over ungdommens alkoholforbruk på 1970-tallet. Han fant da at ungdommens forbruk økte sterkere enn de voksnes, men at tendensen i retning av økende forbruk var den samme. Dette så Brun-Gulbrandsen som en bekræftelse på at ungdommen «gradvis utvikler det samme drikkemønster som er dominerende i den kultur og det miljø de vokser opp i» (Brun-Gulbrandsen 1976; s 111).

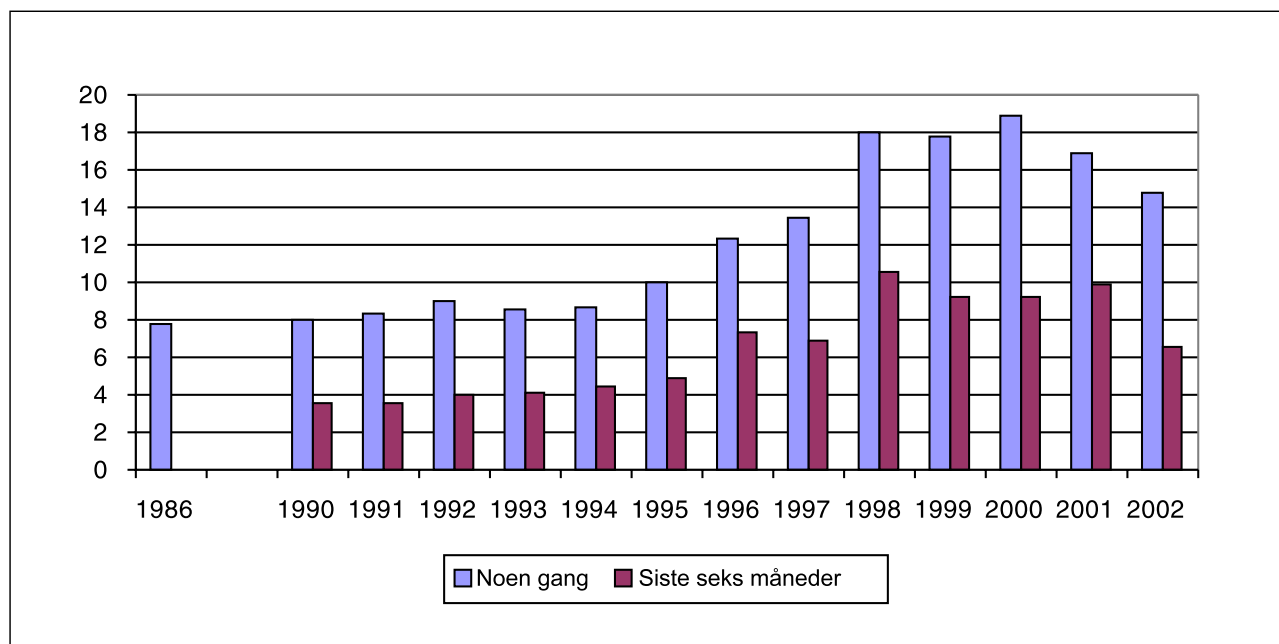
De intervjuede ved de landsomfattende intervjuundersøkelsene blant voksenbefolkningen i 1991, 1994 og 1999 ble også spurt om de siste år hadde drukket så mye at de hadde følt seg tydelig beruset. Svarene viser lite variasjon på de tre tidspunktene både når det gjelder hvor stor andel av befolkningen det er som oppgir å ha drukket seg beruset siste år (40–43 prosent), og det gjennomsnittlige antall ganger disse drakk seg beruset i løpet av ett år (10–11,5 ganger).

4.2 Narkotika

Opplysningene om forbruket av narkotika stammer utelukkende fra landsomfattende intervjuundersøkelser. SIRUS foretar surveyundersøkelser om bruk av rusmidler i voksenbefolkningen omlag hvert fjerde/femte år, mens det foreligger flere surveyundersøkelser som tar opp bruk av rusmidler blant ungdom. Eksempelvis har SIRUS fra 1968 foretatt årlige spørreskjemaundersøkelser om bruk av rusmidler blant ungdom i aldersgruppen 15–20 år i Oslo. I 1986 ble det foretatt en tilsvarende undersøkelse på landsbasis, der også Oslo inngår. Fra og med 1990 har både Oslo-undersøkelsen og den landsomfattende undersøkelsen blitt gjennomført hvert år. På linje med resten av Norden, har også Norge deltatt i to europeiske skoleundersøkelser blant 15–16-åringer (ESPAD, 1995 og 1999). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har foretatt flere omfattende undersøkelser om ulike sider ved ungdomstilværelsen, både i Oslo og i andre kommuner, der bruk av rusmidler inngår. Det finnes også et stort antall andre lokale undersøkelser.

SIRUS' surveyundersøkelser i befolkningen som helhet (15 år og eldre), viser at mens det i 1991 var omkring 8 prosent som oppga at de noen gang hadde brukt cannabis, var andelen i 1999 steget til omkring 13 prosent. I 1999-undersøkelsen var andelen som oppga at de noen gang hadde brukt amfetamin og ecstasy, henholdsvis 3 og 1 prosent. Vel 1 prosent av de spurte oppga at de noensinne hadde tatt stoff med sprøyte. Det ble ikke spurt om disse forhold i 1991.

Det er gjort betydelig flere studier av narkotikabruk blant ungdom enn det er gjort for den voksne delen av befolkningen. Figur 4.2 viser utviklingen på landsbasis for aldersgruppen 15–20 år. Figuren viser både hvor stor andel som rapporterte at de hadde brukt cannabis noen gang, og som hadde brukt i løpet av de siste seks måneder. Som vi ser, var det i årene fra 1990 til 1995 mellom 8 og 10 prosent av ungdommen som oppga at de hadde brukt cannabis noen gang, mens andelen i siste halvdel av 1990-tallet har økt til omkring 18 prosent. Omkring 10 prosent hadde brukt cannabis i løpet av de siste seks måneder. Det kan se ut som om det i de siste år har skjedd en utflating og nedgang i bruken av cannabis i Norge. Økningen vi så i siste halvdel av 1990-tallet vil derfor ikke nødvendigvis fortsette.



Figur 4.2 Prosentandel av ungdom i alderen 15–20 år som oppgir at de har brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av siste seks måneder.

Kilde: SIRUS

En liknende utvikling i bruken av cannabis som i Norge finner en i Storbritannia, Spania og Finland. Imidlertid synes bruken av cannabis å ha økt i de senere år i Danmark, Frankrike og Tyskland (EMCDDA 2002).

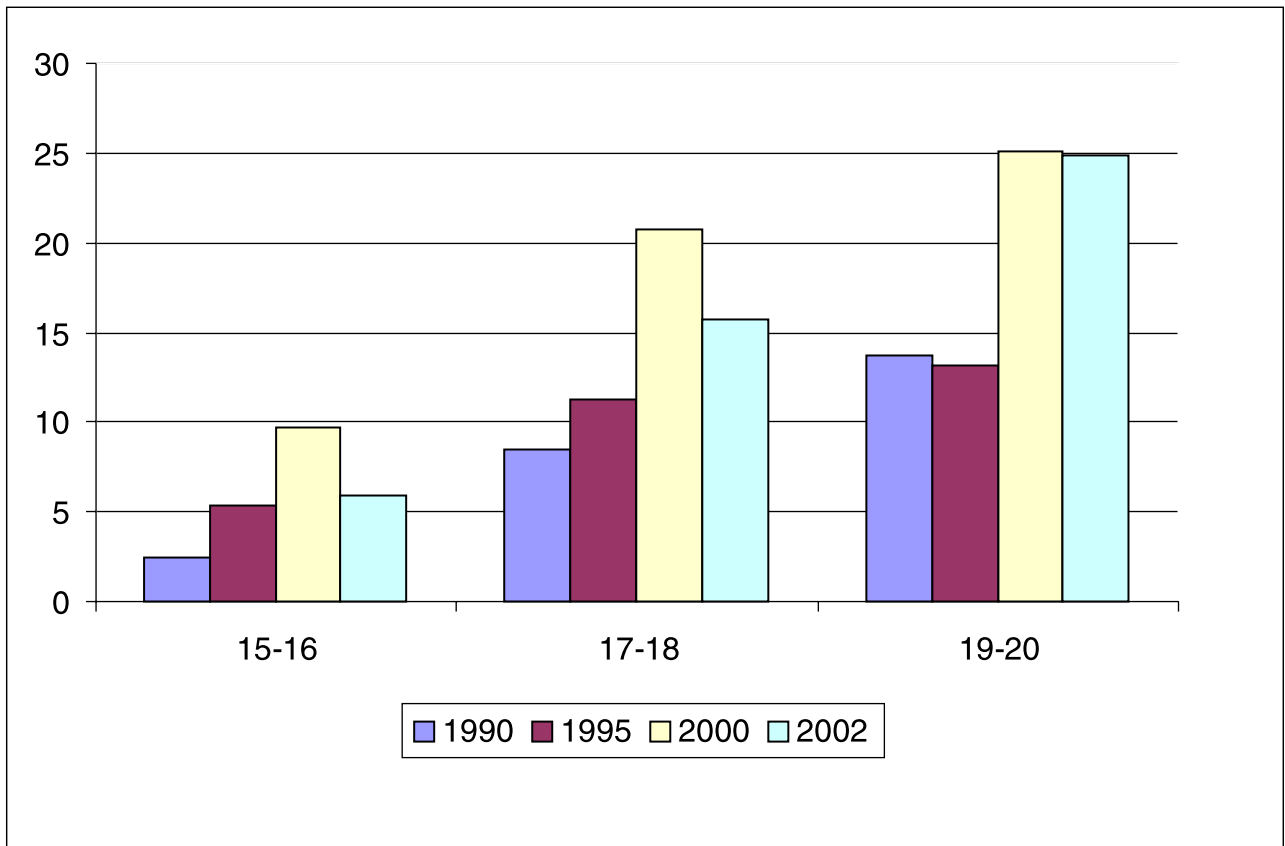
Figuren viser andelen som oppgir at de *noen gang* har brukt cannabis. Dette innebærer ikke at det er så stor andel av ungdommen i alderen 15–20 år som bruker cannabis regelmessig. Noen har bare prøvd én enkelt gang, mens andre har større erfaring. I 2001 var det eksempelvis omkring 7 prosent som oppga at de til sammen hadde brukt hasj mer enn fem ganger.

Figur 4.3 viser andelen hasjbrukere innenfor ulike aldersgrupper i noen utvalgte år. Vi ser at andelen brukere blant 15–16-åringene ble om lag fordoblet både fra 1990 til 1995, og fra 1995 til 2000. Siden da har imidlertid andelen hasjbrukere blant 15–16-åringene falt tilbake til samme nivå som det var på i 1995. Også for de to andre gruppene finner vi en betydelig økning fra 1995 til 2000. Det skyldes både den økte rekrutteringen fra 15–16-åringene og 17–18-åringene som allerede har røkt hasj, og en økt nyrekruttering i disse aldersgruppene. Vi ser også av figuren at nedgangen etter 2002 ennå ikke har nådd den eldste aldersgruppen.

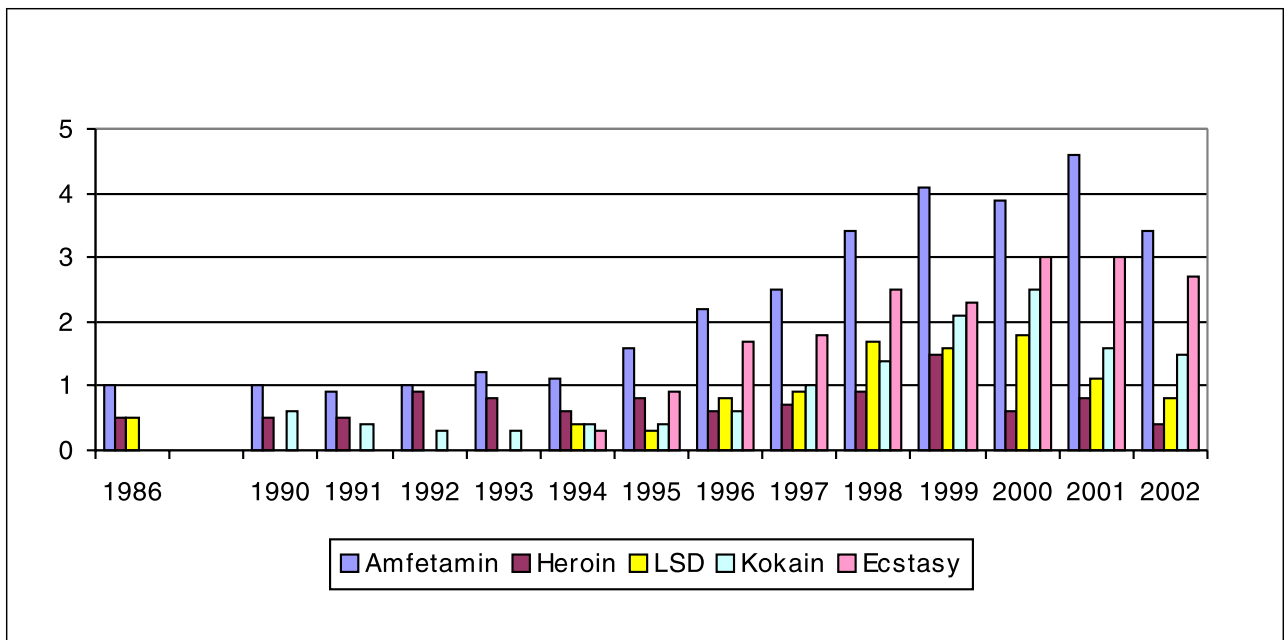
Figur 4.4 gir en oversikt over andelene som rapporterer at de har brukt andre narkotiske stoffer enn cannabis. Mens andelen som har brukt

amfetamin og ecstasy ligger på henholdsvis 4 og 3 prosent, er det mellom 1 og 2 prosent som i de senere år har oppgitt at de har brukt LSD, kokain og heroin. Det var en økning på midten av 1990-tallet, men med en utflating i de siste årene. Tallene er imidlertid små, og må tolkes med forsiktighet. Figuren gir et klart inntrykk av at bruken av de fleste typer narkotiske stoffer har økt i løpet av de siste 15–20 år. Andelen som har erfaring med bruk av narkotika er derfor større i dag enn på 1980-tallet. Økningen i omfanget av narkotikabruk blant ungdom er skjedd parallelt med en betydelig økning i alkoholkonsumet i denne gruppen. En rekke studier har også vist at ungdom som prøver narkotika også har et høyere alkoholkonsum enn annen ungdom.

På samme måte som SIRUS' årlige ungdomsundersøkelser, viser de to ESPAD-undersøkelsene at det fra 1995 til 1999 var en klar og til dels dramatisk økning i andelen unge som oppga at de hadde brukt cannabis noen gang. Dette går fram av tabell 4.2. Den internasjonale rapporten viser imidlertid at dette er en utvikling vi også finner i de fleste andre land som inngår i undersøkelsen, og andelen norske 15–16-åringene som rapporterer å ha brukt cannabis ligger langt lavere enn det vi eksempelvis finner i Frankrike, UK, Tsjekkia (alle 35 prosent), Italia, Danmark og Slovenia (alle 24–25 prosent) (Hibell et al. 2000).



Figur 4.3 Prosentandel av ungdom i alderen 15–20 år som oppgir at de har brukt hasj noen gang.
Kilde: SIRUS



Figur 4.4 Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år som noengang har brukt forskjellige narkotiske stoffer.
Kilde: SIRUS

Tabell 4.2 Prosentandel av norske 15–16-åringer som oppgir at de har brukt cannabis.

	Noen gang	Siste 12 mnd.	Siste 30 dager
1995	5,9	4,7	2,7
1999	12,3	9,1	4,1

Kilde: Skretting 1999

På slutten av 1980-tallet ble det foretatt en analyse av utviklingen av injeksjonsmisbruk i Norge (Skog 1990), og antall aktive sprøytemisbrukere ble da anslått til å være mellom 4 000 og 5 000. I 1994 gjorde Bretteville-Jensen et anslag for nyrekruttering av sprøytemisbrukere for perioden 1985 til 1995, og anslo tilveksten på 1990-tallet til ca. 150 per år (Bretteville-Jensen, 1994).

Ulike undersøkelser av stoffmisbrukere i første halvdel av 1990-tallet, viste at gjennomsnittsalderen blant sprøytemisbrukerne økte i takt med årene som gikk, noe som pekte i retning av at det ikke skjedde noen økning i rekrutteringen av unge til sprøytemisbrukermiljøet, men at tilgang og avgang mer eller mindre var i balanse. Fra midten av 1990-tallet kom det imidlertid rapporter fra sosialarbeidere og politi som mente at antall sprøytenarkomane var i ferd med å øke. SIRUS utarbeidet derfor et nytt estimat i 1999 (Bretteville-Jensen og Ødegård, 1999) med samme beregningsmetode som Skog hadde brukt tidligere.

Antall aktive sprøytemisbrukere ble i 1999 beregnet til å være mellom 9 000 og 12 000, og dette ble justert til 10 500–14 000 i 2000/2001. Om lag en tredjedel av disse ble anslått til å være kvinner. Sett i forhold til anslaget som ble gjort på slutten av 1980-tallet, er det snakk om mer enn en fordobling. Ut fra beregningene ser det ikke ut til at det har vært noen markert vekst i nyrekrutteringen i de yngste aldersgruppene på 1990-tallet. Det ser imidlertid ut til at det har vært en økende nyrekruttering til sprøytemisbruk blant de litt eldre, og særlig blant menn over 25 år.

Et indirekte mål på økningen i antall sprøytemisbrukere kan være utviklingen i antall sprøyter som deles ut til sprøytemisbrukere. Fra oktober 1988 har en i Oslo kunnet få gratis sprøyter og kondomer fra den såkalte «sprøytebussen». Bussen opererer i Oslo sentrum på kveldstid alle årets 365 dager. Antall utdelte sprøyter økte markant gjennom 1990-tallet, fra ca. 1000 utdelte sprøyter per dag i 1990 til ca. 5000 sprøyter per dag i 1998. Etter den tid har antallet utdelte sprøyter stabilisert seg, noe som kan tyde på at sprøyteutdelingen i Oslo har nådd et slags metningspunkt. Da utdelingen av sprøyter foregår anonymt, er det imidlertid ikke mulig å vite hvor mange enkeltpersoner

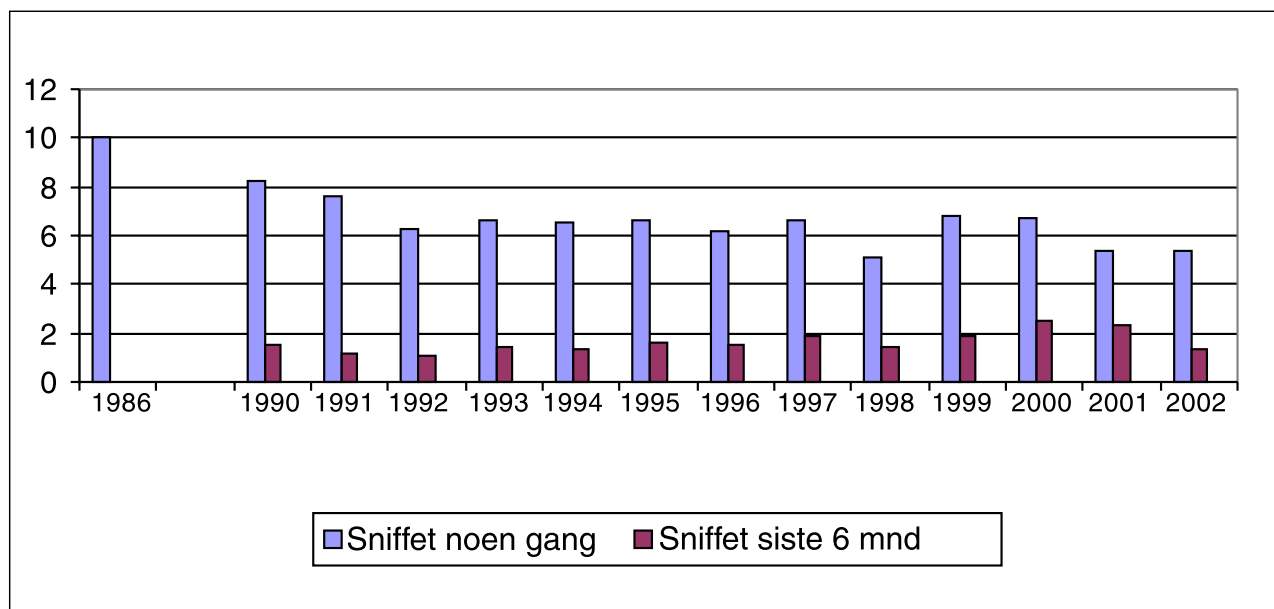
som er i kontakt med sprøytebussen i løpet av et år. Hvis en tar utgangspunkt i at en misbruker i gjennomsnitt bruker to sprøyter hver dag, innebærer det at omkring 2 500 stoffmisbrukere i Oslo de siste par år har fått sine sprøyter fra bussen.

Det er også tiltak for gratis utdeling av sprøyter i andre kommuner, men det foreligger ikke noen systematisk oversikt over omfanget. Sprøyter kan ellers kjøpes på apotek uten resept.

Fram til begynnelsen av 1990-tallet var misbruket av heroin først og fremst å finne i Oslo-området. I byer som Bergen, Tromsø, Trondheim, Stavanger og Kristiansand var misbrukermiljøene ennå dominert av cannabis, amfetamin og legemidler, samt alkohol. Bruken av heroin var mer sporadisk, noe som i stor grad hadde sammenheng med at misbrukermiljøene selv var aktive i å hindre at heroin skulle få innpass i miljøene. På begynnelsen av 1990-tallet ble denne barrieren brutt, og misbruket av heroin fikk fotfeste også utenfor Oslo-området. At det på landsbasis viser seg å være langt flere som søker inntak i legemiddelassistert rehabilitering enn det en først antok, illustrerer denne utviklingen. Dette gjenspeiles også i utviklingen i politiets og tollvesenets beslag av narkotiske stoffer. Eksempelvis ble heroin i 1989 beslaglagt i 19 av landets daværende 54 politidistrikt, mens antallet i 2000 var steget til 50. En liknende utvikling viste beslaget av andre narkotiske stoffer med unntak av cannabis, som allerede i 1989 fantes over hele landet (SIRUS 2002).

Det datatilfanget vi rår over synes altså entydig å peke på at forbruket av narkotiske stoffer har økt fra 1980-tallet til slutten av 1990-årene. Økningen synes å ha vært særlig sterk i siste halvdel av tiåret, i den perioden da også forbruket av alkohol viste en markant økning.

De studier som er gjort, viser at narkotikabruk er mer vanlig blant ungdom og unge opp til 30-årene, enn blant eldre voksne. Mange slutter å bruke narkotiske stoffer etter hvert som de blir eldre, og fra 30-årsalderen blir rusmiddelbruk mer og mer synonymt med bruk av alkohol. Bruk av narkotika er i større grad avgrenset til ungdomstiden enn hva bruk av alkohol er. Dette får følger for de skader som følger av bruken av disse to rusmidlene.



Figur 4.5 Prosentandel av ungdom i alderen 15–20 år som oppgir de har sniffet løsemidler hhv. noen gang og i løpet av siste seks måneder.

4.3 Løsemidler

Sniffing av løsemidler begynte å bre om seg i den vestlige verden i løpet av 1960-årene. I første del av 1980-årene var det 10–12 prosent av ungdommene i 15–20-årsalder i Norge som rapporterte at de noensinne hadde sniffet. De som sniffer er gjennomgående yngre enn brukerne av andre rusmidler, ofte rundt puberteten. I 1986 var det 10 prosent av 15–20-åringene i Norge som rapporterte bruk noensinne, i 2002 var tallet sunket til i overkant av 5 prosent. Bare hos en mindre andel av ungdommene har sniffingen hatt vesentlig omfang. Figur 4.5 viser at bare i overkant av en fjerdedel av dem som har sniffet, oppgir å ha sniffet i løpet av de siste 6 månedene (Skretting, 2000).

Det ser også ut til at for de aller fleste som eksperimenterer med sniffing, er dette noe som foregår i en avgrenset tidsperiode i første halvdel av tenårene. Det er en større andel blant 15–16-åringene som har sniffet i løpet av siste 6 måneder enn det er blant de eldre ungdommene. I motsetning til bruken av alkohol og narkotika, viser ikke sniffing av løsemidler noen vekst i løpet av 1990-årene.

4.4 Vanedannende medisiner

Norsk Medisinaldepot publiserer tall for salget av vanedannende legemidler. I lovens forstand er det-

te narkotiske stoffer, og bruk av slike legemidler som ikke er forskrevet av lege, er straffbart. De vanedannende legemidlene deles i tre grupper: svakere angstdempende eller beroligende midler (anxiolytika), sovemidler (hypnotika og sedativa) og smertestillende midler av opioid type. Virkestoffet i de to første gruppene er benzodiazepiner eller liknende stoffer.

Felles for opioider er at de inneholder morfin eller morfinliknende stoffer som brukes som smertestillende midler ved sterke smerter. Metadon er også et slikt smertestillende middel.

Salget av de nevnte stoffene for en del år er vist i tabell 4.3. Tallene refererer omsetning av medikamenter som vi antar i alt vesentlig brukes legalt. Tallene kan neppe brukes til å si noe om illegal bruk av medikamenter, bl.a. fordi disse importeres ulovlig.

Vi ser at salget av anxiolytika og hypnotika har gått noe tilbake, mens salget av morfin og metadon har økt betydelig. Dette siste har særlig sammenheng med økt bruk av det smertestillende middelet Dolcontin (morfin) og ved den opptrappingen som nå finner sted innenfor legemiddellassisert rehabilitering av stoffmisbrukere (metadon).

SIRUS har i sine landsomfattende intervjuundersøkelser siden 1985 stilt spørsmål omkring bruken av sovemidler og beroligende midler. I tabell 4.4 har vi gjengitt andelen av befolkningen 15 år og eldre som har oppgitt at de har brukt slike medisiner siste år. Vi ser at det er vanligere å bruke

Tabell 4.3 Salg av avhengighetsskapende legemidler angitt i definerte døgndoser (DDD).

	Anxiolytika		Hypnotika og sedativa		Opioider		
	Benzo-diazepiner	Øvrige preparater	Benzodiazepin-derivater	Øvrige preparater	Morfin	Petidin	Metadon
1980	22,0	0,7	33,6	7,2	0,1	0,1	0,1
1985	23,0	0,6	31,4	4,0	0,4	0,1	0,1
1990	23,3	0,5	39,9	2,1	0,9	0,1	0,1
1995	18,3	0,6	21,7	4,2	1,1	0,1	0,1
2000	18,0	1,0	13,7	18,1	1,4	0,0	1,0

Kilde: Rusmidler i Norge, SIRUS 2001

Tabell 4.4 Bruk av sovemidler og beroligende medisiner. Prosentvis andel i befolkningen 15 år og over.

	1985	1991	1994	1999
Sovemidler	10	12	11	11
Menn	7	8	8	9
Kvinner	13	16	13	12
Beroligende	8	7	8	8
Menn	6	5	5	7
Kvinner	11	10	10	9

denne typen medisiner blant kvinner enn blant menn. Tabellene viser bare ubetydelige endringer for gruppene anxiolytika, hypnotika og sedativa og opioider.

Brukerne av ikke forskrevne vanedannende medisiner er ofte blandingsmisbrukere. I 80–90 prosent av tilfellene hvor Statens rettskriminalologiske institutt (SRI) påviste legemidler, forekom disse i kombinasjon med andre stoffer (illegale rusmidler, andre legemidler som virker på sentralnervesystemet, eller alkohol), og i blodkonsentrasjoner som viser inntak langt over vanlig terapeutisk dosering.

Det er sannsynlig at det er et ganske betydelig omfang av personer med misbruk av vanedannende legemidler i Norge, og at dette i stor grad er et «usynlig» misbruk. Det har vært gjort enkelte studier av forskrivning av B-preparater² i Norge. Smith-Solbakken et al. (1996) fant at vel 10 prosent av dem som hadde fått forskrevet B-preparater, i gjennomsnitt hadde fått forskrevet 215 DDD³ i løpet av en 11 måneders periode, og denne gruppen (på vel 5000 personer i Rogaland og Vest-Agder) hadde både fått forskrevet medikamentene hos to eller flere leger og hentet ut medikamentene på to eller flere ulike apotek. Denne studien viste også at storforbrukerne av slike legemidler gjerne er eldre pasienter.

Dybwad et al. (1994) fant også indikasjoner på at omkring hver sjettede person i aldersgruppen 70–79 år får forskrevet B-preparater fast. Det er imidlertid klart at omfanget av avhengighet, helsemessige skader og sosiale kostnader knyttet til bruk av vanedannende legemidler i Norge er tema vi fremdeles har svært lite kunnskap om.

4.5 Oppsummering

Ut fra de data vi har til rådighet over utviklingen i omfanget av rusmidler i de siste 10 årene, er det særlig forbruket av narkotika som viser en økning. Forbruket av alkohol har økt i siste halvdel av 1990-årene, men er likevel ikke høyere i dag enn det var i 1980. Andelen av befolkningen som har brukt løsemidler og forskrevne sovemedisiner og beroligende midler, synes også å ha holdt seg forholdsvis konstant i den perioden vi har sett på. Forbruket av forskrevne opioider har økt.

Sammenlikner vi ulike befolkningsgrupper, skiller 15–20-åringene seg ut. Denne gruppen har hatt en betydelig økning i sitt alkoholforbruk, og det samme gjelder utprøving av narkotika. Narkotikamisbruket har økt noe også blant de litt eldre. Det er dels en følge av at rekrutteringsbasen har økt, dels en følge av et økt antall litt eldre debutanter. Det siste synes særlig å gjelde heroin.

Ser vi på forskjeller mellom kjønnene, har alkoholforbruket blant helt unge jenter økt noe sterkere enn blant unge gutter. Det ser imidlertid ikke ut

² Smertestillende, beroligende, hypnotika og hostemikstur.

³ DDD= definerte døgndoser av et medikament.

til at kvinnenenes alkoholforbruk lenger øker sterkere enn mennenes, slik tilfellet var på 1970- og 1980-tallet. Heller ikke forbruket av narkotika synes å øke sterkere blant kvinner enn blant menn. Det er fremdeles slik at menn drikker betydelig mer enn kvinner, og at omfanget av alkoholmisbruk og stoffmisbruk er høyere blant menn enn blant kvinner.

En gruppe rusmiddelbrukere vi vet lite om, er legemiddelmisbrukerne. Vi vet også lite om blan-

dingsmisbrukerne. At blandingsmisbruk er utbredt, kommer ikke minst tydelig fram ved de analyser som gjøres av stoffpåvirkete motorførere ved SRI. I de veitrafikksaker hvor en påviste stoff, fant en i gjennomsnitt 2,6 stoff (alkohol ikke medregnet). Videre fant SRI at det bare i 10 prosent av de heroinrelaterte dødsfallene ble påvist heroin alene (SRI 2002).

Kapittel 5

Negative konsekvenser av bruken av rusmidler

Rusproblemene i Norge er knyttet til bruken av alkohol, narkotika, løsemidler og enkelte vanedannende medisiner. Alkohol, løsemidler og vanedannende medisiner er legale stoffer (vi snakker her bare om legemidler som er forskrevet av lege), det er ikke noe forbud mot å bruke dem. Problemene disse stoffene forårsaker er derfor knyttet til de konsekvenser bruken av stoffene kan ha, bruk i seg selv er ikke noe problem.

For narkotika er det annerledes. Det norske lovverket forbyr bruk av narkotika, og dermed er bruken i seg selv et problem. Narkotikaproblemet består derfor ikke bare av de uheldige følgene bruken av slike stoffer har, men også av bruken i seg selv. Det gjør at narkotikaproblemet står i en særstilling blant de problemer som er knyttet til rusmidler.

Med samfunnets rusproblem forstår vi derfor ikke bare de skader og ulemper som følger av bruken av rusmidler. I tillegg utgjør selve omfanget av bruken av illegale narkotiske stoffer et problem i seg selv.

Det er en sammenheng mellom størrelsen på rusproblemene og hvor mye som brukes av de ulike rusmidler, men bruksmønster har også betydning. Om vi f.eks. ser på forbruket av alkohol, har forskning påvist en statistisk sammenheng mellom gjennomsnittsnivå og antall storforbrukere av alkohol. Men skadeomfanget kan ikke bare forklares ved hvor mye en drikker, men også ved den måten en drikker denne mengden på. Et bruksmønster preget av hyppige inntak av små mengder vil gi andre skader enn et bruksmønster preget av få inntak av store mengder. Under forutsetning om at både drikkemønsteret og alkoholforbrukets fordeling i befolkningen holder seg uend-

ret, kan det gjøres studier over sammenhengen mellom endringer i alkoholforbruk og endringer i spesifikke skader, for å anslå hvordan bestemte skader antas å ville bli påvirket av endringer i alkoholforbruket i samfunnet (Horverak, Nordlund og Rossow 2001).

En måte å inndeles rusmiddelrelaterte skader på, er å knytte disse til dimensjonene akutte (den enkelte rusepisode) og kroniske (langvarig, høyt forbruk) på den ene siden, og direkte (forgiftning) og indirekte (atferdsendringer) på den andre. Dette er gjort i tabell 5.1.

I tillegg skiller man gjerne mellom skader som rammer rusmiddelbrukeren selv, og skader som rammer andre. Det er gjerne de indirekte skadene (både knyttet til akutt rus og kronisk misbruk) som kan ramme andre enn rusmiddelbrukeren (f.eks. ektefelle, barn, tilfeldige medtrafikanter).

Det er store kulturelle forskjeller i hvordan rusmidler brukes. F.eks. er det blant sprøytebrukere i Norge og de fleste andre europeiske land mest vanlig å injisere opiat (heroin), mens det i Sverige og Finland er vanligst å injisere amfetamin. Andelen som røyker heroin i stedet for å injisere den varierer også mye mellom landene; i Spania røykes mer enn 70 prosent av den heroinen som blir brukt. Andelen sprøytebrukere blant heroinbrukere i Spania har falt fra 50 prosent i 1991 til under 20 prosent i 2001 (EMCDDA 2002). Forskjellen i måten å bruke narkotiske stoffer på har betydning for omfanget og typen av narkotikarelaterte skader.

Også måten alkohol drikkes på, og fordelingen av forbruket på øl, vin og brennevin, varierer mye fra land til land. Forskjellene i drikkemønster nedfeller seg i hvilke typer alkoholrelaterte problemer

Tabell 5.1 En inndeling av rusmiddelrelaterte skader etter fire kategorier

	Direkte	Indirekte
Akutte	Rus, forgiftning	Ulykker, skader, vold
Kroniske	Utvikling av avhengighet, redusert immunforsvar, leverskader, nevrologiske skader, hiv, osv	Sosiale problemer, økonomiske problemer, samlivsproblemer, psykiske problemer, osv

som blir dominerende i et samfunn. I land som Italia og Frankrike vil de alkoholrelaterte problemene først og fremst konsentreres om direkte, kroniske helseskader, f eks leverskader, på grunn av det høye, jevne alkoholforbruket i befolkningen. I Norge er det et lavere forbruk i befolkningen generelt, men mer utagering knyttet til rus. De alkoholrelaterte problemene vil derfor i større grad være knyttet til indirekte effekter av rus, i form av skader, ulykker og vold.

Et spørsmål som er diskutert, er om skadeomfanget knyttet til alkoholbruk, i tillegg til mengde og bruksmåte, også avhenger av hva en drikker. Spørsmålet har særlig vært reist i forbindelse med debatten om hvorvidt et meget moderat alkoholforbruk kan gi gunstige helseeffekter, f eks en nedsatt risiko for hjerte/karsykdommer. Denne debatten er langt fra avklart. Det er usikkert om eventuelle helseeffekter avhenger av om en drikker øl, vin eller brennevin (American Heart Association 2001).

Spørsmålet om alkoholtype har også vært oppe i diskusjonen omkring sammenhengen mellom bruk av alkohol og utøvelse av vold (Pernanen 1996). Imidlertid er det lite som tyder på at drikkesort har noen betydning for utøvelse av vold. En finner imidlertid en klar sammenheng mellom alkoholverdi i blodet og tendens til aggressive reaksjoner; sterkere rus kan gi en mer aggressiv atferd, og føre til alvorligere tilfeller av vold. Om det er slik at det er en tendens til å bli mer beruset når en drikker brennevin enn når en drikker vin og øl, vil bruk av brennevin kunne opptre oftere i voldstilfeller enn bruk av vin og øl. Nå må det imidlertid understrekes at i svært mange drikketilfeller drikker en flere enn én alkoholsort, slik at det vil være vanskelig å skille effekten av brennevinstdrikking ut fra effekten av andre typer alkoholdrikker.

Også for narkotika er det stilt spørsmål ved om enkelte stoffer fører til færre skader enn andre.

Særlig har en vært opptatt av om det kan påvises skadevirkninger som følge av bruk av cannabis (marihuana, hasj). Det er relativt få studier som sier noe om langtidsvirkningen av bruken av slike stoffer. Det er helt nylig publisert resultater fra noen studier som viser en sterk sammenheng mellom cannabisbruk og utvikling av psykisk sykdom (British Medical Journal 2002). Her er det behov for ytterligere forskning.

Det store spørsmålet i forbindelse med bruk av cannabis, er imidlertid om bruken fungerer som en døråpner til bruk av andre narkotiske stoffer som en med sikkerhet vet har alvorlige uheldige følger (kokain, amfetamin, heroin). Flere studier har vist at cannabis ofte er det første narkotiske stoffet som tunge narkotikamisbrukere har brukt, men dette trenger likevel ikke bety at det går en årsakskjede fra bruk av cannabis til bruk av sterkere stoffer. Ungdom som starter med å bruke cannabis i ung alder, og som senere blir tunge narkotikamisbrukere, scorer nemlig også høyt på andre faktorer som, uavhengig av cannabisbruken, er assosiert med økt risiko for å utvikle et narkotikamisbruk (Strange and Witton 2001). Det er også viktig å merke seg at det rusmidlet som nesten alltid kommer først, er alkohol.

I tabellen 5.2 har vi stilt opp de skader vi vet at bruk av rusmidler fører med seg. Det er forholdsvis få det finnes opplysninger om omfanget av. Særlig gjelder dette skader som rammer de pårørende. Her har vi ingen statistiske opplysninger, på tross av at dette, sammen med skader som rammer tredjeperson, er det viktigste grunnlaget for å kunne legitimere rusmiddelpolitiske tiltak. Heller ikke de uheldige følgene for samfunnet har vi gode opplysninger om, kanskje med et lite unntak for ressursbruken i behandlingssektoren. De aller fleste data vi har om de uheldige konsekvenser av alkoholbruk, er knyttet til følgene for brukerne selv.

Tabell 5.2 Uheldige følger forbundet med bruk av rusmidler

Skade	Eksempler på skadetyper
Dødsfall	Rusmiddelrelatert sykdom, dødsulykker, selvmord, drap
Dårlig helse	Rusmiddelrelatert sykdom, uførhet, psykiske problemer
Avhengighet	Abstinens
Ulykker	Trafikkskader, fallskader, drukningsulykker mm
Vold	Slagsmål, krangel
Sosiale problemer	Tap av jobb, samlivsproblemer, oppløste hjem, økonomiske problemer
Kontrollskapte problemer	Bøter, fengsel
Samfunnsøkonomiske kostnader	Helse- og sosialkostnader, produktivitetstap, kriminalitet

I det følgende vil vi se på omfanget av de skader som følger av bruk av alkohol og narkotika, og i noen grad også av vanedannende medisiner. Helt til slutt i kapitlet vil vi peke på noen av de konsekvensene bruk av sniffestoffer kan ha for kroppens organer.

5.1 Dødsfall

Vi har ikke et godt grunnlag for å avgjøre hvor mange dødsfall som skyldes alkohol- og/eller narkotikabruk i Norge. I dødsårsaksstatistikken angis det antall dødsfall for ulike sykdomskategorier. For noen av disse sykdomskategoriene er det ganske sikkert eller sannsynlig at dødsfallet skyldtes rusmiddelbruk,¹ men mange dødsfall som skyldes rusmiddelbruk blir kategorisert under andre dødsårsaker, som f.eks. ulykker eller kreft.² Verdens helseorganisasjon (WHO) har beregnet at alkohol er årsak til 3,2 prosent av samtlige dødsfall på verdensbasis, mens narkotika står for 0,4 prosent (WHO 2002). I tillegg er det beregnet at antall leveår (Disability Adjusted Life Years, DALY) reduseres med 4 prosent pga alkohol, mens anslaget for narkotika er 0,8 prosent. For Vest-Europa er det beregnet at antall leveår reduseres med 11,1 prosent for menn og 1,7 prosent for kvinner pga alkohol og med 2–4 prosent (for menn og kvinner) pga av narkotikabruk. Det er all grunn til å anta at også i Norge er det et langt større antall dødsfall og tap av leveår som skyldes alkoholbruk enn narkotikabruk.

Alkohol

Dødsfall som skyldes alkoholbruk kan grovt sett deles i følgende grupper av dødsårsaker: organskader pga langvarig misbruk, forgiftningsdødsfall, selvmord pga kronisk misbruk, og brå dødsfall (ulykker, selvmord og drap) hvor beruselse har vært en årsak eller utløsende faktor. Verdens helseorganisasjon har beregnet fordelingen av dødsfall som skyldes alkohol etter dødsårsakskategori. Der framgår det at 38 prosent av dødsfallene som skyldes alkohol kan kategoriseres under psykiatriske sykdommer, 27 prosent er ulykker (og drap), 13 prosent er selvmord, 7 prosent er kreft-

sykdommer, 7 prosent er hjerte/karsykdommer og 8 prosent er andre sykdommer (i hovedsak levercirrhose). Dødsfall ved alkoholrelaterte sykdommer utgjør altså bare en liten del av alle dødsfall som skyldes alkohol.

Det kan være grunn til å hevde at antall dødsfall hvor alkohol oppgis til å være dødsårsak, er utsatt for en betydelig underrapportering. Det synes å være store variasjoner i legers evne og vilje til å registrere alkoholens betydning ved dødsfall og sykdom. Det betyr at de tall en finner i helsestatistikken er minimumstall, og at mørketallene er betydelige. I en svensk studie fra 1982 vedrørende dødsfall blant middelaldrende menn, fant en f.eks. at antall dødsfall der alkohol ble ført opp som hovedårsak i dødsårsaksstatistikken, burde multipliseres med en faktor på 6–8 for å komme fram til det reelle antall dødsfall hvor alkoholbruk faktisk var hovedårsaken (Petersson et al. 1982).

Både WHOs tall på tapte leveår og dødsårsaksstatistikken på alkoholrelaterte sykdommer viser at dødsfall som skyldes alkohol er vesentlig mer utbredt blant menn enn blant kvinner.

Det er gjort en del norske studier av dødsfall hvor alkohol har spilt en rolle. Gjerde et al. (1993) fant at 28,3 prosent av 159 bilførere det ble tatt blodprøve av i forbindelse med dødsulykker i trafikken i 1989 og 1990, hadde drukket alkohol. 27 prosent hadde en promille over den lovlige grensen på 0,5. Blant ulykkene hvor det ikke var involvert noe annet kjøretøy (utforkjøringer og lignende), fant en at 41,5 prosent av førerne hadde drukket alkohol.

Skog (1986) nevner at alkohol var til stede i mellom 33–50 prosent av alle dødsulykker blant menn i trafikken (en høyere andel for aleneulykkene, dvs. utforkjøring og lignende), i rundt 25 prosent av fallulykkene blant menn, i rundt 50 prosent av drukningsulykkene blant menn og det samme for selvmord totalt. Dette trenger ikke bety at alkoholbruken var årsak til ulykken. Når det gjelder selvmord, var det i følge Rossow sannsynlig at en andel på rundt 20 prosent av alle selvmord kan tilskrives alkoholbruken i samfunnet.³

En rekke studier har også vist en sammenheng mellom endring i befolkningens alkoholkonsum og dødelighet i befolkningen. Studier av norske data har vist at en økning i alkoholkonsumet gir en økning i den totale dødeligheten, og en klar økning i dødeligheten ved alkoholrelaterte sykdommer, og dødeligheten ved ulykker, selvmord og drap. Tilsvarende er også funnet for de andre nordiske landene (Norström et al. 2001).

¹ Dette gjelder f.eks. levercirrhose, alkoholpsykose og medikamentavhengighet.

² Tilsvarende kan man ikke lese antall dødsfall som skyldes tobakksrøyking direkte ut av dødsårsaksstatistikken, det må beregnes på grunnlag av en rekke faktorer.

³ Rossow bruker begrepet «attributable fraction» om den andelen av selvmordene som kan tilskrives bruken av alkohol.

Tabell 5.3 Narkotikadødsfall i Norge

	Oslo	Utenfor Oslo	Menn	Kvinner	Totalt
1990	43	32			75
1991	55	41	74	22	96
1992	73	24	78	19	97
1993	48	47	77	18	95
1994	81	43	102	22	124
1995	79	53	108	24	132
1996	104	81	159	26	185
1997	95	82	149	28	177
1998	134	136	226	44	270
1999	104	116	181	39	220
2000	131	196	264	63	327
2001	109	229	286	52	338

Kilde: Kriminalpolitisentralen. Tallene bygger på innrapporterte dødsfall fra landets politikamre.

Narkotika

I Norge foreligger det to statistikker over narkotikadødsfall. I tillegg til Statistisk sentralbyrås dødsårsaksstatistikk (hvor man heller ikke kan lese direkte ut hvor mange som dør av narkotikabruk), fører Kriminalpolitisentralen en statistikk over narkotikarelaterte dødsfall. I følge Kriminalpolitiets årsrapport for 2001 omfatter politiets data «alle dødsfall hos narkotikamisbrukere der dødsårsaken er forgiftning, og narkotikadødsfall der det kan sies å være en sammenheng mellom dødsfallet og avdødes narkotikamisbruk». Det er disse tallene som vanligvis gjengis i mediene, og det har vært stor oppmerksomhet omkring den relativt store økningen i slike narkotikadødsfall i Norge på 1990-tallet. Hva som inngår i betegnelsen narkotikadødsfall er imidlertid ikke alltid entydig, ikke minst fordi blandingsmisbruk, hvor også alkohol spiller en viktig rolle, er svært vanlig ved såkalte overdosedødsfall. Dette gjør at det kan være vanskelig å foreta sammenligninger mellom ulike land.

De første narkotikadødsfallene i Norge ble registrert i 1976, og antallet var relativt stabilt rundt 40 per år fram til midten av 1980-tallet. Deretter har det vært en moderat økning fram til tidlig på 1990-tallet, og så en betydelig økning fram til 2001. Det kan være verdt å merke seg at mens flertallet av narkotikadødsfallene fram til 1997 fant sted i Oslo, har det i de siste år vært registrert flere slike

dødsfall utenfor Oslo. I 2001 ble det meldt om narkotikadødsfall i 41 av landets daværende 54 politidistrikt.

En nærmere undersøkelse av de heroinoverdosedødsfallene som ble analysert ved SRI i 2001, viste at det i 90 prosent av tilfellene også var inntatt andre stoff som kunne ha bidratt til dødsfallet. Hyppigste ble det påvist vanedannende medisiner (benzodiazepiner), dernest alkohol.

I tillegg til at de såkalte overdosedødsfallene er vanlig blant narkotikamisbrukere, viser en rekke studier at denne gruppen også har en svært høy risiko for å dø ved ulykker og selvmord, og at en del også dør av ulike kroniske sykdommer (Rossow 1998). Det er også en svært høy dødelighet blant stoffmisbrukere. Norske studier har funnet at årlig dødelighet blant stoffmisbrukere har variert mellom 2 og 4 prosent, dvs. at av 100 narkotikamisbrukere vil mellom 2 og 4 dø i løpet av ett år (Bretteville-Jensen og Ødegård).⁴ Bilførere som kjørte narkotika/medikamentpåvirket i Norge i 1992, har vist en tilsvarende dødelighet i de etterfølgende år (Skurtveit et al. 2002).

I studier fra andre europeiske land er den beregnede dødeligheten mellom 1 og 2,5 prosent. Det er flere faktorer som har betydning for hvor høy dødeligheten blant misbrukere er, blant annet er dødeligheten høyere blant heroinbrukere enn blant amfetaminbrukere, og den er høyere blant dem som injiserer.

I forbindelse med studien til Gjerde et al. nevnt foran, ble blodprøvene til de 159 bilførerne som var utsatt for en dødsulykke også analysert med hensyn til om de hadde brukt narkotika/vanedannende medisiner. Dette viste seg å ha vært tilfelle for 26 førere svarende til 16,4 prosent av utvalget. Av disse hadde 14 utelukkende brukt narkotika, mens

⁴ Bretteville-Jensen fant en dødelighetsrate på 4,5 prosent blant en gruppe heroinister som ble rekruttert fra sprøytebussen i Oslo. Ervik fant en dødelighetsrate på 5,3 prosent i et utvalg på 99 heroinbrukere som søkte metadonbehandling, men som ikke ble tatt inn i behandlingen. Dette er den høyeste dødelighetsraten som er referert i Norge.

12 både hadde brukt narkotika og alkohol. Blant ulykkene som bare omfattet ett kjøretøy, fant en at 21,5 prosent av førerne hadde brukt narkotika/vanedannende medisiner.

5.2 Avhengighet og sprøytebruk

Gjentatt bruk av alkohol og samtlige andre rusmidler innebærer en risiko for at det framkalles relativt langvarige endringer i hjernen. Det dreier seg i denne sammenheng ikke om varige skader, men langvarige funksjonsendringer, som er satt i forbindelse med ønsket om fortsatt bruk av rusmidlet (Nestler 2001). Det diskuteres hvor viktige og sentrale slike forandringer er for opprettholdelsen av rusmiddelavhengighet, men i mange neurologiske forskningsmiljøer tillegges de stor betydning for å forstå mekanismene bak og årsakene til at rusmiddelavhengighet kan oppstå.

Alkohol

Det finnes ikke noe tall på hvor mange som er alkoholavhengige i Norge. Imidlertid kan vi på bakgrunn av kunnskap om sammenhengen mellom gjennomsnittsforbruket av alkohol og antall som drikker over en viss gjennomsnittlig mengde pr dag, beregne antall stordrikkere. Definisjonen av en stordrikk kan variere. Vi vil her regne en person som i gjennomsnitt drikker 10 cl ren alkohol pr dag (dvs. en alkoholmengde svarende til 0,25 liter brennevin eller vel ei hel flaske vin eller vel 2 liter pilsnerøl) eller mer for en stordrikk. Det anslås at rundt 60 000 personer drakk så mye her i landet i 2001 (Skog 1985).

Det vil være feil å si at alle disse er avhengige av alkohol, men blant dem som i gjennomsnitt har et daglig forbruk på 10 cl ren alkohol eller mer, vil en rekke ha problemer med sitt høye alkoholforbruk. Det vil på den annen side også være mange som har betydelige problemer med sitt alkoholbruk, som drikker mindre enn 35 liter ren alkohol pr år. Det er derfor vanskelig å gi en definisjon av alkoholiker som er knyttet utelukkende til alkoholinntak. Hvem som oppfattes å ha problemer med sitt forbruk av alkohol avhenger like mye av funksjonsevne og sosiale forhold, som av hvor mye en drikker.

Til tross for at den personlige risiko for å oppleve alkoholrelaterte skader er mye større for høykonsumenter enn lavkonsumenter, vil de bare være ansvarlige for en liten andel av samfunnets totale alkoholrelaterte skader og problemer. Det kommer av at antallet moderate konsumenter er så mye større.

Narkotika

I 1999 ble antall aktive sprøytebrukere beregnet til å være mellom 9 000 og 12 000 (Bretteville-Jensen og Ødegård, 1999), og dette anslaget ble justert til 10 500–14 000 i 2000/2001. Anslaget innbefatter både de som tar heroin og de som tar amfetamin i sprøyte.

De sprøytenarkomane har en betydelig risiko for å pådra seg smittsomme sykdommer gjennom bruk av urene sprøyter. Ved utgangen av 2001 var det diagnostisert 456 hiv-positive med risikofaktor sprøytebruk i Norge. Dette utgjorde en femtedel av alle diagnostiserte hiv-tilfeller. Blant dem som på samme tidspunkt hadde utviklet AIDS, var det

Tabell 5.4 Registrerte personer med hiv-diagnose og utviklet AIDS

	HIV Totalt	HIV- sprøytebruk	Prosentandel HIV- sprøytebruk	AIDS totalt	AIDS sprøytebruk	Prosentandel AIDS sprøytebruk
1984–90	984	337	34	203	21	10
1991	142	16	11	59	16	27
1992	105	12	11	50	8	16
1993	113	13	12	64	13	20
1994	94	12	13	74	19	26
1995	105	11	10	67	8	12
1996	116	9	8	56	12	21
1997	113	11	10	34	8	24
1998	98	8	8	39	5	13
1999	147	12	8	28	6	21
2000	176	7	4	38	6	16
2001	158	8	5	26	4	15
Totalt	2 351	456	19	738	126	17

Kilde: Statens institutt for folkehelse

126 sprøytebrukere. Dette var 17 prosent av det totale antall aidstilfeller. Antall nye tilfeller av hiv-smitte blant sprøytebrukere i Norge er lavt. Det samme gjelder antall nye sprøytebrukere som utvikler AIDS. En stor del av sprøytebrukere som har utviklet AIDS er allerede døde. I tillegg er forholdsvis mange hiv-positive stoffmisbrukere døde av andre årsaker. Undersøkelser viser at mer enn 90 prosent av sprøytemisbrukere oppgir å ha testet seg, de fleste flere ganger. Mørketallet er derfor trolig forholdsvis lite.

Sprøytemisbrukere har også økt risiko for å pådra seg hepatitt C. Prevalens (antall tilfeller) av kronisk hepatitt C i Norge er ikke sikkert kjent. En vet imidlertid at et stort antall stoffmisbrukere har vært smittet av hepatitt C. Det samme gjelder hepatitt A og B.

Vanedannende medisiner – benzodiazepiner

Det er en markert tendens til toleranseutvikling ved bruk av benzodiazepiner, særlig med hensyn til stoffenes hypnotisk-sedative effekt. En del pasienter som behandles med slike stoffer får seponeringsproblemer ved opphør av behandlingen, men majoriteten synes ikke å få slike problemer. I forhold til definisjonen av avhengighet slik den er formulert i ICD-10, er det ytterst sjelden at bruk av benzodiazepiner fører til avhengighet (NFR 1996).

5.3 Sykelighet

Bruk og misbruk av rusmidler medfører økt risiko for ulike somatiske og psykiske sykdommer. Det er grunn til å tro at personer som i utgangspunktet har psykiske sykdommer, har økt risiko for å utvikle en problematisk bruk av rusmidler.

På bakgrunn av en kartleggingsundersøkelse rettet mot psykiatriske avdelinger, poliklinikker og ungdomsteam, samt ruspoliklinikker og kommuner, er det gjort anslag for hvor mange pasienter med kombinasjonen psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk som har behov for behandlingstiltak (Statens helsetilsyn 2000). De psykiske lidelsene omfatter psykoser, alvorlige depresjoner, angstlidelse, spiseforstyrrelser, kognitiv svikt og enkelte personlighetsforstyrrelser. Denne gruppen går under betegnelsen pasienter med dobbeltdiagnose, og ble i 1998–1999 anslått til 4000 personer. To tredjedeler var menn. Misbruk av alkohol og narkotika var likelig fordelt på begge kjønn. Kartleggingen viste at det var en klar tendens til at pasienter med psykoser misbrukte cannabis og amfetamin, mens pasienter med stemningslidelser

misbrukte alkohol. Pasienter med personlighetsforstyrrelser var overrepresentert blant opiatmisbrukere.

Et høyt alkoholforbruk over tid fører til økt sykelighet. Foruten psykiske lidelser, er de mest vanlige sykdommene ved et høyt alkoholforbruk magesår, leversykdommer, blodtrykksykdommer, hjerte/karsykdommer og enkelte kreftformer. Blant sprøytemisbrukere er en vanlig komplikasjon infeksjoner i forbindelse med sår. Felles for alkohol- og narkotikamisbrukere er svekket helse-tilstand og redusert immunforsvar som fører til økt sykelighet.

Det er gjort noen undersøkelser som beregner hvor stor andel av sykehusinnleggelser som kan tilskrives alkohol. Tallene er meget usikre, og viser store variasjoner. I en stor studie fra Sverige fant Kristenson et al. at blant middelaldrende menn, sto alkoholisme og alkoholisk psykose for 13,6 prosent av det antallet sykehusdøgn som ble rapportert for gruppen i løpet av en treårs periode (Kristenson et al. 1982). Til sammen anslo de at 39,2 prosent av alle sykehusdøgn som ble rapportert for denne gruppen, skyldtes alkoholrelaterte og potensielt alkoholrelaterte forhold.

I en engelsk studie hevdes det at 1 av 16 (6 prosent) av alle sykehusinnleggelser er alkoholrelaterte, og at så mange som 1 av 6 (17 prosent) av dem som oppsøker legevakst eller akuttmottak, har pådratt seg alkoholrelaterte skader (så mange som 8 av 10 «at peak times») (Royal College of Physicians 2000).

Vi vet imidlertid generelt lite om omfang og fordeling av kroniske lidelser blant rusmiddelmisbrukere i Norge, og hvilke behov for helsetjenester rusmiddelmisbrukere har.

5.4 Ulykker og skader

Alkohol

De fleste skader som er forbundet med alkohol, skjer ikke som en følge av langvarig bruk, men som følge av alkoholpåvirkning og beruselse. Dette skyldes som allerede nevnt at det norske drikke-mønsteret, både blant dem som drikker mye og blant dem som drikker lite, er preget av at beruselse forekommer relativt hyppig. Som vist i kapittel 4, synes ikke antallet beruselsessituasjoner å ha gått ned i de senere år.

De skader som er mest vanlige i forbindelse med rus, er knyttet til trafikk-, druknings- og fallulykker (Romelsjö 1995). Forbindelsen til alkohol er oftest blitt kvantifisert i de tilfeller hvor skadene fører til dødsfall, men det er også gjort enkelte

studier av sammenhengen mellom ulykker uten dødelig utfall og alkoholinntak. Slike studier er gjerne gjort i forbindelse med «naturlige eksperimenter», og det vanligste er analyser over skadeutvikling i en periode hvor tilgjengeligheten til alkohol er blitt betydelig redusert. Det mest typiske er ved streiker innen alkoholbransjen (Horverak og Nordlund 1983, Österberg og Säilä 1991).

I forbindelse med streiken ved Vinmonopolet i 1978, ble det bl a gjort en sammenlikning av utviklingen i antall pasienter innlagt på sykehus for skader under streiken, og i tilsvarende perioder ett år før og ett år etter streiken (Reigstad, Reikeraas og Lunde 1983). Det var signifikant færre pasienter som fikk påvist alkohol i blodet under streiken. For aldersgruppen 15–66 år, var det en signifikant nedgang i pasienter behandlet for ulykker sammenliknet med året før og året etter. Det var en klar reduksjon i tallet på fallulykker og trafikkuulykker i denne aldersgruppen.

I perioden da alkoholsalget gikk som normalt fant Nesvold og Reigstad at 9 prosent av skadepasientene ved førstegangskonsultasjon ved Legevaktens åpne poliklinikk i Oslo fikk alkoholpåvirkning påført på journalkortet (Nesvold og Reigstad 1983). På grunnlag av en tidligere studie (Reigstad, Bredesen og Lunde 1977), antok en at dobbelt så mange hadde påvisbar alkoholmengde i blodet.

I en finsk studie hvor en så på alkoholbruk og fallulykker, fant en at sjansen for å bli utsatt for en fallulykke økte med økende promille. Mens risikoen forble nokså uendret fram til promiller mellom 0,5–1,0, økte risikoen meget sterkt for høyere promiller. Ved promiller over 1,5, var risikoen for å bli utsatt for en fallulykke 60 ganger høyere enn om en var edru (Honkanen et al. 1983).

Det er en klar sammenheng mellom omfanget av trafikkuulykker og utbredelsen av promillekjøring. Det er gjort flere studier av hvordan risikoen for å bli utsatt for en ulykke avhenger av promillenivået. Den mest omfattende studien er gjort av Borkenstein et al. på et materiale av amerikanske bilførere. Her fant en at risikoen for å bli involvert i en trafikkuulykke blant bilførere ble fordoblet ved promiller mellom 0,5–1,0, sjudoblet ved promiller mellom 1,1–1,5 og tjuendoblet ved promiller over 1,55 (Borkenstein et al. 1964).

På bakgrunn av et norsk materiale fant Glad at rundt 30 prosent av førerne som døde i trafikkuulykker hadde en promille over 0,5, og at risikoen for å bli utsatt for en dødsulykke blant førere med en promille over 0,5 var 160 ganger høyere enn blant førere som ikke var alkoholpåvirket (Glad 1985). For ungdom mellom 18–24 år som kjørte med en

promille over 0,5, fant han at den tilsvarende risikoen var 900 ganger høyere enn blant jevnaldrende som kjørte uten promille.

Vi vet ikke hvor stort omfanget av promillekjøring faktisk er, men Glad (1985) har beregnet at bare 1 av 970 kjøretilfeller hvor føreren har en promille mellom 0,5–1,5 blir oppdaget. I 2001 utgjorde denne gruppen 38 prosent av dem som, enten ved blodprøve eller utåndingsprøve, fikk påvist en promille over 0,2. For høyere promiller er oppdagelsesrisikoen anslått til 1 av 250 tilfeller. I 2001 viste 53 prosent av prøvene en promille på dette nivået (SRI 2001).

I de senere år har antallet mistenkte promillekjørere, dvs førere det har blitt tatt prøve av, hele tiden ligget rundt 5 000 pr år. Det har ikke skjedd noen vesentlig endring siden 1993.

Endelig skal det nevnes at bruk/misbruk av rusmidler under svangerskap innebærer økt risiko for skader hos foster. Skadene kan være lav fødselsvekt, mental retardasjon, føtalt alkoholsyndrom (FAS) og abstinenssymptomer i nyfødtp perioden. Skader hos foster kan imidlertid også være relatert til den livsstil mange rusmiddelmisbrukere har. Norge mangler data om forekomst av rusmiddelrelaterte skader hos foster.

Narkotika/vanedannende medisiner

Med unntak av oversikter over dødsfall, finnes det få opplysninger om sammenhengen mellom bruk av narkotiske stoffer og ulykker. Men – på samme måte som alkohol – vil antallet motorførere som er påvirket av andre rusmidler enn alkohol, ha betydning for antall ulykker i trafikken. Antall veitrafikkaker der politiet hadde mistanke om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol har vist en økning fra om lag 2000 i 1990 til godt over 4000 i 2001. Det har vært en forholdsvis jevn stigning gjennom hele 1990-tallet (SRI 2001).

I en studie på bakgrunn av et materiale av ulykkesførere fra 1993, der politiet hadde rekvirert blodprøve, fant en at 95 av 394 førere, eller 24,1 prosent, hadde brukt narkotika. 44 av disse førerne hadde brukt alkohol i tillegg (Bjørneboe et al. 1996). De vanligste narkotiske stoffene/vanedannende medisiner var benzodiazepiner og cannabis. I studien ble risikoen for trafikkuulykke ved nylig bruk av cannabisstoffer og diazepam (et benzodiazepin) i høydose, anslått til å kunne tilsvare en blodalkoholkonsentrasjon på 1–1,5 promille. En stort antall studier har vist at kjøreferdighetene synker ved bruk av benzodiazepiner (Mørland 2000).

Det er velkjent at stoffmisbrukere (heroinbru-

kere) er utsatt for ikke-fatale overdoser. Mellom 30 og 40 prosent av norske stoffmisbrukere rapporterer at de har opplevd en eller flere overdoser (Rossow & Lauritzen 1999). I Oslo har man anslått at utrykninger i forbindelse med overdoser utgjør om lag 10 prosent av alle ambulanseutrykninger.

5.5 Vold og kriminalitet

Den mest alvorlige kriminelle handling i forbindelse med bruk av alkohol og andre rusmidler, er legemsbeskadigelse og voldsepisoder. I en omfattende studie fra kanadiske fengsler fant Pernanen et al. (2002) at mer enn halvparten av dem som var dømt for voldsforbrytelser var påvirket av rusmidler under voldsutøvelsen, og at det vanligste var alkoholpåvirkning. Kåre Bødal og Inger Marie Fridhov (1995) studerte 250 personer som var dømt for drap eller drapsforsøk i perioden 1980–1989. De fant at om lag 75 prosent av de dømte hadde drukket alkohol før voldshandlingen, mens det samme gjaldt halvparten av ofrene.

Fram til 1981 noterte politiet om de siktede ved ulike forbrytelser var påvirket av alkohol eller andre rusmidler i gjerningsøyeblikket, men siden da er det ikke blitt ført slik statistikk. Årsaken til at en la ned statistikken, var at informasjon om rusmiddelpåvirkning ikke ble innhentet i alle tilfeller pga praktiske vansker med å finne ut om utøveren var påvirket.

Kai Pernanen (1996) har på bakgrunn av data fra det siste året slike oppgaver ble notert, beregnet andelen av ulike voldstilfeller hvor alkohol og/eller andre rusmidler var til stede. Beregningene for alkohol er gjengitt i tabell 5.5. For andre rusmidler var tallene forholdsvis små, mellom 1–7 prosent av siktelsene. Vanligst var det å finne andre rusmidler enn alkohol ved ranstilfeller (5–7 prosent) og ved vold mot offentlige tjenestemenn (4–5 prosent).

Det er usikkerhet om hvilken rolle alkohol og andre rusmidler har som årsaksfaktor i slike volds-episoder. Sikkert er det at en meget stor andel av tilfellene ville vært unngått hvis ikke de impliserte hadde brukt rusmidler. Flere studier, blant annet fra Norge, har vist at en økning i alkoholkonsumet i befolkningen medfører en økning i omfanget av voldsforbrytelser og drap.

Skog og Bjørk (1988) viste at omfanget av voldsforbrytelser i Norge økte med økende alkoholkonsum, en økning i alkoholkonsumet med en liter ren alkohol pr innbygger over 15 år ga en økning på ca 16 % i voldsforbrytelser. Rossow (2002) fant at selv om polstreiken høsten 1982 ikke innebar noen stor nedgang i det totale alkoholkonsumet, ble omfanget av voldsforbrytelser redusert med 9 %. I Sverige har Norström funnet at en økning i alkoholkonsumet innebærer en økning av omfanget av anmeldte tilfeller av familievold, da særlig kvinnemishandling (Norström, 1993). Han har også vist at en økning i alkoholkonsumet på skjenkesteder har større betydning for økning i voldsomfanget enn en tilsvarende økning av alkoholkonsumet i hjemmene (Norström, 1998).

Det er grunn til å tro at en relativt stor andel av vinningskriminalitet begås av stoffmisbrukere som ledd i finansiering av misbruk, slik det er vist i kanadiske data (Pernanen et al. 2002). Da kriminalstatistikken er organisert ut fra de enkelte lovbrudd, gir den ikke informasjon om hvor stor andel av eksempelvis tyveri og skadeverk som kan knyttes til stoffmisbrukere.

I SIFAs intervjuundersøkelser for 1991, 1994 og 1999 ble de intervjuede også spurt om de i løpet av siste år hadde kommet opp i krangel eller slagsmål pga av sin bruk av alkohol. Tabell 5.6 gjengir svarene på disse spørsmålene. Vi ser at ungdomsgruppa er mer utsatt for denne typen ubehageligheter enn resten av befolkningen. En tredjedel av alle unge har havnet i krangel, og mellom 10–15

Tabell 5.5 Rusmidler hos siktede voldsforbrytere i 1981

Forbrytelsens art	Andel hvor alkohol var til stede (prosent)*		Antall siktede totalt
	Minimum	Maksimum	
Mot liv, legeme, helbred	55	79	1 754
Vold mot offentlig tjenestemann	71	87	222
Ran	46	65	174
Voldtekt	49	59	39
Skadeverk	34	57	1 921
Innbrudd	27	60	1 282
Tyveri	18	42	24 641
Bedrageri og utroskap	9	26	1 954

Tabell 5.6 Andel av de som har drukket alkohol de siste år som er kommet opp i krangel eller slagsmål på grunn av egen alkoholbruk. Prosent.

	1991	1994	1999
Andel som har kommet opp i krangel	11,8	10,3	9,1
Andel som har kommet opp i slagsmål	3,5	2,7	3,4
Andel av 15–19-åringer har kommet opp i krangel	38,3	37,1	33,3
Andel av 15–19-åringer har kommet opp i slagsmål	13,1	12,5	16,4

prosent har opplevd slagsmål i forbindelse med sin bruk av alkohol. Tallene for ungdom i tabell 5.6 stemmer godt overens med resultatene fra ungdomsundersøkelsene, som er basert på et større antall intervjuede ungdom. Her har en også tall fra 2002. De viste at 30 prosent av aldersgruppen 15–20 år oppga at de noen gang hadde opplevd uvennskap/krangel som følge av alkoholbruk, mens 14 prosent oppga at de hadde opplevd slagsmål.

5.6 Sosiale problemer

Alkoholrelaterte sosiale problemer er forbundet med problemer som alkoholforbruket påfører ektefelle og barn, øvrig familie, venner og kolleger. En vil også erfare sosiale problemer som følge av at en har havnet i klammeri med politiet, eller at en ikke er i stand til å utføre jobben på en skikkelig måte.

Hauge og Irgens-Jensen (1986) har sett på sammenhengen mellom drukket kvantum, omfanget av beruselse og opplevelsen av positive og negative konsekvenser av alkoholforbruket i Finland, Island, Norge og Sverige. De fant at så vel positive som negative problemer var korrelert med drukket mengde og antall beruselsessituasjoner, men at beruselseshyppighet var en bedre prediktor på sosiale problemer enn drukket mengde.

Vi har lite kunnskap om omfanget av de problemer alkoholforbruk påfører de nærmeste pårørende. Det gjelder både problemer som omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep i familien. Noen studier omkring disse forhold finnes det imidlertid. I en svensk rapport gjengis det resultater fra en gjennomgang av 13 studier som behandlet politianmeldte seksuelle overgrep mot barn (SOU 1994). Gjennomgangen viste at i 21 prosent av tilfellene hadde de mistenkte alkoholproblem. I den samme rapporten vises det til studier som har vist at særlig grove tilfeller av barnemishandling er tilskrevet alkoholismiljøer, og studier som har vist at barn fra alkoholiserende hjem, har betydelig høyere risiko for selv å utvikle misbruk og økt sykkelighet enn andre barn.

Det er imidlertid et stort behov for ytterligere og oppdatert kunnskap om de skader alkohol- og narkotikabruk påfører de pårørende. Ikke minst er dette viktig fordi denne typen skader og problemer utgjør det viktigste legitime grunnlaget for å kunne pålegge dem som ikke har noen problemer med sitt forbruk av rusmidler, restriksjoner som er effektive i forebyggende øyemed.

5.7 Kontrollskapte problemer

Alkohol

En stor del av den kriminaliteten som er knyttet til alkohol, er en konsekvens av den lovgivningen som er utformet for å forebygge alkoholskader. De viktigste av disse er promillekjøring, hjemmebrenning, spritsmugling, ulovlig omsetning og forstyrrelser mot den offentlige orden. Felles for oppgavene over kontrollskapte problemer, er at de like mye gjenspeiler politiets innsats og prioritering som det reelle problemomfanget.

Omfanget av promillekjøring har vi kommet inn på under punktet om ulykker som følge av alkoholbruk. I denne sammenheng vil vi bare nevne at den strenge promillelovgivningen, og den allmenne aksepten av denne lovgivningen i befolkningen, kan føre til at promillekjørere opplever en raskere sosial utslagning i Norge enn i land hvor synet på promillekjøring som en alvorlig forbrytelse, ikke er så akseptert.

Mange forsøker å skaffe seg sprit på illegalt vis enten ved å produsere den selv, eller ved å smugle den inn fra utlandet. Etter 1990 gis det ikke lenger oppgaver over reaksjoner på smugling av alkohol. Antall hjemmebrenningssaker blir ennå registrert, og de har i siste halvdel av 1990-tallet vist en merkbar nedgang, fra 544 i 1994 til 215 i 2000. Det er grunn til å tro at dette like mye gjenspeiler en mer liberal praksis fra politiets side, som en reell nedgang i denne typen forseelser.

Når det gjelder andre forseelser mot alkoholloven, som f.eks. ulovlig omsetning, så har antallet slike forseelser økt betydelig på 1990-tallet. Fra

omleggingen av kriminalstatistikken i 1992 til 2000 har antallet slike forseelser økt fra 510 til 1399.

Alvorligere tilfeller av smugling og hjemmeproduksjon for videresalg regnes som forbrytelser mot alkoholloven. Da statistikken ikke konsekvent skiller mellom forseelser og forbrytelser, men som regel slår forbrytelsene inn under forseelsene, finnes det ingen gode data for utviklingen i antallet slike forbrytelser.

En siste vanlig forseelse i forbindelse med bruken av alkohol som vi vil nevne, er forseelser mot løsgjengerloven, og da særlig ordensforstyrrelser i beruset tilstand. Antallet slike forseelser har steget fra 2 280 i 1990 til 2 684 i 2000.

Narkotika

De foreliggende kriminalitetsindikatorene mht narkotika er begrenset til det som relaterer seg til brudd på narkotikalovgivningen, dvs. straffeloven § 162 og legemiddeloven § 31–2.

Som et ledd i en restriktiv narkotikapolitikk, er strafferammene for narkotikalovbrudd i Norge høye. I 1984 vedtok således Stortinget at lovens strengeste straff, fengsel inntil 21 år, skal kunne tas i bruk for de alvorligste narkotikaforbrytelsene. Det foreligger ikke noen pålitelig statistikk over antall personer som hvert år blir arrestert for brudd på narkotikalovgivningen.

De tall som finnes over antall anmeldte (i praksis «anmeldt» av politiet) og etterforskede brudd på henholdsvis straffelovens § 162 og legemiddeloven, viser at det har skjedd en kraftig økning i denne typen lovbrudd i de siste 10 år. Ifølge kriminalstatistikken lå i 1990 antall etterforskede lovbrudd etter straffeloven (som i hovedsak dreier seg om salg) på i underkant av 5 000, i 2000 var tallet økt til nesten 17 000. For brudd på legemiddeloven (som i hovedsak gjelder bruk eller besittelse til egen bruk) økte antallet etterforskede lovbrudd i samme periode fra vel 4 000 til 21 500.

Nå ender ikke alle etterforskninger med siktelse, og samme person kan også stå bak mange forbrytelser. Ser vi imidlertid på siktelsene, som viser antall personer, viste også disse en betydelig økning: Siktete etter straffelovens § 162 økte fra 1 511 i 1990 til 5 539 i 2000, siktete etter legemiddeloven fra 1 821 til 3 651.

Det har også vært en klar økning i antall reaksjoner (ubetinget/betinget fengselsstraff og bøter) etter henholdsvis straffelovens § 162 og legemiddeloven. Økningen i antall siktete for narkotika-

lovbrudd og antall reaksjoner ved narkotikalovbrudd, kan dels være et resultat av at flere personer er involvert i narkotikalovbrudd enn tidligere, dels kan det være en gjenspeiling av økt aktivitet fra politiets side. Da det ikke er grunnlag for å si at det i de senere år har funnet sted noen vesentlig endring i politiets innsats i den betydning at relativt flere pågripes enn tidligere, kan dette peke i retning av at det har skjedd en reell økning i antall personer involvert i narkotikalovbrudd.

Et problem som må nevnes i forbindelse med de høye fengselsstraffene som praktiseres overfor narkotikaforbrytelser i Norge, er de påkjenninger fengselsoppholdet påfører de som blir fengslet både under oppholdet og etterpå (NOU 1983).

5.8 Løsemidler

Det finnes liten eller ingen dokumentasjon på hvordan bruk av sniffestoffer påvirker risikoen for ulykker og skader. Det finnes mindre dokumentasjon på omfanget av de skader som følger av sniffing og bruken av vanedannende midler.⁵

Derimot er det gjort en del forskning om hvordan sniffestoffene påvirker kroppens organer. Sniffestoffene er irriterende på luftveienes slimhinner, de demper aktiviteten i sentralnervesystemet og hjerterytmen kan forstyrres. Gjentatt sniffing fører til toleranseutvikling der brukeren trenger større doser for å oppnå lik effekt. Abstinenssymptomer oppstår når en plutselig slutter etter en periode med mye sniffing.

Selve rusen ligner stort sett en alkoholrus. Fysiske langtidsvirkninger av sniffing inkluderer blekhet, tørste, vekttap, neseblødning, blodskutte øyne og sår i munn, svelg og nese. Noen løsemidler kan gi redusert blodcelleproduksjon i benmargstrukturen, mens andre nedsetter lever- og nyrefunksjonen. De fleste virkninger forsvinner når sniffingen opphører, men særlig trikloretan kan gi varige lever- og nyreskader.

5.9 Samfunnsøkonomiske kostnader

For å kunne beregne samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til bruk av rusmidler, må man vite hvilke konsekvenser bruk av rusmidler har og man må ha en metode for å beregne den økonomiske verdien av disse konsekvensene. Det kan virke umulig å ha denne kunnskapen både av teoretiske og praktiske grunner. Teoretisk er forskere uenige om hvilke kostnader som skal tas med og i praksis har man meget usikker kunnskap om

⁵ Det følgende er hentet fra rapporten Til hvilken nytte?, SIFA/NFR 2000.

størrelsen på mange av kostnadene. En vet, for eksempel, ikke hvor stor andel av sosialhjelpsutbetalingene som går til rusmiddelmisbrukere eller i hvilken grad de fremdeles ville hatt behov for sosialhjelp dersom de ikke hadde hatt et rusproblem. Det er derfor lett å være enig med Nicolai Rygg som i forbindelse med arbeidet til Alkoholkommissjonen av 1910 skrev at «endog bare et tilnærmet sesvis riktig regnestykke ikke lar seg oppstille» (Alkoholkommissjonen 1915).

Helse- og sosialkostnader

Selv om det ikke er mulig å lage en tilnærmet riktig beregning av alle kostnadene, er det mulig å lage en oversikt over noen av enkeltkostnadene på de områdene der en har et mer sikkert grunnlag. Et slikt område er offentlig sektors utgifter til behandling av rusmiddelmisbrukere. En oppsummering av disse utgiftene viser at det offentlige årlig bruker minst 1,6 milliarder kroner til behandling. Dette inkluderer både døgntilrettelagt behandling i institusjon og poliklinisk behandling. I tillegg kommer private utgifter til behandling.

I tillegg til kostnadene knyttet til behandling av rusproblemet i seg selv, kommer utgiftene til fysiske og psykiske helseproblemer som skyldes bruk av rusmidler. For noen undergrupper er bruk av rusmidler en egen kategori i helsestatistikken – for eksempel som årsak til dødsfall. Å sette en pengeverdi på konsekvensene av disse dødsfallene synes vanskelig. Det er heller ikke godt forskningsmessig belegg for å gi et konkret estimat på samfunnets kostnader til ikke-fatale helseproblemer knyttet til bruk av rusmidler, både fordi man er usikker på hvor stor andel av helseproblemene som kan tilskrives bruk av rusmidler, og hvor mye behandlingen av disse koster.

Tapt arbeidsinntekt og produktivitet

Det samme gjelder en annen vanlig samfunnsøkonomisk kostnad som ofte knyttes til bruk av rusmidler; tapt inntekt som følge av for tidlig død eller et forhøyet sykefravær. I internasjonale studier utgjør dette ofte den største samfunnsøkonomiske kostnaden (nesten 70 prosent). Det er imidlertid teoretisk tvilsomt om tapt inntekt som følge av for tidlig død er et velegnet mål på samfunnets kostnader, fordi de utlignes blant annet ved reduserte pensjonsutbetalinger og andre forhold. Når det gjelder kostnader i form av sykefravær og redusert produktivitet, er det heller ikke noen gode beregninger som viser hvor stor andel som skyldes bruk av rusmidler.

Kriminalitet

Utgifter relatert til kriminalitet er en tredje utgiftskategori som ofte brukes når man skal regne på samfunnsøkonomiske konsekvenser ved bruk av rusmidler. En kan få en idé om størrelsen på disse utgiftene ved å multiplisere samfunnets utgifter på justissektoren samlet med andelen saker som skyldes brudd på narkotikalovent. Med utgangspunkt i tall fra 1998 er da kostnadene 1,2 milliarder kroner. Dette tallet inkluderer imidlertid bare brudd på narkotikalovent. Det inkluderer for eksempel ikke kostnader som følge av annen type kriminalitet som knyttes til bruk av rusmidler (vinningsforbrytelser og vold) og påvirket kjøring. I den forstand er det mer en kostnad til å bekjempe et problem (kontrollkostnad) enn en kostnad som skyldes en konsekvens av rusmiddelbruk i seg selv (konsekvenskostnad).

Menneskelige lidelser

Menneskelige lidelser er kanskje den største samfunnsøkonomiske kostnaden ved bruk av rusmidler. Med god grunn er det svært sjelden at en prøver å måle denne i kroner og øre, men det er like fullt en samfunnsøkonomisk kostnad i den forstand at bruk av rusmidler fører til at en del personer får redusert livskvalitet.

Oppsummering

De samfunnsøkonomiske konsekvensene ved bruk av rusmidler er trolig store, men vanskelig å kvantifisere og enda vanskeligere å slå sammen i et kronebeløp. Direkte behandlingsutgifter utgjør 1,6 milliarder og narkotikakriminalitet koster minst 1,2 milliarder. Men vi vet for lite om verdien og andelen av helse- og sosialproblemene som kan tilskrives bruk av rusmidler. I tillegg kommer menneskelige lidelser som vanskelig lar seg måle.

5.10 Oppsummering

Innledningsvis i dette kapitlet sa vi at det er mange forhold som virker inn på hvordan vi bedømmer omfanget av rusproblemet. Det er ikke slik at et problems statistiske omfang, slik som det er vist til i dette kapitlet, nødvendigvis overensstemmer med hvordan folk ser på samfunnets rusproblem. Vår gjennomgang viser f.eks. at alkoholbruk er langt hyppigere til stede ved dødsfall og voldsforbrytelser enn bruk av narkotika.

En felles svakhet når en skal beskrive proble-

mene på rusmiddelfeltet, er at en ikke har gode nok indikatorer til å beskrive problemet. Det vil derfor være viktig å arbeide for å utvikle nye måter å kartlegge omfanget av rusmiddelrelaterte problemer på. Det er likevel ingen tvil om at rusmiddelbruk medfører betydelige problemer, både for brukeren selv, for hans nærmeste omgivelser og

for samfunnet som helhet. Begrensning av dette problemomfanget er en overordnet målsetning for rusmiddelpolitiske tiltak. En bedret dokumentasjon av omfang, fordeling og trender i rusmiddelrelaterte problemer vil være viktig både for å begrunne innsats og prioritering av tiltak og evaluering av måloppnåelse for tiltakene i etterhånd.

Kapittel 6

Kunnskapsgrunnlaget for tiltak innen rusmiddelfeltet**6.1 En avgrensning**

I den gjennomgangen vi gjør av kunnskapsgrunnlaget for effekten av tiltak innen rusmiddelfeltet i kapitlene 7–9, har vi tatt utgangspunkt i rusmiddelfeltet slik vi kjenner det i dag, og gruppert det i tre tiltaksområder: forebyggende, behandlende og skadereduserende. Innenfor hvert av disse områdene har vi stilt opp en tiltaksliste, som har vært bestemmende for hvilken kunnskap vi har valgt å søke etter.

I mange tilfeller vil det være vanskelig å peke ut hvilke tiltak som er spesifikt rusmiddelpolitiske og hvilke som ikke er det, innenfor det store området av sosialpolitiske virkemidler. Skillelinjene mellom de ulike sosialpolitiske områdene er aldri helt klare, og ulike sosialpolitiske tiltak vil som regel ha virkninger på en rekke områder. Tiltak mot fattigdom, tiltak for å styrke psykiatrien og tiltak for å styrke barnevernet har alle konsekvenser for rusmiddelfeltet, og må ses i sammenheng med rusmiddelpolitikken.¹ Når vi vil avgrense hva som er spesifikke rusmiddelpolitiske tiltak, kan vi likevel ikke gjøre definisjonen så vid at den omfatter alle tiltak som på en eller annen måte antas å virke inn på bruken av rusmidler i samfunnet eller de følger denne bruken har. Gjør vi det, vil begrepet rusmiddelpolitikk bli så omfattende at det blir tomt for innhold.

I det følgende vil vi derfor med rusmiddelpolitikk mene tiltak som settes i verk for *direkte* å påvirke bruken av rusmidler eller uheldige følger av bruken av rusmidler, dvs. tiltak som primært har sin begrunnelse i å begrense skader og ulemper som skyldes bruk av alkohol, narkotika, løsemidler eller vanedannende medisiner.

Foruten å gjøre en avgrensning av rusmiddelpolitikken mot den øvrige sosialpolitikken, er det også vanlig å foreta en inndeling av de ulike rusmiddelpolitiske tiltakene. Kategoriseringen kan skje etter ulike kriterier, men de vanligste er enten å se på hvilket stadium i en eventuell problemkarriere tiltaket er rettet mot, eller å se på

hvilken risikogruppe det er som er målet for tiltaket (Horverak et. al 2000). Ser en på ulike stadier i problemkarrieren, deler en tiltakene inn i primær, sekundær og tertiærforebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak retter seg mot mennesker som ennå ikke har utviklet et problem og tar sikte på å redusere risikoen for at slike problemer oppstår. Sekundærforebyggende tiltak retter seg mot personer som befinner seg i en tidlig fase av en problemutvikling, og har som siktemål å hindre at tilstanden utvikler seg videre, hindre at den blir mer alvorlig, eller også reversere prosessen. Tertiærforebyggende tiltak handler om å redusere ytterligere skadevirkninger når et problem eller en sykdom har fått utvikle seg, og bidra til å redusere komplikasjoner og til rehabilitering.

Ikke alle er tilfreds med denne inndelingen av sosialpolitiske tiltak. Blant annet er det blitt hevdet at distinksjonen mellom primær- og sekundærforebyggende arbeid forutsetter at det er et nokså klart skille mellom det å ha et problem og det ikke å ha det. Mange sosiale og helsemessige problemer manifesterer seg imidlertid langs et kontinuum av symptomer hvor det ikke finnes noen entydige og skarpe grenser mellom det å ha et problem eller å være syk og det å være problemfri eller frisk. Mrazek & Haggerty (1994) foreslår derfor å dele arbeidet for å forebygge psykiske helseproblemer inn i tre hovedtyper, ut fra om og på hvilken måte ulike risikofaktorer er til stede: *Universelle tiltak* retter seg mot alle menneskene i en populasjon eller sosial kategori, uavhengig av risikofaktorer. *Selektive tiltak* retter seg mot grupper av mennesker som erfaringsmessig har økt risiko for et gitt problem, men hvor det ikke foreligger noe manifest problem. Målgruppene for *indikative tiltak* blir valgt ut på bakgrunn av individuelle tegn eller indikatorer på et problem, men hvor problemet ennå ikke er identifisert eller diagnostisert. Forskjellen mellom en inndeling i primær, sekundær og tertiærforebyggende tiltak og en slik typologi går først og fremst på hva man vektlegger, sykdomsutvikling eller risikofaktorer. I vår framstilling i kapittel 7 vil vi dele de forebyggende tiltakene inn etter om de er universelle, selektive eller indikative.

Det finnes også andre måter å dele inn de rus-

¹ Jfr Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005, s 8.

middelpolitiske tiltakene på. F eks kan en dele tiltakene inn etter hva slags nivå det interverneres på. En skiller her gjerne mellom personrettede tiltak, miljørettede tiltak og samfunnstiltak. De personrettede tiltakene satser på å endre forhold hos personen selv, de miljørettede er rettet inn mot personens (nære) omgivelser mens samfunnstiltakene endrer forhold som er lenger borte fra individet, men som likevel vil få konsekvenser for den enkeltes situasjon. Eksempler på personrettede tiltak er opplysningskampanjer for å endre holdninger, miljøtiltak kan være åpningstider for salg av alkohol i en kommune, mens samfunnstiltak kan være lover og avgifter. I Norge har vi tradisjon for å bruke alle disse typene av virkemidler.

6.2 Nærmere om evalueringsforskning

Det finnes mange typer kunnskap som er viktig for å få en mest mulig riktig forståelse av de mange ulike aspekter av rusfeltet. Kunnskap vil dermed ha forskjellig betydning om en for eksempel snakker om et rusmiddels farmakologiske virkninger eller om alkoholens betydning i et kulturelt perspektiv. På enkelte områder er kunnskapstilfanget oversiktlig, og en kan relativt lett få en felles forståelse av hva som er best mulig tilgjengelig kunnskap. Et eksempel på dette er nasjonal statistikk. I spørsmål som omhandler problembeskrivelse og utbredelse av rusmiddelbruk, vil aktuell kunnskap også hentes fra data fra spørreundersøkelser som beskriver konsum av rusmidler eller hvordan rusmidler brukes. Framstilling av disse dataene inngår i kapittel 4.

På andre områder er datatilfanget mindre oversiktlig. Det publiseres eksempelvis mer enn 2 millioner biomedisinske artikler hvert år i ca. 20 000 helsefaglige tidsskrifter. I tillegg utgis informasjon og data i bøker, på websider (det finnes ca. 60 000 helserelaterte websider) og i interne rapporter. Søker en i den mest brukte databasen for vitenskapelige artikler innen helsefag (MEDLINE), får en ved bruk av søkeordene «alcohol addiction and treatment» mer enn 22 000 henvisninger til publiserte artikler. Søker en ved hjelp av ordene «drug addiction and treatment», finnes over 63 000 artikler.

Det sier seg derfor selv at det er vanskelig å holde oversikt over store fagområder som for eksempel rusfeltet. Ikke alle artikler og alle forskningsresultater er av like god kvalitet. Det kan være forhold ved planleggingen, gjennomføringen eller analysen av studien som tilsier at resultatene

kan være vanskelig å tolke. Satt på spissen, leter en lenge nok kan en finne vitenskapelige artikler som tilsynelatende støtter det aller meste, og hva som er godt eller dårlig framgår oftest ikke av den vitenskapelige artikkelen i seg selv.

Innenfor mange typer forskning, og spesielt forskning der en vil studere effekter, anvender en derfor ofte et graderingssystem for vitenskapelige studier. På bakgrunn av vurderinger om hvor god eller dårlig studien er, kan den plasseres i et såkalt kunnskapshierarki (engelsk: level of evidence) som beskriver den interne validitet eller styrke av en forskningsdesign. Et slikt hierarki av studiedesign vil kunne variere på detaljnivå. Det viktigste vil være å rangere studiene etter i hvilken grad en kan kontrollere for andre variabler enn dem som inngår i tiltaket. For forskning om effekter, vil en slikt hierarkisk rangering av intern validitet kunne se slik ut (fra best til mindre god):

1. Eksperimentelle studier (randomiserte kontrollerte studier)
2. Andre kontrollerte studier
3. Før-etter studier, inkludert observasjonsstudier og tverrsnittsstudier
4. Kasuistikker, ekspertuttalelser

Det har i de siste 10–20 år vært arbeidet med spørsmålet om hvordan store og uoversiktlige mengder forskningspublikasjoner kan håndteres og vurderes. Det er bred enighet om at i studier av effekter gir systematiske litteraturoversikter (engelsk: systematic reviews) bedre og mer pålitelig kunnskap enn enkeltstudier.

Flere forskningsmiljøer har arbeidet med å standardisere utformingen av og å kvalitetssikre kunnskapsoversikter. Hensikten er at en på en systematisk og gjennomskinnelig måte kan identifisere alle relevante studier om en problemstilling, vurderer kvaliteten på studiene i henhold til definerte kvalitetskriterier og sammenstille resultatene. Sammenstillingen kan gjøres i en statistisk analyse (metaanalyse) dersom det er mulig, eller ved en kvalitativ fremstilling av resultatene.

Kvalitetsvurderingene som gjøres i disse systematiske oversiktene bygger på tradisjonelle kriterier en stiller til god forskning, og representerer ikke noe nytt. Det som er det mest karakteristiske ved oversiktene, er kravet til systematikk i arbeidsform og kravene til kvalitet. De systematiske oversiktene skal inneholde en detaljert beskrivelse av litteratursøk og kriteriene for kvalitet, slik at leseren selv kan gjøre seg opp en mening om betydningen av resultatene.

Om vi sammenlikner en systematisk oversiktsartikkel med det en vanligvis kaller en oversiktsar-

tikkel, så vil oversiktsartikkelen skille seg fra den systematiske oversikten ved at en ikke har innhentet primærstudiene på en systematisk måte, og at en heller ikke har gjennomført den samme systematiske og kritiske vurderingen av hver studie. En systematisk oversikt siler ut studier av ønsket kvalitet og legger bare vekt på resultatene fra disse, mens oversiktsartikkelen ikke stiller like strenge metodiske krav til studiene den henter sine konklusjoner fra.

En kunnskapsoppsummering kan i sin tur være bygd opp på ulike måter. I strengeste fall vil den bare være et ekstrakt av systematiske oversiktsartikler og primærstudier som oppfyller kravene som stilles i en systematisk oversiktsartikkel. I andre tilfeller kan den bygge både på andre kunnskapsoppsummeringer og på systematiske oversiktsartikler, slik tilfellet er for kommisjonens kunnskapsoppsummering. Om en kunnskapsoppsummering bygger på andre kunnskapsoppsummeringer, vil kvaliteten på den nye kunnskapsoppsummeringen ikke kunne bli bedre enn kvaliteten på det materialet den bygger på.

Cochrane Collaboration er en internasjonal sammenslutning av forskere som har arbeidet på denne måten i mange år, og som har samlet verdifull kunnskap om effektene av medisinske eller andre tiltak som brukes innen helsefeltet. Organisasjoner som driver Health Technology Assessment (HTA) eller *medisinsk metodevurdering* bygger på tilsvarende prinsipper. Det finnes en internasjonal sammenslutning av nasjonale organer som lager kunnskapssammenstillinger, ofte på oppdrag fra forvaltningen.² Metoden bygger også her på et systematisk litteratursøk og en eksplisitt kvalitetsvurdering. HTA-rapporter vil ofte dekke flere aspekter enn Cochrane-oversikter, og vil i tillegg inneholde vurderinger om tiltakenes kostnader, de etiske konsekvenser og den praktiske relevans i forhold til den aktuelle populasjon eller kontekst. Metodevurderingene er heller ikke avgrenset til en spesifikk design i primærstudiene.

En slik systematisk tilnærming har særlig kommet til anvendelse på forskningsområder som er opptatt av hvilken effekt ulike tiltak som iverksettes har. Imidlertid har en ofte sett at studier som kan påvise at et tiltak har effekt, får større oppmerksomhet og blir publisert i mer anerkjente

tidsskrifter enn studier som ikke kan vise noen effekt. Systematiske oversikter skal i størst mulig grad lete frem alle studier som omhandler en definert problemstilling, inkludert studier fra små og nasjonale tidsskrift, og inkludert studier som ikke har kunnet påvise noen effekter, slik at sammenstillingen blir mest mulig korrekt.

Den tilnærmingen som her er skissert hadde i utgangspunktet størst betydning innenfor medisinen, men har i de siste tiår fått anvendelse også innenfor sosialområdet, utdanning, velferd, etc (Davies, Nutley, Smith 2000). Det forsknings- og metodemessige grunnlaget for systematiske litteraturoversikter innenfor disse områdene samles nå i «The International Campbell Collaboration (C2)»³.

For å få greie på om et tiltak, en kampanje eller et bestemt program har de forventede virkninger, må det altså gjennomføres en evaluering. Med evaluering menes det en systematisk innsamling, analyse og vurdering av informasjon om grunnen til at tiltaket ble satt i verk, hvordan det ble gjennomført, hva tiltaket besto i, hvem det var rettet mot og hvilke konsekvenser det hadde (EMCDDA 1998). Verdien av en evaluering vil for leserne være avhengig av om evalueringen er av god kvalitet og om resultatene kan overføres til den virkelighet en ønsker å applisere resultatene på.

En skiller gjerne mellom to typer av evaluering, *prosessevaluering* og *effektevaluering*. Ved en prosessevaluering vurderes prosjektet kontinuerlig, og det legges særlig vekt på å beskrive hvordan prosjektet iverksettes og gjennomføres. Kunnskapen en erverver under prosessevalueringen drar en ofte nytte av under gjennomføringen av prosjektet, slik at det blir bedre egnet til å oppnå de mål en har satt seg. Prosessevaluering vil derfor ofte bli foretatt av dem som er engasjert i å drive prosjektet, men også personer utenfor prosjektet kan foreta en vurdering av dets implementering og gjennomføring.

I vår sammenheng er vi imidlertid mer interessert i *effektevaluering*, som innebærer at det ved prosjektets eller forsøkets avslutning gjøres en vurdering av i hvilken grad en har fått oppfylt de mål en satte seg. En forsøker å gi svar på spørsmål om prosjektet virket etter sin hensikt eller ikke, hvilke grupper som ble påvirket, hvor stor effekten av tiltakene var og hvor langvarig den var.

6.3 Effektevaluering

Innenfor forskning brukes begrepene *efficacy* og *effectiveness* når en vurderer effektene av tiltak.

² Organisasjoner som får sin finansiering via offentlige kilder er samlet i INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment; www.inahta.org)

³ The International Campbell Collaboration (C2) (www.campbellcollaboration.org) is a non-profit organization that aims to help people make well-informed decisions about the effects of interventions in the social, behavioral and educational arenas.

Med efficacy menes den effekten som en kan få fram i en standardisert studie. I slike studiesituasjoner kan det for eksempel være et krav at deltagerne ikke skal ha tilleggssykdommer eller bruke medisiner og tiltaket vil bli fulgt mer nøye opp enn hva en kan forvente i en vanlig klinisk hverdag. Når en senere setter i verk det samme tiltaket i bred skala på en mer sammensatt pasientgruppe vil ikke nødvendigvis resultatene bli de samme som i den mer stringente evalueringen. Evalueringer hvor en ser på iverksetting av tiltak under mindre kontrollerte betingelser, blir ofte betegnet som «effectiveness» studier eller forsøk slik de vil bli gjennomført i det virkelige liv (engelsk: pragmatic trials).

I medisinske studier kan forskjeller i effekt mellom den idealsituasjonen som et forskningsprosjekt kan være, og det som foregår i det virkelige liv, skyldes mange forhold. For eksempel kan pasientene ta feil dosering eller avbryte behandlingen. Innenfor sosialmedisinske tiltak kan praktiske forhold som kompetanse hos personalet, reisevei, kostnader, osv føre til at et tiltak blir gjennomført på en annen måte enn i en stilisert situasjon. For å vurdere om resultatene fra en studie kan overføres til andre sammenhenger, må en vurdere mange forhold ved studien, blant annet pasientsammensetningen og tiltaksutformingen. I tillegg er det viktig å kunne vurdere i hvilken grad evalueringen er utført i en ideell situasjon eller som et naturlig forsøk, for å vite noe om muligheter for å oppnå de samme resultatene.

Evalueringsforskningens oppgave er enkelt sagt å vurdere hvordan tiltak implementeres og gjennomføres og i hvilken grad de oppnår definerte mål. Resultater, effekter, endepunkt og mål på effekt er nøkkelord innenfor evalueringsforskningen. Graden av måloppnåelse eller effekten av tiltaket, er et helt sentralt kriterium for å kunne vurdere om noe er vellykket eller ikke. Det en måler – endepunktet – må være viktig for individet og den gruppen individet tilhører, eventuelt også for samfunnet.

På rusmiddelfeltet vil de viktigste endepunktene kunne være:

- redusert dødelighet innenfor en bestemt misbrukergruppe
- redusert omfang av rusmiddelrelaterte skader
- redusert bruk av rusmidler i befolkningen som helhet eller i enkeltgrupper
- bedret livskvalitet, funksjonsevne eller mestring for misbrukerne eller deres nærmeste

I noen tilfeller vil en finne at effektene av tiltak som iverksettes ikke blir angitt i forhold til dets effekt

på det erklærte endepunktet fordi det kan være vanskelig å måle. I stedet benytter en det en kaller surrogatendepunkter. Et eksempel på et slikt surrogatendepunkt innenfor rusmiddelfeltet kan være at en, i forbindelse med tiltak som er satt i verk for å hindre utbredelse av hiv-smitte, ser på utbredelsen av sprøytedeling blant sprøytemisbrukere, og ikke på insidensen av hiv-smittede. Et annet eksempel kan være at når en bedømmer virkningene av prisendringer, ser en ikke på virkningen på forbruket av alkohol og skadeomfanget, men på virkningen på salget.

Det beste opplegget for en studie der en ønsker å få vurdert effekten av et tiltak, vil en ha dersom en benytter seg av en design med en såkalt kontrollgruppe. Dvs. at en sammenlikner utviklingen innen den gruppen som blir utsatt for et tiltak med en gruppe som er så lik denne gruppen som mulig, men som ikke blir utsatt for tiltaket.

I eksperimentelle studier er fordelingen på eksperiment- og kontrollgruppe fastsatt på tilfeldig måte, slik at vi får det vi kaller randomiserte forsøk. Avvikene i f eks rusmiddelbruk mellom eksperimentgruppen og kontrollgruppen, tilskriver en så det tiltaket som er blitt gjennomført overfor eksperimentgruppen. Dersom man ikke har mulighet til å randomisere deltagerne kan det være vanskelig å finne fram til en kontrollgruppe som er tilstrekkelig lik eksperimentgruppen.

I tilfeller hvor det er vanskelig å gjennomføre evalueringen ved hjelp av en kontrollgruppe, velger en i stedet ofte å ta utgangspunkt i en vurdering av situasjonen før tiltakene ble gjennomført, og sammenlikne den med situasjonen etter at intervensjonen har funnet sted. Eksempler er igangsetting av store befolkningsrettede tiltak, slik som for eksempel avgiftsendringer og endringer i åpningstider. Ved slike før-etter studier kan det være vanskelig å vite om effektene som oppstår, skyldes tiltaket eller andre hendelser som har påvirket deltagerne, og som vi ikke kan kontrollere for. Resultater fra slike studier kan være vanskelige å tolke, særlig dersom effektene er små.

I en kvalitetsvurdering av evalueringer vil måten studiene er gjennomført og analysert på bli vurdert. Kvalitetsvurderingene som inngår i en systematisk oversikt, bygger på standardiserte prinsipper hentet fra eksisterende forskningsteori. Hensikten med en slik vurdering er å se på om det er faktorer ved selve studien, gjennomføringen av den og analysene av data som kan påvirke utfallet slik at resultatene blir usikre eller vanskelig å tolke. Eksempler på slike faktorer kan være frafall i løpet av evalueringsperioden.

Innenfor rusmiddelfeltet er det ofte vanskelig å

følge klientene over tid. Det er dermed av betydning hvor stor andel som det finnes oppfølgingsdata på, og hvordan resultatene blir analysert for å ta hensyn til frafall. I systematiske oversikter skal det foreligge en eksplisitt beskrivelse av hvilke kriterier som er lagt til grunn for vurderingene som er gjort.

Kommisjonen mener ikke at alle tiltak som iverksettes overfor misbrukere nødvendigvis må ha denne type vitenskapelig forankring. Tiltak for å dekke grunnleggende behov som en seng å sove i, mat, helsehjelp ved sykdom, etc. skal ikke og må ikke begrunnes ut fra effektvurderinger, men ut fra menneskeverd og ansvar for utsatte grupper. Måloppnåelse for disse tiltakene vil i hovedsak basere seg på grad av gjennomføring og hvor tilgjengelig tiltakene er for målgruppene.

6.4 Effektforskning og rusfeltet

Mange tiltak som settes i verk innenfor rusfeltet kan være vanskelig å beskrive i detalj, eksempelvis når det gjelder behandling. Dette skyldes både at det ofte er vanskelig å definere og kvantifisere hva behandlingsintervensjonen består i, hvor store mengder behandling som gis, hvor intensiv den er og hvor lenge behandlingen gis eller pågår. I et behandlingstiltak kan det også inngå flere elementer, og det kan være vanskelig å skille ut ett enkelt element som virker. Det er jo ikke her snakk om å dosere en bestemt mengde medisin, selv om det kan være en del av intervensjonen. Rusmiddelbehandling består gjerne i ulike former for terapi. De kan ha ulike teoretiske fundament og være vanskelig å kvantifisere. Helt sikkert er det at den personlige faktor hos misbrukeren selv spiller en stor rolle innenfor behandlingen av rusmiddelbrukere, og denne er det umulig å måle annet enn ved personen selv.

Videre er det slik at intervensjonene gjerne endres over tid. Dette skjer først og fremst fordi de erfaringer som blir gjort i løpet av prosessen gjør det mulig for dem som gjennomfører behandlingsprogrammene å foreta forbedringer. De som driver behandling ønsker jo først og fremst å oppnå best mulige resultater. Programmene opererer heller ikke uavhengig av ytre faktorer, f.eks. politisk oppmerksomhet, noe som også vil kunne føre til endringer. Problemet med å beskrive selve intervensjonen er særlig stort innenfor behandlings-

feltet, mens en innenfor det forebyggende arbeidet ikke møter problemet i like stor grad.

Beskrivelsen av individene (populasjonen) studiene bygger på er særlig viktig for å kunne generalisere fra enkeltstudier. Deltagernes sosiale bakgrunn, lengde på misbrukerkarriere, sidemisbruk, tilgjengelighet av velferdssystemer, osv kan ha stor betydning for utfallet av studien og tolkning av data. Resultatene kan ikke umiddelbart overføres til andre populasjoner med andre problembelastninger.

På tross av svakheter i forhold til en ideell utprøving og evaluering, foregår det en utstrakt virksomhet når det gjelder å forebygge og behandle rusproblemer i Norge. En del av denne virksomheten er begrunnet i forskning som oppfyller de aller strengeste kravene til evaluering. Dette gjelder f.eks. for en del tiltak innenfor alkoholpolitikken, som endringer i tilgjengelighet og pris. Det samme gjelder flere typer behandling av alkohol- og narkotikamisbrukere (SBU 2000, Vol 1, s. 11–28).

Men en rekke av de tiltakene som gjennomføres innen ruspolitikken, er ikke begrunnet ut fra forskningsmessige evalueringer. For noen tiltak, for eksempel brede opplysningskampanjer, har en ikke kunnet påvise noen effekt, i alle fall ikke på de effektmål en prøver å måle effekten ved (Edwards et al. 1994).

Andre tiltak kan være basert på en sterk tro på at de virker, eller i alle fall en tro på at om de virker, så virker de i «riktig» retning. Dette gjelder f.eks. reklameforbudet mot alkohol, eller støtten til de rusmiddelpolitiske organisasjonene. For flere av tiltakene, slik som det sistnevnte, kan det være vanskelig å påvise noen effekter, ut over aktiviteten i seg selv, og vissheten om at dersom det virker, så er fortegnet på virkningen riktig.

Endelig skal det ikke underslås at den viktigste grunnen til å sette i verk et tiltak, simpelthen kan være å kunne vise til at det gjøres «noe», uten at dette «noe» nødvendigvis trenger å være godt underbygget vitenskapelig sett.

I mandatet fremgår at kommisjonen skal komme med «forslag til tiltak som, ut fra eksisterende forskningsbasert kunnskap, kan forsterke og effektivisere det rusmiddelforebyggende arbeidet, behandlingen av og omsorgen for misbrukere og deres pårørende».⁴ Dette betyr at rådene i stor grad må ta utgangspunkt i det som allerede har vært prøvd og der det finnes god og pålitelig kunnskap.

Men mandatet sier også at kommisjonen skal «identifisere relevante, men lite påaktede forskningsområder, og foreslå forbedringer av metoder, indikatorer og systemer for å øke kunnskapen om

⁴ Mandatets punkt 5.

og analysen av rusmiddelutviklingen».⁵ En gjennomgang av den eksisterende kunnskapen og en form for kvalitetsvurdering av denne er et helt nødvendig element for å kunne løse denne oppgaven.

I arbeidet med å forbedre rusmiddelpolitikken, trenger en kunnskap om flere forhold enn bare om hvorvidt et gitt tiltak er effektivt med hensyn til å oppnå et ønsket mål, dvs. en ønsket effekt. Rett nok er dette viktig, men like mye trengs det kunnskap om hvorfor problemene oppstår og om hvilke trekk ved samfunnet og individene det er som bidrar til å fremme rusproblemer.

6.5 Metode for innhenting og vurdering av studier på effekt av tiltak

Kommisjonen har lagt vekt på å ha en systematisk tilnærming til bruk av vitenskapelig dokumentasjon, og en åpen beskrivelse av kvalitetsvurdering og kildekritikk. Det ble derfor etablert en protokoll for litteratur- og datainnhenting. Protokollen beskrev strategi for systematiske søk etter vitenskapelig litteratur og en beskrivelse av de kvalitetsvurderinger en ønsket å legge til grunn. I spørsmål som omhandler effekt av tiltak, er datatilfanget stort og uoversiktlig både i Norge og internasjonalt.

Kommisjonen har valgt to strategier for å samle relevant kunnskap om tema knyttet til forebygging og behandling av rusmiddelproblemer. For å få en oversikt over internasjonal litteratur ble det foretatt et standardisert søk i internasjonale databaser etter systematiske litteraturoversikter om relevante tema. Litteratursøket ble gjennomført av Avdeling for kunnskapstøtte i Sosial- og helsedirektoratet og Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) ved SINTEF Unimed. Søket ble begrenset til systematiske oversikter som var publisert i internasjonale vitenskapelige fagtidsskrifter. Bøker og upubliserte rapporter er ikke tatt med, mens to kunnskapsoppsummeringer ble inkludert. For den enkelte systematiske oversikt vil vanligvis søkene være brede slik at kommisjonens grunnlagsmateriale favner bredere enn det kommisjonens eget søk reflekterer. Systematiske litteraturoversikter som kommisjonens medlemmer har hatt kjennskap til, som ikke er identifisert i søkene, men som innehar den nødvendige kvalitet, er inkludert.

⁵ Mandatets punkt 2.

⁶ SBU er den svenske søsterorganisasjonen til Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) i Norge.

Søkestrategien og hvilke databaser for vitenskapelig litteratur som er benyttet, er beskrevet i Vedlegg 1.

Resultatet fra det internasjonale søket er gjengitt i Vedlegg 1, og er kommisjonens viktigste vitenskapelige dokument. Kunnskapsoppsummeringen skal være basert på en systematikk i identifikasjon av vitenskapelig litteratur og det skal være gjort kvalitetsvurderinger av studiene som inngår.

Kommisjonen har altså ikke selv sett på internasjonale enkeltstudier (primærforskning, primærstudier), men vurdert systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer som på en systematisk og eksplisitt måte har innhentet og gransket en gitt problemstilling. Rusmiddelfeltet er omfattende med flere problemstillinger. En systematisk litteraturinnhenting av enkeltstående forskningspublikasjoner og kritisk vurdering av disse for hver problemstilling, ville totalt sprengte rammen for kommisjonens arbeid. I dette ligger også en erkjennelse av at eksperter, selv ikke innen eget fagfelt, vil eller kan ha full oversikt over all vitenskapelig litteratur (og dermed kunnskap) til enhver tid.

To nylig publiserte omfattende kunnskapsoppsummeringer har bidratt vesentlig til rapporten. Disse omhandler en rekke spørsmål innenfor rusfeltet.

- «*Behandling av alkohol- og narkotikaproblem*», utgitt av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2001⁶
- «*Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland*», laget av universitetene i York og Aberdeen på oppdrag fra Scottish Advisory Committee on Alcohol Misuse (SACAM), og utgitt av The Scottish Executive, 2001.

Den svenske oppsummeringen er basert på en selvstendig gjennomgang av et stort antall primærstudier om behandling på narkotika og alkoholfeltet. Rapporten gjengir resultatene fra enkeltstudier og refererer disse. Den skotske oppsummeringen, som dels tematisk overlapper den svenske, bygger i stor grad på oversikter innenfor alkoholfeltet. Den fraviker altså kravet til utelukkende å være bygd på systematiske oversikter.

De systematiske oversiktsartikler som er brukt i kommisjonens rapport, er stort sett publisert etter 1990. Til tross for at vårt litteratursøk ikke omfatter bøker, upubliserte rapporter, konferansebøker osv, er det mange av de systematiske oversiktene vi har innhentet, som gjør et mer dyptpløyende litteratursøk.

Årsakene til at vi begrenser søket blant interna-

sjonale studier på den måten som her er nevnt, er flere. Det er svært tidkrevende å gjennomføre og sammenfatte store kunnskapsoversikter. Det er dermed god grunn til å bygge på arbeid som allerede er gjort. I tillegg kan det for mange tiltak være vanskelig å vurdere om resultatene kan overføres til norsk hverdag. Oversikter bygger på data på aggregert nivå, gjennomgående (konsistente) funn som gjenfinnes i flere studier og fra flere land og kulturer, vil dermed ha større overføringsverdi enn enkeltstudier.

Selv om det for mange typer av tiltak vil finnes evalueringsstudier fra andre land, vil gjennomførbarhet og effekt være knyttet til faktorer som kan variere betydelig mellom land og kulturer. Internasjonale studier som ikke oppfyller kravet til kontroll, vil i mange tilfeller være uten interesse for norske forhold, fordi det vil være nær sagt umulig å generalisere eller konkludere ut fra slike studier. Kontrollerte studier kan imidlertid gi verdifull kunnskap; særlig vil sammenfallende funn fra evalueringer i flere land kunne være en god indikator for om et tiltak vil ha den ønskete effekt også her hjemme.

Forutsetningen for at det er nyttig å bruke systematiske oversikter som grunnlag for en oversikt innenfor rusfeltet, er at det faktisk er gjort oppsummeringer på de mest relevante tema. Gode enkeltstudier innenfor tema hvor en ikke har laget en oversikt, vil ikke bli identifisert og vurdert. Ved å begrense datatilfanget til systematiske oversikter, vil en dermed kunne avdekke «kunnskaps-hull» som omhandler tema som ikke er systematisert, men hvor det likevel kan eksistere gode primærstudier.

En annen forutsetning er at kvaliteten på de systematiske oversiktene er gode. Det betyr at det er utført store og omfattende litteratursøk, at kriteriene for inklusjon er relevante og at kvalitetsvurderingene er gode. Den svenske kunnskapsoppsummeringen fra SBU baserer seg på studier av randomiserte kontrollerte studier. Dette gir en sterk utsagnskraft der en har mye dokumentasjon av denne typen, men vil ikke kunne gi svar på områder der en ikke finner randomiserte kontrollerte studier.

Den skotske rapporten skiller seg noe fra den svenske ved at de inkluderte oversiktene bygger på primærforskning med høy kvalitet ut over randomiserte kontrollerte studier (f.eks. kohortestudier, kasus-kontroll studier). Det kommer imidlertid ikke klart fram hvordan kvalitetsvurderingene av oversiktene er gjennomført, og det er derfor vanskelig å si om en kan stole på konklusjonene i rapporten. På den annen side er oversiktene grun-

dig beskrevet, slik at det til en viss grad er mulig å si noe om validiteten.

Det vil kunne hevdes at den svenske SBU-utredningen som utelukkende bygger på randomiserte, kontrollerte studier, ekskluderer viktige artikler med annet forskningsdesign som muligens kunne gitt verdifull tilleggsinformasjon. For tema eller områder der det finnes mange randomiserte kontrollerte studier med god kvalitet, er dette argumentet ikke dekkende. Det er først og fremst der det er et fåtall randomiserte studier og der resultatene i disse spriker mye, at resultater fra andre typer studier (ikke-randomiserte kontrollerte studier, kohortestudier, kasus-kontroll studier) kunne gi nyttig tilleggsinformasjon. Det må imidlertid anføres at det på nordisk hold har vært reist kritikk mot SBU-rapporten. Kritikken gjelder blant annet at de studerte intervensjonene kan være mangelfullt beskrevet, at det ofte er stor diskrepans mellom ideelle forsøkssituasjoner og den kliniske hverdag, noe som gjør at overføringsverdien er begrenset, at de inkluderte studiene ikke alltid holder de oppsatte kvalitetskriterier og at de gjennomførte metaanalysene ikke oppfyller vanlige kvalitetskriterier for slike analyser (jfr. Bergmark 2001; Mäkelä 2001; Thorsen 2001; Melberg 2002; Poikolainen 2002).

Kunnskapsoppsummeringen gir status opp til det tidspunkt litteratursøket ble avsluttet. Primærstudier publisert etter den tid er dermed ikke vurdert. Dette kan være en svakhet, men det er hovedsakelig i de tilfellene der det finnes få studier eller der studiene spriker mye, at dette er problematisk. Kommisjonen har ikke hatt anledning til å kontrollere at de systematiske oversiktsartiklene gir en korrekt gjennomgang av de primærstudiene de er basert på. Både den svenske SBU-utredningen og den skotske kunnskapsoppsummeringen har imidlertid eksplisitt anført de kriterier som ble stilt til primærstudiene som inngår. De øvrige systematiske oversikter vi har innhentet er i hovedsak publisert i internasjonalt renommerte tidsskrifter med refereedordning.

Søket resulterte i 443 referanser til oversikter inkludert de to nevnte kunnskapsoppsummeringene. 206 artikler ble ansett for å være mindre relevante, og etter å ha plukket ut duplikater ble 170 artikler bestilt. Artiklene ble igjen gjenstand for en relevansvurdering og artikler som ble ansett som relevante ble vurdert mht kvalitet. For detaljer vedrørende kvalitetsvurdering og litteratursøk henvises til beskrivelse av metoden gitt i vedlegg 1.

Av de bestilte 170 artikler ble 129 lest og vurdert. 41 av artiklene var ikke mulig å få tak i innen september 2002. Abstraktene på disse 41 oversik-

tene ble gjennomgått. Problemstillingene i 36 av dem var dekket i nyere oversikter som allerede var inkludert. Alle oversiktsartikler som kommisjonens bygger sine vurderinger på er oppsummert i vedlegg 1.

Til sammen inngår 36 oversiktsartikler og 2 kunnskapsoppsummeringer i kommisjonens vurderinger. Enkelte steder er det i tillegg trukket inn materiale som kommisjonens medlemmer har hatt kjennskap til, selv om det ikke er nevnt i kunnskapsoppsummeringen. De steder det er gjort, er det gitt litteraturhenvisninger.

6.6 Norske studier

Bare et fåtall norske studier oppfyller kravene som er stilt i de systematiske oversiktene som danner kunnskapsgrunnlaget for kommisjonens arbeid og vurderinger. Andre årsaker til at norske studier ikke er inkludert, kan være at resultatene er publisert i tidsskrift eller rapporter som ikke indekseres, eller at de er skrevet på norsk. Kommisjonen ønsket et mer omfattende tilfang av nasjonale forskningspublikasjoner og data enn de som inngår i den internasjonale kunnskapsoppsummeringen. Alle relevante norske miljø på rusmiddelfeltet som en antok har utført forskning i vid forstand, ble derfor kontaktet slik at kommisjonen kunne få tilgang på rapporter/publikasjoner hvor det var utført en evaluering av et tiltak.

Når det gjelder identifisering og innhenting av norske studier, har en i tillegg til randomiserte, kontrollerte studier, også tatt hensyn til observasjonsstudier (panelstudier, tverrsnittsstudier) som er basert på et før-etter-opplegg. En oversikt over slike studier finnes i Vedlegg 2. Henvisningene til norske studier i kap. 7, 8 og 9 refererer til denne oversikten.

En oversikt over det materiale kommisjonen selv har samlet inn, og som ikke oppfyller kriteriene til randomiserte og/eller, kontrollerte studier, eller før-og-etter studier, er imidlertid tatt med i vedlegg 2 under rubrikken «andre studier».

6.7 Nytte-kostnads analyser

Effektene en oppnår ved å ta i bruk tiltak rettet mot rusmiddelproblemene, bør alltid vurderes opp mot kostnadene ved å iverksette tiltaket. Nytte-kostnadsvurderinger vil også innen rusfeltet være viktige for å kunne utnytte samfunnets ressurser på en best mulig måte, og for å optimalisere en helsegevinst. Kommisjonen har ikke hatt tid til å gjennomføre denne type analyser. Nytte-kostnadsvurderinger inngår både i de tidligere nevnte svenske og skotske kunnskapsoppsummeringene, og interesserte lesere henvises til disse kildene.

Del II
Rusmiddelpolitiske tiltak
– hva sier forskningen

Innledning

I de tre følgende kapitler vil vi gi en framstilling av den kunnskap vi har brakt fram gjennom søket i internasjonal, engelskspråklig litteratur og kontakten med norske forskningsmiljøer innenfor rusmiddelsektoren. Resultatene fra søket i den internasjonale litteraturen finnes som vedlegg 1, mens vedlegg 2 omhandler materiale innsamlet fra norske miljøer. Det kan finnes verdifulle opplysninger i vedleggene som ikke er tatt med her. Enkelte steder er det i tillegg trukket inn materiale som kommisjonens medlemmer har hatt kjennskap til, selv om det ikke inngår i kunnskapsoppsummeringen. De steder det er gjort, er det gitt litteraturhenvisninger i teksten.

Vi har i framstillingen valgt en tiltaksorientert tilnærming, dvs. vi tar for oss de enkelte tiltakene innenfor rusmiddelpolitikken og vurderer i hvilken grad det er gjort studier av disse tiltakene som oppfyller de kravene vi har stilt foran. De forebyggende tiltakene er behandlet i kapittel 7, og er delt inn i kategoriene universelle, selektive og indikative, altså etter hvilken antatt risiko de gruppene tiltakene er rettet mot har for å kunne få rusproblemer. Kapittel 8 omhandler behandlingstiltak, og kapittel 9 tar for seg tiltak med sikte på skadereduksjon og omsorg.

For hvert enkelt tiltak følger framstillingen følgende mal:

1. Beskrivelse av tiltaket
2. Tiltakets målgruppe
3. Målene for tiltaket
4. Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen gjengis
5. Status blir gitt på grunnlag av kunnskapsoppsummeringen
6. Nasjonale studier gjengis
7. Eventuelle kunnskapshull blir påpekt
8. Overførbarheten av resultatene fra kunnskapsoppsummeringen blir vurdert
9. Det gis en endelig vurdering av tiltakets effekt

I beskrivelsen av tiltaket gis det først en generell oversikt av hva tiltaket består i, og deretter en gjennomgang av hvordan det benyttes i Norge. Tiltakets målgruppe utgjøres av de personer tiltaket er rettet mot, mens målene for tiltaket er de

variable vi vil betrakte for å se hvilken effekt tiltaket har hatt i forhold til målgruppene. I enkelte tilfeller måler en effekten på såkalte surrogatmål i stedet for på de egentlige målvariablene. Effekten på surrogatmålene antas å være en god indikasjon på effekten på målvariablene, og en velger å benytte seg av surrogatmål fordi det kan være vanskelig å skaffe seg kunnskap om endringene i selve målvariablen.

I punktet som omhandler grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen, oppgis det hvilken stoffmengde det er som ligger til grunn for den status som blir gitt. Her tar en ikke hensyn til annen litteratur enn den som har kommet fram gjennom søket etter systematiske oversiktsartikler i den internasjonale, engelskspråklige litteraturen.

Når kommisjonen gir sin vurdering av status vedrørende studier av effekt av tiltak på rusmiddelfeltet, legges det stor vekt på hvordan effektene av de enkelte tiltakene er dokumentert gjennom det litteratursøket som er gjort. Dokumentasjonen av effektene er forsøkt delt i fire grupper, men det er ikke mulig å følge denne inndelingen for alle typer av tiltak. Med *godt dokumentert* menes det at det finnes *et stort antall studier og entydighet* i konklusjonene. Sier vi at effekten er *dokumentert*, mener vi at det finnes *et tilstrekkelig antall studier og en klar overvekt* av studiene peker i én retning. Med *noe dokumentasjon* mener vi at det finnes noen studier *med overvekt i én retning*. Når effekten *ikke er dokumentert*, finnes det enten *ikke et tilstrekkelig antall studier, eller studiene som finnes er av usikker kvalitet, eller at resultatene peker i forskjellige retninger*.

Mens det er forholdsvis enkelt å bedømme hvor godt effekten av et tiltak er dokumentert, er det ofte vanskeligere å si noe om størrelsen på effekten. Det skyldes at mange studier ikke har tilstrekkelig gode effektmål (utfallsmål). Vi bruker i noen utstrekning begrepene stor, middels og liten effekt i forbindelse med gjennomgangen av kunnskapen om tiltakenes effekt. Vurderingen av effekter er imidlertid preget av skjønn, og må tolkes med stor forsiktighet.

I punkt 6 ser vi på eventuelle nasjonale studier som er gjort om effekten av de tiltak vi ser på. Vi tar

bare med nasjonale studier som enten er basert på en eksperiment-kontroll design, eller studier som er basert på en før-etter metodikk. Hovedsaken til at disse ikke er tatt med i kunnskapsoppsummeringen, er at de er publisert i en form som ikke ble omfattet av vårt litteratursøk. I vedlegg 2 gjengir vi, i tillegg til de nasjonale studier som oppfyller våre krav, også en rekke rusmiddelrelaterte studier som ikke oppfyller de krav til inklusjon som vi har stilt.

Med kunnskapshull mener vi områder hvor vi ikke har funnet litteratur som har undersøkt om det tiltaket vi ser på har effekt. Det kan likevel være at slik forskning finnes, men vi har ikke funnet fram til den gjennom vårt søk i den internasjonale litteraturen. I mange tilfeller kan det være slik at det finnes forskning på området som ikke er effektbasert, eller at den effektforskningen som er gjort ikke oppfyller de krav til kriterier som her er stilt til god forskning.

Det nest siste punktet tar opp spørsmålet om resultatene fra ulike studier er sammenliknbare (overførbare). Et problem ved den tiltaksorienterte framstillingen vi har valgt, er at det ikke alltid er samsvar mellom inndelingen av tiltak slik vi finner i den internasjonale litteraturen, og den inndelingen vi vanligvis anser for relevant her hjemme. F eks snakker vi i Norge gjerne om institusjonsbehandling versus poliklinisk behandling, men i den internasjonale oversikten finner vi bare i liten grad denne inndelingen. Der opererer en i stedet med en inndeling basert på om behandlingen er psyko-

sosialt eller medikamentelt orientert, uansett om den skjer i døgninstitusjon eller poliklinisk.

Programmer som forsøkes importert fra andre land (kulturer, områder), må ofte forandres i større eller mindre grad for å kunne tilpasses de enkelte lands kulturer. I slike tilfeller er det usikkert om det er riktig å sammenstille erfaringer fra mange land, fordi en ikke gjør sammenlikninger mellom like størrelser.

Et annet problem er at selv om et tiltak kan utformes på nøyaktig samme måte i mange land (f eks en avgiftsøkning eller en illegalisering av cannabis), vil det slå ut på forskjellig måte avhengig av den kulturen tiltaket er en del av. Det at konteksten et tiltak gjennomføres innenfor har betydning for effekten av tiltaket, og at rammene måtte tolkes som et tiltak i seg selv når en gjør en sammenlikning av studier som er gjort under ulike rammevilkår, begrenser overføringsverdien av studiene.

I det siste punktet under hvert tiltak gir kommisjonen sin vurdering av tiltakets sannsynlige effekt på bakgrunn av den internasjonale kunnskapsoppsummeringen, på bakgrunn av de nasjonale studier vi har lagt vekt på, på bakgrunn av annen litteratur kommisjonens medlemmer har funnet det riktig å trekke inn i den endelige vurderingen og på bakgrunn av en vurdering av overførbarheten av de funn som er gjort i de ulike studier. Her kan vi også ta opp forhold som ikke er berørt i den internasjonale kunnskapsoppsummeringen, men som er tatt opp i annen litteratur.

Kapittel 7

Forebyggende tiltak

7.1 Universelle tiltak

7.1.1 Avgifter på alkohol

7.1.1.1 Beskrivelse av tiltaket

Myndighetene kan påvirke prisene på alkohol ved å legge avgifter på alkoholholdige drikker. Det er store variasjoner mellom de ulike land i hvilken grad dette virkemidlet brukes. For landene som er med i EU, legger EU-medlemskapet begrensninger på muligheten til å regulere alkoholavgiftene. Innen EU er det i gang en prosess med harmonisering av avgiftsnivået.

Tiltak i Norge

I Norge er alkoholavgiftene knyttet til alkoholinnholdet. Alkoholen i brennevin er hardere beskattet enn alkoholen i øl og vin. Alkoholavgiftene på ei flaske rimelig sprit utgjør rundt 70 prosent av salgsprisen, for vin og øl rundt 40 prosent. Sammenliknet med andre land har Norge svært høye alkoholavgifter, og det offentlige avgiftsvedtak får betydelig innvirkning på prisene. Til grunn for de høye avgiftene ligger to hensyn, et ønske om økte inntekter til staten, og et ønske om å begrense forbruket av alkohol ved å begrense omsetningen. Pris er et sentralt virkemiddel i norsk alkoholpolitikk. Vinmonopolet har ingen innflytelse på alkoholavgiftene.

7.1.1.2 Målgruppe

Hele befolkningen

7.1.1.3 Mål

Redusere forbruket av alkohol og omfanget av alkoholskader

7.1.1.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

En skotsk kunnskapsoppsummering basert på to oversiktsartikler (Vedlegg 1, referanse nr 2). Det er ikke oppgitt hvor mange primærstudier oversiktsartiklene omfatter.

7.1.1.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

Det er godt dokumentert at økte priser fører til lavere alkohol *salg*, men det er usikkerhet om størrelsen på effekten (Vedlegg 1, tabell 1.3).

Det er noe dokumentasjon for at salget av vin og sprit er mer prisfølsomt enn salget av øl.

Effekten på salget og forbruket varierer fra land til land, og effekten kan også variere mellom befolkningsgrupper med ulikt forbruksnivå.

7.1.1.6 Nasjonale studier

En tidsserieanalyse av sammenhengen mellom salget og prisene på vin og brennevin basert på data for perioden 1960–1974 (Horverak 1978), og en tilsvarende undersøkelse i 1993 basert på data fra 1960–1991 (Strand 1993) viste begge at salget av alkoholdrikker gikk ned når prisene økte. Vinsalget var mest prisfølsomt, priselastisiteten for vin lå mellom -1,0 og -1,5, mens priselastisiteten for brennevin lå rundt -1,0.¹

7.1.1.7 Kunnskapshull

En mangler studier som tar opp spørsmålet om effekten av prisendringer varierer mellom ulike befolkningsgrupper og mellom grupper med ulikt alkoholforbruk. De få studier som er gjort, er ikke entydige.

Det mangler studier om hvorvidt effekten av prisendringer er symmetriske, dvs. om salget endres relativt like mye ved prisøkning som ved prisnedgang.

7.1.1.8 Overførbarhet

Det er samsvar mellom de internasjonale studier

¹ En priselastisitet angir den relative endringen i salget av en vare ved endringer i prisen. En elastisitet på -1,0 betyr at salget vil gå ned med 1 prosent når prisene stiger med 1 prosent. Tilsvarende vil en priselastisitet på -0,5 bety at salget går ned med 0,5 prosent når prisen endres 1 prosent. Elastisitetene gjelder eksakt bare for marginale prisendringer.

og de norske om at økte priser fører til redusert salg. Estimerer på størrelsen på priselastisitetene kan ikke overføres fra land til land.

7.1.1.9 Vurdering

Sammenhengen mellom priser og salg er meget godt dokumentert, og det synes ikke å være tvil om at prisendringer påvirker salget av alkohol. Det er sannsynlig at endringen i det legale salget er større enn endringen i omsetningen gjennom andre kanaler.

Dette bestyrkes av studier som er gjort over sammenhengen mellom endringer i skader og problemer en vet er en følge av alkoholbruk, og endringer i prisnivå. F eks viste en svensk tidsserieanalyse basert på data fra 1956–1967, en signifikant sammenheng mellom prisen på brennevin og antall personer som ble satt i fyllerrest. «Fylleriets brennevinspriselastisitet» ble oppgitt til mellom -0,3 til -0,4 (Huitfeldt och Jorner 1972). Nyere studier basert på tidsserieanalyse viser følgene av prisendringer for alkoholskader som levercirrose (Cook 1981; Cook and Tauchen 1982), trafikkulykker (Cook and Tauchen 1982; Saffer and Grossman 1987; Chaloupka et al. 1991; Sloan et al. 1994) og kriminalitet (Cook and Moore 1993; Chaloupka et al. 1998; Markowitz and Grossman 1997, 2000; Sloan et al. 1994). Alle disse studiene viser at økte alkoholpriser fører til en nedgang i en rekke uønskede følger av alkoholbruk.

I de tidsserieanalyser det er referert til, er det implisitt forutsatt at prisendringer har en symmetrisk effekt, altså at effekten er den samme ved prisøkning som ved prisnedgang.

Det er usikkert hvor mye *alkoholforbruket* blir påvirket av prisendringer, og om priselastisiteten påvirkes av prisnivået på alkoholdrikker i utgangspunktet.

En antar at det uregistrerte forbruket av alkohol øker som en følge av høye avgifter på de varer som selges gjennom innenlandske, legale omsetningskanaler.

Det finnes eksempler på at en avgiftsnedsettelse ikke har ført til en tilsvarende nedgang i pris til forbruker, men i stedet ført til økt fortjeneste for omsetningsleddene.

7.1.2 Regulering av tilgjengelighet og alkoholmonopol

7.1.2.1 Beskrivelse av tiltaket

I de fleste land finner vi ulike former for regulering

av tilgjengeligheten til alkoholdrikker. De vanligste tiltakene er

- fravær av privatøkonomiske interesser, dvs. statlige alkoholmonopol som enten står for all omsetning av alkohol, eller for bestemte alkoholdrikker
- et lisenssystem som regulerer antall salgs- og skjenkesteder
- bestemmelser som regulerer åpningstidene
- bestemmelser som regulerer salgform

Tiltak i Norge

Norge har tatt i bruk alle de fire nevnte typene av tiltak for å regulere tilgjengeligheten.

- I Norge var all produksjon av brennevin, og import, engros- og detaljsalg av vin og brennevin lagt til det statlige Vinmonopolet i perioden 1927–1995. Vinmonopolet hadde også monopol på import av øl fram til 1994. Fra 1996 har Vinmonopolet bare enerett på detaljsalget av vin og brennevin samt sterkt øl, som det overtok fra dagligvarebutikkene i 1993. Vinmonopolet har ikke lenger rett til selv å drive import. I dag er import- og grossistmarkedet privatisert; de private grossistene leverer selv sine varer direkte til skjenkestedene og til Vinmonopolet. Også produksjonsmonopolet for brennevin er opphevet.
- I Norge må enhver som skal selge alkoholdrikker ha bevilling til slikt salg. Det samme gjelder de som skal skjenke alkohol. Detaljbevillinger, både for salg og skjenking, gis i hovedsak av kommunene, mens produksjons- og engrosbevillinger gis av staten. Det er få land som stiller så strenge krav til vandel og økonomisk ryddighet til en bevillingsinnehaver som Norge. Bevilling kan gis til salg eller skjenking av alle eller noen typer alkoholdrikker.
- Antall steder som kan skjenke alkoholholdig drikk har økt sterkt i Norge i senere år, fra 2 439 i 1980 til 6 355 i 2000. Antall salgssteder for øl gikk ned fra 4 729 i 1980 til 4 554 i 2000, noe som først og fremst skyldes de store strukturendringer i dagligvarebransjen. Antall vinmonopolbutikker økte i samme periode fra 87 til 141.
- I Norge fastsettes tidene for salg og skjenking av alkohol på kommunalt nivå, men alkoholloven fastsetter maksimumsrammer for hvor lenge de enkelte kommunene skal kunne selge eller skjenke alkohol. Det kan ikke selges øl fra butikk på søndager, og Vinmonopolets butikker kan bare ha åpent mellom kl 08.30–18.00 på hverdager (kl 08.30–15.00 på lørdager). Salg av

øl er begrenset til å skje mellom kl 08.00–20.00 på hverdager (kl 08.00–18.00 på lørdager).

- Fram til sommeren 1990 ble sterkt øl solgt i selvbetjente dagligvarebutikker med bevilling, men fra da av og til det sterke ølet havnet på Vinmonopolet i 1993, kunne dagligvarebutikkene bare selge det over disk. På Vinmonopolet har salget av alkohol tradisjonelt foregått over disk. I 1999 ble det imidlertid satt i gang forsøk med selvbetjening. Det er senere vedtatt at Vinmonopolet står fritt til å legge om til selvbetjening der de finner det hensiktsmessig.

7.1.2.2 Målgruppe

Hele befolkningen

7.1.2.3 Mål

Redusere forbruket av alkohol og omfanget av alkoholskader

7.1.2.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

- Statlig alkoholmonopol: Ingen studier ble referert i kunnskapsoppsummeringen
- Antall omsetningssteder: En skotsk kunnskapsoppsummering basert på to oversiktsartikler (Vedlegg 1, referanse nr 2). Antall primærstudier oversiktsartiklene omfatter er ikke oppgitt.
- Åpningstider: En skotsk kunnskapsoppsummering basert på én oversiktsartikkel (Vedlegg 1, referanse nr 2). Antall primærstudier oversiktsartikkelen omfatter er ikke oppgitt.
- Salgsform (salgs/skjenkesteder): En skotsk kunnskapsoppsummering basert på én oversiktsartikkel (Vedlegg 1, referanse nr 2). Antall primærstudier er ikke oppgitt.

7.1.2.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

- Antall omsetningssteder: Det finnes noe dokumentasjon for at økt utsalgstetthet er forbundet med økt salg og økning i fatale trafikkuulykker. Effekten varierer med alkoholtype, og forskjellige typer utsalg kan ha ulik effekt på alkoholrelaterte problemer.
- Åpningstider: Enkelte studier antyder at lengre åpningstider øker alkoholrelaterte problemer.
- Salgsform: Studier fra Australia antyder at forskjellige typer utsalgsteder er forbundet med ulike nivåer av alkoholrelaterte problemer, hvor nattklubber og barer representerer den

høyeste risikoen. Studier fra USA viser at dagligvarebutikker er mer tilbøyelig til å selge alkohol til mindreårige enn andre utsalgsteder.

7.1.2.6 Nasjonale studier

- Antall omsetningssteder: I Norge er det gjort flere kontrollerte studier av hva som skjer med omsetningen av alkoholdrikker når en kommune har gitt Vinmonopolet bevilling til salg av vin og brennevin (Hauge og Amundsen 1994). Hovedresultatet er at det totale alkoholforbruket i kommunen ikke ser ut til å endres merkbart. Men sammensetningen av alkoholforbruket endres noe, en consumerer mer av de varer som blir relativt lettere tilgjengelig, og mindre av de varer som ikke får endret tilgjengelighet.
- En studie (Nordlund 1978) har også sett på utviklingen i alkoholsalget i to byer som innførte monopol på salget av øl. Antallet salgssteder i de to byene undersøkelsen omfattet ble redusert fra hhv 49 til 1(2) og 66 til 1(2). Undersøkelsen viste at ølsalget i begge de to byene gikk betydelig ned det første året som følge av at monopolen ble innført (12–13 prosent), mens salget av vin og brennevin økte noe. Virkningen på det totale salget av alkohol var forholdsvis ubetydelig og kortsiktig.
- Åpningstider: I 1984 ble det gjennomført en kontrollert studie i forbindelse med et forsøk med lørdagsstengte vinmonopolbutikker i en del byer her til lands (Nordlund et al., 1985). En fant at Vinmonopolets salg gikk noe ned i de byene som innførte lørdagsstengning, men at nedgangen var forholdsvis beskjeden. Imidlertid gikk enkelte typer av alkoholproblemer noe ned, først og fremst drukkenskapsarrestasjoner og husbråk.
- Salgsform: En kontrollert studie av et forsøk med innføring av selvbetjening i en del Vinmonopolbutikker i 1999 viste at innføringen av selvbetjening gjorde at salget av alkohol økte med 12 prosent (Horverak 2002). En gjorde også en før-etter studie av konsekvensene av at sterkt øl gikk fra selvbetjent til betjent salg i dagligvarebutikker, og fant at salget av sterkt øl sank med rundt 40 prosent som en følge av endringen i salgsform.

7.1.2.7 Kunnskapshull

En mangler kunnskap om effekten på alkoholrelaterte problemer av endrede åpningstider på skjenkesteder.

7.1.2.8 Overførbarhet

Det er grunn til å hevde at resultatene fra de refererte studiene er overførbare.

7.1.2.9 Vurdering

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen er basert på relativt små endringer i antall utsalgssteder. Erfaringer fra USA og Norden viser imidlertid at store endringer i tilgjengelighet, gjerne i forbindelse med at salget blir privatisert eller lagt til et statsmonopol, har betydelig innvirkning på salget. Eksempelvis økte ølomsættningen med 125 prosent da salget av «mellanöl» ble overført fra det finske monopolet til dagligvarebutikkene i 1969, mens det totale alkoholforbruket økte med 46 prosent (Mäkelä 1971). Økningen i det totale forbruket ble påvirket av at det finske alkoholmonopolet, samtidig som ølsalget ble privatisert, fikk anledning til å etablere butikker i landkommuner. Da «mellanöl» ble solgt i dagligvarebutikker i Sverige (høsten 1965–sommeren 1977) anslo en det totale merforbruket av alkohol til 15 prosent (Noval och Nilsson 1984). (Mellanöl selges i dag bare av det svenske alkoholmonopolet.)

I USA har Holder og Waagenar (1990, 1991, 1995) gjort tidsserieanalyser over utviklingen i salget i en del stater som privatiserte salget av vin og/eller brennevin. Hovedresultatet var at privatiseringen førte til en sterk økning i antallet salgssteder, som igjen førte til en betydelig økning i forbruket av den varen som fikk økt tilgjengelighet. Hele økningen ble ikke kompensert ved en nedgang i salget av de varer som hadde uendret tilgjengelighet.

En nasjonal studie (Lund 2000) har analysert følgene av avmonopoliseringen av grossistmarkedet i de første årene etter at monopolet ble opphevet. Hun fant at markedsføringen fra grossister mot restauranter økte i noen grad.

Når det gjelder forsøket med lørdagsstengning av Vinmonopolets butikker, tilsvarende resultatene fra Norge i stor grad tilsvarende erfaringer fra Finland og Sverige, da de stengte sine vinmonopolutvalg på lørdager. Det kan synes som om åpnings-tidene har betydning for drikkemønsteret og for omfanget av alkoholrelaterte problemer. En svensk studie viste at alkoholsalget økte med 3 prosent som en følge av at Systembolaget åpnet sine butikker på lørdager (Norström og Skog 2001).

Flere studier har vist at en betydelig andel av voldshandlingene skjer på eller i tilknytning til et skjenkested (Pernanen 1996, NIAAA 2000).

Det blir gjerne hevdet at monopoliseringen av handelen med vin og brennevin ikke er i forbrukernes interesse fordi monopolene er kostnadsdrivende og at de beregner seg en særlig høy fortjeneste (monopolprofitt). Studier over de nordiske monopolene og det danske markedet har ikke kunnet påvise noen slik effekt, tvert i mot er prisnivået på vin og brennevin eksklusive avgifter, lavere når varene omsettes gjennom monopolbutikker (som i Finland, Norge og Sverige) enn i private butikker (som i Danmark) (Horverak og Österberg 1991, 2002).

En studie av effekten av omlegging til selvbetjening ved det svenske Systembolaget viste en nettoøkning i salget på mellom 7–13 prosent (Skog (2000)). Resultatene var sammenfallende med den norske studien. Den norske studien viste også at innføringen av selvbetjening fører til økt kundetilfredshet. En klar majoritet både blant de ansatte og kundene ønsket selvbetjent salg.

Det er grunn til å hevde at de statseide monopolene synes å være en egnet institusjon for å kunne iverksette en del tiltak som virker til å redusere forbruket av alkohol (i.e. antall utsalgssteder, åpningstider, prispolitikk) (Moskalewicz 1993).

7.1.3 Begrensninger i reklame

7.1.3.1 Beskrivelse av tiltaket

Mange land har innført forbud mot bestemt typer reklame (livsstilsreklame), mot reklame for bestemte alkoholdrikker eller mot reklame i spesielle forbindelser (idrettsarenaer, idrettsarrangement med mer). Noen land har også innført forbud mot alkoholreklame.

Tiltak i Norge

I Norge ble det i 1975 vedtatt et forbud mot all alkoholreklame.

7.1.3.2 Målgruppe

Hele befolkningen

7.1.3.3 Mål

Redusere forbruket av alkohol og omfanget av alkoholskader

7.1.3.4 *Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen*

En skotsk kunnskapsoppsummering basert på to oversiktsartikler (Vedlegg 1, referanse nr 2). Antall primærstudier er ikke oppgitt.

7.1.3.5 *Resultat av kunnskapsoppsummeringen*

Det er ikke vist noen klar sammenheng mellom alkoholreklame og alkoholforbruk.

7.1.3.6 *Nasjonale studier*

Det er ikke gjort noen studier av sammenhengen mellom innføringen av reklameforbudet og alkoholforbruket i Norge.

7.1.3.7 *Overførbarhet*

Resultatene fra de internasjonale studiene er relevante for Norge.

7.1.3.8 *Vurdering*

En har ikke klart å dokumentere noen virkning av et reklameforbud på forbruket av alkohol.

7.1.4 **Informasjonskampanjer**

7.1.4.1 *Beskrivelse av tiltaket*

Den vanligste formen for kampanjer er informasjonskampanjer gjennom massemedia, dvs. aviser, blader, radio og fjernsyn. Kampanjen består i at et eller flere budskap spres gjennom annonser.

Tiltak i Norge

Eksempler på informasjonskampanjer i Norge er kampanjen Aksjon mot ruskkader, som pågikk i perioden 1984–1987, Aksjon mot ulovlig spritomsætning, som pågikk i årene 1993–1995, Vinmonopolets informasjons-/holdningskampanjer om bruk av alkohol i samvær med barn og kampanjer mot bruk av narkotika i regi av Rusmiddeldirektoratet.

7.1.4.2 *Målgruppe*

Hele eller deler av befolkningen

7.1.4.3 *Mål*

Endre holdninger og atferd gjennom økt kunnskap

7.1.4.4 *Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen*

En skotsk kunnskapsoppsummering basert på to oversiktsartikler (Vedlegg 1, referanse nr 2). Antall primærstudier er ikke oppgitt.

7.1.4.5 *Resultat av kunnskapsoppsummeringen*

Studiene har ikke påvist noen entydig effekt av informasjonskampanjer som enkelttiltak. Det kan ikke utelukkes at informasjonskampanjer har virkning som en del av sammensatte tiltak.

Kampanjer i massemedia kan øke kunnskap, men det er ikke påvist at de endrer atferd.

7.1.4.6 *Nasjonale studier*

Evalueringskampanjene Aksjon mot ruskkader (Baklien 1988) viste at det var små endringer å spore i holdningene blant publikum til ruskkader og rusmidler i årene 1984 og 1986.

Evalueringskampanjen Aksjon mot ulovlig spritomsætning (Aas 1996) viste at kampanjen syntes å ha hatt en positiv effekt på kort sikt, i den forstand at en mindre andel av dem som hadde merket seg kampanjen kjøpte og brukte ulovlig sprit på slutten av det første året kampanjen pågikk enn hva tilfellet var for dem som ikke hadde merket seg kampanjen. I kampanjens andre år forsvant en del av de endringer en hadde sett det første året.

7.1.4.7 *Overførbarhet*

Det er grunn til å anta at resultatene er overførbare.

7.1.4.8 *Vurdering*

Det er godt dokumentert at isolerte informasjonskampanjer ikke ser ut til å ha direkte innvirkning på atferden, men kan påvirke kunnskapsnivået og derigjennom kanskje atferd på lengre sikt.

Kampanjer som lykkes i å etablere et gruppepress som støtter opp under kampanjens budskap, kan vise til positive resultater. Det gjelder kampanjen mot tribunefyll, for å minske misbruk blant gravide og, i en viss grad, kampanjen mot ulovlig sprit.

Arbeidet med å evaluere informasjonskampanjer møter ofte på store metodiske vansker, fordi

det er vanskelig å rendyrke effekten av kampanjene i forhold til andre hendelser som påvirker rusbruk og holdninger til rusbruk. Forsøk med kontrollgrupper savnes.

7.1.5 Tiltak mot rusmiddelpåvirket kjøring

7.1.5.1 Beskrivelse av tiltak

En rekke tiltak er forsøkt for å redusere omfanget av rusmiddelpåvirket kjøring. De vanligste av disse er:

- Innføring av og endringer i promillegrensen
- Innføring av tilfeldige promilleprøver
- Endringer i oppdagelsesrisiko
- Inndragelse av førerkort ved promillekjøring
- Endringer i straffeutmålingen

Tiltak i Norge

Opp til 1988 var den vanlige straffen for promillekjøring i Norge 3 ukers ubetinget fengsel. I 1988 ble det imidlertid åpnet for en mer nyansert straffeutmåling i slike saker ved at det ble mulig å ilegge betinget fengsel og bøter ved lave promiller, og ubetinget fengsel og obligatoriske bøter ved høye promiller.

Fra 1.1.2001 ble promillegrensen for førere av motorkjøretøy på land senket fra 0,5 til 0,2 ‰.

7.1.5.2 Målgruppe

Førere av motorkjøretøy

7.1.5.3 Mål

Redusere antall alkoholrelaterte (rusmiddelrelaterte) trafikkuulykker

7.1.5.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

- Reduksjon i promillegrensen for hele befolkningen: En skotsk kunnskapsoppsummering basert på én oversiktsartikkel (Vedlegg 1, referanse nr 2). Antall primærstudier ikke oppgitt.
- Innføring av tilfeldige promilleprøver: En skotsk kunnskapsoppsummering basert på tre oversiktsartikler (Vedlegg 1, referanse nr 2). Antall primærstudier er ikke oppgitt.
- Endring i oppdagelsesrisikoen: En skotsk kunnskapsoppsummering basert på to primærstudier (Vedlegg 1, referanse nr 2).

- Inndragelse av førerkortet: En skotsk kunnskapsoppsummering basert på tre oversiktsartikler (Vedlegg 1, referanse nr 2). Antall primærstudier er ikke oppgitt.
- Endringer i straffeutmålingen: Ingen studier

7.1.5.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

- Reduksjon i promillegrensen for hele befolkningen: Det er noe dokumentasjon for at en reduksjon i promillegrensen fra 1,0 til 0,8 virket til å redusere antall trafikkuulykker.
- Innføring av tilfeldige promilleprøver: Det er godt dokumentert at innføring av tilfeldige promilleprøver er effektivt mht. å redusere trafikkuulykker. Den totale nedgangen i dødsulykker i trafikken er anslått til 16–29 prosent, og i skader i trafikkuulykker til 10–28 prosent.
- Endring i oppdagelsesrisikoen: Usikker; positiv effekt påvist i én studie, ingen effekt i en annen.
- Inndragelse av førerkortet: Det er noe dokumentasjon for at inndragelse av førerkortet virker til å redusere antall fatale trafikkuulykker.
- Endringer i straffeutmålingen: Ingen studier

7.1.5.6 Nasjonale studier

Endring i risikoen for å måtte avgi promilleprøve: Det er gjort en sammenliknende studie av håndhevelsen av promillelovgivningen i USA, Australia og Norge (Berger et al, 1990), mens en annen studie sammenligner håndhevingen i Norge og Sverige (Assum 1985). Begge studiene viser til en positiv effekt av økt oppdagelsesrisiko, betinget av at informasjon om den økte oppdagelsesrisikoen er kjent for bilførerne.

7.1.5.7 Kunnskapshull

Det er lite kunnskap om hvordan straffeutmålingen påvirker omfanget av promillekjøring og/eller ulykker forbundet med promillekjøring.

7.1.5.8 Overførbarhet

Kunnskapsoppsummeringen viste at de fleste studier på dette feltet er fra USA. Resultatene må tolkes med forsiktighet pga de store kulturelle forskjellene, og ikke minst fordi dette gjelder studier hvor promillegrensene er vesentlig høyere enn i Norge. Det finnes også publikasjonsskjevhet i noen amerikanske oversiktsartikler.

7.1.5.9 Vurdering

Endring i promillegrenser/innføring av promilleprøve/økt risiko for å bli utsatt for promilleprøve: Alle disse tiltakene virker til å redusere antallet trafikkulykker. Ved en økning i risikoen for å bli utsatt for promilleprøve, er det viktig at det samtidig gis informasjon om den økte risikoen.

Norström og Andersson (1996) fant at nedsettelsen av promillegrensen i Sverige fra 0,5 til 0,2 promille førte til seks prosent reduksjon i antall trafikkulykker. Reduksjonen i trafikkulykker i Finland og Norge i samme periode synes imidlertid å ha vært minst like stor. Det er ikke utført noen evaluering av nedsettelsen av promillegrensen fra 0,5 til 0,2 i Norge mht. ulykker.

Flere studier har vist at særlig lave promillegrenser for ungdom har ført til en nedgang i antall fatale trafikkulykker (mellom 9 og 24 prosent) (Shults et al. 2001). Babor et al. (in press) viser i en litteraturgjennomgang til at inndraging av førerkort er en effektiv straff mht. å redusere recidiv. De rapporterer også at det er forskningsmessig grunnlag for å si at innføring av tilfeldige promilleprøver har en betydelig og varig effekt på omfanget av promillekjøring og trafikkulykker.

7.2 Selektive tiltak

7.2.1 Tiltak i skolen rettet mot barn og unge

7.2.1.1 Beskrivelse av tiltakene

Tiltakene som gjennomføres i skolen kan deles i to hovedtyper: Didaktiske og interaktive tiltak. Didaktiske tiltak er ulike former for kateterundervisning hvor det i hovedsak legges vekt på å gi elevene faktiske kunnskaper om alkohol og narkotika. I mange tilfeller gjøres det her bruk av ulike typer innkalte «eksperter» (f eks politi, sosialarbeidere, tidligere misbrukere). Ut over faktaformidling tas det sikte på å utvikle negative holdninger til rusmidler og å forebygge skader og utsette bruk. Interaktive tiltak er basert på deltakermedvirkning, hvor en ønsker å påvirke elevenes faktiske atferd gjennom å styrke deres evne til å foreta gode valg i vanskelige situasjoner (mestring). I tillegg til elevene selv, kan foreldre, nærmiljø og venner trekkes med i interaktive programmer. Peer-to-peer programmer faller inn under interaktive tiltak.

Tiltak i Norge

- Veilednings-/undervisningsmateriell utarbeidet av Rusmiddeldirektoratet/Sosial- og helsedirektoratet og regionale kompetansesentre
- Klasseromsundervisning m/politi, eget undervisningsmateriell
- Klasseromsundervisning m/tidligere rusmiddelmisbrukere
- Klasseromsundervisning m/sosialarbeidere
- «Lions Quest – Dette er mitt valg»
- Juvente/Handling mot rusgift/Fristil
- MOT (organisasjon av toppidrettsutøvere)

7.2.1.2 Målgruppe

Elever primært i grunnskolen, i noen grad også videregående skole

7.2.1.3 Mål

- Øke kunnskap om og holdning til legale og illegale rusmidler
- Minske bruk av alkohol og illegale rusmidler
- Utsette bruk av alkohol/avhold fra alkohol

7.2.1.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

I den internasjonale gjennomgangen har en skilt mellom alkohol og narkotika.

Alkohol

Evalueringen av tiltakene som omhandler alkohol er basert på en skotsk kunnskapsoppsummering basert på 20 oversiktsartikler (Vedlegg 1, referanse nr 2). Opplysninger om kvaliteten på de inkluderte oversiktene ble ikke gitt. Antall primærstudier er ikke oppgitt.

Narkotika

Evalueringen av tiltakene som omhandler narkotika er basert på syv oversiktsartikler (Vedlegg 1, referanse nr 4–10). To av artiklene har ganske god kvalitet, de andre har middels eller mindre god kvalitet. Antall primærstudier er i underkant av 400. 90 prosent av de inkluderte primærstudiene er fra USA.

7.2.1.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen Alkohol

Det er noe dokumentasjon for å hevde at skolebaserte programmer øker kunnskapsnivået, men i liten grad påvirker atferd.

Kombinasjon av tiltak som interaktiv læring, foreldreopplysning, sammensatte tiltak og elev til elev (peer) påvirkning kan i litt større grad virke på atferd, men langvarig effekt er ikke dokumentert.

Programmet «Helsefremmende skoler» viser positiv effekt mht. kunnskap og i noen grad også holdninger, men har mindre effekt når det gjelder helseskadelig atferd, som f.eks. bruk av alkohol.

Narkotika

Det er god dokumentasjon for at skolebaserte programmer øker kunnskapsnivået om rusmidler og faren ved bruk av disse hos elevene, mens holdninger og atferd påvirkes i mindre grad.

Det er god dokumentasjon for at interaktive programmer er mer effektive enn «didaktiske» undervisningsmetoder.

Det er bare vist kortvarig effekt, målt i forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgrupper, men det mangler robuste studier av god kvalitet med lang oppfølgingstid.

Programmet DARE, hvor politiet underviser på skolen, er antakelig ikke hensiktsmessig.

7.2.1.6 Nasjonale studier

Evalueringen er gjort på bakgrunn av syv studier: to «før-etter» studier og fem studier med (randomisert) kontrollgruppe (Baklien 1995, Bye 1997, Klepp et al 1993, Lavik og Rud 1984 og 1986, Nærnes 1995, Skeie og Klepp 1999, Wilhelmsen 1997). Utfallsmålene i fem av studiene dreier seg utelukkende om alkohol (holdning/kunnskap/bruk/samtaler med venner/foreldre), mens to av studiene også omfattet narkotika (holdning/bruk).

De norske studiene understøtter resultatene fra de internasjonale studiene. Undervisningsopplegg der elevene aktivt involveres sammen med lærer kan vise positiv endring i atferd på kort sikt. Studiene har gjennomgående svært kort oppfølgingstid, og det er ikke dokumentert at noen av de evaluerte intervensjonene har langvarig effekt.

7.2.1.7 Kunnskapshull

Med ett unntak, har de internasjonale og nasjonale studier sett på effekten av tiltakene på kort sikt. En savner derfor kunnskap om effekt av tiltakene på

lengre sikt. Uønskede sideeffekter er lite undersøkt (f.eks. om tiltak medfører økt nysgjerrighet mht. narkotika).

Det mangler kunnskap om effekten av særskilte tiltak rettet mot ungdom som er i faresonen for å utvikle narkotikamisbruk.

7.2.1.8 Overførbarhet

De nasjonale studiene støtter opp om de internasjonale, noe som er en god indikasjon på at resultatene fra de internasjonale studiene er relevante for forebyggende rusmiddeltiltak i norsk skole.

7.2.1.9 Vurdering

Den lettest tilgjengelige arenaen for forebygging rettet mot ungdom er skolen, både fordi ungdom flest nås gjennom skolebaserte tiltak, og fordi det i denne sammenheng er mulig å foreta metodisk sett gode studier.

Det er en massiv litteratur på forskning på tiltak i skolen. Forskingen på alkohol- og narkotikafeltet underbygger hverandre. Programmene påvirker først og fremst de faktiske kunnskapene om alkohol og narkotika, og i mindre eller ingen grad atferd. Interaktive programmer er mer effektive enn didaktiske. Effekten av tiltakene synes liten når det gjelder å forebygge narkotikabruk for de grupper som står i fare for å utvikle misbruk.

7.2.2 Aldersgrenser

7.2.2.1 Beskrivelse av tiltaket

I de fleste land eksisterer det aldersgrenser for hvor gammel en må være for å kunne kjøpe eller bruke alkohol. I noen land fraviker en aldersgrensene på skjenkesteder dersom mindreårige er sammen med sine foresatte. Det er ulik praksis i de ulike land på hvordan aldersgrensene håndheves, og om grensen er knyttet til bruk eller kjøp, eller begge deler.

Tiltak i Norge

I Norge er grensen for å kunne kjøpe øl og vin 18 år, mens en må være 20 år for å kjøpe brennevin. Grensene gjelder både på salgs- og skjenkesteder, og uansett om en er i følge med foresatte eller ikke. Med unntak av at aldersgrensen for å kjøpe brennevin ble senket fra 21 til 20 år i 1973, har aldersgrensene ligget fast i lange tider. Det er ingen aldersgrense for bruk av alkohol.

7.2.2.2 Målgruppe

Barn og unge

7.2.2.3 Mål

- Utsette debutalderen for bruk av alkohol
- Redusere alkoholforbruket og alkoholskadene blant ungdom

7.2.2.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

- En skotsk kunnskapsoppsummering basert på én oversiktsartikkel som vurderer 29 studier som så på sammenhengen mellom trafikkulykker og endring av aldersgrenser, og to enkeltstudier som så på hvordan tiltak som var ment å påvirke håndhevelsen av aldersgrensene i en kommune, påvirket ungdommens kjøp av alkohol (Vedlegg 1, referanse nr 2).

7.2.2.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

- Studier av virkningen av å øke aldersgrensen til 21 år i USA viste at hevingen av aldersgrensene bidro til å minske antall trafikkulykker hvor ungdom var involvert.
- Det finnes lite pålitelig kunnskap om effekten av sammensatte tiltak (kontroll, opplæring av salgspersonell, medieoppmerksomhet) i kommuner for å håndheve aldersgrensene og salget av alkohol til mindreårige.

7.2.2.6 Nasjonale studier

Det er ikke gjort noen studier i Norge om betydningen av aldersgrensen for kjøp og/eller salg av alkoholdrikker.

7.2.2.7 Kunnskapshull

Det er ønskelig med kunnskap om aldersgrensene virker til å presse de unge mot illegale omsetningskanaler for sprit.

7.2.2.8 Overførbarhet

Alle de nevnte studiene er fra USA, og tradisjon og kultur på disse områder er så forskjellig fra den norske at overførbarheten er begrenset. Ikke minst skyldes dette den relativt høye promillegrensen i USA.

7.2.2.9 Vurdering

Det er usikkert hvordan aldersgrenser påvirker forbruket av alkohol.

I Norge er det gjort et forsøk med «Ansvarlig vertskap» i en kommune, der ansatte i barer og restauranter læres opp til å unngå overskjenking og å handtere aldersgrenser. Prosjektet blir videreført i 2003 og vil bli evaluert.

7.2.3 Lokalbaserede tiltak

7.2.3.1 Beskrivelse av tiltakene

Lokale tiltak for å forebygge rusmiddelrelaterte problemer og annen uønsket atferd kan ha ulike utspring, som regioner, kommuner, deler av kommuner (bydeler), skoler, organisasjoner og lignende. Eksempel på tiltak kan være lokale salgs- og skjenkebestemmelser, samarbeid mellom ulike lokale instanser om bevisstgjøring om at aldersgrensene overholdes, kontroll av salgssteder for alkohol slik at de gitte aldersgrensene overholdes, samarbeid mellom det offentlige og restaurantbransjen om overholdelse av skjenkebestemmelsene, lokale kampanjer, samarbeid mellom foreldre om «regler» for ungdomsfester, innetider i helgene, samarbeid mellom lokale idrettslag om regler for bruk av alkohol i forbindelse med konkurranser/turneringer/reiser og håndtering av problemer som kan oppstå i den forbindelse, osv.

Et viktig poeng i denne sammenheng er at det dreier seg om en pakke av tiltak som settes i gang parallelt, men som innvirker på hverandre og til sammen er ment å ha forebyggende effekt.

Tiltak i Norge

Det finnes flere mer eller mindre organiserte lokalbaserede tiltak i Norge. Eksempler på slike tiltak er «Leva i lag i Lofoten», «Endelig lørdag» i Valdres, Utviklingsprosjektet «Rus som samfunnsproblem» i Møre og Romsdal og Prosjekt «Hysj» i Borre kommune.

7.2.3.2 Målgruppe

Befolkningen i det aktuelle området med særlig vekt på barn og unge.

7.2.3.3 Mål

- Redusere rusmiddelrelaterte problemer og skader
- Hindre barn og unge i få kjøpt alkohol
- Forhindre at barn og unge bruker narkotika

7.2.3.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

Alkohol

En skotsk kunnskapsoppsummering basert på to oversiktsartikler med totalt 11 primærstudier – de fleste fra USA (Vedlegg 1, referanse nr 2).

Narkotika

De foreliggende kunnskapsoppsummeringene/oversiktsartiklene inneholder ikke evaluering av lokalbaserte tiltak for å forebygge bruk av narkotika.

7.2.3.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

Det er noe dokumentasjon for at lokalbaserte kontrolltiltak som søker å hindre salg av alkohol til mindreaårige, viste redusert alkoholbruk for intervensjonsgruppen. Ungdom som allerede hadde et alkoholforbruk ble ikke påvirket.

7.2.3.6 Nasjonale studier

Det foreligger ingen kontrollerte forsøk eller «før-etter» studier som kan gi kunnskap om effekt av lokalbaserte tiltak i Norge.

7.2.3.7 Kunnskapshull

Det mangler studier av god kvalitet av effekter av lokalbaserte tiltak for å forebygge alkohol og narkotikarelaterte problemer blant barn og unge.

7.2.3.8 Overførbarhet

Det er problematisk å overføre kunnskap fra lokalbaserte tiltak i andre kulturer.

7.2.3.9 Vurdering

En sentral målsetting med reorganiseringen av det statlige arbeidet på rusmiddelfeltet var å føre mer ansvar for det forebyggende arbeidet ut på regionalt nivå. Lokalbaserte tiltak for å forebygge problemer knyttet til alkohol og narkotika blant barn

og unge må ansees som sentrale deler av denne strategien. Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005 har utvikling av målrettede og samordnende forebyggende innsatser på kommunalt nivå som et satsingsområde. Det er viktig at det foreslåtte pilotprosjektet blir evaluert.

7.2.4 Informasjon og rådgivning om rusmidler og skadevirkninger under graviditet

7.2.4.1 Beskrivelse av tiltakene

Ut fra allmenn kunnskap om at bruk av alkohol og bruk av narkotiske stoffer er skadelig for fosterets utvikling (lav fødselsvekt, føtalt alkoholsyndrom (FAS), abstinensproblemer i nyfødtp perioden osv), blir det i forbindelse med svangerskapskontroll og lignende anbefalt å gi informasjon og drive rådgivning om disse spørsmål.

Tiltak i Norge

Allmenn informasjon om farer ved bruk av rusmidler under graviditet i tilknytning til svangerskapskontroll.

7.2.4.2 Målgruppe

Gravide

7.2.4.3 Mål

Redusere rusmiddelrelaterte fosterskader

7.2.4.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

Alkohol

En systematisk oversikt basert på 5 primærstudier (2 med og 3 uten kontrollgruppe, ingen randomiserte studier) (Vedlegg 1, referanse nr 27).

Narkotika

Det ble ikke funnet oversiktsartikler om effekt av informasjonstiltak om farer ved narkotikabruk under svangerskap.

7.2.4.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

De direkte alkoholrelaterte skader av alkoholbruk under graviditet er vel dokumenterte, men sjeldne. Det er godt dokumentert at gravide reduserer bru-

ken av alkohol uten hjelp fra helsevesenet. Det er noe dokumentasjon på at for kvinner med moderat alkoholforbruk, kan samtaler være tilstrekkelig for å redusere forbruker, og at screening for å kartlegge et høyt forbruk kan være nyttig.

7.2.4.6 Nasjonale Studier

En norsk «før-etter» undersøkelse av gravide viste en signifikant reduksjon i bruk av rusmidler i forbindelse med graviditet (Ihlen 1995). Survey-undersøkelser i den norske befolkningen i henholdsvis 1984 og 1990, viste en signifikant økning i andel av befolkningen med en restriktiv holdning til bruk av rusmidler under graviditet.

7.2.4.7 Kunnskapshull

Det mangler gode randomiserte studier om intervensjoner mht. alkoholbruk rettet mot gravide.

Det er ønskelig å utvikle tiltak for å identifisere risikogrupper, og å utprøve ulike former for intervensjoner og støttetiltak.

7.2.4.8 Overførbarhet

Overførbarheten på dette feltet vurderes som god.

7.2.4.9 Vurdering

Det har skjedd en generell bevisstgjøring i befolkningen de siste par tiår omkring sammenheng mellom bruk av rusmidler og fosterskade. Ut fra de skader på foster som bruk av alkohol kan medføre, er det viktig å opprettholde og forsterke de negative holdningene til bruk av alkohol i forbindelse med graviditet.

7.3 Indikative tiltak

7.3.1 Miniintervensjon mot risikofyllt alkoholbruk

7.3.1.1 Beskrivelse av tiltaket

Det er utarbeidet flere spørreskjemaer (f.eks. AUDIT og CAGE) om alkoholkonsum til bruk for allmennleger, sykehusleger og annet helsepersonell. Spørreskjemaene kan anvendes alene eller i kombinasjon med måling av leververdier (γ GT), for å kartlegge risikofyllt alkoholbruk. Det er utarbeidet retningslinjer for såkalt kortintervensjon eller miniintervensjon som innebærer

- måling av alkoholbruk ved anvendelse av spørreskjema
- informasjon og rådgivning (5–60 min.) innen samme konsultasjon

Intervensjonen kan også inneholde:

- skriftlig informasjonsmateriale
- oppfølging

Tiltak i Norge

Det finnes en norsk versjon av AUDIT. Miniintervensjon har vært i bruk også blant norsk helsepersonell, men anvendes foreløpig ikke systematisk i Norge.

7.3.1.2 Målgruppe

Personer med risikofyllt alkoholforbruk.

7.3.1.3 Mål

Reduksjon av alkoholforbruk hos pasienter som etter screening vurderes å ha høyt eller risikofyllt forbruk.

7.3.1.4 Grunnlag for kunnskapsoppsummeringen

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen er basert på den svenske SBU-rapporten som inneholder 27 randomiserte kontrollerte forsøk der 25 studier vurderes å være av høy kvalitet og 2 av middels kvalitet (Vedlegg 1, referanse nr 1), samt en skotsk kunnskapsoppsummering med 24 oversiktsartikler av variabel kvalitet i (Vedlegg 1, referanse nr 2). De fleste studier er gjennomført i USA, Storbritannia og Norden.

Utfallsmål var endringer i alkoholkonsum og alkoholrelaterte problemer, endringer i utfall av laboratorieprøver, sykedager, somatisk eller psykisk sykdom.

7.3.1.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

Av den internasjonale kunnskapsoppsummeringen som angår risikofyllt alkoholbruk, framkommer det at miniintervensjon er testet ut i en lang rekke randomiserte studier. Det er entydige funn i retning av at en miniintervensjon kan føre til redusert alkoholkonsum blant personer som har høyt forbruk, men som ikke nødvendigvis er alkoholavhengige (Vedlegg 1, tabell 1.14 og 1.15). Det er noe variasjon mht. hvor stor andel av pasientene som reduserer sitt alkoholforbruk til risikofritt

nivå. Slik intervensjon ser ut til å være vellykket både i primærhelsetjenesten og på sykehus.

7.3.1.6 Nasjonale studier

En norsk studie, som ble gjennomført i forbindelse med helseundersøkelsen i Tromsø i 1986–87, viste tilsvarende resultat (Nilsen 1991, Nilsen og Førde 1991). Med bakgrunn i verdi på $\square$ GT og svar på 5 spørsmål om alkoholbruk, ble det i denne studien plukket ut 338 personer som igjen ble randomisert i en kontrollgruppe og to intervensjonsgrupper. Den ene intervensjonsgruppen fikk én konsultasjon med diskusjon av $\square$ GT-verdi og informasjonsbrosjyre med råd om endring i drikkevaner. Den andre intervensjonsgruppen gjennomgikk et mer omfattende intervju om alkoholforbruk og fikk senere oppfølging med måling av $\square$ GT. Oppfølging etter ett år av alle tre gruppene med måling av $\square$ GT og viste at begge intervensjonsgruppene hadde redusert alkoholinntaket, mens det ikke var noen nedgang i kontrollgruppen. Studien inngår i den internasjonale kunnskapsoppsummeringen.

7.3.1.7 Kunnskapshull

Litteraturgjennomgåelsen tilsier at det ennå er usikkert hvordan en optimal behandlingsinnsats bør utformes, og at det er usikkert om en mer omfattende innsats gir større behandlingsgevinst. Det er lite kunnskap om langsiktig effekt (utover ett år), og det kan stilles spørsmål om intervensjonen bør gjentas for å være effektiv over tid.

7.3.1.8 Overførbarhet

Det er samsvar mellom det som framkom i den internasjonale kunnskapsoppsummeringen og den ene norske studien som er gjennomført. Denne type intervensjon er med andre ord allerede utprøvd i Norge, og det bør generelt ikke by på problemer å oppfordre/skolere helsepersonell til å integrere miniintervensjon som en del av allmennpraksis.

7.3.1.9 Vurdering

Det foreligger omfattende dokumentasjon for at miniintervensjon til pasienter med risikofylt alkoholforbruk (identifisert gjennom spørreskjemaer) gitt av helsepersonell kan ha gunstig effekt med hensyn til å redusere alkoholforbruket. Dette vises både i de internasjonale oversiktene og den norske undersøkelsen.

7.3.2 Tiltak mot gjentatt promillekjøring

7.3.2.1 Beskrivelse av tiltaket

En rekke tiltak kan tenkes å påvirke tidligere dømte promillekjørere til å avholde seg fra gjentakelse, som f.eks. forhøyet straff ved gjentatt promillekjøring, forlenget beslag av førerkort, støttetiltak og undervisning om rusmidler og trafikk. I USA har en også gjort forsøk med alkoholsensitiv rattlås.

Tiltak i Norge

Kriminalomsorgen har gjennom flere år hatt såkalte «promillekurs» for promilledømte i forbindelse med soning. Det er nettopp utarbeidet en ny håndbok «Trafikk og rus – et undervisningsopplegg for kriminalomsorgen», som skal brukes i denne kursvirksomheten.

7.3.2.2 Målgruppe

Promilledømte.

7.3.2.3 Mål

Hindre gjentatt promillekjøring.

7.3.2.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

En skotsk kunnskapsoppsummering basert på fire oversiktsartikler (Vedlegg 1, referanse nr 2).

7.3.2.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

Det var noe dokumentasjon på at alkoholfølsom rattlås hos tidligere promilledømte og fratakelse av førerkort førte til redusert gjentakelse av promillekjøring (i alle fall så lenge rattlåsen var montert).

En systematisk oversiktsartikkel basert på 194 studier dokumenterte at det er beskjeden effekt (7–9 prosent) av ulike tiltak (undervisning, inn-dragning av førerkort med mer) som er satt i verk for å hindre tilbakefall.

7.3.2.6 Nasjonale studier

Det foreligger en undersøkelse med kontrollgruppe av et undervisningsopplegg for promilledømte (Danielsen og Hammerlin 1995). En registrering av tilbakefall etter henholdsvis 1 og 2,5 år for promilledømte som deltok på promillekurs ved en arbeidskoloni i årene 1985–91, ble sammenliknet med førstegangs promilledømte som sonet samme

sted, men som ikke deltok på et slikt kurs. Utfallsmål var residiv til promillekjøring. En fant ingen signifikant forskjell i tilbakefall mellom de to gruppene.

7.3.2.7 Overførbarhet

Overførbarheten på dette området vurderes som god.

7.3.2.8 Vurdering

De studiene som er gjengitt i den internasjonale kunnskapsoppsummeringen, viser at tiltak som settes i verk for å hindre tilbakefall blant promilleførere synes å ha relativt beskjeden effekt.

Kapittel 8

Behandlingstiltak

Behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere i Norge dekker et stort spekter av tiltak og tilnærminger. Historisk har religiøse/rusmiddelpoliske organisasjoner som f.eks. Blå Kors, Kameratklubber, Frelsesarmeen, Hvite Bånd og tidligere Indremisjonen, nå stiftelsen Kirkens Bymisjon, spilt en vesentlig rolle i etablering og drift av ulike typer institusjoner og tiltak. Etter hvert vokste det også fram behandlingstiltak i regi av det offentlige, først for alkoholmissbrukere, seinere for stoffmissbrukere. I de siste par ti-år har det dukket opp flere behandlingstiltak som drives av livssynsnytrale stiftelser og aksjeselskaper. I enkelte tilfeller kan det også dreie seg om privatpersoner.

Gjennom lov om sosiale tjenester (trådte i kraft i 1993), fikk fylkeskommunen et samlet ansvar for behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere. Sosialtjenestelovens ikrafttredelse representerte fullføring av regionaliseringen av behandlingstiltakene for rusmiddelmissbrukere som hadde startet tidlig på 1980-tallet, og det ble ikke lenger skilt organisatorisk mellom tiltak for alkoholmissbrukere og tiltak for stoffmissbrukere. Selv om en fremdeles vil finne behandlingstiltak som i hovedsak er innrettet på å behandle personer med et problematisk alkoholforbruk og tiltak som i hovedsak er innrettet på å behandle narkotikamisbrukere, er det mye som tyder på at det er et utstrakt blandingsmisbruk i store grupper, noe som tilsier at det i mange tilfeller er lite formålstjenlig å skille behandlingstilnærmingene etter type rusmiddel.

I de siste årene har det vært en sterk fokusering på bruk av metadon og buprenorfin i behandling av heroinmissbrukere. Presset på å øke antall stoffmissbrukere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) må sees i lys av den store økningen i antall sprøytebrukere og at det er relativt mange stoffmissbrukere som ikke ser ut til å lykkes i de medikamentfrie behandlingstiltakene.

8.1 Avrusningstiltak

8.1.1 Beskrivelse av tiltakene

Mange rusmiddelmissbrukere vil i perioder bruke

rusmidler i et slikt omfang at de har behov for avrusning. Ved avbrudd i et langvarig og omfattende inntak av alkohol eller narkotiske substanser, vil en person oppleve ulike symptomer på abstinens. Symptomer ved alvorlig alkoholabstinens kan være uttrykk for hyperaktivitet i det autonome nervesystem (økt puls, blodtrykk), svetting, fryssninger, uro etc. foruten kramper, abstinenshallusinasjoner samt delirium tremens. Symptomer ved alvorlig opioidabstinens karakteriseres av tilsvarende uspesifikke abstinenssymptomer med høy puls, forhøyet blodtrykk, svette, skjelving, uro og angst og i tillegg økt følsomhet for smerter.

Tilsvarende symptomer kan registreres ved avbrudd av benzodiazepinmisbruk. Det samme gjelder avbrudd av en jevnlig bruk av cannabis, særlig dersom cannabisbruken har vært høy (bruk av flere doser per dag). Avbrudd av lengre perioder med jevnlig bruk av amfetamin, kokain og ecstasy følges ikke av de nevnte symptomer, men av en fase med utmattelse, søvntrang og økt appetitt.

For noen rusmiddelmissbrukere vil avrusning være «begrenset» til å ta en kortere eller lenger pause uten et underliggende mål om å komme ut av misbruket. For andre kan misbruket ha ført til livstruende tilstander som trenger øyeblikkelig medisinsk hjelp, mens andre igjen har behov for avrusning for å kunne gå inn i et videre behandlingssopplegg med sikte på å redusere/slutte misbruket av rusmidler. Det vil variere om og i hvilken grad adekvate legemidler inngår i avrusingsprosessen.

Tiltak i Norge

Sosialtjenesteloven (§ 7–13) forutsetter at fylkeskommunen har et tilbud om akutt hjelp til rusmiddelmissbrukere. Det er imidlertid ikke entydig hva som legges i akutt hjelp og tilbudet om akuttinnleggelse/avrusning varierer sterkt mellom fylkeskommunene både med hensyn til kapasitet og innretting. Mens enkelte akutttiltak er innrettet på egenhenvendelser og øyeblikkelig innleggelse (f.eks. Akuttinstitusjonen i Storgata i Oslo) opererer andre med henvisning og opptil flere ukers ventetid (f.eks. Akuttinstitusjonen Ullevål i Oslo).

Slik praksis er i Norge, kan avrusningstiltakene grovt sett deles inn i tre hovedkategorier:

- Enheter som tar imot klienter til avrusning/«opptørking» etter en lengre periode med stort forbruk av alkohol og/eller andre rusmidler
- Enheter som foretar medisinsk avrusning i situasjoner der tilstanden bedømmes som alvorlig/livstruende
- Enheter som tilbyr avrusning som ledd i videre behandling

Avrusning som først og fremst tar sikte på «opptørking» skjer stort sett på kommunalt nivå, mens avrusning som vurderes å kreve kvalifisert medisinsk overvåkning og avrusning som ledd i et behandlingsforløp, finner i hovedsak sted i sykehus eller spesialisert behandlingsinstitusjon (helseforetak/fylkeskommunen). I og med at behandlingstiltakene har ulik praksis mht hvorvidt de selv avruser klientene før den regulære behandlingen starter eller om de krever at klienten skal være «rusfri» ved inntak, vil avrusning i en del tilfeller også foregå i «ordinære» behandlingstiltak.

Det er ingen enhetlig praksis hvorvidt og i hvilket omfang en i Norge bruker legemidler som ledd i avrusning. Praksis har også endret seg gjennom årene. Mens en i tidligere perioder hadde en utstrakt bruk av legemidler som f.eks. diemal, kom det en periode der skepsisen til slik bruk var stor, noe som medførte at avrusning i stor grad fant sted uten bruk av legemidler. Etter hvert er det imidlertid igjen blitt mer vanlig å bruke ulike typer medikamenter i en avrusningsfase uten at det er snakk om et enhetlig regime.

8.1.2 Målgruppe

- Rusmiddelmisbrukere med behov for pause i misbruket
- Rusmiddelmisbrukere som av medisinske grunner har behov for avrusning
- Rusmiddelmisbrukere som skal inn i behandlingsopplegg.

8.1.3 Mål

For gruppen som først og fremst tar sikte på en pause fra misbruket, vil et utfallsmål være om samfunnet har (ønsker å ha) tilstrekkelig kapasitet til å gi et slikt tilbud og om de det gjelder får gjennomført en pause.

For rusmiddelmisbrukere som vurderes å være i akutte medisinske kriser, vil utfallsmålet først og

fremst være hvorvidt behandlingen som gis for abstinensplager, er adekvat.

For rusmiddelmisbrukere som har behov for avrusning som ledd i videre behandling, vil utfallsmålet dels være hvorvidt en tids-/kapasitetsmessig klarer å koble avrusning sammen med videre behandling, dels at klienten klarer å gjennomføre avrusning og kommer videre i et aktuelt behandlingsopplegg.

8.1.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen som omhandler avrusning av alkoholisbrukere, baserer seg på to kilder. En svensk kunnskapsoppsummering (SBU-rapporten) som på dette området inkluderer 95 randomiserte kontrollerte forsøk samt 3 metaanalyser der de fleste studiene vurderes å være av god kvalitet (Vedlegg 1, referanse nr 1) og en skotsk kunnskapsoppsummering inneholdende 4 systematiske oversikter der kvaliteten på de inkluderte studiene ikke er oppgitt (Vedlegg 1, referanse nr 2).

Når det gjelder avrusning av narkotikamisbrukere, bygger kunnskapsoppsummeringen på SBU-rapporten som inneholder 33 randomiserte studier og 6 oversiktsartikler av variabel kvalitet (Vedlegg 1, referanse nr 1) og 4 Cochranoversikter der primærstudiene vurderes å være av variabel kvalitet (Vedlegg 1, referanse nr 13–16).

Utfallsmål er reduserte abstinenssymptomer, færre abstinenskramper, mindre delirium, forebyggelse av epileptiske anfall, hindre dødsfall, fortsette i videre behandling.

8.1.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

De nevnte internasjonale kunnskapsoppsummeringer og systematiske oversikter konsentrerer seg om bruk av medikamenter som f.eks. benzodiazepiner, antiepileptika, metadon, buprenorfin, klonidin, naltrexon sammenlignet med placebo, brukt i avrusning av henholdsvis alkohol- og heroinmisbrukere (legemiddelbehandling mot alkohol- og opioidabstinens). Det framkommer at medikamentell avrusning gir klart bedre effekt mht de gitte utfallsmål enn placebo, dvs. avrusning uten bruk av medikamenter, ved både alkohol- og opioidabstinenser.

Alkohol

Ved behandling av alkoholabstinens er konklusjonen at et stort antall studier viser at benzodiazepiner sammenlignet med placebo synes å redusere risiko for å utvikle abstinenskramper og symptomer på autonom hyperaktivitet (Vedlegg 1, tabell 1.16 og 1.17). Et stort antall studier viser sammenfallende positive resultater, til tross for at de vurderte forskjellige preparater.

Noen oversikter viser at benzodiazepiner sammenlignet med placebo også reduserer risiko for å utvikle delirium tremens.

Det er begrenset dokumentasjon for å anbefale et spesifikt benzodiazepinpreparat ved behandling av alkoholabstinens. Likeledes er det et begrenset antall studier som viser at betareceptorantagonister, karbamazepin og klonidin reduserer uspesifikke abstinenssymptomer mer effektivt enn placebo.

Narkotika

Det som omtales her omhandler bare abstinens fra opioider, det vil i praksis som oftest si heroin. Studier av avrusning av opioidabstinens deles inn i behandlingsmetodene «non-rapid» (over 2 uker), «rapid» (en knapp uke) og «ultrarapid» (noen timer/dager ved narkose eller sedasjon).

Det konkluderes med at et stort antall studier viser at α -2 adrenerge agonister (som klonidin) reduserer abstinenssyndrom sammenlignet med placebo for opioidavhengighet hos pasienter som samtidig får metadonbehandling.

Et begrenset antall studier tyder på at buprenorfin er minst like effektivt som klonidin ved abstinensbehandling for opioidavhengighet.

Et begrenset antall studier viser at abstinenser kommer raskere og gir seg tidligere ved bruk av α -2 adrenerge agonister sammenlignet med metadon. Studiene viser imidlertid at flere klarer å gjennomføre abstinensbehandling om de får metadon sammenlignet med α -2 adrenerge agonister. Videre er det et begrenset antall studier som viser at metadonbehandling kombinert med andre tiltak (f.eks. rådgivning) gir bedre resultater enn metadon alene.

Et begrenset antall studier viser at «ultrarapid» behandling (dvs at behandlingen gis i narkose eller ved sedasjon) eventuelt kan tilpasses for pasienter med stor angst for abstinensutvikling eller som ikke har lyktes med tidligere avrusning. Behandlingen kan imidlertid gi økt risiko for morbiditet og mortalitet.

8.1.6 Nasjonale studier

En norsk studie der 43 pasienter innlagt for alkoholmisbruk, ble randomisert i to grupper som fikk henholdsvis valproat og karbamazepin i forbindelse med avrusning, konkluderer med at begge medikamenter fører til en signifikant reduksjon i Alcoholic Withdrawal Symptoms og at valproat har færre bivirkninger enn karbamazepin (Lølandsmo og Kristensen 2002).

En etterundersøkelse der en 6 mnd etter avrusning sammenligner 15 opioidmisbrukere som har gjennomgått avrusning gjennom narkose i utlandet, med en gruppe på 15 som har gjennomgått vanlig avrusning i Norge, gir ikke grunnlag for å si at det går bedre med klientene på sikt mht fortsatt bruk av narkotika (Watten og Waal 2001).

8.1.7 Uønskede effekter

Uønskede effekter ved de omtalte avrusningsmetoder ved alkoholabstinens er ikke undersøkt.

Behandling med «ultrarapid» behandling (bruk av narkose) ved opioidabstinens kan øke risiko for både morbiditet og mortalitet. Andre uønskede effekter ved behandling av opioidabstinens er ikke undersøkt.

8.1.8 Kunnskapshull

Det er bare et lite antall studier som har vurdert øvrige legemidler (kalciumantagonister, dopaminantagonister, litium, barbiturater, klometiazol, etylalkohol, propofol, aprotinin, elektrokonvulsiv behandling) i behandling av alkoholabstinens.

Det er manglende kunnskap om bivirkninger og langtidsvirkninger av behandling av alkoholabstinens.

Det mangler fortsatt dokumentasjon for å anbefale ett spesielt preparat innen gruppen adrenerge agonister i behandling av opioidabstinens.

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen gir ikke kunnskap for å vurdere om psykososial behandling reduserer abstinenskramper og delirium tremens, men én studie inkludert i SBU-rapporten viser ingen effekt.

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen omhandler behandling av abstinens fra alkohol og opioider. Det er vanskelig å overføre denne kunnskapen mht behandling av abstinens som har bakgrunn i andre rusmidler. Som allerede nevnt vil imidlertid abstinensplagene i slike tilfeller vanligvis være mindre dramatiske enn ved alkohol og opioider.

8.1.9 Overførbarhet

Resultater fra den internasjonale kunnskapsoppsummeringen bør kunne overføres til norske forhold.

8.1.10 Vurdering

Hvordan en skal måle effekt av ulike avgiftings/avrusningstiltak vil avhenge av hvilke av de nevnte utfallsmål de ulike tiltakene/intervensjonene tar sikte på. Et problem ved avrusningsenhetene i Norge er at pasientene avbryter behandlingen, noe som er særlig problematisk i de tilfeller der avrusning er ment å være innledning til et lengre behandlingsopplegg. Ut fra den internasjonale gjennomgangen ser det ut til at medikamentell avrusning fører til at færre avbryter avrusningsprosessen.

Det har vært ulike regimer opp gjennom årene mht bruk av medikamenter i forbindelse med avrusning i Norge. Etter at det i flere år har vært praksis med lite eller ingen bruk av medikamenter, er vi nå inne i en periode der dette igjen synes mer aktuelt. Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen gir grunnlag for å konkludere med at bruk av medikamenter gir bedre effekt ved avrusning enn ikke medikamentell avrusning. Dette gjelder både ved alkohol- og opioidabstinens. Det trenger imidlertid ikke bety at medikamentell avrusning vil være den beste løsningen i alle tilfeller.

De fleste opioidmisbrukere i Norge har et betydelig tilleggsmisbruk av andre narkotiske stoffer (benzodiazepiner, cannabis, alkohol osv). Blandingsmisbruket kan komplisere en avrusningsprosess.

8.2 Psykososial behandling

8.2.1 Beskrivelse av tiltaket

De fleste vestlige land driver ulike former for psykososiale hjelpe- og behandlingssinnsatser rettet mot personer med problemfylt bruk av rusmidler. Det vil imidlertid variere hvilke metoder som benyttes og innen hvilke rammer behandlingen gis. Slik sett vil en internasjonalt se at betegnelsen psykososial behandling av rusmiddelbrukere spenner fra enkle støttesamtaler ved et poliklinisk tiltak til omfattende psykoterapeutiske intervensjoner i døgningstusjon. Det vil også være store variasjoner mht hvorvidt ulike psykososiale hjelpeinnsatser gis parallelt med medikamentell behandling, eller om de «står på egne bein», om behandlingen

gis poliklinisk eller innen rammene av en døgningstusjon.

Mange rusmiddelmisbrukere har alvorlige psykiske lidelser og trenger derfor spesielle behandlingssinnsatser. Likeledes vil det i mange tilfeller være formålstjenlig med spesialiserte tiltak som tar hensyn til særegne kjennetegn eller problemkomplekser hos ulike klientgrupper, eksempelvis behandlingstiltak spesielt tilrettelagt for utagerende unge rusmiddelmisbrukere, kjønnsspesifikke behandlingstiltak, misbrukere med omsorg for barn, osv.

Den svenske kunnskapsoversikten, SBU-rapporten, (Vedlegg 1, referanse nr 1) omtaler psykososial behandling av alkoholmisbrukere i kapittel 5.3 og narkotikamisbrukere i kapittel 5.6. De psykososiale behandlingsmetodene av alkoholavhengighet er delt inn i:

1. Metoder som fokuserer på motivasjonsendring
2. Metoder som fokuserer på selve misbruksatferden
3. Metoder som fokuserer på antatt bakenforliggende faktorer
4. Metoder som fokuserer på partnere og pårørende

Når det gjelder narkotika er inndelingen i behandlingsmetoder mer beskrivende:

1. Støttende metoder har ofte som målsetting å tilbakeføre misbrukeren til emosjonell balanse etter krise og sammenbrudd. Behandlingene er sjelden basert på spesifikke retningslinjer og innholdet er ofte dårlig beskrevet. Eksempler er miljøterapi, bruk av selvhjelpsgrupper, avslapning, akupunktur, gestaltterapi osv.
2. Metoder som fokuserer direkte på misbruket. Disse omfatter for eksempel aversjonsterapi og kognitiv atferdsterapi
3. Metoder som er mer omfattende, som for eksempel familierapi og psykodynamisk orienterte behandlingsmetoder

SBU-rapporten viser til at det er store metodeproblemer knyttet til litteraturen om behandlingsevaluering. Dette gjelder faktorer som beskrivelser av hva den spesifikke behandlingen faktisk består av, hva «standardbehandling» som det skal sammenlignes med, inneholder, og hvordan behandlingsresultater blir rapportert.

Behandlingstiltak/tilnærminger i Norge

I motsetning til mange andre land utgjør behandling i institusjon (inpatient, residential treatment) en relativt stor del av det samlede behandlingstil-

budet for rusmiddelmisbrukere i Norge. Det er imidlertid også lagt vesentlig vekt på utbygging av polikliniske behandlingstiltak (vanskelig å angi forholdstall). I forbindelse med regionaliseringen av den tidligere alkoholistsorgen midt på 1980-tallet ble eksempelvis mange av de gamle institusjonene omorganisert til sosialmedisinske/rusmiddel poliklinikker eller nedlagt. Som en viktig del av behandlingstilbudet til unge stoffmisbrukere, gikk staten allerede i 1976 inn med 3-årige tilskudd til etablering av psykiatriske ungdomsteam. Mange av de psykiatriske poliklinikkene har også egne rusteam. De polikliniske behandlingstiltakene finnes dels i tilknytning til døgninstitusjoner (som egne enheter eller som del av et samlet behandlingstilbud), dels som mer eller mindre frittstående poliklinikker.

Mange allmennleger er også i kontakt med rusmiddelmisbrukere, men det vil variere om og i hvilken grad de engasjerer seg i pasientens misbruk av rusmidler.

Videre er tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering organisert poliklinisk og i den forbindelse er det lagt opp til at allmennlegene etter hvert skal spille en viktig rolle. Medikamentell behandling omtales særskilt under 8.3.

På samme måte som i de internasjonale kunnskapsoppsummeringene, byr det på problemer å klassifisere og systematisere de psykososiale intervensjonene/metodene som brukes i norske behandlingstiltak. Dette har i stor grad sammenheng med at det varierer om og i hvilken grad de ulike behandlingstiltakene gjør rede for hva som er det spesifikke i behandlingen som tilbys. Mange av behandlingstiltakene presenterer behandlingsmetodene i svært generelle vendinger. Andre er mer spesifikke, eksempelvis tiltakene som gjør bruk av AA's 12-stegsfilosofi og har utgangspunkt i at avhengighet av rusmidler er en progressiv sykdom som kan holdes i sjakk ved totalavhold fra rusmidler (Kvinnekollektivet Arken, A-klinikken i Kristiansand, de såkalte Minnesota-klinikkene osv). Andre eksempler er de hierarkiske terapeutiske samfunn, der klienten arbeider seg oppover i institusjonshierarkiet (f eks Veksthuset) og enkelte bo- og arbeidskollektivene (f eks Sollia-kollektivet som bygger på en sosialpedagogisk modell med aktiv deltagelse i gårdsaktiviteter og lignende).

Et generelt problem for mange av behandlingstiltakene er et relativt stort antall som ikke fullfører en planlagt behandlingsprosess¹.

¹ Eksempelvis var det bare 144 av de 200 første klientene som ble tatt inn i behandling i Veksthuset i Oslo som faktisk begynte i behandling, 43 fullførte det første året, mens bare 29 fullførte hele programmet på 1½ år (Ravndal 1995).

8.2.2 Målgruppe

Personer med ulike grad av problematisk rusmiddelbruk evt i kombinasjon med mer eller mindre alvorlige psykiske lidelser.

8.2.3 Mål

- Reduksjon i/opphevet av rusmiddelbruk.
- Gi hjelp mht behandling av psykiske/somatisk lidelser som opptrer samtidig med rusmiddelmisbruk
- Økt funksjonsevne.
- Bedring av livskvalitet

8.2.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

Evaluerings av psykososial behandling for alkoholmisbruk er basert på en svensk kunnskapsoppsummering, SBU-rapporten (Vedlegg 1, referanse nr 1) som tar utgangspunkt i 139 randomiserte studier av variabel kvalitet som igjen dannet grunnlag for 8 metaanalyser og en oversiktsartikkel med metaanalyse over 10 randomiserte kontrollerte studier av ubestemt kvalitet. (Vedlegg 1, referanse nr 11). Videre inngår en oversiktsartikkel over 36 studier (23 ukontrollerte, 13 kontrollerte) (Vedlegg 1, referanse nr 18).

Studiene har ulike effektmål, men hovedutfallsmålet er forandringer i alkoholkonsum. Oppfølgingstiden i de ulike studier varierer.

Når det gjelder behandling av stoffmisbrukere er kunnskapsoppsummeringen basert på SBU-rapporten med grunnlag i 799 randomiserte, kontrollerte studier og 4 kohortstudier (Vedlegg 1, referanse nr 1). Det ble utført flere metaanalyser, der intervensjonen sammenlignes med standard behandling på henholdsvis opiatavhengige og kokainavhengige.

En Cochranoversikt som inneholder 6 kontrollerte forsøk (Vedlegg 1, referanse nr 29) og to andre systematiske oversikter (Vedlegg 1, referanse nr 30-31) basert på henholdsvis 2 kohortstudier samt flere ikke kontrollerte forsøk av ubestemt kvalitet og 21 kontrollerte forsøk av dårlig kvalitet, er også inkludert. Videre inngår en oversiktsartikkel med metaanalyse som omfatter 15 randomisert, kontrollerte studier av veldig god/god kvalitet, der en har sett på effekt av familierapi i behandling av stoffmisbrukere (Vedlegg 1, referanse nr. 17). Utfallsmål er endringer i/opphevet av misbruk, frafall i behandling, innleggelse, tilbakefall av alvorlig psykisk sykdom, endring i problematferd (unge stoffmisbrukere).

8.2.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

Det er skilt mellom effekter når det gjelder behandling av alkohol- og narkotikamisbruk

De fleste studier vurderer psykososial behandling i kombinasjon med medikamentell behandling.

Alkohol

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen konkluderer med at det er et fåtall undersøkelser som har sett på effekten av behandling versus ikke-behandling. Resultatene av disse viser at behandling generelt ser ut til å ha effekt (liten effekt²). Et stort antall studier har imidlertid sammenfallende resultater som viser at spesifikke psykososiale behandlingsmetoder reduserer alkoholkonsum sammenlignet med generell støttebehandling (moderat effekt³). For personer med tyngre alkoholproblemer har mer omfattende behandling bedre effekt enn enkeltstående konsultasjoner.

Motiverende samtaler høyner effekten av annen behandling, men har i seg selv ikke vært undersøkt i randomiserte studier. Kortvarig motivasjonsorientert behandling synes å ha samme effekt som mer omfattende behandling. Biblioterapi (standard selvhjelpsmanualer) synes å gi samme effekt som behandling gitt av terapeut for klienter med lette alkoholproblemer.

Kognitiv atferdsterapi og egenkontrolltrening har i hovedsak vært tilbudt personer med lette/moderate alkoholproblemer. Sammenlignet med ingen behandling eller uspesifikk behandling har denne positiv effekt. Behandlingens omfang synes ikke å være avgjørende.

Et stort antall studier viser at spesifikke psykososiale behandlingsmetoder generelt har bedre resultater i form av redusert alkoholkonsum enn uspesifiserte, generelle, støtteorienterte behandlingsmetoder (moderat til stor effekt).

I CRA-behandling (Community Reinforcement Approach) kombineres prinsipper for hvordan en skal oppnå atferdsmodifikasjon med sosial systemteori, der lokalsamfunnet utnyttes for å belønne atferdsforandring. Evalueringstudiene viser at denne behandlingsformen gir bedre virkning enn

standardbehandling, men samme effekt som annen spesifikk behandling. Den synes spesielt å egne seg for tunge, kroniske alkoholmisbrukere.

Cue Exposure er en behandlingsform hvor personen eksponeres for alkohol i en sammenheng hvor fortsatt drikking ikke er mulig. Målsettingen er en gradvis nedtrapping av trangen til å drikke. Metoden er brukt overfor ulike grupper alkoholmisbrukere. Det er foreløpig bare gjort et fåtall studier. I disse rapporteres positiv behandlingseffekt sammenlignet med standardbehandling.

12-trinnsprogrammer tar utgangspunkt i synet på alkoholisme som sykdom. Behandlingsstudier viser at 12-trinnsprogrammet har bedre effekt enn uspesifikk behandling, på samme nivå som andre spesifikke behandlingsformer. Andelen totalavholdende er noe høyere i disse programmene enn ved andre spesifikke behandlingsformer. 12-trinnsprogrammer synes å egne seg best for personer med middels og tyngre alkoholproblemer.

Psykodynamisk orienterte behandlingsformer fokuserer på bakenforliggende faktorer til misbruket. Det er ikke funnet studier av klassiske dynamiske terapier for alkoholproblemer. Få forskjeller fremkommer ved sammenligning mellom moderne, dynamiske interaksjonelle terapier og annen spesifikk terapi. Transaksjonsanalyse gir dårligere effekt enn annen spesifikk behandling. Terapier som fokuserer på bakenforliggende årsaker synes å være lite hensiktsmessige når klienten har tyngre psykiske problemer, sammenlignet med behandlinger som fokuserer på misbruksatferden.

Generell støttende rådgivning dekker en rekke uspesifikke, ofte vagt beskrevne tiltak, vanligvis en støttende samtale i forbindelse med praktiske hjelpetiltak. Noen ganger inngår Antabustildeling. Det er ikke påvist behandlingseffekt sammenlignet med ingen behandling. Ved sammenligning med spesifikke behandlinger, kommer generell støttebehandling dårligere ut.

Parterapi gir bedre resultater enn venteliste og like bra eller bedre resultat sammenlignet med individuell behandling. Å involvere pårørende i behandling gir positivt resultat. Det synes også mulig ved intervensjon rettet mot partneren å få effekt på misbrukerens alkoholkonsum. Ved sammenligning mellom ulike typer spesifikke parterapier fremkommer ingen forskjeller.

Det finnes få randomiserte kontrollerte studier som fokuserer på den heterogene gruppen av misbrukere med psykiske forstyrrelser. Evaluering av behandlingsformer som fokuserer på begge tilstandene er sjeldne. Det begrensede underlaget tyder på at bedre resultater oppnås når behandlingen av rusmiddelmisbruket integreres med be-

² Behandling versus ikke behandling, effektstørrelse 0,20, Tabell 1.18

³ Mer omfattende behandling versus støttesamtale, effektstørrelse 0,50, Tabell 1.18

handling av de psykiske problemene. Kognitiv atferdsterapi har i et par studier vist bedre resultater enn interaksjonell terapi.

Narkotika

Generelt vises en klar forbedring («før-etter» målinger) både i eksperiment- og kontrollgruppene i et flertall av studiene av behandling av opiatmisbruk. En tilsvarende forbedring over tid ses imidlertid ikke i studiene av behandling av kokainmisbruk. En forklaring på forskjellen kan være at i nesten alle opiatstudiene behandles pasientene også med metadon, mens en mangler virkningsfulle medikamenter ved kokainavhengighet.

For opiatavhengige synes psykoterapi å ha effekt sammenlignet med kontrollgrupper som har mottatt andre former for psykososiale behandlingsinnsatser. Effektstørrelsen er middels. Generell støttebehandling har ingen effekt. Læringsfokuserte behandlingsformer har ingen effekt, mens psykoterapi har signifikante effekter det første året. Høyere gjennomføringsrate ble observert i psykoterapigruppene enn i de læringsorienterte og støttende behandlingsgruppene.

For kokainavhengige synes læringsfokuseret behandling å ha effekt sammenlignet med behandlet kontrollgruppe. Størrelsen på effekten var imidlertid liten. Støtteorienterte intervensjoner og psykoterapi er ikke dokumentert å ha noen effekt. Effektene av læringsfokuserte intervensjoner var størst de første seks månedene. Øket gjennomføring ble observert i psykoterapigruppen, men ikke i de læringsfokuserte gruppene.

Det synes som om psykoterapiene først og fremst har en effekt på gjennomføringsandel blant pasientene opp til ett år av behandlingen. Det synes som om samtlige metoder som har god retensjon er slike som satser på multimodale tiltak, inkludert familierapi.

For pasienter med psykiske forstyrrelser og narkotikamisbruk har korttidsoppfølgninger vist bedre resultater av institusjonsbehandling enn poliklinisk behandling. Effekter er vist på avhengighetssituasjonen og misbrukets omfang, men ikke på de psykiatriske symptomene. Terapeutiske samfunn synes mer virksomme enn vanlig støtteorienterte botilbud.

Lokalbaserte tiltak med vektlegging av familierapi ser ut til å redusere frafall i behandling for unge med atferds- og misbruksproblemer.

Familierapi kan være effektivt både for ungdom og voksne rusmiddelmissbrukere.

For cannabismisbrukere er det ikke dokumen-

tert noen sikker effekt av noen form for psykososial behandling.

Institusjonsbehandling versus poliklinisk behandling

Det framkom ingen forskjell i behandlingseffekt mellom polikliniske behandling og institusjonsbehandling i behandling av problematisk alkoholbruk. Det samme gjelder opiat- eller kokainmisbrukere. Resultatene må imidlertid tolkes med forsiktighet, da det var store forskjeller i både populasjoner, intervensjoner og utfall i de enkelte studiene.

8.2.6 Nasjonale studier

Det finnes 6 norske studier som enten er randomiserte kontrollerte studier (4) eller «før-etter» undersøkelser av psykososiale behandlingsintervensjoner (2+1) (Eriksen 1986a, Eriksen 1986b, Kristensen et al 1988, Nordal 1991, Duckert 1993, Ravndal 1994 og 1998). En av disse inneholder både en randomisert kontrollert studie og en «før etter» undersøkelse (Duckert 1993). En studie dreier seg om behandling av stoffmisbrukere, mens de andre er intervensjoner i forhold til alkoholmisbrukere.

De norske studiene underbygger de internasjonale mht at spesifikke intervensjoner gir bedre resultater enn «standard» behandling ved at det i noen tilfeller er effekt av «ekstrainnsatser» som kommer i tillegg til den behandlingen som ellers gis (Kristensen et al 1988, Eriksen et al 1986b). En norsk studie underbygger i noen grad det en finner i de internasjonale, om at begrenset behandling av personer med moderate alkoholproblemer gir like stor effekt som mer omfattende intervensjoner (Duckert 1993).

8.2.7 Kunnskapshull

Det ble ikke funnet noen randomiserte, kontrollerte studier av behandling av amfetamin- og ecstasavhengighet.

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen gir ikke grunnlag for kunnskap for å vurdere ulike behandlingsopplegg rettet mot voksne med alvorlig mental sykdom og alvorlige problemer med rusmiddelbruk (dobbeltdiagnoser). Et begrenset antall studier som har vurdert behandling av psykisk syke og hjemløse rusmiddelmissbrukere tyder imidlertid på at misbruket og andre livsproblemer bør behandles parallelt.

Det er behov for flere studier for å besvare

spørsmål om hvorvidt rusmiddelmisbruk skal behandles med spesiell metodikk for pasienter med samtidig psykiske forstyrrelser.

Kunnskapsoppsummeringen gir heller ikke kunnskap om tiltak rettet mot ungdom verken når det gjelder atferdsproblemer og problemer med narkotikamisbruk eller for å matche pasienter til spesifikke behandlingsmetoder. Videre gir kunnskapsoppsummeringen ikke grunnlag for å kunne vurdere gjentatte rehabiliteringstiltak blant personer med kronisk alkoholisme.

Store deler av norske rusmiddelmisbrukere er blandingsmisbrukere, dvs. at misbruksproblematikken ikke alltid er knyttet til ett spesifikt rusmiddel.⁴ Dette skaper særskilte problemer som ikke synes undersøkt i den internasjonale kunnskapsoppsummeringen. Den gir derfor ikke grunnlag for å si noe om effekt av behandlingsmetoder for blandingsmisbruk eller problematisk bruk av legemidler som f.eks. benzodiazepiner, enten disse brukes i stort omfang alene eller inngår i et blandingsmisbruk. Dette gjelder så vel ved psykososial som medikamentell behandling.

Effektive metoder for å motvirke problemet med frafall fra behandling, er også et felt hvor det er behov for mer kunnskap.

Selv om det i den internasjonale kunnskapsoppsummeringen ikke framkom noen forskjell i effekt mellom poliklinisk behandling og døgnbehandling, må resultatene tolkes med forsiktighet. Da institusjonsbehandling utgjør en vesentlig del av den samlede behandlingsinnsats i Norge, er det derfor behov for mer kunnskap om effekt av ulike former for psykososial behandling i institusjon sammenlignet med tilsvarende behandlingstilnærminger i poliklinikk for ulike klientgrupper.

Ut fra at det i Norge tradisjonelt er skilt mellom medikamentfri behandling og behandling der legemidler inngår (substitusjonsbehandling), er det videre behov for mer kunnskap om effekt av ulike psykososiale intervensjoner i og utenfor institusjon uten samtidig bruk av medikamenter sammenlignet med tilsvarende intervensjoner med samtidig bruk av medikamenter.

Et nyttig hjelpemiddel mht hvilke tiltak som bør settes inn i ulike faser ved en problematisk bruk av rusmidler, vil være å få mer kunnskap om «elementer» som inngår i ulike typer «misbrukskarrierer». Det anbefales derfor å sette i gang longitudinelle studier av personer som er i kontakt med hjelpeapparatet.

8.2.8 Overførbarhet

Selv om det er begrenset nasjonal dokumentasjon for at ulike former for spesifikke psykososiale behandlingsinnsatser synes å gi bedre effekt enn «standard» behandling, er den internasjonale dokumentasjonen solid. Det er derfor grunn til å tro at dette er funn som er relevante i norsk sammenheng. Det kan imidlertid være et problem mht til overførbarhet at de psykososiale intervensjonene i de internasjonale kunnskapsoppsummeringene i stor grad har funnet sted parallelt med medikamentell behandling. Dette gjelder både behandlingsintervensjoner for alkohol- og narkotikamisbruk.

8.2.9 Vurdering

Studiene viser at spesifikke behandlingsinnsatser synes å gi bedre effekt enn såkalt «standard» behandling. Det foreligger også norske studier som går i samme retning. Det må imidlertid understrekes at det foreligger mer kunnskap om positiv effekt av spesifikke behandling av problematisk alkoholbruk enn behandling av ulike former for narkotikamisbruk. Funnene gir like fullt grunnlag for en større vektlegging av å rendyrke og tydeliggjøre ulike terapeutiske tilnærminger både i behandling av personer med et problematisk alkoholforbruk og i behandling av stoffmisbrukere.

8.3 Medikamentell behandling

8.3.1 Beskrivelse av tiltakene

Ved siden av ulike psykososiale behandlingsintervensjoner mot misbruk av rusmidler finner en også ulike former for medikamentell behandling. Det vil enten være snakk om medikamentell behandling som et alternativ til ulike psykososiale intervensjoner eller medikamentell behandling kombinert med psykososiale hjelpeinnsatser slik det f.eks. er lagt opp til i ved bruk av metadon- og buprenorfinbehandling av opioidmisbrukere i Norge (LAR).

Alkohol

De legemidler som først og fremst blir brukt er aversive preparater som disulfiram og tilbakefallshindrende stoff som acamprosat, men legemidler beregnet på behandling av nevrologiske og psykiatriske diagnoser er også prøvd i behandling av

⁴ Se f.eks. Lauritzen, Grethe et al: A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment. Methods and findings. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 14-1997

alkoholavhengighet. Eksempler på dette er dopaminantagonister, antipileptika, antidepressiver og preparater med effekt på serotonin.

Narkotika

Heroin (diacetylmorfin) kan fremstilles fra morfin som er et naturlig opiat. Opioid er et begrep som omfatter de naturlige forekommende opiater (f.eks. morfin og kodein), derivater av disse (f.eks. heroin) og helsyntetiske stoffer med liknende virkninger (f.eks. metadon). Alle opioider gir i prinsipp samme type avhengighet med en rekke forskjellige neurobiologiske virkninger som er karakteristiske for gjentatt opioidbruk. Disse endringene antas å kunne vedvare i måneder og år etter at kronisk bruk av et opioid er avsluttet. De første dagene etter avslutning vil kunne være dominert av kraftige fysiske abstinensplager (jf 8.1). Etter noen tid vil dysfori kunne dominere bildet. Perioder med økt følelse av behov for stoff kan inntre over lang tid etter avsluttet langvarig opioidbruk. Bruk av opioidagonister som metadon og den partielle agonisten buprenorfin (Subutex, Temgesic) skjer på bakgrunn av stoffenes evne til å redusere fysiske abstinensplager, dysfori og kanskje det følte behov for heroin.

Kokain påvirker gjenopptak av dopamin og noradrenalin i visse synapser i sentralnervesystemet og signaloverføringen øker kraftig ved at gjenopptaket hemmes. Når det gjelder medikamentell behandling av kokainavhengighet har en undersøkt effekten av antidepressiva og dopaminagonister.

Amfetamin er et sentralstimulerende middel på samme måte som kokain, men den farmakologiske virkemåten ser ut til å være noe annerledes. Når det gjelder medikamentell behandling av amfetaminavhengige har en undersøkt effekten av buprenorfin, dopaminagonister, antidepressiva og Amineptin.

Både for kokain og amfetamin antar man at det som for morfin inntreffer langvarige neurobiologiske endringer i sentralnervesystemet knyttet til perioder med sterkt følt trang til ny bruk av disse stoffene.

8.3.2 Tiltak som brukes i Norge

Alkohol

Medikamentell behandling av tyngre alkoholproblemer brukes i begrenset omfang i Norge.

Narkotika

Etter et 3-årig forsøk i Oslo (1994-97) ble legemiddelassistert rehabilitering etablert som et landsdekkende tilbud fra 1998. Behandlingstilbudet er organisert ut fra spesialiserte sentre i de ulike helseregionene som bl a skal godkjenne den enkelte klient/pasient som tas inn i behandling. Det er lagt opp til at metadon eller annet adekvat legemiddel skal gis som en del av en bred psykososial behandlingssinnsats der den lokale helse- og sosialtjenesten skal ha ansvar for oppfølging og foreskriving. Kriteriene for å få slik behandling er relativt strenge i internasjonal sammenheng (fylt 25 år som hovedregel, langvarig avhengighet av heroin, ikke lykkes i medikamentfri behandling). Retningslinjene er under revidering. Ved utgangen av 2002 regner en med at omkring 2000 pasienter er inne i legemiddelassistert rehabilitering. De fleste opioidmisbrukere som er i legemiddelassistert rehabilitering i Norge får metadon, men det er også en del som får buprenorfin.

Det brukes regulært ikke legemidler i behandling av kokain- og amfetaminavhengige i Norge.

8.3.3 Målgruppe

- Personer med tyngre alkoholproblemer
- Personer med (langvarig) heroinavhengighet
- Personer med avhengighet av kokain og amfetamin

8.3.4 Mål

- Reduksjon av individuelle og samfunnsmessige skader knyttet til rusmiddelmisbruk.
- Reduksjon/opphevelse av rusmiddelbruk.
- Økt funksjonsevne og livskvalitet.

8.3.5 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

Kunnskapsoppsummeringen om av bruk av legemidler i behandling av *personer med tyngre alkoholproblemer* er basert på en svensk kunnskapsoppsummering (SBU-rapporten) inneholdende 120 randomiserte kontrollerte forsøk der noen er av usikker kvalitet. (Vedlegg 1, referanse nr 1). På grunnlag av oversiktsartiklene ble det også gjennomført en metaanalyse.

I tillegg bygger kunnskapsoppsummeringen på en Cochranoversikt av god kvalitet inneholdende 11 kontrollerte forsøk (Vedlegg 1, referanse nr 12). Studiene opererer med ulike utfallsmål, men hovedutfallsmålene er totalavholdenhet, antall al-

koholfrie dager, stopp i misbruk, antall dager uten misbruk, endring i alkoholkonsum.

Kunnskapsoversikten om bruk av legemidler i behandlingen av *opioidavhengige* er basert på SBU-rapporten som inneholder 70 randomiserte, kontrollerte studier med totalt 7 941 pasienter. Det ble også foretatt metaanalyser (Vedlegg 1, referanse nr 1).

Kunnskapsoppsummeringen bygger videre på en Cochranoversikt som inkluderer 11 studier (Vedlegg 1, referanse nr 16) og en metaanalyse som inkluderer 30 studier av hvilke 17 var randomiserte (Vedlegg 1, referanse nr 20). Utfallsmålene var misbruk av opioider (målt ved urinprøver), oppfølging av behandling, behandlingens varighet, psykiatriske symptomer, antall fengselsopphold.

Kunnskapsoppsummeringen om bruk av legemidler i behandlingen av *kokain- og amfetaminavhengige* er basert på SBU-rapporten som inneholder 40 randomiserte, kontrollerte studier med totalt 2 470 pasienter, der de fleste studiene sammenlikner ulike legemidler med placebo (Vedlegg 1, referanse nr 1).

Videre bygger kunnskapsoppsummeringen på 6 Cochranoversikter (Litteraturliste 1 nr 21-26) som så på effekt av antidepressiva ved kokainavhengighet, dopaminagonister ved kokainavhengighet, tricykliske antidepressiva ved amfetaminavhengighet, amineptin ved amfetaminavhengighet og behandling ved amfetaminpsykose. Hovedutfallsmål var abstinensutvikling, stoffmisbruk (målt ved urinprøver), oppfølging av behandling, depressive symptomer og stofftrang («craving»).

8.3.6 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

Alkohol

Mange studier viser at disulfiram, acamprosat, naltrexon og nalmefen kombinert med overvåking eller rådgivning reduserer alkoholforbruket hos personer med et problemfylt alkoholforbruk (Vedlegg 1, tabell 1.20).

Et begrenset antall studier tyder på at moderne antidepressiva (reopptakshemmere av serotonin) ved riktig dosering, kan redusere alkoholkonsum hos personer med et problemfylt alkoholforbruk. Et begrenset antall studier viser at naltrexon og nalmefen hindrer tilbakefall ved 3 måneder, men det er ikke dokumentert langvarig effekt (Vedlegg 1, tabell 1.21). Et begrenset antall studier viser ikke noen reduksjon i alkoholforbruk ved bruk av neuroleptika, dopaminantagonister og preparater

som virker på serotonin (kombinert med psykososial behandling).

Narkotika

Opioidavhengige

Et tilstrekkelig antall studier viser at metadon har god effekt for å redusere frafall fra behandling og misbruk sammenlignet med ingen behandling (stor effekt) (Vedlegg 1, tabell 1.27).

En metaanalyse (5 kohortstudier med totalt 296 pasienter) som sammenlignet metadon med placebo, viste at metadon reduserte mortalitetsrisikoen med 75 %.

Likeledes viser et tilstrekkelig antall studier at buprenorfin og LAAM (levoacetylmadol) er like effektive som metadon med hensyn til å redusere misbruk (stor – moderat effekt) (Vedlegg 1, tabell 1.27).

Buprenorfin er også like effektivt som metadon med hensyn til å følge opp behandling, mens metadon er noe mer effektivt for å redusere frafall sammenlignet med LAAM.

Et tilstrekkelig antall studier viser at metadon bør doseres på minst 65 ±15 mg per dag for å gi stor reduksjon i misbruk og frafall (Vedlegg 1, tabell 1.27).

Et tilstrekkelig antall studier viser at buprenorfin dosert 8–16 mg per dag er effektivt med hensyn til både redusert misbruk og å følge opp behandling.

Et begrenset antall studier viser at tilleggsbehandling med tricykliske antidepressiva hos deprimerede heroinister reduserer depressive symptomer, men har ingen effekt på misbruk og frafall.

Et tilstrekkelig antall studier viser at naltrexon har god effekt for å redusere misbruk av heroin og moderat effekt for å redusere frafall fra behandling sammenlignet med placebo på kort sikt (Vedlegg 1, tabell 1.28).

Et system med sanksjoner for å redusere positive urinanalyser viser seg å være effektive i metadonbehandling (Vedlegg 1, tabell 1.29).

Kokain- og amfetaminavhengige

Det er ikke funnet belegg for effekt av medikamentell behandling av kokain- og amfetaminavhengige (Vedlegg 1, tabell 1.30 + 1.31).

8.3.7 Nasjonale studier

En norsk randomisert studie har undersøkt effekt av implantert disulfiram (Antabus) (Johnsen 1991)

hos personer med et problematisk alkoholforbruk. Den viste ingen effekt.

Behandling av opiatmisbrukere med metadon og buprenorfin er studert i 3 «før-etter» studier/studier med randomisert kontrollgruppe. 1) studie av de 50 første klientene som ble tatt inn i forsøksprosjektet i perioden 1994–95 (oppfølgingstid 2–3 år) (Ervik 1997). 2) en studie (varighet 12 uker) av 106 pasienter på venteliste for å komme i metadonbehandling ble randomisert i en gruppe på 55 som fikk Subutex og gruppe på 51 som fikk placebo (dobbel-blind) (Krook et al 2002). 3) et forsøk med utgangspunkt i 50 pasienter som gjennom ett år vekselvis fikk metadon i 6 mnd og Subutex i 6 mnd (Andresen og Jentoft 2002).

Funnene i de 3 norske studiene støtter opp om de internasjonale.

8.3.8 Uønskede effekter

Studiene av bruk av medikamenter i behandling av alkoholavhengige har ikke sett på bivirkninger/uønskede effekter, men den norske studien av implantert disulfiram (Antabus) viste bivirkninger.

En studie som omhandler bruk av legemidler i behandling av opioidavhengige har sett på bivirkninger av henholdsvis metadon og LAAM, finner at de er omtrent de samme, mens en annen studie rapporterer om flere bivirkningen ved bruk av LAAM.

Den økning vi har sett i metadonrelaterte dødsfall i Norge i de senere år kan betraktes som en uønsket effekt av økt bruk av metadon, selv om forbindelsen til metadon som foreskrives i behandlingsprogrammene ikke er klarlagt.

Studier av medikamentell behandling av kokainavhengige viser at bruk av trycliske antidepressiva gir flere bivirkninger. Det ble ikke funnet negative bivirkninger ved bruk av fluoxetin.

8.3.9 Kunnskapshull

Det foreligger ikke kunnskap om langtidseffekter av langvarig medikamentbehandling av rusmiddelmisbrukere.

Det mangler fremdeles kunnskap for å vurdere effekt av langsiktig vedlikeholdsbehandling med naltrexon.

Det mangler kunnskap for å vurdere effekt av medikamentell behandling ved amfetaminavhengighet, amfetaminpsykose og amfetaminabstinens.

8.3.10 Overførbarhet

Beskjeden erfaring fra LAR i Norge så langt ser ut til å støtte opp under det en finner internasjonalt om behandling av opioidavhengige.

8.3.11 Vurdering

Studiene viser at bruk av medikamenter i behandling av alkohol og opiatavhengige har effekt mht reduksjon av misbruk, reduksjon i dødelighet og oppfølging av behandling.

I en vurdering av en eventuell oppmykning av retningslinjene for hvem som skal få tilbud om vedlikeholdsbehandling med metadon eller andre relevante legemidler i Norge, bør det imidlertid tas hensyn til at slik behandling kan opprettholde en avhengighet. Langvarig bruk av metadon vil også kunne ledsages av kognitiv svikt hos pasientene.

I den internasjonale kunnskapsoppsommeringen av psykososiale behandlingsintervensjoner i behandling av opioidavhengige, framkom det at effekt var knyttet til spesifikke behandlingsintervensjoner sammenlignet med såkalt standardbehandling og generell rådgivning. Videre framkom det at i alle de inkluderte studier utenom én foregikk den psykososiale behandlingssinnsatsen parallelt med vedlikeholdsbehandling. Det vil med andre ord si at det er vedlikeholdsbehandling sammen med spesifikke psykososiale behandlingssinnsatser som viser effekt i behandling av opioidavhengige. Dette er i tråd med hvordan vedlikeholdsbehandling drives i Norge.

Den sterke vektleggingen på legemiddelassisteret rehabilitering innebærer en fare for at de psykososiale behandlingstiltakene hvor en ikke bruker slike legemidler kan bli nedprioritert på sikt. Dette vil være uheldig av flere grunner. Behandling med metadon og buprenorfin vil for de fleste innebære en livslang avhengighet. Det er derfor viktig at en holder fast på at en i første omgang må prøve om de ulike former for psykososiale behandlingsintervensjoner kan hjelpe den enkelte opioidmisbruker. Videre «virker» som kjent metadon og buprenorfin bare i forhold til misbruk av opioider (heroin) og er derfor ikke aktuelt i behandling av andre former for stoffmisbruk.

8.4 Tiltak rettet mot misbruk av rusmidler under graviditet og i nyfødtpperioden

8.4.1 Beskrivelse av tiltakene

Bruk/misbruk av rusmidler under svangerskap innebærer økt risiko for skader hos foster. Ulike former for behandlingsintervensjoner for gravide med identifiserte misbruksproblemer tar sikte på å redusere rusmiddelrelaterte skader hos fosteret. Skader hos foster kan imidlertid også være relatert til den livsstil mange rusmiddelmisbrukere har.

Tiltakene som brukes i Norge

- Særskilte behandlingssenheter for gravide og familier med barn.
- Bestemmelse i sosialtjenesteloven (§ 6-2a) som hjemler adgang til tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere inntil barnet er født.

8.4.2 Målgruppe

Gravide rusmiddelmisbrukere (evt. også partner).

8.4.3 Mål

- Redusere/eliminere skader hos foster som følge av mors bruk/misbruk av alkohol/narkotika.

8.4.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

Kunnskapsoppsummeringen om tiltak for å redusere rusmiddelskader for foster er basert på SBU-rapporten som inneholder 6 randomiserte, kontrollerte studier av ubestemt kvalitet (Vedlegg 1, referanse nr 1). Studiene er små med kort oppfølgings-tid. I tillegg inngår en systematisk oversikt på grunnlag av 5 primærstudier (2 med og 3 uten kontrollgruppe, ingen randomiserte studier) (Vedlegg 1, tabell 1.27) og en systematisk oversiktsartikkel om metadon og gravide (Vedlegg 1, tabell 1.28).

Utfallsmål er bruk av rusmidler i svangerskap, omfang av evt fosterskader.

8.4.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

Alkohol

Det finnes ikke dokumentasjon på at rutinemessig informasjon i forbindelse med svangerskapskontroll har effekt på problembrukere. De direkte alkoholrelaterte skadene knyttet til stort forbruk av alkohol under svangerskap er veldokumentert. Det er ikke fastlagt hva som kan sies å være et ufarlig konsumnivå for gravide.

Narkotika

Det finnes få kontrollerte studier av tiltak rettet mot gravide med narkotikaproblemer. Sosiale faktorer og psykisk sykdom kompliserer ofte problemet og spiller større rolle enn ved alkoholmisbruk. Alkohol fører antagelig til flere direkte fosterskader enn narkotika.

Det er ikke funnet kontrollerte studier som har dokumentert effekt av behandlingsintervensjoner rettet mot gravide stoffmisbrukere.

8.4.6 Nasjonale studier

Det foreligger ingen nasjonale «før-etter» studier eller kontrollerte studier om intervensjoner rettet mot gravide rusmiddelmisbrukere

8.4.7 Kunnskapshull

Norge mangler data om forekomst av rusmiddelrelaterte skader hos foster.

Det trengs mer systematisk kunnskap om behandlingsintervensjoner rettet mot gravide rusmiddelmisbrukere. Det byr imidlertid på metodisk problemer og vanskelighet med å identifisere gode kontrollgrupper.

8.4.8 Vurdering

De internasjonale studiene har ikke undersøkt eventuelle negative effekter av tiltak for å redusere bruk av rusmidler under graviditet. I Norge har det imidlertid vært framholdt at f eks sosialtjenesteloven § 6-2a som gir anledning til å holde mor i institusjon uten eget samtykke, og helsepersonells meldeplikt til barnevernet i situasjoner der den gravide på grunn av sitt misbruk av rusmidler antas ikke å kunne ta omsorg for barnet, vil kunne bidra til at gravide rusmiddelmisbrukere ikke oppsøker helsevesenet ved graviditet.

Det er også ulike oppfatninger om negative ef-

fekter for foster/nyfødte ved bruk av metadon i behandling av mor under graviditet.

8.5 Komplementær behandling

8.5.1 Beskrivelse av tiltakene

Akupunktur og meditasjon blir brukt i behandling av rusmiddelmissbrukere. Slik komplementær eller «alternativ» behandling vil kunne være en selvstendig behandlingsform eller et supplement til annen behandlingsinnsats.

Tiltak i Norge

Akupunktur og andre metoder innen det som gjerne kalles alternativ medisin blir i noen grad også brukt i norske hjelpe- og behandlingstiltak. Bl a har Uteseksjonen i Oslo i flere år hatt tilbud om akupunktur til sine klienter.

8.5.2 Målgruppe

Rusmiddelmissbrukere

8.5.3 Mål

- Reduksjon/opphør av rusmiddelmissbruk

8.5.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

Kunnskapsoppsummeringen er basert på randomiserte studier funnet ved søk i «the Cochrane Complementary Medicine Field», Medline, Coch-

rane, referanselister på relevante bøker (Vedlegg 1, referanse nr 33), PsychLit (Vedlegg 1, referanse nr 35), Buletin of the National Centre for Information and Documentation on Alternative Medicine in the Netherlands (Vedlegg 1, referanse nr 34), PsycINFO, DrugINFO, Sociological Abstracts og Social Work Abstracts (Vedlegg 1, referanse nr 36). Studiene er gjennomgående av lite tilfredsstillende karakter.

Utfallsmål varierer mellom screening av urinprøver, oppfølging av behandling, selvrapportert bruk av rusmidler, men er ikke alltid oppgitt.

8.5.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen gir ikke grunnlag for å si at akupunktur eller meditasjon har effekt mht redusert bruk av rusmidler. Selv om enkelte av de inkluderte studiene viser en slik effekt, kan studiene ut fra vurdering av kvalitet ikke tillegges særlig vekt.

8.5.6 Nasjonale Studier

Det foreligger ingen relevante norske studier

8.5.7 Vurdering

Det er ikke grunnlag for å si at komplementær behandling som akupunktur eller meditasjon har effekt i behandling av rusmiddelmissbruk.

Kapittel 9

Skadereduserende tiltak

Tiltak for å redusere etterspørselen (demand reduction) og tiltak for å redusere tilgangen (supply reduction) er de tradisjonelle bærebjelkene i kampen mot narkotika. I løpet av 1990-tallet har en tredje gruppe tiltak under betegnelsen skadereduksjon (harm reduction) fått fotfeste som nødvendige virkemidler. Det vil være ulike oppfatninger om hvorvidt en skal se på skadereduksjon som supplement til etterspørselsreduserende tiltak, eller om slike tiltak skal vurderes som en egen tilnærming. Selv om begrepet skadereduksjon tidligere ikke ble brukt på rusmiddelfeltet i Norge, representerer det ikke noe prinsipielt nytt. Flere av de tradisjonelle tiltakene for eldre, marginaliserte og utstøtte alkoholikere ble opprettet med sikte på å redusere eller lindre skader som direkte fulgte av alkoholmisbruket. Eksempler på dette er herberge, avrusingsenheter, oppsøkende arbeid rettet mot de mest utsatte rusmiddelmisbrukere og ordningen med verne- og tilsynshjem som ble etablert etter at bestemmelsen i løsgjengerloven som dømte misbrukere til tvangsarbeid, ble opphevet i 1970.

Bakgrunnen for at en på 1980-tallet begynte å ta til orde for skadereduksjon når det gjaldt stoffmisbrukere, var først og fremst hiv-epidemien og kampen for å begrense spredningen av det dødelige viruset. Et viktig siktemål var å finne tiltak som la forholdene til rette for at stoffmisbrukere ikke skulle dele sprøyter. Ulike måter å organisere sprøyteutdeling kan således sies å være det som utløste den internasjonale debatten om skadereduksjon som virkemiddel i rusmiddelpolitikken. Etter hvert har vi så sett at skadereduksjon blir brukt som en felles betegnelse for ulike typer tiltak som både tar sikte på å redusere og lindre de direkte, akutte helsemessige skadene av rusmiddelbruk og mer langvarige skader som er knyttet til selve misbruket eller livsstilen som rusmiddelmisbruket er en del av. Det dreier seg først og fremst om de individuelle skadene for misbrukeren selv, men det kan også være snakk om tiltak med sikte på å redusere de samfunnsmessige skader av rusmiddelmisbruk. Eksempler på reduksjon av samfunnsmessige skader kan være å forhindre etablering av store ansamlingsplasser for rusmiddelmisbrukere i det offentlige rom, tilby

substitusjonsbehandling for å redusere narkotikaomsetning og vinningskriminalitet.

Skadereduksjon er imidlertid ikke ensidig knyttet til et langtkomment misbruk av rusmidler. Det kan også være snakk om tiltak som tar sikte på å redusere individuelle og samfunnsmessige skader ved «vanlig» forbruk av alkohol. Eksempler på dette er ansvarlig skjenking av alkohol på utesteder med sikte på å forhindre at restaurant- og bargjester blir overstadig beruset, politi i gatene ved stengetid for skjenkesteder og overvåking av drosjekører nattetid for å unngå rusmiddelrelatert vold osv.

9.1 Lavterskel helsetilbud

9.1.1 Beskrivelse av tiltaket

Lavterskel helsetilbud er helsetjenester spesielt innrettet for å i vareta behov hos ulike grupper av rusmiddelmisbrukere. Det dreier seg om helsetjenester som sårpleie, vaksinasjon, rådgivning, utdeling av sprøyter, opplæring i førstehjelp, sprøyterom, medikamentell behandling etc.

Tiltak i Norge

I Norge har det relativt store antall narkotikadødsfall i de seinere år og den generelt dårlige helsetilstanden blant langtkomne rusmiddelmisbrukere aktualisert diskusjon om skadereduserende tiltak og hvilke tiltak som har effekt. Eksempelvis er det gjennom statlige tilskudd etablert en egen helse-tjeneste (feltpleie) uten krav om timebestilling for rusmiddelmisbrukere i flere kommuner.

9.1.2 Målgruppe

Rusmiddelmisbrukere med store helseplager.

9.1.3 Mål

- Redusere ulike former for helseskader knyttet til inntak av rusmidler
- Forebygge rusmiddelrelaterte dødsfall.

9.1.4 Grunnlag for/resultat av kunnskapsoppsummeringen

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen fant ikke oversiktsartikler/studier om effekt av lavterskel helsetilbud for rusmiddelmissbrukere.

9.1.5 Nasjonale studier

Det foreligger ingen norske studier av effekten av lavterskel helsetilbud.

9.1.6 Kunnskapshull

Det mangler internasjonale kunnskapsoppsummeringer/oversiktsartikler om effekt om flere av de tiltak som er aktuelle i Norge for å redusere skader av rusmiddelbruk så som lavterskel helsetilbud.

9.1.7 Vurdering

I prinsippet har rusmiddelmissbrukere samme rett til offentlige helsetjenester som den øvrige befolkning. Erfaring tilsier imidlertid at mange rusmiddelmissbrukere av ulike grunner ikke får dekket sitt behov for helsetjenester. Selv om det ikke foreligger vitenskapelig grunnlag for å vurdere effekten av lavterskel helsetilbud spesielt rettet mot rusmiddelmissbrukere, innebærer ikke dette at slike tiltak ikke har ulike former for effekt. Å legge forholdene til rette for at også «tunge» rusmiddelmissbrukere skal få de nødvendige helsetjenester vil i stor grad dreie seg om et verdivalg som ikke nødvendigvis skal underkastes tradisjonelle effektivvurderinger.

9.2 Tiltak for å redusere hiv-/hepatittsmitte

9.2.1 Beskrivelse av tiltakene

De skadereduserende tiltak som har vært mest gjenstand for vitenskapelige undersøkelser er slike som har til hensikt å forebygge hiv-smitte blant stoffmisbrukere. Deling av sprøyter medfører risiko for smitte av hiv og hepatitt B og C. Det samme gjelder ubeskyttet vaginal- og analsex. Tiltak som kan redusere deling av sprøyter og omfanget av ubeskyttet sex, er derfor viktige elementer i en strategi for å forebygge slik smitte. Tiltakene vil på den ene siden være rene skadereduserende tiltak som lett tilgjengelighet av rene sprøyter/kanyler, enkle måter å bli kvitt brukt utstyr, opplæring i sprøytehygiene, lett tilgang til kondomer osv og på

den andre siden ulike former for intervensjoner med mer langsiktige siktemål som å få stoffmisbrukere til å redusere/slutte å ta narkotika ved sprøyte.

Tiltak i Norge

Norge startet tidlig med tilbud om anonym hiv-testing av stoffmisbrukere og gratis utdeling av sprøyter og kondomer, eksempelvis ble den såkalte «Sprøytebussen» i Oslo etablert i 1988. Utdeling av sprøyter/kanyler foregår i ulike former i flere norske kommuner. Utdeling av sprøyter har også til hensikt å forebygge hepatitt B og C infeksjon. Rusmiddelmissbrukere tilbys også vaksiner mot hepatitt.

9.2.2 Målgruppe

Rusmiddelmissbrukere som ikke klarer eller ønsker å redusere/slutte å ta narkotika med sprøyte.

9.2.3 Mål

Hindre at sprøytemisbrukere blir hiv-/hepatitt-smittet

9.2.4 Grunnlaget for kunnskapsoppsummeringen

Kunnskapsoppsummeringen om skadeforebyggende tiltak er basert på 5 systematiske oversikter (Vedlegg 1, referanse nr 39-43). Oversiktene varierer i henhold til hvor og hvordan de har søkt og inkluderer forskjellig studiedesign. Utfallsmål: målinger av atferd som fører til økt risiko for hiv-smitte, endring i hiv-seroprevalens.

9.2.5 Resultat av kunnskapsoppsummeringen

Den internasjonale kunnskapsoversikten inneholder et begrenset antall studier av variabel kvalitet som har vurdert ulike tiltak for å hindre hiv-smitte. Studiene viser imidlertid sammenfallende positive resultater, noe som tyder på at både individuell veiledning, opplæringsprogrammer, gruppesamtaler, sprøyteutdeling, langvarig metadonbehandling og oppsøkende rådgivning reduserer risikofylt injiserende atferd.

Når det gjaldt effekt av sprøyteutdeling viser eksempelvis 214 tverrsnittstudier som sammenlignet 81 byer der det ble delt ut sprøyter med 52 byer som ikke hadde et slikt tilbud, at seroprevalensen økte med 5,9 % per år i byene uten sprøyteutdeling,

men ble redusert med 5,8 % i byene med sprøyteutdeling.

Studiene viser også mulig effekt for å redusere risikofylt seksuell atferd blant sprøytemisbrukere, særlig blant motiverte opioidavhengige.

Et begrenset antall studier av middels til god kvalitet har vurdert hiv-testing kombinert med rådgivning, men kunne ikke dokumentere reduksjon i risikofylt atferd blant sprøytemisbrukere.

Det mangler dokumentasjon for å framheve ett av behandlingstiltakene framfor det andre. Noen tiltak er dårlig beskrevet i oversiktsartiklene og dette gjør det vanskelig å overføre resultatene til praksis.

9.2.6 Nasjonale Studier

Det foreligger ingen norske kontrollerte studier eller «før-etter» undersøkelser av tiltak for å redusere hiv-/hepatittsmitte.

9.2.7 Kunnskapshull

Selv om det alltid har vært enkelt å få kjøpt sprøyter fra apotek i Norge kan sprøyteutdeling tenkes å føre til økt rekruttering til sprøytebruk. En undersøkelse av brukere av «sprøytebussen» fra 1992 viste imidlertid at bare én prosent (3 av 286) oppga at de hadde fått tak i sin første sprøyte fra «bussen»¹. Det kan likevel ikke utelukkes at en omfattende sprøyteutdeling slik vi har i Oslo og enkelte andre kommuner, har bidratt til at det estimerte antall sprøytebrukere i Norge er doblet i løpet av 1990-tallet. Det mangler gode undersøkelser for å belyse sammenhenger mellom sprøyteutdeling og rekruttering til injeksjonsmisbruk. Det mangler også studier om i hvilken grad omfattende sprøyteutdeling bidrar til økt forsøpling av det offentlige rom med brukte sprøyter og andre plager for folk som ferdes i de aktuelle områder.

9.2.8 Overførbarhet

Flere av de skadereduserende tiltakene som har vist å ha effekt internasjonalt, finnes allerede i Norge.

9.2.9 Vurdering

De internasjonale studiene gir grunnlag for å anta at sprøyteutdeling bidrar til å redusere faren for

hiv-smitte. Det er ikke tilsvarende støtte for at hiv-testing kombinert med informasjon om sprøytehygiene har effekt. Virkningen av at man relativt tidlig i hiv-epidemiens forløp iverksatte flere koordinerte tiltak, er naturlig nok ikke fanget inn. Det er mulig at dette har medvirket til at forekomsten av hiv-smitte blant sprøytemisbrukere er lav i Norge.

9.3 Sprøyterom

9.3.1 Beskrivelse av tiltak

Sprøyterom er et avskjermet rom hvor sprøytebrukere kan sette sprøyter i hygieniske omgivelser uten fare for å bli arrestert av politiet. Det vil variere om og i hvilken grad det er knyttet andre tjenester til tiltaket. Sprøyterom i ulike former finnes i en del europeiske byer.

Tiltak i Norge

Per i dag er det ikke offentlige sprøyterom i Norge. Med bakgrunn i det relativt store antall narkotikadødsfall i de seinere år har imidlertid Stortinget vedtatt at det skal settes i gang et to-årig forsøksprosjekt med sprøyterom i to kommuner.

9.3.2 Målgruppe

Sprøytebrukere

9.3.3 Mål

- Forebygge overdosedødsfall.
- Gi mulighet for brukerne til å sette sprøyter i kontrollerte omgivelser og derved øke deres verdighet.

9.3.4 Grunnlag for/resultat av kunnskapsoppsummeringen

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen inneholder ingen studier om effekt av sprøyterom.

9.3.5 Kunnskapshull

Det foreligger ikke kunnskap om effekt av sprøyterom.

9.3.6 Vurdering

Noen utenlandske undersøkelser viser at man fikk en nedgang i antall overdosedødsfall i samme tidsrom som sprøyterom ble etablert. Nedgangen falt

¹ Skretting, Astrid, Ervik, Randi og Øye, Kjell Erik. Aids-informasjonsbussen i Oslo. En intervjuundersøkelse av brukere. SIFA rapport Nr 2/93.

imidlertid sammen i tid med andre tiltak som ble iverksatt, for eksempel at sprøytemisbrukere ble sendt tilbake til sine hjemsteder. Det er her behov for ytterligere forskning, noe som også er forutsatt i forbindelse med prøveprosjektet i Norge.

Hvorvidt sprøyterom øker brukernes verdighet, er en vurderingssak som unndrar seg vitenskapelig prøving.

9.4 Bo-/omsorgstilbud

9.4.1 Beskrivelse av tiltaket

Mange som har misbrukt rusmidler jevnt gjennom flere år og som ikke ser ut til å komme ut av sitt misbruk gjennom behandling eller ved egen hjelp, vil like fullt ha behov for ulike hjelpe- og omsorgstiltak. Det kan dreie seg om seng å sove i, et sted å være på dagtid, tilbud om næringsrik mat, ivaretagelse av egen hygiene, vask av klær osv. Det vil være en glidende overgang mellom hvilke slike tiltak som kan klassifiseres som omsorgstiltak og hva som kan klassifiseres som skadereduserende tiltak.

Tiltak i Norge

Mange kommuner har ulike former for langvarige bolig-/omsorgstiltak for såkalt «tunge» rusmiddel-misbrukere som ikke har eller er i stand til å handtere en normal bosituasjon. På samme måte som behandlingstiltak drives disse i stor grad av private organisasjoner, men finansieres gjennom offentlige midler. Det samme gjelder ulike former for dagtilbud, kaféer og lignende.

9.4.2 Målgruppe

Langtkomne rusmiddel-misbrukere som ikke selv er i stand til å skaffe seg/holde på bolig og/eller har behov for andre basale tjenester

9.4.3 Mål

I varetagelse av basale behov som husvære, for-svarlig ernæring, personlig hygiene osv

9.4.4 Grunnlaget for/resultat av kunnskapsoppsummeringen

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen inneholder ikke noe om effekt av bolig- og omsorgstiltak, dvs. i hvilken grad bolig- og omsorgs-

tiltak fungerer tilfredsstillende i forhold til målene for tiltaket. Det foreligger heller ingen nasjonale studier om effekt av slike tiltak.

9.4.5 Kunnskapshull

Det er behov for kunnskap om innhold og omfang av ulike bolig- og omsorgstiltak og om i hvilken grad tiltakene fungerer tilfredsstillende i forhold til de mål som er satt for tiltaket.

9.4.6 Vurdering

Det er lite formålstjenlig å stille krav om «effekt» i tradisjonell forstand til ulike former for omsorgstiltak. Utfallsmål for evaluering av omsorgstiltak vil i hovedsak være knyttet til om samfunnet klarer å tilby omsorgstjenester som på en tilfredsstillende måte fyller ulike målgruppers behov.

9.5 Forhindring av skader under rus og inntak av rusmidler

9.5.1 Beskrivelse av tiltaket

Det kan oppstå problemer eller skader i forbindelse med inntak av rusmidler f. eks. i form av voldsutøvelse, fallskader, overoppheting i forbindelse med langvarig dansing og inntak av ecstasy på houseparties etc. Det er i de senere årene utviklet tiltak med sikte på å forebygge og forhindre slike skader, f. eks. gjennom opplæring av barpersonell. Andre tiltak kan være tilstedeværelse av politi/sosialarbeidere på store dansearrangementer for ungdom.

Tiltak i Norge

Ansvarlig vertskap er et tiltak som tar sikte på skolering av skjenkepersonell for å forebygge skader som har bakgrunn i overskjenking av bar- og restaurantgjester. Etter et forsøksprosjekt i Kristiansand er en i ferd med å starte opp tilsvarende tiltak i Bergen.

I forbindelse med store dansearrangementer/houseparties for ungdom har arrangørene, politi og Uteseksjonen i Oslo samarbeidet om tiltak for å forebygge ulike former for skader ved store danse-tilstelninger og ta vare på unge som blir pågrepet for bruk og innehav av illegale rusmidler.

9.5.2 Målgruppe

Brukere av rusmidler allment.

9.5.3 Mål

Forhindring av skader ved inntak av rusmidler og under beruselse.

9.5.4 Kunnskapsoppsummering

Det finnes enkeltstående oversiktsartikler, men ingen kunnskapsoppsummeringer som tilfredsstiller de krav som er anvendt i denne rapporten.

9.5.5 Nasjonale studier

Det er ingen nasjonale studier på dette området.

9.5.6 Kunnskapshull

Det er lite systematisk kunnskap om tiltak for å forhindre skader ved inntak av rusmidler og under beruselse. Det er behov for mer kunnskap på dette feltet.

9.5.7 Vurdering

Selv om det er behov for mer kunnskap om hvordan tiltak for å redusere skader som følger av rusmiddelbruk kan optimaliseres og implementeres, er det grunn til å tro at slike pragmatiske tiltak er hensiktsmessige.

Kapittel 10

Konklusjoner og anbefalinger

10.1 Hvilke svar kan forskningen gi

I kapitlene 3 til 5 har kommisjonen gitt en oversikt over bruk og skader som følge av rusmiddelbruk. Kommisjonen har imidlertid i særlig grad konsentrert seg om å oppsummere kunnskapsstatus vedrørende effekter av tiltak på rusmiddelfeltet som iverksettes. Mens forskning om årsakene til bruk av rusmidler, omfanget av bruk og forskning omkring skader som følge av bruken representerer et *handlingsgrunnlag*, representerer tiltakene *handlingsarenaen*. Det er her de politiske beslutninger skal tas, og det politiske ansvaret ligger. Kommisjonen har sett det som sin hovedoppgave å gi et bedre kunnskapsgrunnlag innenfor denne arenaen. Dette utgjør kapitlene 7 til 9.

Men dette kan aldri bli mer enn et grunnlag. En kan ikke avlede beslutninger av forskningen direkte. Det kreves også verdivalg. Noen vil legge større vekt på at folk skal ha lett tilgang til alkohol og lave priser, enn på de skadevirkninger det måtte medføre gjennom et høyere forbruk. Noen vil legge større vekt på kontrollskadene ved en repressiv narkotikapolitikk, enn på den reduksjon i narkotikaforbruket som eventuelt kan oppnås gjennom kriminalisering av bruk og strenge straffer for omsetning. Et annet eksempel kan være de motforestillinger noen har hatt mot enkelte skadereduserende tiltak rettet mot stoffmisbrukere; frykten for at disse hjelpetiltakene overfor en liten gruppe skal kunne oppfattes som en aksept av narkotikabruk i forhold til alle.

Men selv utenfor disse åpenbare dilemmaene, er det til enhver tid spørsmål om å treffe valg, foreta prioriteringer og fordele ressurser, der kunnskap bør være et sentralt element, men hvor verdier og politiske preferanser blir avgjørende for hvilken vekt denne kunnskapen tillegges.

Det forskningen kan bidra med er å klarlegge selve grunnlaget for beslutningen, eller sagt på en annen måte; rydde i argumentasjonen. Vi vet for eksempel en hel del om virkningen av regulatoriske tiltak på alkoholområdet. At de konsekvensene forskningen har klarlagt, eventuelt ikke tillegges avgjørende vekt, er legitimt. Mer problematisk, spesielt for en politikk som ønsker å kalle seg

kunnskapsbasert, er det imidlertid om denne kunnskapen benektes.

På narkotikaområdet er situasjonen i en viss forstand omvendt. Man har beskjeden forskningsbasert kunnskap om effekten av de repressive tiltakene. Dette er ikke noe avgjørende argument mot disse tiltakene. Men det bør ha konsekvenser for den måten det argumenteres rundt tiltakene på.

En første forutsetning for å drive effektforskning av den type vi hovedsakelig har konsentrert oss om i denne utredningen, er at det er meningsfylt å spørre om effekt (på rusfeltet) utover tiltaket selv. Det er ikke nødvendigvis alltid tilfelle. Et eksempel kan være tilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner. En rekke organisasjoner har engasjert seg innenfor rusmiddelsektoren. Avholdsfolkets Landsråd er et samarbeidsorgan for Norges 16 avholdsorganisasjoner og andre fellestiltak på edruskapsområdet. Avholdsfolkets Landsråd har i dag bare avholdsorganisasjoner som medlemmer, men er i ferd med å utvide nedslagsfeltet. Blant andre sentrale organisasjoner er Ungdom mot narkotika, som er Nordens største ungdomsorganisasjon mot narkotika.

Det som er felles for alle disse organisasjonene, er at driften er avhengig av støtte fra det offentlige. Slik sett er bevilgningene til disse organisasjonene rusmiddelpolitiske tiltak.

Målgruppe for de ulike rusmiddelpolitiske organisasjonene vil være hele eller deler av befolkningen. Ut fra en effekttankegang kan målet med tilskuddsordningen være at virksomhetene skal bidra til at spørsmålene omkring rusmiddelproblemer og rusmiddelpolitikk blir holdt oppe på den politiske dagsorden, at folk får en forståelse av omfanget av rusmiddelproblemene og betydningen av å drive rusmiddelpolitikk, gi organisasjonene mulighet til å forebygge og behandle rusmiddelproblemer og til å støtte pårørende som blir rammet av at nære personer har rusmiddelproblemer. Det kan imidlertid være vanskelig å evaluere måloppnåelsen med tradisjonelle effektmål.

Noen vil også mene at en slik mål- og resultattankegang treffer litt på siden. Organisasjonene er en del av det sivile samfunnet. Tilskuddene gir dem utvilsomt en mulighet til å drive sin virksom-

het i større omfang enn de ellers ville klart. Dette kan hevdes å ha en verdi i seg selv, uten hensyn til hvilken effekt det har i rusmiddelfeltet.

Noe annet er det med de konkrete forebyggings- og behandlingstiltak som organisasjonene står for. Mulighetene for å måle effekt av disse er naturligvis uavhengig av om det er frivillige organisasjoner eller andre som er ansvarlig for dem.

Det er også andre tiltak innen rusmiddelfeltet der det kan være vanskelig, og for mange heller ikke vil gi mening, å måle effekt i tradisjonell forstand. Det kan for eksempel gjelde organisatoriske tiltak av typen utekontaktene. Oppsøkende virksomhet i ulike former (outreach work) rettet mot unge i risikosonen og/eller misbrukermiljøer finnes i flere land. Det kan dels være som egne, selvstendige virksomheter, dels som del av en bredere virksomhet. Norge har mer enn 30 års tradisjon i å drive oppsøkende arbeid i form av utekontakter. Per i dag er det i overkant av 60 oppsøkende enheter. Arbeidsformen varierer mellom en mer eller mindre rendyrket forebyggende profil til også å omfatte hjelp/rådgivning/formidling til behandling for unge som har utviklet misbruksproblemer. Med en såpass vagt definert målgruppe og variabel arbeidsform er det ikke lett å se hvordan en effektvaluering skal kunne skje.

Tilsvarende vil gjelde en del av de skadereduserende tiltakene som for eksempel herberger/natthjem, varmestuer/dagsentrer og matutdeling/kaféer for rusmiddelmisbrukere. Dette er primært humanitære tiltak. Disse kan selvsagt også evalueres, men utfallsmålene vil være forskjellig fra å måle virkningen av en konkret intervensjon rettet mot en bestemt målgruppe.

En innfallsvinkel til evaluering av slike tiltak vil eksempelvis være om og i hvilken grad virksomhetene gjør det de sier at de gjør, dvs. hvorvidt tiltaket «leverer varen». Driver f.eks utekontakten oppsøkende virksomhet, eller forskanser de ansatte seg på kontoret? I hvilken grad har utekontakten kontakt i ungdomsmiljøene i distriktet den skal betjene, er den i stand til å «fange inn» ungdom som dukker opp i risikoutsatte miljøer osv.? Når et tilbud om herbergeplass ut til de hjemløse rusmiddelmisbrukerne, eller sover de fortsatt ute? Gitt at en kan gi et positivt svar på disse spørsmålene, er det et verdispørsmål om en vil satse på tiltakene eller ikke.

Forskningen kan altså gi et bedre grunnlag for beslutninger på visse områder enn på andre. Den

forskning kommisjonen har oppsummert, har sin styrke der innsatsfaktoren er velavgrenset og der det er kontrollert for virkningene av andre faktorer som antas å kunne påvirke målet. En kan da gi ganske gode svar på om den ene type tiltak er bedre enn en annen, eller bedre enn ingenting.

Situasjonen er mer komplisert der det dreier seg om sammensatte tiltak, der det er vanskeligere å avgrense innsatsfaktorene. Det har her vist seg vanskelig å gjennomføre gode effektstudier med overføringsverdi.

Et eksempel kan være kriminalisering av bruk og høye straffer for befatning med omsetning av narkotika, som er et sentralt virkemiddel innen narkotikapolitikken. Selv om det kan gis flere begrunnelser for straff, har den allmennpreventive tankegangen stått sterkt på narkotikafeltet: Straffen skal helst hindre, og iallfall bidra til å begrense, forbruket av narkotika i samfunnet. Dette forutsetter et samspill mellom mange faktorer: Lovens regler, kjennskap til reglene, den allmenne aksept av lovverket på området (og aksepten i de mest aktuelle brukergruppene), politiets og domstolens praksis, oppdagelsesrisiko (og opplevelsen av denne) osv.

Det har generelt vist seg vanskelig å gjennomføre god forskning om den allmennpreventive virkningen av kriminalisering og et høyt straffenivå. Kommisjonen har i de systematiske kunnskapsoppsummeringene ikke funnet stoff om dette temaet på narkotikafeltet. I en enkeltstående oppsummering av effektene av en nedkriminalisering av bruk av marihuana (fra fengselsstraff til bøter) i 11 stater i USA på 1970-tallet, ble det konkludert med at det ikke var noen større økning i marihuana-bruken i disse statene enn i andre sammenlignbare stater (Single 1989). Man kan neppe trekke noen konklusjoner fra denne oppsummeringen, som i seg selv ikke er uproblematisk, til hva konsekvensene vil være av avkriminalisering i Norge, blant annet fordi den mest brukte straffen for bruk allerede i dag er bøter.

Individualprevensjon¹ som begrunnelse for straff har spilt mindre rolle i den norske kriminal- og narkotikapolitiske debatten. Under enhver omstendighet har også dette vist seg vanskelig forskbart. En norsk studie har sett på sammenhengen mellom straffens lengde og tilbakefall til ny kriminalitet for et utvalg på 1905 fanger i norske fengsel, som alle har begått brudd på narkotikalovgivningen (Ødegård, 1998). Det ble konkludert med at en påvisning av en eventuell slik sammenheng var svært følsom for valg av metode, og at det var vanskelig å komme fram til en egnet forskningsdesign, som kunne påvise hvordan straffens leng-

¹ Straffens evne til å skape lovlidighet hos den straffete selv.

de eventuelt påvirket sannsynligheten for å begå nye kriminelle handlinger.

Bruken av strafferettslige sanksjoner på narkotikaområdet er et eksempel på et virkemiddel der forskningsbasert kunnskap ikke har spilt, og kanskje vanskelig kan spille, en avgjørende rolle. En drøfting av avkriminaliseringsspørsmålet er foretatt av Straffelovkommisjonen (NOU 2002:4, s. 329 flg.)

At det kan være vanskelig å gjennomføre en effektevaluering av sammensatte tiltak, betyr ikke uten videre at slike tiltak ikke virker. Det kan iallfall ikke avledes av forskningen. Men grunnlaget for anbefalinger basert på effektstudier blir svakere.

Et siste spørsmål gjelder forhold mellom helhet og del. I Norge har vi tradisjon for en omfattende og helhetlig rusmiddelpolitikk. Spesielt på alkoholområdet atskiller vi oss fra de aller fleste andre land, ved i det hele tatt å ha et politikkområde som gjenkjennes ved begrepet alkoholpolitikk.

En rekke tiltak er satt i verk, alt fra regulatoriske tiltak, via forebyggingsprogrammer, til et omfattende behandlingsapparat og skadereduserende tiltak. De enkelte tiltak kan ha mer eller mindre dokumenterbar effekt. I en del tilfelle vil effektene kunne være nokså marginale, og derfor vanskelig å måle med de instrumenter og metoder vi kjenner til i dag. Til gjengjeld kan den eventuelle effekten omfatte meget store grupper. Et eksempel på dette kan være forbudet mot reklame for alkohol (og for så vidt også tobakk).² Generelt sett har det vist seg lettere å dokumentere effekt på behandlingssiden (for de få) enn på forebyggingssiden (for de mange). Men det er ikke det samme som at man ensidig bør satse på behandling framfor forebygging.

Det kan imidlertid reises spørsmål om ikke effekten av denne helhetlige politikken er noe mer enn summen av effekter av de enkelte tiltakene. At vi har en såpass stor behandlingssektor, kan for eksempel tenkes ikke bare å påvirke den gruppen som mottar dette behandlingstilbudet, men også oppfatningen av rusmiddelproblemet og derved kanskje også rusmiddelbruken. At Vinmonopolet eksisterer, har ikke bare den konsekvens at antall utsalg er begrenset, men bidrar også til å minne om at alkohol ikke er helt som andre varer. At en rekke lokalsamfunn og frivillige organisasjoner er opptatt av forebygging, setter fokus ikke bare på

forebyggingssektoren, men gir også økt oppmerksomhet på og bevissthet om at rusmidler ikke er uproblematiske stoffer.

Slike «sideeffekter» kan det være vanskelig å måle. Men enda vanskeligere er det å måle effekten av alle disse påminnelsene som en helhetlig rusmiddelpolitikk medfører.

10.2 Områder der det er gjort relativt mye forskning

I dette punktet oppsummerer kommisjonen de funn som er gjort vedrørende studier av effekt av tiltak på rusmiddelfeltet. Som nevnt i innledningen til del II, har vi lagt stor vekt på hvordan effektene av de enkelte tiltakene er dokumentert gjennom det litteratursøket som er gjort. Dokumentasjonen av effektene er forsøkt delt i fire grupper. Med *godt dokumentert* menes det at det finnes det *et stort antall studier og entydighet* i konklusjonene. Sier vi at effekten er *dokumentert*, mener vi at det finnes *et tilstrekkelig antall studier og at en klar overvekt* av studiene peker i én retning. Med *noe dokumentasjon* mener vi at det finnes noen studier *med overvekt i én retning*. Når effekten *ikke er dokumentert*, finnes det enten *ikke et tilstrekkelig antall studier, eller studiene som finnes er av usikker kvalitet, eller at resultatene peker i forskjellige retninger*.

Mens det er forholdsvis enkelt å bedømme hvor godt effekten av et tiltak er dokumentert, er det vanskeligere å si noe om størrelsen på effekten. Det skyldes at mange studier ikke har tilstrekkelig gode effektmål (utfallsmål). I det følgende bruker vi i en viss utstrekning begrepene stor, middels og liten effekt i forbindelse med gjennomgangen av kunnskapen om tiltakenes effekt, men inndelingen er brukt tentativt, og må tolkes med stor forsiktighet.

10.2.1 Forebygging

Et generelt funn innen forebygging er at tiltak som har vist effekt på andre felt, som f.eks. på ernærings- og tobakksområdet, også har effekt på rusmiddelfeltet. Effektforskningen på rusmiddelfeltet kan med andre ord også trekke på erfaringer fra forskning som ikke er direkte rusmiddelrelatert. Det finnes generell kunnskap om effekten av virkemidlene, som ikke er områdeavhengig, og mange av tiltakene på rusmiddelfeltet er begrunnet ut fra slik allmenn kunnskap. Et typisk eksempel er prisvirkemidlet, hvor det er et gjennomgående funn, uavhengig av hvilken vare en ser på, at salget går ned når prisen øker.

² Det siktes her til effekt på forbruket. Dette er ikke det samme som spørsmålet om forbudet mot reklame er effektivt. Man skal bare kaste et blikk på norske massemedia før og etter reklameforbudet ble innført i 1975, eller sammenlikne media i land med og uten reklameforbud, for å se at forbudet i det store og hele blir etterlevd.

I i det følgende har vi vurdert enkelttiltak isolert. Hvilken betydning tiltakene eventuelt kan ha innenfor rammen av en større rusmiddelpolitisk helhet, gir den foreliggende forskningen lite eller intet grunnlag for å si noe om.

Avgifter/priser på alkohol

Det er godt dokumentert at prisendringer påvirker salget av alkohol. Det er mindre dokumentasjon for virkningen på forbruket, men det er sannsynlig at nedgangen i det legale salget er større enn en eventuell økning i omsetningen gjennom andre kanaler. Effekten av prisendringer vil avhenge av hvor lett tilgangen til andre kanaler er, og av prisnivået i utgangspunktet.

Tilgjengelighet

Det finnes noe dokumentasjon for at økt utsalgstetthet er assosiert med økt salg og økning i fatale trafikkuulykker. Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen gir ikke grunnlag for pålitelig kunnskap om effekt av vesentlige endringer i antall salgssteder for alkohol. Erfaring fra Norden og USA viser imidlertid at slike økninger kan ha stor effekt på forbruket. Det er da snakk om endringer i tilgjengeligheten som representerer et systemskifte, som f.eks. når salg av øl flyttes fra dagligvarebutikker med lisens inn på et monopol eller fra et monopol til dagligvarebutikker med lisens.

Informasjonskampanjer

Det er ikke dokumentert at informasjonskampanjer som enkeltstående tiltak har innvirkning på atferd. Det er dokumentert at informasjonskampanjer kan påvirke kunnskapsnivået.

Tiltak i skolen

Skolebaserte programmer øker kunnskap om rusmidler. Det er gjort en betydelig forskningsinnsats når det gjelder skolebaserte programmer, men en har ikke kunnet påvise noen effekt på bruk. Det er noe dokumentasjon på at interaktive programmer kan ha noe bedre effekt enn didaktiske.

Aldersgrenser

Det foreligger noe dokumentasjon fra USA som viser positiv effekt på trafikkuulykker av økte aldersgrenser for salg/skjenking.

Tiltak mot rusmiddelpåvirket kjøring

Det er godt dokumentert at senkning av promillegrenser, innføring av promilleprøve og økt risiko for å bli utsatt for promilleprøve ved relativt høye promillegrenser (rundt 1,0), er tiltak som bidrar til å redusere antallet trafikkuulykker. Det er ikke påvist samme effekt ved lav promillegrense slik vi har i Norge.

Miniintervensjoner ved risikofylt alkoholforbruk

Det er godt dokumentert at screening og rådgiving gitt av helsepersonell til pasienter med antatt risikofylt alkoholforbruk, har positive effekter. Det anslås at intervensjonen fører til opp til 24 prosent reduksjon i alkoholforbruket det første året etter intervensjonen. Det er ikke dokumentert en langsiktig effekt av miniintervensjon.

10.2.2 Behandling

Avrusning

Det er godt dokumentert at bruk av medikamenter gir bedre effekt med hensyn til symptomlindring og reduksjon av komplikasjoner ved avrusning enn ikke medikamentell avrusning fra alkohol. Dette gjelder også mht. symptomlindring ved opioidabstinens. Det er også en viss dokumentasjon for at medikamentell avrusning fører til at færre avbryter avrusningsprosessen. Det er ikke dokumentert noen forskjell mellom avrusning med og uten medikamenter mht. å gå videre inn i et behandlingsopplegg.

Psykososial behandling

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen av psykososiale behandlingsinnsatser baserer seg i all hovedsak på studier der behandlingen gis i kombinasjon med medikamentell behandling. Dette gjelder både behandling av alkohol- og opioidmisbrukere.

Det er dokumentert at spesifikke psykososiale behandlingsinnsatser gir bedre resultater enn «standard behandling». Selv om dette i hovedsak er basert på studier av behandling av personer med et problematisk alkoholforbruk, er det grunn til å tro at det også gjelder for rusmiddelmisbrukere generelt.

Begrenset behandling ser ut til å ha samme effekt som mer omfattende behandling for personer med lette eller moderate alkoholproblemer. De best dokumenterte intervensjonene for å redu-

sere alkoholkonsumet til personer med lette/moderate alkoholproblemer er kognitiv atferdsterapi som f eks trening i selvkontroll og eksponerings-terapi.

For personer med moderate/alvorlige alkoholproblemer er de best dokumenterte intervensjonene kognitiv atferdsterapi, parterapi, 12-trinnsbehandling, «Community Reinforcement Approach» (CRA) og motiverende samtale.

For opioidmisbrukere er det en viss dokumentasjon på at psykoterapi har effekt. Det er ikke dokumentert sikker effekt av noen form for psykososiale behandlingsintervensjoner i behandling av cannabismisbrukere.

Medikamentell behandling

Det er godt dokumentert at disulfiram og acamprosat kombinert med rådgivning reduserer alkoholforbruket hos personer med et problematisk alkoholkonsum, og en viss dokumentasjon for at naltrexon og nalmefen har tilsvarende effekt.

Det er godt dokumentert at metadonbehandling av opioidavhengige har stor effekt for å redusere frafall i behandling, dødelighet og misbruk sammenlignet med ingen behandling.

Det er noe dokumentasjon for at buprenorfin er like effektivt som metadon med hensyn til å redusere misbruk og til å redusere frafall i behandling.

Det er godt dokumentert for pasienter i et metadonprogram at et system med sanksjoner er effektivt for å redusere antall positive urinanalyser.

Det er ikke dokumentert effekt av medikamentell behandling av kokain- og amfetaminavhengige.

10.2.3 Skadereduksjon – omsorg

Skadereduksjon

Studiene i den internasjonale kunnskapsoversikten viser sammenfallende positive resultater når det gjelder ulike tiltak for å hindre hiv-smitte. Det er godt dokumentert at sprøyteutdeling, individuell veiledning, opplæringsprogrammer, gruppesamtaler, langvarig metadonbehandling og oppsøkende arbeid reduserer risikofylt injiserende atferd.

10.3 Områder hvor det gjenstår forskning

På en rekke områder er forskningen mangelfull eller helt fraværende i forhold til aktuelle tiltak.

Nedenfor pekes det på noen områder der det etter kommisjonens mening er ønskelig med mer forskning og dokumentasjon

10.3.1 Forskning på effekt av tiltak

10.3.1.1 Forebygging

Tiltak rettet mot barn og unge med særskilt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer

Det er behov for mer systematisk identifisering av grupper som har høy risiko for å utvikle rusmiddelmisbruk. Videre mangler det kunnskap om effekt av tiltak rettet mot særskilte risikogrupper. Det er behov for å utvikle og evaluere tiltak overfor disse gruppene innen skole, barnevern, barne- og ungdomspsykiatrien osv., og å analysere hvordan en kan få til en bedre koordinering av ulike hjelpeinnsatser.

Lokalbaserte tiltak

Regjeringens handlingsplan mot rusproblemer 2003–2005 har utvikling av målrettede og samordnede forebyggende innsatser på kommunalt nivå som et av sine innsatsområder. Det mangler imidlertid studier av god kvalitet om effekten av lokalbasert tiltak for å forebygge rusmiddelrelaterte problemer i nærmiljøet. Kommisjonen vil understreke viktigheten av at pilotprosjektet om integrert lokalbasert forebygging, som er nevnt i handlingsplanen, blir evaluert på en forskningsmessig god måte.

Åpningstider for salg/skjenking av alkohol

Åpningstidene kan ha betydning for drikkemønsteret og for omfanget av alkoholrelaterte problemer. I forbindelse med den betydelige utvidelsen av skjenketidene i Norge i de senere tiår, og det endrede drikkemønsteret især blant ungdom, er det behov for å se nærmere på eventuelle sammenhenger mellom skjenketider, drikkemønster og skader som følger av alkoholbruk på skjenkesteder (vold, kriminalitet).

Informasjonskampanjer

Det er i liten grad dokumentert at enkeltstående informasjonskampanjer har noen positiv effekt på rusmiddelbruken. Informasjonskampanjer kan øke folks kunnskap, uten at det er påvist at de bidrar til å endre atferd. Imidlertid er det mulig at kampanjer som finner en klangbunn i befolkningen kan gi positive resultater. I Norge var det tilfel-

le på områder som tribunefyll, bruk av alkohol blant gravide og bruk av alkohol i trafikken. Et annet område hvor det kan eksistere en slik klangbunn, er i forbindelse med idrettslederes arbeid med barn og ungdom. Her kan det være grunnlag for å etablere en såkalt alkoholfri sone, slik at idrettsledere i samvær med barn og unge ikke skal nyte alkohol. Om en velger å sette i verk en kampanje på dette feltet, bør den utarbeides slik at den kan evalueres på en forskningsmessig god måte.

Aldersgrenser

Det foreligger ingen/lite forskning om hvorvidt aldersgrenser for salg og skjenking av alkohol håndheves.

Priser

Selv om prisens betydning for salg og forbruk av alkoholdrikker er et av de forskningsfelt hvor en finner den beste dokumentasjonen, er det likevel en del problemstillinger rundt effekten av prisvirkemidlet hvor det er behov for økt kunnskap. Det tenkes her spesielt på om prisendringer slår ulikt ut for ulike grupper i befolkningen og for grupper med ulikt alkoholforbruk, og om det eksisterer et øvre tak eller kritisk nivå som prisene ikke bør overstige, fordi lekkasjene til alternative kilder blir større enn nedgangen i det legale salget (et kritisk nivå som vil variere avhengig av prisen på alternative markeder).

Arbeidslivet

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen gir ikke kunnskap om effekt av forebyggende tiltak mot misbruk av rusmidler i arbeidslivet. Det er generelt behov for mer kunnskap om effekt av rusmiddelforebyggende tiltak i arbeidslivet.

Miniintervensjoner

Det er godt dokumentert at miniintervensjoner er en relativt god måte for å forebygge rusmiddelproblemer. En bør skaffe økt kunnskap som kan bidra til at effekten av denne typen tiltak kan økes.

Vaksiner og implantert naltrexon

Vaksiner og implantert naltrexon for å forebygge tilbakefall for personer som er kommet ut av sitt misbruk, er under utprøving internasjonalt og til dels i Norge. Det vil være viktig å holde seg oppdatert på dette området.

10.3.1.2 Generelt om behandlingstiltak

Det er et problem både for forskningen og for overføringsverdien at svært mange tiltak er dårlig beskrevet både mht. mål, effektmål og hvilke intervensjoner en faktisk iverksetter.

Dobbeltdiagnoser

Forskning omkring effekt av behandlingsintervensjoner for personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidig misbruk av rusmidler er mangelfull. En kartlegging i 1998/99 viste at det er omkring 4 000 i Norge som har slik dobbeltdiagnose, og det er behov for gode studier på dette området.

Poliklinisk behandling – institusjonsbehandling

Selv om den internasjonale kunnskapsoppsummeringen har dokumentert at det ikke er forskjell i effekt av institusjonsbehandling sammenlignet med poliklinisk behandling, sies det at resultatene må tolkes med forsiktighet. Ut fra norske forhold, med relativ stor vekt på institusjonsbehandling, er det behov for gode studier som sammenligner ulike behandlingsintervensjoner i henholdsvis poliklinikk og døgninstitusjon.

Matching

Det er behov for videre forskning på hvordan ulike behandlingstiltak virker på forskjellige persongrupper (for eksempel kjønn, etnisitet, personlighetstrekk).

Bivirkninger av medikamentell behandling

Det er behov for mer kunnskap om mulige bivirkninger av metadon- og buprenorfinbehandling. Dette gjelder både bivirkninger for det enkelte individ som får slik behandling (medisinske bivirkninger, kognitiv funksjon, komplikasjoner), og mulige bivirkninger på samfunnsplan (lekkasje til det illegale markedet, ulykker, metadonrelaterte dødsfall osv.).

Gravide rusmiddelbrukere

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen viste at forskningen om behandlingsintervensjoner for å redusere skader hos fosteret av mors bruk av rusmidler under svangerskapet er mangelfull. Det er derfor behov for studier av effekt av tiltak rettet mot denne gruppen.

Psykososial behandling

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen av psykososiale intervensjoner av alkohol- og stoffmisbrukere er basert på studier der behandlingsinnsatsen er gitt parallelt med medikamentell behandling. Det mangler kunnskapsgrunnlag om effekt av ulike psykososiale behandlingsinnsatser uten samtidig medikamentell behandling. Det er derfor behov for gode studier som rendyrker psykososiale behandlingsintervensjoner. Norge er spesielt egnet til slike studier da vi har et bredt tilbud av psykososiale behandlingstiltak hvor behandlingen foregår uten samtidig bruk av medikamenter.

Kunnskapsoppsummeringen inneholder ikke studier av psykososiale behandlingsmetoder av amfetaminmisbruk eller misbruk av ecstasy. Det er generelt behov for studier av psykososiale behandlingsintervensjoner rettet mot personer som har en problematisk bruk av sentralstimulerende stoffer og cannabis.

Avrusning

De fleste opioidmisbrukere i Norge har et betydelig tilleggsmisbruk av andre rusmidler (benzodiazepiner, cannabis, alkohol osv.). Mange alkoholmisbrukere har også et tilleggsmisbruk av andre stoffer. Det utstrakte blandingsmisbruket kan komplisere en avrusningsprosess ved at det reduserer effekten av de legemidler som har vist effekt (se kap 8.1). Dette bidrar til å begrense overføringsverdien av de internasjonale kunnskapsoppsummeringene. Det er derfor behov for studier av effekt av avrusningsmetoder for blandingsmisbrukere.

Det er også behov for mer kunnskap om metoder for avrusning av pasienter med abstinenser ved avbrutt inntak av andre narkotiske stoffer enn opioider.

Organisatoriske tiltak – Rusreformen

Som en følge av sykehusreformen ble behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, overført til staten fra 1. januar 2002. Det tas sikte på at også spesialiserte behandlingstiltak hjemlet i sosialtjenesteloven skal overføres til staten ved de regionale helseforetak fra 1. januar 2004. Målet med reformen er å bedre og effektivisere behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Det anbefales at det tas initiativ til et forskningsprosjekt med sikte på å få kunnskap om hvordan reformen ivaretar disse intensjonene.

10.3.1.3 Skadereduksjon – omsorg

Generelt

Det er ofte vanskelig å undersøke effektene av skadereduserende tiltak, bl.a. fordi det er vanskelig å operasjonalisere resultatmålene. Det er likevel behov for forskning om flere av de skadereduserende tiltakene som er beskrevet i kapittel 9, så som lavterskeltilbud, tiltak for å forhindre skader under inntak av rusmidler og under rus, botilbud etc., for å undersøke om tiltakene fungerer etter hensikten og få en best mulig forståelse av hvordan disse tiltakene virker.

Helsetjenester spesielt rettet mot rusmiddelmisbrukere

Det er behov for en evaluering av virkningen av opprettelsen av en allmennhelsetjeneste særskilt innrettet på rusmiddelmisbrukere.

Sprøyterom

Den internasjonale kunnskapsoppsummeringen fant ikke studier om effekt av sprøyterom

Det vedtatte forsøket med sprøyterom i Oslo vil bli evaluert. Det kan imidlertid by på problemer å måle effekt i forhold til de aktuelle utfallsmål Stortinget har skissert (forebygge dødsfall, gi sprøytebrukere økt verdighet og lignende).

Tiltak rettet mot andre enn misbrukeren selv

I kunnskapsoppsummeringene er det ikke framkommet noe om tiltak som retter seg mot pårørende til og barn av rusmiddelmisbrukere. Dette er et område som det kan være aktuelt å utvikle videre i årene framover.

10.3.2 Forskning på rusmiddelbruk og skader

Befolkningens drikkemønster

I forbindelse med den betydelige veksten i forbruket av vin i Norge, kan en møte på argumenter om at dette har betydning for de mer grunnleggende trekk ved den måten vi drikker på, i.e. rusfrekvens og høykonsumsituasjoner.

I de senere år er det også blitt introdusert en ny type alkoholdrikk på det norske markedet, den såkalte rusbrusen. Fra januar 2003 vil den bli solgt i dagligvarebutikker.

Drikkemønsterets eventuelle motstandskraft

mot nye alkoholdrikker er et viktig forsknings-tema. Det er behov for mer forskning om drikke-mønster og om hvordan dette kan påvirkes.

Rusmiddelrelaterte dødsfall

Dødsårsaksstatistikken mht. tilfeller hvor alkohol eller andre rusmidler angis som dødsårsak, er preget av store mørketall. Det er behov for å bedre kunnskap om alkoholens og andre rusmidlers betydning for dødsfall i Norge.

Bruk av narkotika, karriere- og bruksmønster

Det er lite kunnskap om bruk av narkotika og rusmiddelkarrierer som befinner seg mellom ytterpunktene eksperimentell bruk og tungt misbruk. Vi vet også at det er langt flere som slutter å bruke narkotiske stoffer før de utvikler avhengighet enn det er som fortsetter en misbrukskarriere. Kunnskap om ulike karrieremønstre og hvem som slutter og hvem som fortsetter, representerer en viktig forskningsmessig utfordring med hensyn til å gi en bredere og mer nyansert beskrivelse av ulike typer bruksmønstre og om årsakene til at de fleste som prøver narkotiske stoffer, slutter å bruke det. Dette vil gi et bedre kunnskapsgrunnlag for forebyggende arbeid på dette feltet.

Det er behov for longitudinelle studier av rusmiddelkarrierer sett i lys av ulike hjelpe- og behandlingsinnsatser.

Innvandrergruppers bruk av rusmidler

En rekke innvandrergrupper representerer tradisjoner og praksiser i forhold til rus som er forskjellig fra norsk tradisjon og praksis. Vi trenger mer kunnskap om møtet mellom ulike kulturelle måter å forholde seg til rus og rusbruk, og om de praksiser og holdninger som springer ut av dette møtet.

10.3.3 Andre forskningsområder

Kulturelle perspektiver

Bruk av rusmidler står sentralt i mange ungdomsmiljøer. Det er behov for ny og bedre kunnskap om kulturelle forhold som har betydning for bruk av rusgivende substanser. Dette gjelder for eksempel stiluttrykk og identitet/tilhørighet til bestemte grupper eller miljøer.

Injeksjonsbruk

Det er behov for forskning om bruksmønster for narkotiske stoffer og hvordan det kan påvirkes slik at skader knyttet til bruk kan reduseres (f.eks. hvordan få heroinbrukere til å røyke heroin i stedet for å ta stoffet i sprøyter, noe som vil redusere risiko for ulike narkotikarelaterte skader). Nesten alle norske heroinbrukere bruker sprøyter. Det er behov for kunnskap om årsakene til at heroinbruker velger å injisere heroin framfor å røke den.

Rusens gode/positive virkninger

For bedre å forstå hvorfor folk ruser seg, trenger vi mer kunnskap om deres erfaringer med og oppfatelse av rusens og substansbrukens positive virkninger.

10.4 Statistikk og monitorering

Det er et behov for å få statistikk om rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte problemer/skader ut fra flere hensyn: Det er viktig å ha gode mål på omfanget av problemene, både fordi omfangsstørrelsen i seg selv er viktig for å avgjøre om det er behov for å sette i verk tiltak og hvor tiltakene eventuelt skal iverksettes. Det er videre viktig å kunne følge utviklingen av skader/problemer over tid for å kunne vurdere om det skjer vesentlige endringer i problemomfanget. Og endelig er det avgjørende å ha gode systematiske og periodiske mål på rusmiddelrelaterte skader/problemer for å kunne vurdere mulig effekt av tiltak.

Det er generelt store mangler i kunnskap om omfanget av rusmiddelrelaterte sykdommer og skader.

Eksempler på behov for rusmiddelrelatert statistikk:

Helsestatistikk fra sykehus/poliklinikk på omfang av rusmiddelrelaterte skader/innleggelser

Undersøkelser eller statistikk på dette området er viktig for å kunne få et bedre bilde av omfanget av rusrelaterte problemer. Periodiske målinger vil også kunne gi et grunnlag for å vurdere utvikling og effekt av virkemidler som iverksettes.

Alkoholsalgets fordeling på salgs- og skjenkesteder

Etter at Vinmonopolets engrosmonopol ble opphevet i 1996, har det ikke lenger blitt produsert statis-

tiske opplysninger om hvordan salget av alkohol fordeler seg på salgs- og skjenkesteder. Kunnskap om dette er ønskelig i forbindelse med flere forskningsprosjekter. Særlig viktig er slike opplysninger i forbindelse med prosjekter som tar opp spørsmål om hvorvidt veksten i antall skjenkesteder og endringer i åpningstid har betydning for salget, om skjenkeprisen påvirker omsetningen på skjenkestedene, og om eventuelle uregelmessigheter i salget av alkoholdrikker ved skjenkestedene.

Forskrivning av vanedannende legemidler (A- og B-preparater)

Det er store regionale variasjoner i salg av vanedannende medikamenter. Det mangler imidlertid kunnskap om omfanget av problematisk bruk og avhengighet av legemidler i den generelle befolkning. I dag finnes eksempelvis ingen dekkende statistikk over forskrivningen av denne typen preparater fordelt på lege og pasient. Det er ønskelig at det etableres slik statistikk og at den blir tilgjengelig for forskningsformål.

Andre aktuelle områder for innhenting/forbedring av statistikk

- Trafikkstatistikk med registrering av trafikkulykker med personskade/dødsfall hvor rusmidler er involvert
- Kriminalstatistikk med registrering av anmeldte/etterforskete lovbrudd hvor rusmiddelbruk er involvert
- Ulike typer sosialstatistikk med anslag på saker hvor rusmiddelmisbruk er involvert (f.eks. fra sosialkontor, trygdekontor, BUP og PP-tjeneste).

10.5 Noen anbefalinger

10.5.1 Om prioritering av videre effektforskning

Kommisjonens arbeid har vist at det finnes mye god vitenskapelig dokumentasjon om effekten eller nytten av de tiltakene som brukes innen rusfeltet. Arbeidet har også vist mulighetene som ligger i en systematisk innhenting og kritisk vurdering av vitenskapelig litteratur. Selv om det meste av dokumentasjonen er basert på vitenskapelige studier utført i andre land, vil kommisjonen likevel peke på at mye av kunnskapen også er relevant for norske forhold.

En slik erkjennelse er viktig. For områder eller

tiltak der en har god kunnskap, må det være viktig å få kunnskapen implementert og brukt snarest. Ytterligere forskning på slike områder bør ikke være en prioritert oppgave. På en annen side, for tiltak som har vist seg effektive i internasjonale studier, men der overføringsverdien til norsk forhold er usikker, bør en sørge for at det blir utført nasjonale studier som kan bekrefte eller avkrefte internasjonale studier.

I kapittel 10.3 har kommisjonen pekt på en rekke områder der det mangler dokumentasjon, eller hvor dokumentasjonen er utilfredsstillende. Å gjennomføre alle disse prosjektene er urealistisk, både av finansielle grunner, men like mye på grunn av kompetanse og kapasitet i de norske forskermiljøene. Kommisjonen har ikke hatt anledning til å foreta en dyptpløyende vurdering av hvordan oppgavene her bør prioriteres, men vil nøye seg med å peke på noen momenter.

Hvilke type hensyn som skal ligge til grunn for å gi et forskningsprosjekt eller -område forrang eller større betydning enn noen annet, kan beskrives langs ulike dimensjoner. Disse kan for eksempel være:

- Problemomfanget: Man kan prioritere forskning på de områdene hvor problemet er «størst»
- Effektoppnåelse: Man kan prioritere forskning på de områdene hvor det er best mulighet for å få stor gevinst av tiltak(ene)
- Legitimeringshensyn: Man prioriterer forskning som kan gi raskt målbare resultater og oppslutning om videre tiltaksimplementering, og/eller tiltak det er politisk press for å få gjennomført
- Logistikk: Man prioriterer forskning det er viktig å sette i gang raskt, enten fordi det vil ta en viss tid å implementere og/eller fordi det er en forutsetning for å sette i gang prioriterte tiltak
- Økonomiske hensyn: Man prioriterer forskning hvor det er sannsynlig at man får noe målbart igjen innenfor en begrenset ressurs (og tids-)ramme

Alt dette representerer viktige hensyn. Sannsynligvis vil man måtte foreta prioriteringer ut fra en samlet vurdering av ulike slike hensyn. Dette innebærer at prioriteringer i stor grad vil være verdiløse.

Kommisjonen registrerer at de norske bidragene til den internasjonale kunnskapen om effekter av ulike tiltak benyttet i rusfeltet er svært få. Oversikten over norsk litteratur (vedlegg 2) viser på den annen side at det er en ikke ubetydelig forskningsinnsats på rusmiddelfeltet. Store deler av

norsk forskning på tiltak innen rusmiddelfeltet har imidlertid hatt fokus mer på gjennomføringen av tiltaket enn på å evaluere resultatene som følger av det. Det gjelder spesielt den forskning som har vært utført i tilknytning til tiltakene selv, men må sies å være et generelt trekk. Det er i det lange løp ressursødende å iverksette og gjennomføre tiltak der tiltakets virkning ikke vurderes på en måte vi kan lære av. At en av og til heller ikke kan beskrive hva tiltaket egentlig består i, dvs. hvilke spesifikke komponenter som inngår, er i et evalueringsperspektiv lite heldig, og kan i liten grad gi ny kunnskap.

At slik effektforskning er mangelvare, gjelder ikke bare i forhold til tiltak og prosjekter som er direkte rettet mot brukere/klienter/pasienter. Det gjelder i enda høyere grad i forhold til tiltak som bare indirekte har disse som målgruppe, dvs. endringer i organiseringen av tiltaksapparatet. Også slike tiltak inngår i kommisjonens perspektiv.

Kommisjonen vil anbefale at man i tiltaksforskningen søker å

- Konsentrere seg om evaluering av effekter. Gode effektstudier på et forsvarlig vitenskapelig nivå gir grunnlag for en vurdering av om erfaringene kan nyttes til andre tiltak. Samtidig vil en konsentrasjon av innsatsen gi en større grad av valgmuligheter mellom tiltak.
- Tenke langsiktig. God effektforskning vil med nødvendighet måtte ta tid, blant annet fordi man helst bør undersøke om tiltaket har noen langtidseffekt.

10.5.2 Noen tiltaksanbefalinger

På grunnlag av den forskningen som er oppsummert i denne utredningen, er det etter kommisjonens mening ikke mulig å trekke noen omfattende strategiske konklusjoner med hensyn til hvilke, eller hva slags, tiltak det er hensiktsmessig å iverksette. Dels vil forskningen kunne gi klareste svar på vel avgrensede tiltak, og iallfall er det denne type forskning man vil få grep om gjennom de kunnskapsoppsummeringer som denne utredningen bygger på. I tillegg vil en helhetlig politikk der rusmiddelspørsmålet behandles som et seriøst anliggende, kunne ha andre virkninger enn en politikk som i mer begrenset omfang tar opp problemet. Dette er imidlertid et område der det er vanskelig å foreta effektstudier av den type vi har konsentrert oss om her, jf det som er sagt i punkt 10.1.

Kommisjonen registrerer at fokus i den offentlige debatt i stor grad dreier seg om problemer knyttet til narkotikabruk. Det må likevel pekes på

at bruk av alkohol og negative effekter knyttet til det, fremstår som et større samfunnsproblem enn narkotikabruk. En allmenn akseptering av alkohol som et positivt gode, og et stort fokus på narkotikaproblemene, som utvilsomt er store, må ikke medføre at innsatsen overfor alkohol som rusproblem reduseres.

Under enhver omstendighet kan utformingen av en rusmiddelpolitikk bare et stykke på vei bygge på forskningsresultater. Allerede ved implementeringen av resultatene på begrensede områder, oppstår verdispørsmål. De fleste av studiene er også lite fokusert på andre, mer eller mindre utilsiktete, virkninger enn de eksplisitt definerte målene (utover bivirkninger av ulike medikamenter). Spesielt gjelder dette virkninger på samfunnsnivå. Disse kan være av forskjellige typer, men hvilken vekt man skal legge på dem, vil gjennomgående være mer et etisk og politisk spørsmål enn et vitenskapelig.

Et hovedtrekk ved kunnskapsoppsummeringen synes å være at de klareste effektene er funnet i tilknytning til behandlingstiltak, og spesielt ved medikamentell behandling. På forebyggingssiden har det vært vanskeligere å dokumentere effekt. Dette kan illustrere et sentralt poeng ved forholdet mellom vitenskap, politikk og etikk. Kunnskapsoppsummeringen bør ikke her tas til inntekt for at balansen i ressursinnsatsen bør endres til fordel for behandling fremfor forebygging. Mange vil mene at hvis man først skal velge, er det viktigere å forebygge at problemer oppstår enn å behandle dem når de er oppstått. Samtidig vil forebyggende tiltak oftere innebære kontroversielle politiske valg enn det behandlingstiltakene gjør. Nå er det neppe spørsmål om et enten-eller. Men valget av balansepunkt må treffes på bakgrunn av en rekke faktorer, hvorav dokumentert effekt bare er én. Tilsvarende kan valget mellom medikamentell og ikke-medikamentell behandling ikke bare tas ut fra vurderinger mht. behandlingens effekt, valget må også underlegges etiske og politiske vurderinger.

Hvis man derimot først har bestemt seg for å sette inn en innsats på et bestemt område, bør forskningen tillegges betydelig vekt ved valget mellom ulike tiltak. Pkt 10.2 gir en generell oversikt over hva vi kan utlede av effekter på det nåværende grunnlag. Blant funnene vil kommisjonen særlig peke på:

- Tiltak som kan forsterkes og integreres i en allerede eksisterende struktur
- Enkelte tiltak har her dokumentert overbevisende effekt, i hvert fall på kort sikt. Det gjelder særlig:

- Miniintervensjon i helsetjenesten overfor personer med risikofylt forbruk av alkohol. Dette tiltaket er lite inngripende, og har lave kostnader, samtidig som pasienten er lett tilgjengelig.
 - Effekten av metadon forsterkes av psykososiale tiltak. Dette er godt i samsvar med ideologien bak vårt legemiddelassisterte behandlingsprogram.
 - Pris- og tilgjengelighetsinstrumentene er effektive alkoholpolitiske tiltak.
 - Interaktive skoleprogrammer har større effekt enn didaktiske. Kommisjonen ser det som lite aktuelt at man skulle unnlate å ta i bruk en så lett tilgjengelig forebyggingsarena som skolen i forhold til en så sentral målgruppe for forebyggende arbeid som ungdom. Generelt er det noe usikkert hvilken effekt slike skoleprogrammer har på elevenes rusatferd, men de interaktive programmene synes mer lovende enn de rent didaktiske.
-

Litteraturliste

- Alkoholkommissionen (1915): Indstilling til Lov om salg og skjænking av brændevin, øl, vin, fruktvin og mjød. Utarbeidet av Alkoholkommissionens flertal. Kristiania 1915, s.3.
- Andresen, Kenneth og Jentoft, Nina (2002): Nyttekostnadsanalyse av legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengige i Vest-Agder. Agderforskning.
- Arner, Oddvar (1993): Hva er alkoholmisbruk?, SI-FArapport 1/93, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Assum, Terje (1985): Effekt av tiltak mot promillekjøring. Transportøkonomisk Institutt, Oslo.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S. et al. (in press): Alcohol – no ordinary commodity, Oxford University Press, London.
- Baklien, Bergljot (1988): Aksjon mot russkader, Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Baklien, Bergljot (1995): Ungdommelig entusiasme møter skolehverdagen: totrinns rusmiddelundervisning. Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Berger et al. (1990): Deterrence and Prevention of Alcohol-Impaired Driving in Australia, The United States and Norway. Justice Quarterly, Vol. 7:453-465.
- Bergmark, Anders (2001): Psykososial behandling av alkohol- og narkotikaproblem. Kan socialtjenesten dra nogra slutsatser? Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift Vol. 18(5-6):510-513.
- Bjørneboe et al. (1996): Forekomst av alkohol og andre rusmidler i blodprøver fra førere involvert i trafikkulykker, Norsk Epidemiologi Vol. 6 (1):49-56.
- Borkenstein, R.F.; Crowther, R.F.; Shumate, R.P.; Ziel, W.B.; Zylman, R.; Dale, A. (Ed.) (1964): Role of the drinking driver in traffic accidents. Bloomington, IN: Indiana University.
- Bretteville-Jensen, Anne Line (1994): Narkotikadødsfall i Norge. En analyse av utviklingen fra 1976-1993. SIFArapport nr 4/94. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Bretteville-Jensen, Anne Line og Ødegård, Einar (1999): Injeksjonsmisbrukere i Norge. SIFArapport nr 4/99, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- British Medical Journal (2002): Fire artikler i utgaven av 23. november.
- Brun-Gulbrandsen, Sverre (1976): Alkoholbruk blant norsk ungdom, Universitetsforlaget, Oslo.
- Bye, Elin (1997): Skolen – stedet der alt skal forebygges? En evaluering av et alkoholforebyggende intervensjonstiltak i grunnskolen. Hovedoppgave i sosiologi. Universitetet i Oslo.
- Bühringer, Gerhard and Künzle, Jutta (1998): Evaluating preventive intervention in Europe. In Evaluating Drug Prevention in the European Union, EMCDDA Scientific Monograph Series No 2, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Bødal, Kåre og Fridhov, Inger Marie (1995): Det gjelder drap: en rapport om 250 personer dømt for drap eller drapsforsøk i perioden 1980-1989. Kriminalomsorgens utdanningssenter, Oslo.
- Chaloupka F.J., Grossman M., and Saffer H. (1998): Effects of price on the consequences of alcohol use and abuse. In: Galanter M. (ed.): Recent Developments in Alcoholism, Vol. 14, The Consequences of Alcoholism, Plenum Press, New York, NY (pp. 331-346).
- Chaloupka F.J., Saffer H. and Grossman M. (1991): Alcohol Control Policies and Motor Vehicle Fatalities, NBER Working Paper 3831, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Cook, P.J. and Moore, M.J. (1993): Taxation of alcoholic beverages. Economics and the Prevention of Alcohol-Related Problems. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD.
- Cook, P. (1981): The effect of liquor taxes on drinking cirrhosis and auto fatalities. In Moore, M. and Gerstein, D. (eds.): Alcohol and Public Policy: beyond the shadow of prohibition, National Academy of Sciences, Washington DC (pp. 255-285).
- Cook, P. and Tauchen, G. (1982): The effect of taxes on heavy drinking, Bell Journal of Economics, Vol. 13: 379-390.
- Danielsen, Trond og Hammerlin, Yngve (1995): «Fylla har skylda» – en evaluering av promillekurset ved Hof arbeidskoloni. KRUS 1/95.
- Davies, HTO; Nutley, SM and Smith, PC (2000): What works? Evidence-based policy and practice in public services. The Policy Press, Bristol.

- Duckert, Fanny (1993): Alcohol problems and treatment: follow up studies of problem drinkers with special reference to drinking behaviour. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Dybwad, Trine B.; Sundene, Gunstein.; Eskerud, Jens et al. (1994): Tilsyn med B-preparatfor-skrivningen. En registreringsundersøkelse av B-preparater i Oslo og Akershus. Tidsskrift for Den norske lægeforening; 114: 3207-3210.
- Edwards et. al. (1994): Alcohol Policy and the Public Good, Oxford University Press.
- EMCDDA (1997): New Trends in Synthetic Drugs in the European Union, Insights no 1, pp. 47-60.
- EMCDDA (1998): Guidelines for the evaluation of drug prevention. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- EMCDDA (2000): Evaluation: a key tool for improving drug prevention. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- EMCDDA (2002): Report on the drug situation in the candidate CEECs.
- EMCDDA (EONN) (2002): Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge.
- Eriksen, Lasse (1986a): The effect of waiting for inpatient alcoholism treatment after detoxification. An experimental comparison between inpatient and advice only. Addictive Behaviors 389-397.
- Eriksen, Lasse et al. (1986b): Social skills training in groups for alcoholics: one-year treatment outcome for group and individuals. Addictive Behaviors 309-329.
- Ervik, Randi (1997): Evaluering av Metadonprosjektet i Oslo. SIFArappport nr 5/97, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Fuglum, Per (1972): Kampen om alkoholen i Norge 1815-1904, Universitetsforlaget, Oslo.
- Gjerde, Hallvard; Beylich, Kari-Mette and Mørland, Jørg (1993): Incidence of Alcohol and Drugs in Fatally Injured Car Drivers in Norway, Accident Analysis and Prevention, Vol. 25 (4): 479-483.
- Glad, Alf (1985): Research on drinking and driving in Norway, Institute of Transport Economics, Oslo.
- Hauge, R. and Irgens-Jensen, O. (1986): The relationship between alcohol consumption, alcohol intoxication and negative consequences of drinking in four Scandinavian countries, British Journal of Addiction, Vol. 81:513-524.
- Hauge, Ragnar og Amundsen, Arvid (1994): Virkninger av økt tilgjengelighet på alkohol, SIFArappport nr 2/94, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Hibell et al. (2000): The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.
- Holder, H.D. & Wagenaar, A.C. (1990): Effects of elimination of a state monopoly on distilled spirits' retail sales: a time-series analysis of Iowa. British Journal of Addiction, Vol. 85: 1615-1625.
- Honkanen, R. et al. (1983): The Role of Alcohol in Accidental Falls, Journal of Studies on Alcohol, Vol. 44(2):231-245.
- Horverak, Øyvind og Nordlund, Sturla (red.) (1983): Da Vinmonopolet stengte, Universitetsforlaget, Oslo.
- Horverak et al. (2000): Til hvilken nytte? Norges forskningsråd/Statens institutt for alkohol-forskning.
- Horverak, Øyvind (1978): Norsk alkoholpolitikk 1960-1975. Statens institutt for alkoholforskning, Oslo.
- Horverak, Øyvind (2002): Selvbetjente vinmonopolutsalg. En evaluering. Statens institutt for rusmiddelforskning, Rapport nr 2/2002, Oslo.
- Horverak, Øyvind og Österberg, Esa (1991): Alkoholprisene i Norden. Nordisk alkoholtidsskrift, Vol. 8:127-142.
- Horverak, Øyvind og Österberg, Esa (2002): Utviklingen i avgifter og priser på alkoholdrikker i Norden på 1990-tallet. Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift, Vol. 19:91-105.
- Horverak, Øyvind; Nordlund, Sturla og Rossow, Ingeborg (2001): Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk, SIRUS rapport nr 1/2001.
- <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/103/3/472> Wine and Your Heart. Science Advisory for Healthcare Professionals from the American Heart Association.
- Huitfeldt, Bernhard och Jorner, Ulf (1972): Efterfrågan på rusdrycker i Sverige, SOU 1972:91.
- Ihlen, Bente-Marie (1995): Graviditet og rusmiddelbruk. En prospektiv studie av alkohol, tobakk, neonatale effekter, holdninger og konsumendringer fra 1985-1990. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Johnsen, J. (1991): Alcohol sensitising drugs – with special reference to studies of implanted disulfiram. Statens rettstoksikologiske institutt, Oslo.

- Klepp, Knut Inge et al. (1993): Alkoholundervisning blant ungdomsskoleelever. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 113: 202-205
- Kristensen, Øistein et al. (1988): Gir fysisk trening noen tilleggseffekt i behandling av alkoholisme? A-klinikken i Kristiansand.
- Kristenson, H.; Peterson, B.; Trell, E.; Hood, B. (1982): Hospitalization and alcohol-related morbidity within three years after screening in middle-aged men, Drug and Alcohol Dependence Vol 9(4):325-333.
- Krook, Aud et al. (2002): A placebo-controlled study of high dose buprenorphine in opiate dependents waiting for medication-assisted rehabilitation in Oslo. Addiction, 97:533-542.
- Lauritzen, Grethe et al. (1997): A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment. Methods and findings. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, Vol. 14.
- Lavik, Nils J. og Rud, Mons (1984): Rusmiddelundervisning blant ungdomsskoleelever. Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 104: 1112-1116.
- Lavik, Nils J. og Rud, Mons (1986): Rusmiddelbruk, miljø og livsstil blant ungdom. Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 106: 2748-2749.
- Lenke, L. (1990): Alcohol and Criminal Violence – time series analyses in a comparative perspective, Almquist & Wiksell, Stockholm.
- Ludbrook et al. (2001): Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland, Scottish Advisory Committee on Alcohol Misuse (SACAM), The Scottish Executive.
- Lynskey, M.T. & Hall, W. (2001): Attention Deficit Hyperactivity Disorder and substance use disorders: is there a causal link?. Addiction, 96: 815-822.
- Lølandsmo, Terje og Kristensen, Øistein (2002): Prevention and Treatment of Alcoholic Withdrawal Symptoms (AWS) with Valproate or Carbamazepine. Nordic Journal of Psychology.
- Markowitz, S.; Grossman, M. (1988): Alcohol regulation and violence towards children: Working Paper 6359: National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Markowitz, S.; Grossman, M. (2000): Effects of beer taxes on physical child abuse. Journal of Health Economics, Vol. 19(2):271-282.
- Melberg, Hans Olav (2002): Hvor gode er evidensene for evidensbasert metode? Randomiserte forsøk og observasjonsstudier. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift Vol 19(1):59-64.
- Moskalewicz, Jazek (1993): Privatization of the Alcohol Arena in Poland, Contemporary Drug Problems, Vol. 20(2):263-276.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1994): Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington DC: National Academy Press.
- Mäkelä, Klaus (1971): Measuring the Consumption of Alcohol in the 1968-1969 Alcohol Consumption Study, Social Research Institute of Alcohol Studies, Helsinki.
- Mäkelä, Klaus (2001): Effekstudier, langtidsforløpet ved alkohol- og narkotikaberoende og vårdstrategiske overvåganden. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift Vol. 18(5-6):506-509.
- Mørland, Jørg (2000): Driving under the Influence of Non-Alcohol Drugs, Forensic Science Review Vol 12: 80-105.
- Nestler, E.J. (2001): Molecular neurobiology of addictions, American Journal of Addictions, Vol. 10(3):201-217.
- Nesvold, Helle og Reigstad, Astor (1983): Streikens innvirkning på virksomheten ved Legevaktens åpne poliklinikk i Oslo. I Horverak og Nordlund (red.): Da Vinmonopolet stengte, s. 85-90.
- Nilsen, Odd (1991): The Tromsø Study: Identification of and a Controlled Intervention on a Population of Early-Stage Risk Drinkers. Preventive Medicine 20: 518-528.
- Nilsen, Odd og Førde, O.H. (1991): The Tromsø Study: the positive predictive value of gamma-glutamyltransferase and alcohol questionnaire in the detection of early-stage risk drinkers. Journal of Internal Medicine 229: 497-500.
- NIAAA (2000): 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health, US Department of Health and Human Services.
- Nordal, Karsten (1991): Forløpet av alkoholisme. En studie etter 8 år av pasienter innlagt i en A-klinikk. A-klinikken i Kristiansand.
- Nordlund et al. (1984): Virkninger av lørdagsstengte vinmonopolutsalg. Rapport nr. 85, Statens institutt for alkoholforskning, Oslo.
- Nordlund, Sturla (1978): Lokale ølmonopol – virkninger på drikkevanene. Universitetsforlaget, Oslo.
- Norges forskningsråd (1996): Bruk av benzodiazepiner. Rapport nr 10 fra Komitéen for medisinsk teknologivurdering.
- Norström, Thor (1993): Familjevåld och totalconsumtion av alcohol, Nordisk Alkoholtidskrift, Vol. 10:311-318.
- Norström, Thor (1998): Effects on criminal violence of different beverage types and private and public drinking, Addiction 93: 689-699.

- Norström, Thor och Andersson, Jan (1996): Från 0,5 till 0,2 promille: vilken effekt fikk 1990 års reform av trafikbrottslagen? Brottsförebyggande rådet, PM 1996:3, Stockholm.
- Norström, Thor og Skog, Ole-Jørgen (2001): Effekter av lördagsöppna Systembolagsbutiker. Uppföljning av de första tio månaderna. Institutet för socialforskning, <http://social.regeringen.se/pressinfo/pdf/folkhalsa/sammanfattninglordagsoppet.pdf>
- Norström, Thor; Hemström, Örjan; Ramstedt, Mats; Rossow, Ingeborg & Skog, Ole-Jørgen (2001): Mortality and population drinking. In Norström, T. (ed.): Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Stockholm University, Stockholm, pp. 149-168.
- NOU 1983:57: Straffelovgivning under omforming. Straffelovkomisjonens delutredning I, særlig kapittel 24, pkt 2.2.
- NOU 2002:4: Straffelovkomisjonens delutredning VII Ny straffelov, s. 329 flg.
- Noval, S. og Nilsson, T. (1984): Mellanölets effekter på konsumtionsnivå och tillväxten hos den totala alkoholkonsumtionen. I Tom Nilsson (red.): När mellanölet försvann, Universitetet i Lidköping.
- Nærnes, Line (1995): Livet, kärleken och alkoholen: en evaluering av opplysningsprogrammet «Mias dagbok». NAD-publikasjon 30.
- Paulsen, Lise (1969): Hva er alkoholmisbruk? Norsk Tidsskrift om Alkoholspørsmålet, nr 1 1969, s. 10-25.
- Pernanen, Kai (1996): Sammenhengen alkohol – vold, SIFA rapport nr 3/96, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Pernanen, Kai; Cousineau, Marie-Marthe; Brochu, Serge; Sun, Fu (2002): Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada. Canadian Centre on Substance Abuse.
- Petersson, Bo et al. (1982): Alcohol-Related Death: A Major Contribution to Mortality in Urban Middle-Aged Men. The Lancet, November 13.
- Poikalainen, Kari (2002): SBU lyckades inte bringa reda i missbruksvården. Nordisk alkohol- och narkotikatidsskrift Vol. 19(3):224-225.
- Raistrick et al. (1999): Tackling alcohol together. The Evidence base for a UK Alcohol Policy. Free Association Books, London/New York.
- Ravndal, Edle (1994): Drug abuse, psychopathology and treatment in a hierarchical therapeutic community. A prospective study. Universitetet i Oslo.
- Ravndal, Edle (1998): Psychopathology, Treatment Completion and 5 Years Outcome. Journal of Substance Abuse Treatment. Vol. 15 nr 2.
- Reigstad, Astor; Reikeraas, Olav og Lunde, Per Knut M. (1983): Streikens innvirkning på sykehusbehandlede skader. I Horverak og Nordlund (red.): Da Vinmonopolet stengte, Universitetsforlaget, Oslo, s. 91-101.
- Reigstad, A., Bredesen, J.E & Lunde, P.K.M. (1977): Ulykker, alkohol og nervemedisin. Forekomst og samvariasjon. Universitetsforlaget, Oslo.
- Reuband, K.H. (1995): Drug Use and Drug Policy in Western Europe, European Addiction Research, 1: 32-41.
- Romelsjö, Anders (1995): Alcohol consumption and unintentional injury, suicide, violence, work performance, and inter-generational effects. In Harold H. Holder and Griffith Edwards: Alcohol and Public Policy. Evidence and Issues. Oxford University Press, Oxford, pp. 114-142.
- Rossow, Ingeborg (1998): Mortality and overdoses. Experiences from follow-up studies. In Helge Waal (ed.): Patterns on the European drug scene. An exploration of differences, Norwegian institute for alcohol and drug research, Oslo.
- Rossow, Ingeborg (2000): Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. Contemporary Drug Problems 27/Fall 2000.
- Rossow, Ingeborg (2002): The strike hits. The 1982 wine and liquor monopoly strike in Norway and its impact on various harm indicators. In: Room, Robin (ed.): The effect of Nordic alcohol policies. What happens to drinking and harm when alcohol controls change? Helsinki: Nordisk Alkohol- och Drogforskningsnämnd, NAD publication 42.
- Rossow, Ingeborg og Lauritzen, Grethe (1999): Balancing on the edge of death. Suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. Addiction 94: 209-219.
- Royal College of Physicians (2000): Alcohol – Can the NHS Afford It? Alcohol and Health, Fact Sheet, Institute of Alcohol Studies. <http://www.ias.org.uk/factsheets/alcoholand-health.pdf>
- Rusmiddeldirektoratet (1999): Alkohol og hjertekarsykdom. Utredning fra en arbeidsgruppe nedsatt av Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Rusmiddeldirektoratet/SIFA (1999): Rusmidler i Norge 1999.

- Saffer, H. and Grossman, M. (1987): Beer taxes, the legal drinking age, and young motor vehicle fatalities, *Journal of Legal Studies*, Vol. 16:351-374.
- Saglie, Jo og Nordlund, Sturla (1993): Alkoholpolitikken og opinionen. SIFA-rapport nr 3 1993, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- SBU (2001): Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm.
- Shults et al. (2001): Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 21 (Suppl. 4):66-88.
- Single, Eric W. (1989): The Impact of Marijuana Decriminalization: An Update. *Journal of Public Health Policy – Winter 1989*, pp. 456-466.
- SIRUS (2001): Rusmidler i Norge 2001.
- Skeie, Guri og Klepp, Knut Inge (1999): Evaluering av undervisningsopplegget «13-18 alkohol er ikke noe for barn». Johan Throne Holts institutt for ernæringsforskning. Universitetet i Oslo.
- Skog, Ole-Jørgen (1985): Den kollektive drikkekulturen. I Arner, Hauge og Skog (red.): *Alkohol i Norge*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Skog, Ole-Jørgen (1986): Trends in Alcohol Consumption and Violent Deaths, *British Journal of Addiction*, Vol. 81:365-379.
- Skog, Ole-Jørgen (1990): Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk – Anslag for insidens og prevalens. SIFArappport nr 1/90, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Skog, Ole-Jørgen (1999): Rationality, irrationality, and addiction – some notes on Becker's theory of addiction. I Jon Elster & Ole-Jørgen Skog (eds.): *Getting hooked: rationality and addiction*, Cambridge University Press 1999, Cambridge.
- Skog, Ole-Jørgen (2000): An Experimental Study of a Change from Over-the-Counter to Self-Service Sales of Alcoholic Beverages in Monopoly Outlets, *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 61 (1):95-100.
- Skog, Ole-Jørgen & Bjørk, Elisabeth (1988): Alkohol og voldskriminalitet. En analyse av utviklingen i Norge 1931-1982, *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskap*, 88, 1-23.
- Skretting, Astrid; Ervik, Randi og Øye, Kjell Erik (1993): Aids-informasjonsbussen i Oslo. En intervjuundersøkelse av brukere. SIFArappport nr 2/93, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Skretting, Astrid (1999): Bruk av rusmidler ved utgangen av ungdomsskolen. SIFArappport nr 3/99, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Skretting, Astrid (2000): Ungdom og rusmidler, Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Skurtveit et al. (2002): Increased mortality among previously apprehended drunken and drugged drivers, *Drug and Alcohol Dependence* Vol 68: 143-150.
- Sloan, F.A.; Reilly, B.A. and Schenzler, C. (1994): Effects of prices, civil and criminal sanctions, and law enforcement on alcohol-related mortality. *Journal of Studies on Alcohol* Vol. 55:454-465.
- Smith-Solbakken, Marie; Lie, Terje; Wiik, Ragnhild; Kjosavik, Svein; Tungland, Else et al. (1996): Legemidler på avveier. Sammenendragsrapport, Rogalandsforskning.
- Sosialdepartementet (2002): Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.
- Sosial- og helsedepartementet (1999): Arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere. Delrapport 1.
- SOU (1994:29): Barn – Foreldre – Alkohol. Statens offentlige utredninger, Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen, Stockholm.
- Statens helsetilsyn (2000): Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Statens helsetilsyns utredningsserie 10-2000.
- Statens retts toksikologiske institutt: Årsmelding 2001.
- Strand, Marit (1993): Pris- og inntektselastisiteter for brennevin og vin, Hovedoppgave ved Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Strange, John and Witton, John (2000): Improving the quality of the cannabis debate: defining the different domains, *British Medical Journal*, Vol. 320:108-110.
- Thorsen, Thorkil (2001): En «evidensbaserad kunskapssammanställning» i hånden giver ikke fast grunn under fødderne. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* Vol. 18(5-6):502-505.
- Thun et al. (1997): Alcohol Consumption and Mortality among Middle-Aged and Elderly U.S. Adults, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 337 (24): 1705-1714.
- Valberg, A. (1992): Norsk presses framstilling av rusmidler og rusmiddelbrukere: Samfunns-spel eller desinformasjon? I Waal, H. & Mid-delthun, A.-L. (red.): *Narkotikaforebygging mot år 2000*, Universitetsforlaget, Oslo.

- Vestel et. al. (1997): Ungdomskulturer og narkotikabruk, NOVA Temahefte 1/97, Oslo.
- Wagenaar, A.C. & Holder, H. D. (1995): Changes in Alcohol Consumption Resulting from the Elimination of Retail Wine Monopolies: Results from Five U.S. States. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 56:566-572.
- Wagenaar, A.C. & Holder, H.D. (1991): A Change from Public to Private Sale of Wine: Results from Natural Experiments in Iowa and West Virginia. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 52: 162-173.
- Watten, Reidulf og Waal, Helge (2001): Avrusing: Fra vilje til medisin. Avrusingstradisjonene i Norge belyst gjennom en forundersøkelse av ultrarask opioidavrusing (UROD). SIRUSrapport nr 3/2001, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- WHO (2002): The World Health Report 2002
- Wilhelmsen, Britt Unni (1997): Development and evaluation of two educational programmes designed to prevent alcohol use among adolescents. Universitetet i Bergen.
- Ødegård, Einar (1998): Measuring Special Deterrence Effects on Drug Offenders. *Studies on Crime and Crime Prevention*, Vol. 7 No. 2.
- Österberg, Esa och Säilä, Sirkka-Liisa (1991): Natural Experiments with Decreased Availability of Alcoholic Beverages, The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Helsinki.
- Aas, Henrik (1996): Evaluering av Aksjon mot ulovlig spritometning, SIFArappport nr 2/96, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
-

Vedlegg 1

Forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak for alkohol- og narkotikaproblemer

Avdeling for kunnskapsstøtte, Divisjon for kunnskapshåndtering, Sosial- og helsedirektoratet,
i samarbeid med Senter for medisinsk metodevurdering

Divisjon for kunnskapshåndtering er en fagdivisjon i Sosial- og helsedirektoratet. Kunnskapsdivisjonen skal gjøre det lettere å finne og bruke pålitelig kunnskap som grunnlag for beslutninger om levekår og helse. Målgruppene er sosial- og helsepersonell, publikum og beslutningstakere. Arbeidsmåtene er forskning, utvikling, kompetansebygging og faglig samarbeid.

Forord

Rapporten er utarbeidet etter en systematisk framgangsmåte. Ved hjelp av en prosess for å finne og kritisk vurdere forskningsbasert kunnskap, vil vi presentere kvalitetsvurdert og oppsummert kunnskap om aktuelle problemstillinger innen rusfeltet.

Problemstilling

Hva er virkningen av forebyggende, behandlende, og skadereduserende tiltak innen rusfeltet?

Arbeidsgruppen

Hovedforfattere: Peter Bradley, Liv Merete Reinart
Bibliotekarere: Irene Wiik, Lena Nordheim (søk):
Redaktør: Lena Nordheim
Medarbeidere: Arild Bjørndal, Elisabeth Buntz, Astrid Dahlgren, Gro Jamtvedt, Jørg Mørland, Ellen Nilsen, Mari Trommald og Morten Aaserud

1 Sammendrag

I denne rapporten har vi oppsummert forskningsbasert kunnskap om effekten av forebyggende vir-

kemidler og tiltak innen rusfeltet. Rapporten er basert på kunnskapsoppsummeringer og systematiske oversikter som vurderer effekt av tiltak mot alkohol- og narkotikaproblemer. Dette arbeidet kan sees som en kartlegging av lett tilgjengelig forskning snarere enn en fullstendig vurdering av all forskning som er utført for å evaluere alle mulige tiltak.

Til tross for en del metodologiske begrensninger i oversiktsartiklene og i de enkeltstudiene som kunnskapssammenstillingene og oversiktene er bygget på, er det til en viss grad mulig å trekke grove konklusjoner om effekt av tiltak mot rusproblemer. Ofte viser mange studier samsvarende resultater for effekt av tiltak uavhengig av land, behandlingssted (innenfor eller utenfor institusjon) og utfall som er vurdert, med en del variasjon i forhold til misbrukets omfang eller belastningsgrad og hvordan tiltaket har vært utformet (for eksempel dosering av legemidler).

I denne kunnskapsoppsummeringen har vi avdekket noen «kunnskapshull» da gode, systematiske oversikter ikke er identifisert for en del temaer. Leseren må være oppmerksom på at begrepet kunnskapshull ikke nødvendigvis betyr at det ikke finnes noen forskning på temaet, men at vi ikke har identifisert oversikter om temaet som kunne inkluderes i denne rapporten. Derfor er det viktig å erkjenne behovet for å jobbe videre, blant annet med å vurdere de resterende systematiske oversiktene (som ikke lot seg fremskaffe innen fristen) samt å følge med på om og når nye viktige enkeltstudier og oversikter publiseres.

Områder hvor det finnes tilstrekkelig dokumentasjon for noen tiltak er følgende:

- Sekundærforebyggende tiltak mot risikofyllt alkoholkonsum
- Legemiddelbehandling av alkoholabstinens
- Psykososial behandling av alkoholavhengighet
- Legemiddelbehandling av alkoholavhengighet

Tabell 1.1 Oppsummering – Effekt av tiltak

Tema	Tiltak med dokumentert effekt	Resultat
Forebygging av alkoholmisbruk	Skolebaserte tiltak med aktiv deltakelse (interaktivitet)	Forbedret kunnskapsnivå
Forebygging av narkotikabruk	Skolebaserte tiltak med aktiv deltakelse (interaktivitet)	Forbedret kunnskapsnivå
Juridiske og politiske virkemidler	Pristiltak	Redusert salg av alkohol
Håndhevelse av lovverket	Tilfeldig alkoholkontroll (ved alkoholtest)	Redusert antall dødsfall, skader og trafikkuulykker
Screening og diagnostisering	Screeningverktøy: 1. AUDIT er best for å avdekke: 2. CAGE er best for å avdekke: 3. T-ACE eller TWEAK er best for å avdekke:	Risikofylt alkoholbruk Alkoholavhengighet Alkoholproblemer hos gravide
Sekundærforebyggende tiltak mot risikofylt alkoholkonsum	Mini-intervensjoner	Redusert alkoholkonsum
Psykososial behandling mot alkoholproblemer	Spesifikke behandlingsmetoder vis-à-vis standard behandling eller allmenn støttende rådgivning	Redusert alkoholkonsum
Legemiddelbehandling av alkoholabstinens	Benzodiazepiner	Redusert utvikling av: Abstinenssyndrom og abstinenskramper Hindre tilbakefall
Legemiddelbehandling av alkoholavhengighet	Rådgivning samt enten acamprosat, naltrexon eller nalmefen	
Psykososial behandling av narkotikaavhengighet	Tiltak som bygger på psykoterapeutiske metoder	Redusert stoffmisbruk og frafall (gjelder bare opioidavhengige)
Legemiddelbehandling av opioidabstinens	□-adrenerge agonister	Reduksjon i abstinenssyndrom
Legemiddelbehandling av opioidavhengighet	Metadon- og naltrexonbehandling ved riktig dosering	Redusert opioidbruk og frafall fra behandlingsprogrammet
Legemiddelbehandling av kokain- og amfetaminavhengighet	Ingen godt dokumenterte tiltak	
Abstinensbehandling av kokain- og amfetaminavhengighet	Ingen godt dokumenterte tiltak	
Tiltak mot HIV-smitte	Spesifikke tiltak (veiledning, opplæringsprogrammer, gruppesamtaler, sprøyteutdeling, langvarig metadonbehandling, og «utvidet street outreach» program (utekontakter))	Risikofylt injiserende atferd hos stoffbrukere

- Legemiddelbehandling av opioidabstinens
- Legemiddelbehandling av opioidavhengighet

Mange studier med sammenfallende resultater viser at:

- Mini-intervensjoner reduserer alkoholkonsumet blant personer med høyt alkoholkonsum som ikke er alkoholavhengige.

- Benzodiazepiner reduserer risikoen for å utvikle abstinenskramper og abstinenssyndrom blant alkoholavhengige
- Spesifikk psykososial behandling reduserer alkoholkonsum blant alkoholavhengige der mer omfattende behandling rettes mot personer med moderate/alvorlige avhengighetsproblemer

- Rådgivning samt enten acamprosat, naltrexon eller nalmefen (evt. andre legemidler) hindrer tilbakefall blant alkoholavhengige
- □-adrenerge agonister (særlig klonidin) reduserer abstinenssyndrom blant opioidavhengige

I tillegg viser et tilstrekkelig antall studier en stor positiv effekt av:

- Metadon- og naltrexonbehandling for både å redusere stoffmisbruk og frafall fra behandlingsprogrammet (metadon bør doseres på minst 65±15 mg per dag for å gi best effekt).
- Interaktive forebyggende programmer i skolen for å påvirke kunnskapsnivå
- Pristiltak, avhengig av alkoholtype
- Screeningverktøy for å avdekke alkoholproblemer

På følgende områder finnes det ikke tilstrekkelig dokumentasjon, eller forskningen som finnes er av usikker kvalitet:

- Øvrige forebyggende tiltak
- Legemiddelbehandling av kokain- og amfetaminavhengighet
- Behandling av psykisk syke og hjemløse misbrukere samt ungdom med atferdsproblemer
- Gravide
- Akupunktur i forebygging og behandling av rusmisbruk
- Meditasjon i forebygging og behandling av rusmisbruk
- Familieterapi for rusmisbrukere
- Sanksjonering i metadonbehandling
- For alkoholikere, behandling ved innleggelse i institusjon eller ved poliklinikk/primærhelsetjeneste
- Behandling av rusmisbrukere med dobbel diagnose

Gode, systematiske oversikter ble ikke funnet eller mottatt innen fristen for enkelte temaer:

- Effekt av tiltak mot vold og kriminalitet
- Tiltak i arbeidslivet
- Effekt av tvangstiltak, lavterskeltiltak, vaksiner og sprøyterom

2 Metode

2.1 Innledning

I denne rapporten har vi oppsummert forskningsbasert kunnskap om effekten av forebyggende virkemidler og tiltak innen rusfeltet. Rapporten er basert på kunnskapsoppsummeringer og systema-

tiske oversikter som vurderer effekt av tiltak mot alkohol- og narkotikaproblemer.

Systematisk oversikter er oversiktartikler hvor forfatterne har brukt en systematisk metode for å finne, kritisk vurdere og sammenstille resultater fra enkeltstudier.

Oversiktsartikler er oversikter over enkeltstudier hvor det kan mangle systematikk i å finne, kritisk vurdere og sammenstille resultater.

Kunnskapsoppsummeringer er definert som rapporter hvor man baserer seg på flere systematiske oversiktsartikler, ikke bare enkeltstudier. Det vil si at forfatterne av kunnskapsoppsummeringen har søkt etter og kritisk vurdert tilgjengelig forskning, som regel både enkeltstudier og oversikter.

Vårt arbeid er således et forsøk på å kartlegge, vurdere og sammenstille hva som er tilgjengelig av oppsummert kunnskap innen forebygging og behandling i rusfeltet. Tidsfristen for rapporten betyr at vi ikke har kunnet søke etter og gjennomgå enkeltstudier og slik gi en fullstendig oversikt over all kunnskap i verden, men vår vurdering er at vi med denne fremgangsmåten på en tilfredsstillende måte dekker de fleste sentrale emner. Se forøvrig avsnittet «Vurdering av artikler».

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

<i>Studiedesign:</i>	Systematiske oversikter. Enkeltstudier ble ekskludert.
<i>Problemstilling:</i>	Hva er effekten av forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak rettet mot alkohol- og narkotikaproblemer?
<i>Populasjon:</i>	Hele befolkningen.
<i>Intervensjon (tiltak):</i>	Alle forebyggende, behandlende eller skadereduserende tiltak mot alkohol- og narkotikaproblemer.
<i>Utfall:</i>	Diverse.

2.3 Søkemetode

Formålet med litteratursøket var å finne flest mulig systematiske oversikter som dreide seg om forebyggende, behandlende- og skadereduserende tiltak mot alkohol og narkotikaproblemer. Vi søkte ikke etter dokumentasjon om økonomiske effekter. Følgende søketermer ble brukt: Alcoholism, alcohol abuse, alcohol misuse, alcohol drinking, alcohol intoxication, alcohol consum*, drinking, problem*, drink problem*, drunkenness, drink* excessive, drink* binge, drink* heavy, drink* hazard*, drink*, misuse, abuse, addict*, drug abuse,

drug addiction, drug dependence, drug habituation, drug disorder*, drug usage, drug misuse, drug problem*, glue sniffing, substance abuse, substance dependence, substance addiction, substance misuse, narcotic, cocaine, amphetamine, amphetamine, cannabis, marijuana

Følgende databaser og kilder ble brukt:

- Cochrane Database of Systematic Reviews
- DARE
- Health Technology Assessment Database
- Economic Evaluation Database
- Centre for evidence based social services
- British Columbia Office for Health Technology Assessment (Canada)
- Health Services Utilization and Research Commission (Canada)
- CMT – Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi
- Scottish Health Purchasing Information Centre (UK)
- ECRI
- Guide to Community Preventive Services (US)
- US Task Force Guide to Clinical Preventive Services (US)
- Health Technology Advisory Committee Minnesota (US)
- NIH Consensus Development Program (US)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration / Centre for Substance Abuse Prevention. The Prevention Enhancement Protocols System (PEPS) Series
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration / Centre for Substance Abuse Prevention. Treatment Improvement Protocol Series
- RAND
- University Healthcare Consortium
- University of Birmingham Health Technology Assessment
- SCHARR (UK)
- Systematic Reviews Training Unit (UK)
- Joanna Briggs Centre for Evidence Based Nursing
- Evidence Based Practice Centres
- ISTAHC – International Society of Technology Assessment in Health Care
- National Research Register
- Turning Research Into Practice (TRIP) Database
- SCHARR-Lock's Guide to the Evidence
- West Midlands Development & Evaluation Services
- Wessex Institute for Health Research and Development
- UK Clearing House on Health Outcomes

I tillegg ble fagpersoner kontaktet. Referanselister ble ikke gjennomgått. Artikler ble innhentet uavhengig av språk. Søket ble foretatt i mars 2002.

2.4 Søkeresultater

I ovennevnte søk ble 443 referanser til oversikter og to kunnskapsoppsummeringer identifisert. To uavhengige personer vurderte oversiktsartiklene i henhold til inklusjonskriteriene, og artikler ble inkludert dersom minst én av de to fant dem relevante. 206 referanser ble ekskludert på bakgrunn av tittel/sammendrag. Etter å ha plukket ut duplikater, ble de resterende 170 artiklene ble bestilt, men bare 130 (76%) ble mottatt innen fristen for kunnskapsoppsummeringen.

I september 2002 ble alle resterende oversiktsartikler (40) vurdert på basis av tittel og sammendrag. For de aller fleste artiklene var temaene dekket i rapporten, men ytterligere åtte ble inkludert. I tillegg til de to kunnskapsoppsummeringene er 36 systematiske oversikter eller oversiktsartikler inkludert.

2.5 Vurdering av metodisk kvalitet

Som verktøy brukte vi sjekklister for kritisk vurdering av systematiske oversikter utarbeidet av Avdeling for kunnskapsstøtte i Sosial- og helsedirektoratet. Disse kan leses på følgende nettside: <http://www.kikk.no>. Sjekklistene er basert på Users Guide to the Medical Literature og Critical Appraisal Skills Programme. Kvalitetsvurdering av studiene ble gjort av to uavhengige personer. Resultatene ble sammenstilt som beskrivende oppsummeringer. Fagfellevurdering (peer review, ekstern ekspertvurdering) ble brukt for å bedre og kvalitetssikre utkastet til denne rapporten. Noen av fagpersonene som har gitt tilbakemeldinger, har kompetanse på rusfeltet, mens andre har kompetanse på metodevurdering.

2.6 Begrensninger ved Metoden

Denne metoden har begrensninger. Det er områder hvor det ikke finnes gode systematiske oversikter. Det betyr ikke nødvendigvis at det ikke finnes forskning på området, men at forskningen bare er presentert i form av primærstudier som foreløpig ikke er oppsummert i en oversikt. Vi har ikke søkt etter primærstudier til denne kunnskapsoppsummeringen. Mens denne begrensningen opplagt påvirker rapportens fullstendighet, svekkes ikke nødvendigvis påliteligheten av innholdet. En god systematisk oversikt skal konkludere med et

balansert syn om all forskning som finnes (den som viser både positive og negative effekter), og vurdere om forskning mangler på området. I denne rapporten er alle oversiktsartikler vurdert kritisk for å vurdere om konklusjonene er balanserte.

Dernest er det flere trinn i prosessen knyttet til å lage kunnskapsoppsummeringer; blant annet søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kritisk vurdering, sammenstilling av resultater, oppstilling i tabeller og konklusjon i forhold til resultatene. Det er derfor rom for ulike tolkninger på mange punkter. En annen begrensning er at vi ikke får tak i alle opplysninger ved inkluderte primærstudier, men ofte må stole på forfatterne (det vil si forfatterne av oversikten) vurderinger av enkeltstudiene.

3 Hovedinformasjonskilder

3.1 Innledning

Vi har i hovedsak basert oss på to omfattende kunnskapsoppsummeringer, som begge hadde som mål å dekke de fleste aspekter innen rusforebygging og -behandling. Den ene rapporten er laget ved Statens Beredning för medicinsk utvärdering i Sverige, og omtales heretter som SBU-rapport (1). Den andre rapporten er laget ved Scottish Executive i Skottland, og omtales heretter som skotsk rapport (2). En tredje hovedkilde vi har brukt, er systematiske oversikter fra The Cochrane Library, samt oversikter funnet via andre ressurser. Kildene ble valgt etter omfattende søk etter og kritisk vurdering av systematiske oversikter. De aktuelle hovedkildene representerer antagelig den beste og mest omfattende kunnskap som er tilgjengelig på området. For enkelte emner, særlig i forhold til gravide og rus, poliklinisk behandling av alkoholikere, behandling av rusmisbrukere med dobbel diagnose, familierapi, sanksjoner ved metadonbehandling, akupunktur og meditasjon, har vi supplert kunnskapsoppsummeringen med enkelte andre systematiske oversikter og oversiktsartikler.

3.2 SBU-rapport: Behandling av alkohol- og narkotikaproblemer

3.2.1 Rapportens innhold

Målet var å vurdere:

- Eksisterende metoder for intervensjon mot risikofyllt alkoholmisbruk

- Metoder for behandling av etablert misbruk og avhengighet av alkohol og narkotika

Rapporten inneholder en utredning om:

- Legemiddelbehandling av avhengighet av alkohol og narkotika samt mot alkoholabstinens
- Psykososial behandling av alkohol- og narkotikaproblem
- Langtidsforløpet av alkoholavhengigheten
- Kostnadseffektiviteten av ulike behandlingsmetoder

Rapporten behandler ikke det forebyggende arbeidet som utføres i form av kampanjer og informasjon rettet mot ulike målgrupper, og heller ikke annen primærforebygging.

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjoneksklusjoneksklusjonskriterier

Både eksisterende oversikter basert på randomiserte, kontrollerte forsøk og enkelte randomiserte, kontrollerte studier (enkeltstudier, primærforskning) ble inkludert i rapporten.

3.2.3 Søkestrategi

Valg av databaser og andre kilder varierte for hvert tema i rapporten. For eksempel ble søk i Medline bare gjort for intervensjoner mot risikofyllt alkoholforbruk, mens Cochrane Library, Psycinfo og Swemed ble søkt i tillegg for legemiddelbehandling mot alkoholabstinens. Søketsrommet varierte også, men alle søk ble avsluttet sommeren 2000. Totalt ble 641 relevante studier inkludert.

3.2.4 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Kvaliteten på de inkluderte studiene er eksplisitt og systematisk vurdert etter anerkjente kriterier.

3.2.5 Sammenstilling av resultater

Både meta-analyser og beskrivende oppsummeringer er brukt for å sammenstille resultatene.

3.2.6 Økonomiske vurderinger

Formålet med den økonomiske delen av SBU-rapporten var å identifisere, sammenstille og kritisk vurdere eksisterende vitenskapelige studier med økonomiske vurderinger av ulike strategier for behandling av mennesker som misbruker alkohol og narkotika.

3.2.7 Metodiske begrensninger ved rapporten

Søkestrategi. Det empiriske materialet for de systematiske oversiktene er ikke samlet inn ved omfattende og grundig, systematisk gjennomgang av relevante databaser. Svært ofte har forfatterne søkt i bare én eller to databaser med et begrenset antall søkeord. Hvis man bare søker i et fåtall databaser med en utilfredsstillende søkestrategi, kan det gi et skjevt utvalg av studier. De kan vise overvekt av positive forskningsresultater. I verste fall kan forskning vise virkning av tiltak der tiltakene i virkeligheten ikke har effekt. Dette fenomenet skyldes «publikasjonsskjevhet», hvilket innebærer at forskning som viser positive resultater, oftere publiseres i tidsskrifter og indeksres i medisinske databaser enn forskning som viser tvetydige eller negative resultater.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier. SBU-rapporten baserer seg på randomiserte, kontrollerte studier og oversikter. De inkluderte oversiktene baserte seg også på randomiserte studier. Å basere vurderingene kun på randomiserte, kontrollerte studier, er i utgangspunktet fornuftig. Ved randomisering skal studiedeltagere fordeles tilfeldig til studiegruppene, og dermed være så like som mulig ved oppstart av studien. Ved randomisering er det derfor sannsynlig at forskjeller mellom gruppene ved studieslutt skyldes selve tiltaket som har blitt vurdert, og ikke andre utenforliggende faktorer som kan påvirke utfallet. På rusfeltet er det imidlertid betydelige metodeproblemer knyttet til enkelte randomiserte studier, for eksempel for frafall. En slik studie er ikke automatisk god bare fordi den er basert på tilfeldig fordeling til intervensjons- og kontrollgruppe. På den andre siden er gode ikke-randomiserte studier ekskludert. En følge av dette er at noen områder ikke er godt dokumentert, for eksempel for langtidsforløp etter behandling.

Kvalitetsvurdering. En del oversikter mangler opplysninger om inkluderte studier. Eksempelvis er opplysninger om frafall og etterlevelse ikke oppgitt i alle studiene. Et stort frafall kan skyldes mange faktorer, inkludert bivirkninger og manglende aksept av vurderte tiltak. Det er derfor en svakhet at det ikke er gjort rede for frafallet. Det er ofte kort oppfølgingstid for vurderte tiltak, i mange tilfeller utilstrekkelig kort tid.

Sammenstilling av resultater. I noen tilfeller er spesifikke tiltak slått sammen under en felles paragraf. Dette kan være problematisk. For eksempel er ulike psykososiale tiltak slått sammen slik at det er vanskelig å vite hvilke spesifikke tiltak som virker og hvilke som ikke virker. Framgangsmåten for å

trekke sammen resultater er av varierende kvalitet. Valgene for når man har brukt meta-analyser og når man har brukt beskrivende oppsummeringer, er ikke godt begrunnet, men det er stort sett mulig å se på og vurdere resultater fra de inkluderte enkeltstudiene. Under henvisning til punktene foran, er det ikke mulig å stole helt på resultatene i kunnskapsoppsummeringen. Likevel har studiene ofte sammenfallende resultater. Dette tyder på at grove konklusjoner kan trekkes, for eksempel om et tiltak virker eller ikke.

Overføringsverdi. De inkluderte studiene er gjennomført i flere land med ulike populasjoner, tiltak og utfall. Noen ganger er tiltak vurdert som ikke kan tilpasses til norske forhold. For behandlingstiltak er valg av utfallsmål i de fleste studier begrenset til rusmisbruk og å forbli i behandling. Bare et fåtall studier har gjort rede for tiltakenes virkning på sykefravær, livskvalitet, generelt velvære og pårørendes situasjon. Observasjonstiden er vanligvis kort, og opplysninger om langtidseffekt mangler i de fleste studier.

Begrensninger ved de økonomiske vurderingene. Forfatterne oppgir ikke eksplisitte kriterier for inklusjon og eksklusjon av studier. Litteratursøket dekker flere relevante databaser, og tidsrommet for søkene er bredt. Antall søkeord var derimot begrenset. Forfatterne gikk gjennom referanselister, men kontaktet ikke fagpersoner. Det er derfor mulig at forfatterne ikke fant alle relevante studier. Forhåndsformulerte kriterier ble brukt for å vurdere kvaliteten på de inkluderte studiene. Kvaliteten på studiene som ble funnet, var utilstrekkelig til å gi noen sterke anbefalinger. I tillegg vil det være vesentlige problemer med å overføre resultater fra internasjonale studier til norske forhold. For enkelte tiltak er det likevel mulig å trekke grove konklusjoner for kostnad-nytte-forholdet.

3.3 Skotsk rapport: Effektive tiltak for å redusere alkoholmisbruk

3.3.1 Rapportens innhold

Målet var å vurdere:

- Forebyggende tiltak mot alkoholmisbruk
- Tilgjengelige metoder for intervensjon mot risikofyllt alkoholforbruk
- Metoder for behandling av etablert misbruk og avhengighet av alkohol

Rapporten inneholder en utredning om:

- Forebygging av alkoholmisbruk
- Legemiddelbehandling av alkoholavhengighet og -abstinens

- Psykososial behandling av alkoholproblemer
- Kostnadseffektiviteten ved ulike tiltak
- Screening og diagnostisering
- Juridiske og politiske virkemidler
- Håndhevelse av lovverket

Rapporten omhandler ikke narkotikaproblemer.

3.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kun engelskspråklige systematiske oversikter ble inkludert. I de systematiske oversiktene var primærstudier av forskjellig design inkludert.

3.3.3 Søkestrategi

Forfatterne har søkt i relevante databaser med en omfattende søkestrategi. Tidsrom for søkene var 1990-2001. Totalt ble over 100 oversiktsartikler inkludert.

3.3.4 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Rapporten refererer kriterier for hvordan studiene er vurdert, men de faktiske kvalitetsvurderingene er ikke gjennomført klart og eksplisitt.

3.3.5 Sammenstilling av resultater

Rapporten gir en beskrivende oppsummering av resultatene i de inkluderte oversiktene. En detaljert beskrivelse av oversiktene finnes i et vedlegg.

3.3.6 Økonomiske vurderinger

Formålet med den økonomiske delen av rapporten var å vurdere kunnskap om kostnadseffektivitet av tiltak for å behandle og forebygge alkoholproblemer.

3.3.7 Metodiske begrensninger ved rapporten

Inklusjons- og eksklusjonskriterier. En begrensning ved bare å inkludere systematiske oversikter, er at kvaliteten på kunnskapsoppsummeringen avhenger av kvaliteten på oversiktene og primærstudiene de baserer seg på. I tillegg er oppsummeringen kun basert på engelskspråklig materiale, dvs. at relevante resultater fra ikke-engelskspråklige oversikter ikke er tatt med.

Søkestrategi. Tidsrommet for søket var avgrenset til mellom 1990 og 2001. Det betyr at relevante oversikter publisert før 1990 ikke er identifisert. Likevel er ikke dette noen avgjørende mangel ved

rapporten, fordi resultatene i oversikter publisert før dette tidsrommet etter all sannsynlighet er utdaterte. Det vil si at nye primærstudier kan ha kommet til som vil endre på de gamle resultatene.

Kvalitetsvurdering. Det kommer ikke klart frem hvordan kvalitetsvurderingen av oversiktene er gjennomført, og det er derfor vanskelig å si om vi kan stole på konklusjonene i rapporten. På den annen side er oversiktene grundig beskrevet, slik at det til en viss grad er mulig å si noe om validiteten. Som i SBU-rapporten mangler opplysninger om inkluderte studier, eksempelvis om frafall og etterlevelse.

Sammenstilling av resultater. På samme måte som i SBU-rapporten er det problematisk at spesifikke tiltak slås sammen under en felles nevner. Dette gjelder for eksempel psykososiale tiltak. I tillegg kommer det ikke klart frem hvordan forfatterne av de enkelte oversiktene har inkludert og ekskludert primærstudier, noe som er relevant for å vurdere holdbarheten av resultatene i kunnskapsoppsummeringen.

Overføringsverdi. Begrensningene er de samme som i SBU-rapporten, både for relevans for norske forhold mht. til populasjon, tiltak og utfallsmål, i tillegg til at relevante utfallsmål i mange tilfeller ikke er vurdert.

Begrensninger ved de økonomiske vurderingene. Rapporten har de samme begrensninger som SBU-rapporten mht. inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, eksplisitt vurdering av inkluderte studier, samt holdbarhet av konklusjoner og resultatenes overførbarhet. Søkestrategien er likevel mer omfattende enn SBU-rapporten når det gjelder antall søkeord som ble brukt. Økonomiske studier har stort sett blitt vurdert for seg uten hensyn til øvrig kunnskap om tiltakenes virkning. Derfor er det bare mulig å trekke grove konklusjoner om kostnadseffektiviteten ved enkelte tiltak.

3.4 Cochrane-oversikter

3.4.1 Om Cochrane-oversiktene og innholdet i dem

The *Cochrane Collaboration* er en internasjonal organisasjon som har som mål å hjelpe klinikere, brukere og politikere til å ta velinformerte beslutninger om helsetjenester ved å lage, oppdatere og spre systematiske oversikter om effekten av tiltak. I denne kunnskapsoppsummeringen blir oversikter laget av Cochrane Collaboration omtalt som Cochrane-oversikter.

Fra *The Cochrane Database of Systematic Re-*

views har vi brukt systematiske oversikter (Cochrane-oversikter) som har vurdert tiltak rettet mot behandling av etablert misbruk og avhengighet av alkohol og narkotika. Ingen oversikter om forebyggende tiltak ble identifisert. Totalt ble over 50 primærstudier inkludert i Cochrane-oversiktene.

3.4.2 Kvaliteten på Cochraneoversiktene

Cochraneoversikter er utarbeidet med gode metoder av de enkelte faggruppene i Cochrane-samarbeidet. En oversikt over disse metodene finnes i organisasjonens egen håndbok (3). Cochrane-oversiktene ble kritisk vurdert etter fastlagte kriterier slik det er beskrevet i kapittel 4 i metodedelene. Metodiske svakheter ved oversiktene er beskrevet under de delene av rapporten hvor de er inkludert.

3.5 Andre systematiske oversikter

Denne rapporten er for det meste basert på de tre hovedkildene beskrevet i kapitlene foran. I tillegg har vi supplert med andre systematiske oversikter på enkelte emner der hovedkildene gir utilstrekkelig eller ingen informasjon. For skadeforebyggende tiltak og forebygging av narkotikaproblemer, sanksjoner ved metadonbehandling, behandling av rusmisbrukere med dobbel diagnose, meditasjon, akupunktur, poliklinisk behandling av alkoholikere, har vi utelukkende brukt andre systematiske oversikter. Disse oversiktene ble kritisk vurdert. Metodiske svakheter ved oversiktene er beskrevet under de delene av rapporten hvor de er inkludert.

4 Forebyggende tiltak

4.1 Forebygging av alkoholmisbruk

Innledning

Dette kapittelet omhandler forebygging av alkoholmisbruk. Hovedvekten av tiltak retter seg mot barn og unge. Innholdet baserer seg på kapittelet «Enforcement» i den skotske kunnskapsoppsumeringen fra 2001 (2). 20 oversiktsartikler om temaet ble inkludert. Se tabell 1.2.

Søkelyset rettes særlig mot

- Skolebaserte programmer
- Helseopplysning
- Lokal baserte programmer

Skolebaserte tiltak

Hovedkonklusjoner:

- Flere studier av variabel kvalitet gir noe dokumentasjon for at skolebaserte programmer forebygger alkoholmisbruk.
- Programmene øker kunnskapsnivået, men synes i liten grad å påvirke atferd.
- Kombinasjon av tiltak som interaktiv læring, foreldreopplysning, sammensatte tiltak og elev til elev (peer) påvirkning kan i litt større grad virke på atferd, men det er ikke vist langvarig effekt (fire år i én studie).
- Helsefremmende skoler har noe effekt, men begrenset eller liten effekt i forhold til alkoholrelaterte utfall.

De aller fleste forebyggingstiltak rettet mot alkoholmisbruk er skolebaserte tiltak. Disse skolebaserte tiltakene er ofte programmer hvor man også ønsker å forebygge annet misbruk, som narkotika og tobakk, og påvirke andre livsstilsfaktorer som kosthold og fysisk aktivitet. Likevel blir alkoholbruk gjerne rapportert som eget utfallsmål. I det følgende baserer vi oss på resultater fra oversiktsartikler hvor dette er gjort. Hovedvekten av studiene er nordamerikanske studier, noe man må ta hensyn til når man tolker resultatene.

Skolebaserte tiltak for å forebygge alkoholmisbruk har utviklet seg over tid. Fokus er flyttet fra undervisning som gir faktakunnskap til undervisningsmetoder som skal fremme sosial læring og sosial adferd (sosial læringsteori). Målsetningen er å hjelpe til med å stå i mot både sosialt press og annet press fra medelever. Både innhold og undervisningsform er endret.

Vi kan i hovedtrekk skille mellom tre former for undervisning:

- Interaktive programmer som inkluderer sosial læring/påvirkning og helhetlig mestring av livsstilsfaktorer
- Interaktiv undervisning som krever deltakermedvirkning, kommunikasjon elever imellom, arbeid i små grupper og konstruktiv tilbakemelding
- Ikke-interaktive programmer som baserer seg på å øke kunnskap, hovedsakelig gjennom didaktisk undervisning

Et program som er evaluert ved kontrollerte studier, før-og-etter studier og randomiserte studier (3 av 8) er DARE (Drug Abuse Resistance Education). Programmet skal forebygge misbruk av rusmidler. DARE bruker politibetjenter som i regi av programmet har fått opplæring i å undervise barn

og unge med dette mål for øyet. Programmet omfatter 17 ukentlige leksjoner à 45-60 minutter hvor undervisningen består i å kjenne til og motstå press mot å bruke rusmidler. Resultatene gir liten støtte for tiltaket Programmet fører til endring av kunnskap, men ikke atferd. Færre enn halvparten av primærstudiene viser endring for utfallene som er målt.

Interaktiv undervisning/programmer er vist å virke bedre enn ikke-interaktive programmer og DARE. Andre særtrekk ved programmer som ser ut til å ha noe effekt, er at foreldre blir involvert og medelever brukes som rollemodeller. Opplæring i kritisk holdning til media er evaluert i to primærstudier, og dette viste positiv effekt. Effekten var større for jenter enn for gutter. Vi har ikke klart å identifisere hvilke typer studier, hvilken metode eller hvor stor populasjon dette dreide seg om.

Et australsk tiltak tar med foreldre og medelever i programmet. Dette programmet (The Illawarra Drug Education Programme) er rettet mot 10-11-åringer, og begynner med et foreldremøte. Barna blir så introdusert til programmet via medelever som fulgte det samme programmet året før. Undervisningen fortsetter med gruppearbeid og drama. Én studie viser at dette programmet utsetter alkoholdebut og reduserer bruk av alkohol 4 1/2 år etter at undervisningen fant sted.

Helsefremmende skoler, en evaluering som også involverer norske skoler (WHO-prosjekt), har en helhetlig tilnærming og involverer hele skolen i forebyggende helsearbeid. Dette involverer både fysisk miljø og undervisning. Helsefremmende skoler er evaluert ved hjelp av flere kontrollerte studier og før-og-etter studier. Helsefremmende skoler har visse positive resultater, særlig i forhold til kunnskap og noe for holdninger, men er mindre vellykket for å påvirke helseskadelig atferd som f.eks. alkoholmisbruk. Av 63 skoler/programmer viste 25 positiv korttidseffekt på alkoholbruk eller alkoholrelaterte utfall, 30 viste ingen effekt og 7 hadde negativ effekt.

Det viser seg at både helsearbeidere, lærere og medelever kan bidra i interaktive tiltak, bare de har fått god opplæring. Valg av elever som rollemodeller er en viktig faktor for å oppnå effekt. Det er uklart om programmenes varighet har avgjørende betydning for effekten.

En kvalitetsvurdering av de inkluderte oversiktene er gjennomført. Opplysninger om kvaliteten på de inkluderte oversiktene er ikke oppgitt. En beskrivende oppsummering av oversiktene er gitt, men opplysninger om kvaliteten på oversiktene mangler. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Det er mange begrensninger i kvaliteten av de enkelte studier og evalueringer. Særlig mangler informasjon om kontrollgrupper/skoler. Det er sannsynlig at noen form for undervisning om rusmidler også fant sted på kontrollskoler, og dette ville kunne redusere effekten av tiltaket som ble evaluert. Oppfølging er nødvendig for å vise om tiltakene har noen effekt på atferd over tid.

Helseopplysning og lokalbaserte tiltak

Hovedkonklusjoner:

- Massemediekampanjer eller helseopplysning øker kunnskap, men endrer i liten grad atferd.
- Lokalbaserte tiltak, som kontrolltiltak for å hindre salg av alkohol til mindreårige, reduserte alkoholbruk i intervensjonsgruppen i tre år, men påvirket ikke ungdom som allerede hadde et alkoholforbruk.
- Det er behov for mer og metodisk bedreforskning på effekten av forebyggingstiltak mot alkoholmisbruk.

Helseopplysningsprogrammer for å forebygge alkoholmisbruk finnes også utenfor skolen. Dette kan være massemediekampanjer, lokalbaserte tiltak og andre intervensjoner. I det følgende baserer vi oss på resultater fra oversiktsartikler beskrevet i den skotske rapporten.

Massemediekampanjer har som mål å nå fram med et budskap til den generelle befolkningen via forskjellige medier. Disse kampanjene er sjelden ledd i forskningsopplegg som gjør det mulig å evaluere virkningen på en god måte. Media kan også brukes for å forsterke et budskap i andre programmer, som ledd i sammensatte tiltak.

Generelt viser studier at massemediekampanjer har noe positiv effekt på kunnskap om og holdninger til alkohol, tobakk og narkotika, men lite på atferd. Massemediekampanjer kan virke positivt dersom de er rettet mot en spesiell handling eller en spesiell risikoatferd, for eksempel promillekjøring.

En oversiktsartikkel har vurdert helseopplysning og forebyggingstiltak for ungdom på «well adolescent clinic» (helsestasjon for ungdom). Den viser at kunnskapsnivået om alkohol hos ungdom øker. Både dataprogrammer og helseopplysning fra lege har denne virkningen.

Det er gjort relativt få evalueringer av lokalbaserte tiltak for å forebygge alkoholmisbruk; to oversiktsartikler, totalt 11 primærstudier- de fleste fra USA. «Project Northland» var et skole- og lokalbasert tiltak som kombinerte undervisning, opplæring av handelsstanden og kontrolltiltak for å hindre salg av alkohol til mindreårige. Dette pro-

grammet reduserte alkoholbruk i intervensjonsgruppen i tre år etter studiens slutt, men påvirket ikke barn/unge som allerede brukte alkohol ved studiens start.

To andre evaluerte lokalbaserte programmer, «Communities Mobilizing for Change on Alcohol» (CMAC) og «Communities Trials Project» (CTP), viste mer blandede resultater. CMAC hadde som mål å redusere alkoholbruk og alkoholrelaterte problemer blant mindreårige gjennom å redusere tilgangen til alkohol. CTP hadde som mål å redusere alkoholrelaterte skader og dødsfall. CMAC viste endringer, men det er ikke sikkert at de kan knyttes til tiltakene. Funnene var ikke signifikante. Noen av tiltakene i CTP var effektive. Massemediekampanjer og CTP-programmene var rettet mot hele befolkningen, mens de andre forebyggende tiltakene var rettet mot barn og unge.

Gode studier av lokalbaserte tiltak og helseopplysning for å forebygge alkoholmisbruk mangler. Funnene presentert her baserer seg på 20 oversiktsartikler (rapporter, systematiske oversikter, meta-analyser og oversikter). Primærstudiene har ulike design, og det er få randomiserte, kontrollerte studier. Vi mangler ofte opplysninger om karakteristika ved intervensjons- og kontrollgrupper, tiltakene og målemetodene. Dette gir rom for mange skjevheter og resultatene må tolkes med forsiktighet.

4.2 Juridiske og politiske virkemidler

Innledning

Dette kapittelet handler om juridiske og politiske virkemidler som har til hensikt å redusere det generelle alkoholforbruket i en befolkning, eller forebygge for eksempel alkoholrelaterte trafikkuulykker. Innholdet er hentet fra kapittelet «Policy and legislation» i den skotske kunnskapsoppsummeringen fra 2001 (2). Den inkluderte seks oversiktsartikler om temaet. Se tabell 1.3.

Temaene som dekkes er:

- alkoholavgift/prispolitikk
- promillelovgivning
- lisenspolitikk (kjøp og salg)
- reklame- og informasjonskampanjer

Tiltakene eller strategiene er vurdert på befolkningsnivå, og retter seg mot en normalbefolkning i forebyggingsperspektiv. Vurderte tiltak og studier er ikke rettet mot risikogrupper eller den delen av befolkningen som er alkoholmisbrukere, med unntak av enkelt elementer som gjelder promillelovgivning. Resultatene er basert på analyser av

trender over tid. Analysene sammenlikner utfall av interesse før og etter introduksjon av et tiltak, og sammenlikner forskjellige befolkningsgrupper hvor lovgivning og alkoholpolitikk er forskjellig. Slike studier kan gi opplysninger om assosiasjoner, men gir sjelden klare svar på spørsmål om årsak og virkning.

Alkoholavgift/prispolitikk

Hovedkonklusjoner:

- Det finnes noe støtte for at det å øke prisen på alkohol sannsynligvis reduserer salget av alkohol, men selve effektstørrelsen er usikker.
- Flere studier med sammenfallende resultater gir noe støtte for at salget av vin og brennevin reduseres mer enn ølsalget.
- Effektestimatene som oppgis, ser ikke ut til å si noe om hvordan økt alkoholpris innenlands påvirker forbruk av alkohol kjøpt i utlandet eller produsert privat.

Myndighetene kan påvirke prisen på alkohol gjennom nivået på generelle og spesifikke skatter og avgifter på alkoholprodukter. Statistiske analyser av pris og alkoholkonsum over tid kan si noe om hvordan pris påvirker befolkningens alkoholforbruk. Økt pris reduserer salget av alkohol og antakelig også forbruket, men estimatene som angir hvor mye det reduseres, varierer betraktelig.

Effekten av pristiltak blir målt som «priselastisitet», som knytter endring i forbruk til størrelsen på prisøkningen. En priselastisitet på – 1.0 betyr at en prosents økning i pris vil gi en prosents reduksjon i forbruk.

Beregningene i denne rapporten baserer seg på forskjellige tidsperioder og forskjellige land. De nyeste inkluderte data er fra 1992. Det er ikke gjort beregninger eller sammenlikninger med rådata fra primærstudier. Funnene viser likevel konsekvent at elastisiteten er høyere for vin og brennevin enn for øl.

Effekten av pristiltak på forskjellige befolkningsgrupper varierer. En studie rapporterte at populasjonen med moderat forbruk av alkohol reagerer mer på pristiltak enn de som drikker mye. En annen studie viste størst effekt for 80-90 prosent av befolkningen ut fra deres gjennomsnittsforbruk.

Resultater i studiene som har vurdert pristiltak er sammenfallende. Dette er basert på to oversiktsartikler, men det er ikke oppgitt hvor mange primærstudier de omfatter. Metoder og data varierer mellom studiene, og er ikke spesielt oppdatert. Rapporten oppgir ikke hvor mange enkeltstudier

Tabell 1.2 Kunnskapsoppsummering «Prevention» – Forebygging av alkoholmisbruk

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Ludbrook et.al, «Prevention» in Effective and cost-effective measures to reduce alcohol misuse in Scotland, 2002, Scottish Executive: Edinburgh (2)	Problemstilling Hva er effekten av tiltak for å forebygge alkoholmisbruk? – Skolebaserte tiltak – Helseopplysnings-tiltak <i>Metode</i> Kunnskaps-oppsummering 20 oversiktsartikler	Barn og unge under skolealder, i grunnskole og i videregående skole. Flere etniske grupper og sosiale klasser. Voksne Befolkning i urbane strøk Befolkning i landlige strøk Populasjon med høyt alkoholforbruk Skottland, USA, Europeiske land, Australia, Storbritannia Hovedvekt på studier fra USA.	Skolebaserte programmer Helsefremmende skoler Foreldreopplysning Sammensatte, lokalbaserte tiltak kampanjer i massemedia.	Alkoholbruk Avhold fra alkohol «Fornuftig alkoholbruk» Kunnskap og holdninger	Det er lite støtte for at skolebaserte programmer forebygger alkoholmisbruk. Programmene øker kunnskapsnivået, men endrer ikke atferd. Kombinasjon av tiltak som interaktiv læring, foreldreopplysning, sammensatte tiltak og elev (peer) påvirkning øker virkningen. Helsefremmende skoler har noe effekt, men er begrenset ift påvirkning av alkoholbruk. Kampanjer i massemedia øker kunnskap, men ikke atferd. Det er behov for mer forskning med bedre metodikk for effekten av forebyggings tiltak mot alkoholmisbruk.	Kvaliteten av hver enkelt oversiktsartikkel er vurdert. Forfatterne har vurdert søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, antall studier og populasjon. De oppgir ikke detaljer, og har inkludert oversikter av varierende kvalitet . Forfatterne gir en beskrivende oppsummering av oversiktene. Resultatene må tolkes med forsiktighet. Resultatene baseres i de fleste tilfeller på studier utenfor Norden.

og hva slags kvalitet eller design som er inkludert for å belyse alkoholavgift og prispolitikk. Likevel er tendensen for effekten av pristiltak klar, og usikkerheten knytter seg til størrelsen av denne effekten. Alkoholforbrukets priselastisitet er en sentral del av effektmålet ved bruk av skatter/avgifter. Den vil variere fra land til land, avhengig av drikke-mønster, muligheter for grensehandel, hjemmebrenning, tilgjengelighet av og prisnivå på alkohol innenlands m.m. En kan derfor ikke overføre estimater på *størrelsen* på priselastisiteten fra land til land. Overføringsverdi er også problematisk fordi vi ikke fant oversiktsartikler med norske studier med vår søkestrategi.

Selv om størrelsen på priselastisiteten varierer i de ulike studiene, ser fortegnet på effekten ut til å være klar og støtter en intuitiv antagelse: Dersom prisen på alkohol øker, reduseres forbruket av den typen alkoholen som blir dyrere. Det går ikke klart fram i den skotske oppsummeringen, men effekttestimatene som oppgis, ser ikke ut til å si noe om hvordan det går med forbruket av alkohol kjøpt utenlands og alkohol produsert og konsumert privat, når alkoholpris innenlands øker. Den sier altså bare noe om forholdet mellom pris og salg.

Promillelovgivning

Hovedkonklusjoner:

- Det finnes noen få studier som gir støtte for at lovgivning og kontroller knyttet til promillekjøring kan redusere antall trafikkulykker.
- Studier fra USA antyder at reduksjonen i antall ulykker er proporsjonal med reduksjon i promillegrensen.

USA har satt i verk tiltak for å innføre lavere promillegrense for unge førere og for personer som tidligere er promilledømt. Det er også gjennomført lavere promillegrense for alle bilførere. Nye lover er innført for å sanksjonere promillekjørere; som å frata førerkort og innføre «alkoholsensitiv rattlås». Norge har innført grense på 0,2 promille for alle.

Effekten av lovgivning på promille og trafikk avhenger både av lovens bestemmelser og hvordan de håndheves.

En systematisk oversikt med seks inkluderte studier danner grunnlaget for oppsummeringen som omhandler promillelovgiving. Studiene vurderer virkningen tiltakene har på unge bilførere. Randomiserte, kontrollerte studier, kasus-kontrollstudier, kohortstudier og økologiske studier med kontrollgrupper ble inkludert.

Introduksjon av nullverdier i promille tillatt for førere under 21 år ga 20 prosents reduksjon av

trafikkulykker som sannsynligvis er relatert til promillekjøring; dvs. ulykker om natten som involverer ett kjøretøy. Seks studier fant en reduksjon i ulykker etter innføring av ny lov, men bare tre hadde signifikante forskjeller. En stat i USA innførte lavere promillegrense for tidligere promilledømte og virkningen var positiv.

Reduksjon av promillegrense fra 1,0 promille til 0,8 promille for bilkjørere i USA reduserte antall alkoholrelaterte ulykker med dødsfall. Lovgivning som gir rett til å frata førerkort på stedet, har også redusert antall ulykker i noen stater i USA.

En rapport vurderte effekten av redusert promillegrense for unge bilførere, og fant at antall ulykker ble redusert proporsjonalt med reduksjon av promillegrensen:

- 7 % reduksjon av antall ulykker for promillegrense mellom 0,4 og 0,6
- 17 % reduksjon av antall ulykker for promillegrense på 0,2
- 22 % reduksjon av antall ulykker for promillegrense på 0.

Oversiktsartiklene har sine begrensninger. Mange av primærstudiene har dårlig design og resultatrapportering. Noen amerikanske oversiktsartikler har publikasjonsskjevheter. Studier med kontrollgrupper viser gjennomgående mindre effekt enn før- og etterstudier. Studier basert kun på deskriptiv statistikk er tilbøyelige til å angi større effektstørrelser. Jo lengre oppfølgingstid, jo mindre er effekten av tiltakene.

Den amerikanske forskningslitteraturen er dominerende på dette emnet fordi en del stater i USA har forskjellig lovgivning, eller har innført tiltak på forskjellig tidspunkt. Dette gjør det mulig for forskere å foreta sammenlikninger.

Resultatene fra USA må tolkes med forsiktighet – også fordi totalforbruket av alkohol gikk ned i den tidsperioden studiene er gjort. Studier som gjøres i flere, land kan være påvirket av kulturelle forskjeller som gjøre det vanskelig å tolke resultatene.

Lisenspolitikk

Hovedkonklusjoner:

- Effekten av lisens på kjøp og salg av alkohol er uklar, ut fra observasjonsstudier gjort på befolkningsgrupper.
- Det er vanskelig å måle effekten av aldersrestriksjoner på salg og bruk av alkohol, men enkelte studier antyder at aldersrestriksjoner påvirker ungdoms alkoholkonsum.

Kontroll med lisens kan omfatte mye: Åpningstider, kontroll med hvilke utvalg som får selge alkohol, geografisk spredning av utvalg, aldersgrense for kjøp og bruk av monopolutsalg. To oversiktsartikler er inkludert i kunnskapsoppsummeringen, men de angir ikke antall primærstudier.

Enkelte studier antyder at lange *åpningstider* for salg av alkohol øker alkoholrelaterte problemer.

Økt tetthet av utvalg kan påvirke alkoholsalg enten ved å redusere reisetid og -kostnader for å handle varene eller ved konkurranse mellom utvalgene. Det finnes noe dokumentasjon for at økt utvalgstetthet er assosiert med økt salg og økning i fatale ulykker. Men man finner ikke dette i alle kulturer. Effekten varierer også med alkoholtype. Forskjellige typer utvalg kan ha ulik innflytelse på spesielle alkoholrelaterte problemer.

Studier fra Australia antyder at forskjellige typer *utvalgssteder* er assosiert med ulike nivåer av alkoholrelaterte problemer. Nattklubber og barer har høyest risiko for problemer. I USA er derimot barer assosiert med lavere risiko for trafikkulykker enn andre utvalgssteder. For salg av alkohol til mindreårige, er det i USA vist at brudd på loven er assosiert med utvalgssted. Dagligvareforretninger er mer tilbøyelige til å selge alkohol til mindreårige enn andre typer utvalg er.

I USA viser 20 av 29 studier at å øke *aldersgrensen* for å få drikke alkohol til 21 år signifikant reduserer antall trafikkulykker og trafikkrelaterte dødsfall. Disse studiene fra tidlig på 1980-tallet viste nedgang på 10-15 % i antall dødsulykker relatert til alkohol og trafikk blant ungdom. Det viste seg at proporsjonen av ungdom i videregående skole som rapporterte å ha drukket alkohol siste måned, er falt fra 72 % i 1980 til 51 % i 1999. Det er også rapportert redusert alkoholforbruk blant 21-25 åringer som er vokst opp i områder hvor aldersgrensen for å drikke alkohol er 21 år.

Det er funnet relativt få studier som har vurdert lisenspolitikk og resultatene må tolkes med forsiktighet. Resultatene er basert på få studier hvor design og kvalitet ikke er oppgitt, men resultatene er sammenfallende.

Reklame og informasjonskampanjer

Hovedkonklusjon:

- Det er ikke vist klare sammenhenger mellom alkoholreklame eller informasjonskampanjer og påvirkning alkoholforbruk. Dette gjelder både alkoholreklame, reklameforbud og holdningskampanjer mot alkoholforbruk.

Myndighetene kan påvirke innholdet i eller forby reklamekampanjer via lovverk eller via avtaler med alkoholindustrien. Myndighetene kan også kontrollere overholdelsen av lovgivning og regelverk. Det er inkludert to oversiktsartikler, men de oppgir ikke antall primærstudier.

Det finnes lite forskning på virkningene av regulering av alkoholreklame. I Canada, hvor helt eller delvis reklameforbud er innført i noen provinser, er det ikke vist at dette har noen effekt på det totale alkoholbruk i befolkningen. En sammenlikningsstudie fra 17 OECD land fant en assosiasjon mellom alkoholreklameforbud og redusert forbruk. Men en statistisk analyse av sammenhengen mellom ressurser brukt på reklame og alkoholforbruk, har ikke funnet noen sammenheng. Eksperimentelle studier av reklamens påvirkning har funnet enten ingen eller kortvarige effekt på holdninger og atferd.

Spørreundersøkelser om alkoholreklame og ungdom viser en liten, men signifikant assosiasjon mellom det å bli utsatt for og være seg bevisst reklame og kunnskap og holdninger om alkohol.

Mangelen på dokumentasjon av en sammenheng mellom alkoholreklame eller helseopplysningskampanjer om alkohol på forbruk, tyder på opplysningskampanjer som enkelttiltak har liten eller ingen virkning. Det kan likevel ikke utelukkes at helseopplysningskampanjer kan virke som en del av sammensatte tiltak i et samfunn. Reklameforbud er ikke det samme som informasjonskampanjer. En observert sammenheng mellom reklameforbud og lavt forbruk i flere land kan også skyldes et omvendt årsaksforhold; dvs at det er land med lavt forbruk i utgangspunktet som har innført reklameforbud.

4.3 Håndhevelse av lovverket

Innledning

Virkingen av juridiske virkemidler for å forebygge alkoholmisbruk avhenger ikke bare av selve lovgivningen, men også av hvordan den håndheves. Dette kapittelet tar for seg tiltak satt i verk for å kontrollere at loven etterleves og synliggjøring av denne kontrollen. Det er også foretatt en kostnad-nytte-analyse for juridiske virkemidler.

Innholdet baserer seg på kapittelet «Enforcement» i den skotske kunnskapsoppsummeringen fra 2001 (2). 10 oversikter om temaet ble inkludert. Se tabell 1.5.

Særlig rettes søkelyset mot:

- aldersgrense for kjøp og bruk av alkohol
- promillekjøring

Tabell 1.3 – Juridiske og politiske virkemidler

Studie	Problemstilling Metode	Karakteristika/ Populasjon	Intervensjon	Utfallsmål	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Ludbrook et.al, «Policy and legislation» in Effective and cost-effective measures to reduce al- cohol misuse in Scotland, 2002, Scottish Executive: Edinburgh (2)	Problemstilling Hva er effekten av følgende tiltak: Alkoholavgift, promillekontroll, lizens politikk (kjøp og salg) og forbud mot alko- holreklame med henblikk på alko- holbruk og alko- holmisbruk for hele befolkning- en? <i>Metode</i> Kunnskaps opp- summering. Seks oversiktartik- ler er inkludert.	Generell befolk- ning, noen studi- er inkluderte gravide, ungdom eller unge bil- førere. Enkelte studier har vurdert ef- fekten av tiltak på alkoholmis- brukere. Studier fra USA, Canada, Storbri- tannia, OECD- land og Australia er inkludert.	Myndighetene påvir- ker prisen på alkohol gjennom skattesy- stemet vha alkoholav- gift. Promillegrense, med sanksjoner for bil- kjøring; rettet mot hele befolkningen eller mot ungdom. Lisens for salg av alkohol. Regulering av åpningstider og utsalgsteder, politikk for geografisk spred- ning av utsalgsteder og monopol for alko- holsalg. Nedre aldersgrense for kjøp av alkohol.	Konsum av alkohol på befolknings- nivå og for alkoholmisbru- kere. Trafikkulykker assosiert med alkoholbruk. Gjentakelse av promillekjø- ring. Salg av alko- hol til mind- reårige.	Å øke prisen på alko- hol er sannsynligvis effektivt for å reduse- re forbruket, men selve effektstørrelsen er usikker. Det finnes noe støtte for at redusert promil- legrense for bilkjø- ring reduserer antall trafikkulykker og dødsfall i USA. Effekten av lisens på kjøp og salg av alko- hol er uklar. Det er ikke vist klar assosiasjon mellom alkoholreklame og forbruk.	Forfatterne har vurdert kvalite- ten av hver enkelt oversiktsar- tikel. De har vurdert søkestra- tegi, inklusjons- og eksklusjons- kriterie, kvalitetsvurdering, an- tall studier og populasjon. De har ikke oppgitt detaljer, og har inkludert oversikter av varieren- de kvalitet. Det er utført en beskrivende oppsummering av oversiktsartik- lene. Resultatene må tolkes med forsiktighet. Resultatene baserer seg i de fleste tilfeller på studier utenfor Norden.

Tabell 1.4 rangerer reduksjon i trafikkdødsfall, skader og ulykker på grunn av promilletesting

	Total nedgang	Alkoholrelatert nedgang
Dødsulykker	16 % til 29 %	17 % til 75 %
Skader og trafikkuulykker	10 % til 28 %	Høyest tall fra to små samfunn 0 % til 32 %

Aldersgrense for kjøp og bruk av alkohol

Hovedkonklusjon:

- Det finnes minimalt med pålitelig kunnskap om effekten av sammensatte tiltak (kontroll, opplæring, medieoppmerksomhet) i kommuner for å håndheve forbudet mot bruk og salg av alkohol blant mindreårige.

Håndhevelse av forbudet mot salg av alkohol til mindreårige kontrolleres ved å la mindreårige prøve å kjøpe alkohol. Noen ganger støtter man opp om kontrollen med medieoppmerksomhet og opplæring av handelsstanden.

Oppsummeringen baserer seg på to enkeltstudier. Det er sagt lite om innholdet i de enkelte tiltakene. Tiltakene varierte, men inkluderte aktiviteter for å øke oppmerksomhet om aldersgrensen for kjøp av alkohol i noen kommuner. Etter to og et halvt år viste det seg at det var hyppigere kontroll av utsalg i kommunene hvor tiltakene ble iverksatt, og at sannsynligheten for at det ble solgt alkohol til mindreårige var mindre enn i kontrollkommunene.

En studie vurderte sammensatte tiltak som blant annet inkluderte frivillig opplæring av kjøpmenn. Utfall som ble målt var alkoholrelaterte ulykker og dødsfall. Resultatene var blandet; for eksempel var frivillig opplæring av kjøpmenn ikke virksomt på kommunenivå (ingen reduksjon i antall ulykker), mens salg av alkohol til mindreårige forekom halvparten så ofte i intervensjonskommunene.

Bare et fåtall studier er utført, og resultatene kan være vanskelig å overføre. De inkluderte studiene er fra USA, men studienes design og kvalitet er mangelfullt beskrevet i den skotske rapporten.

Promillekjøring

Hovedkonklusjoner:

- Alkoholsensitiv rattlås er et virkemiddel som kan hindre gjentakelse av promillekjøring, så lenge låsen er montert. Konklusjonen baserer seg på begrenset kunnskap fra seks studier med forskjellig design (forsøk og observasjonsstudier).

- Effekten av å bli fratatt førerkort umiddelbart er usikker. Ved å måle gjentakelsesfrekvens har det vist seg å virke i tre stater i USA etter ett år, mens det ikke virket i to andre stater.
- Det finnes sammenfallende konklusjoner fra flere studier av effekten av tilfeldig promillekontroll har sammenfallende konklusjoner, og viser at tiltaket effektivt reduserer antall dødsfall, skader og trafikkuulykker i USA og Australia.

Flere tiltak er benyttet for å håndheve promillegrensen i forbindelse med ferdsel i trafikken.

Følgende tiltak er evaluert:

- Tilfeldig promilletesting – dette betyr at man vilkårlig kan teste bilførere uten at det foreligger mistanke om alkoholmisbruk. I Australia testes alle bilførere som stoppes, mens det i USA kun er tillatt å teste på mistanke etter at bilen er stoppet.
- Alkoholsensitiv rattlås krever at bilføreren avgir alkotest før bilen kan startes. Dersom alkotesten gir promille over en gitt grense, trer rattlåsen tre i funksjon slik at bilen ikke kan starte.
- Å frata førerkort «per se» – Dette gir lov til umiddelbart å frata førerkort dersom fører ikke består edruelighetstest uten videre prøving i rettssystemet.

Tilfeldig promilletesting brukes både i forebyggingsøyemed og som virkemiddel for å finne promillekjørere. Straff mot promilledømte kan være en kombinasjon av flere tiltak, som å miste førerkort, fengselsstraff og behandling. Det finnes kunnskap om og støtte for at tilfeldig promilletesting er effektivt. Alle inkluderte studier, med unntak av én, viser sammenfallende resultater. Områder som praktiserer tilfeldig promilletesting, har færre dødsfall, skader og trafikkuulykker. Resultatene var sammenfallende for studier som målte alkoholkonsum direkte og de som brukte relaterte eller stedfortredende utfallsmål. Reduksjon av antall ulykker er generelt bedre dokumentert i Australia enn i USA. En ekskludert studie fra Sverige fant ingen nedgang i ulykker.

Tabell 1.5 «Håndhevelse av lovverket»

Studie	Problemstilling og Metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Ludbrook et.al, «Enforcement» in Effective and cost-effective measures to reduce alcohol misuse in Scotland», 2002, Scottish Executive: Edinburgh (2)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekten av tiltak for å kontrollere aldersgrensen for kjøp og bruk av alkohol? Hva er effekten av tiltak satt i verk for å kontrollere promillelovgivning i trafikken? <i>Metode</i> Kunnskapsoppsummering Basert på ti oversiktartikler	Primærstudiede-sign: Randomiserte, kontrollerte studier, kasuskontroll studier, kohortstudier og økologiske studier. Primærstudier fra USA og Australia. Befolkningsrettede tiltak, særlig bilførere. Tiltak rettet mot tidligere promillelødmte.	Kontroll av alkoholforhandlere ved å la mindreårige prøve å kjøpe alkohol. Noen ganger støtter man opp om kontrollen ved medieoppmerksomhet og opplæring av handelsstanden. Alkoholsensitiv rattlås Å bli fratatt førerkort «per se». Tilfeldig promilletesting.	Salg av alkohol til mindreårige. Gjentakelse av promillelekjøring, brudd på promilleloven. Dødsfall, skader og trafikkulykker.	Det finnes begrenset støtte for sammensatte tiltak i kommunene for å håndheve forbudet av alkoholbruk blant mindreårige i USA. RR for å kjøre med promille med alkoholsensitiv rattlås var 0.36 (95 % CI; 0.20-0.61). Å bli fratatt førerkort umiddelbart er vist å være virksomt i tre stater (USA) etter ett år, men virket ikke i to stater. Tilfeldig promillekontroll (ved alkotest) er vist effektivt i USA og Australia for å redusere dødsfall, skader og trafikkulykker.	Kvaliteten av hver enkelt oversiktsartikkel er vurdert. Søkestrategi, inkludsjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, antall studier og populasjon er vurdert. Forfatterne oppgir ikke detaljer, og har inkludert oversikter av varierende kvalitet. De gir en beskrivende oppsummering av oversiktene. Resultatene må tolkes med forsiktighet. Resultatene baserer seg i de fleste tilfeller på studier utenfor Norden.

Det finnes noe kunnskap om at «*alkoholsensitiv rattlås*» kan vær virksomt for å hindre gjentakelse av promillekjøring – så lenge den er installert. Studiene som viser dette har noen metodiske svakheter, men funnene er bekreftet gjennom en randomisert, kontrollert studie.

For evaluering av alkoholsensitiv rattlås fantes det bare en randomisert, kontrollert studie. Randomiseringsprosedyren var mangelfullt beskrevet. Alle studier hadde målt antall gjentatte arrestasjoner, og dette er en relativt sjelden hendelse. Det var en mulighet for at de med lavest gjentakelsesrisiko ble fordelt til gruppen som fikk rattlåsen montert i de ikke-randomiserte studiene. Det vil si at det var forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppene ved starten av forsøket. Komponenter i programmer for å rehabilitere gjengangere eller for andre sanksjoner som ble brukt, var mangelfullt beskrevet.

Evalueringen av å miste førerkortet umiddelbart er gjort ved før- og etter analyser. Det kan være vanskelig å vise virkningen av selve tiltaket, særlig fordi man ikke kan kontrollere for andre tiltak som kan være innført på samme tid, eller for variasjoner over tid.

To studier har sett på effekten av intensiteten av kontroller ved tilfeldig promilletesting. En studie fant færre brudd på loven ved hyppigere kontroller, en annen ikke. Studiene har generelt kort oppfølgingstid og mangler direkte målinger av skader på førere ved trafikkulykker. Man brukte assosierte utfallsmål, blant annet ulykker om natten som involverer ett kjøretøy.

En oversikt over studier som evaluerte metoder for å vurdere promillekjøring, fant metodiske svakheter i de fleste studiene, blant annet mangelfulle opplysninger. I tillegg baserer man seg på utilstrekkelig datasamling og de fleste studier har relativt kort oppfølgingstid. Resultatene er basert på før- og etter studier, noe som ikke kan vise sikker effekt.

4.4 Screening og diagnostisering

Innledning

Dette kapittelet tar for seg screeningmetoder som er tilgjengelig for å kunne avdekke risikofylt alkoholkonsum, alkoholmisbruk og alkoholavhengighet. Det tar også for seg laboratorietester som kan bekrefte funn eller kontrollere abstinens. Meningen med screeningverktøyene er å finne personer som kan ha nytte av mini-intervensjoner eller noe mer omfattende behandlingstilbud.

Innholdet baserer seg på kapittelet «Screening

and detection» i den skotske kunnskapsoppsummeringen fra 2001 (2). Inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen er 5 oversiktsartikler. Se tabell 1.6.

Skjema for screening av alkoholforbruk

Hovedkonklusjoner:

- AUDIT er antagelig mest effektivt for å avdekke risiko- og skadelig forbruk av alkohol
- CAGE er best for å avdekke alkoholmisbruk og alkoholisme.
- T-ACE eller TWEAK er mest sensitiv og spesifikk for screening av gravide.

To oversiktsartikler med til sammen 45 kontrollerte primærstudier og en rapport (antall studier ikke oppgitt) har vurdert screeningverktøy for å kartlegge alkoholkonsum, misbruk og avhengighet.

Mange forskjellige spørreskjemaer er utviklet for å screene for alkoholkonsum (se tabell 1.6).

Presisjonen av screeningverktøyene vurderes ved å beregne sensitivitet og spesifisitet. Sensitivitet sier hvor godt et instrument er til å finne de sanne positive. For eksempel angir 80 % sensitivitet at 8 av 10 vil bli identifisert. Spesifisitet angir hvor nøyaktig testen er for å ekskludere de sanne negative. For eksempel angir 80 % spesifisitet at for hver 10. person uten tilstand av interesse, vil 8 bli ekskludert. En god test er både sensitiv og spesifikk.

En metode som brukes for å vurdere tester er ROC kurven. Den plotter sensitivitet mot 1 minus spesifisitet (AUROC). 1 angir en perfekt test, mens 0.5 indikerer at testen ikke gir noe nyttig informasjon. En av oversiktsartiklene har brukt denne metoden i sin vurdering. AUROC-skåre for CAGE var 0.84, for AUDIT rangerte den fra 0.86-0.94 og for TWEAK 0.89-0.90.

AUDIT og CAGE er de beste screeningverktøyene. For generell screening er AUDIT best til å avdekke risiko- og skadelig forbruk (sensitivitet 51 %-97 %; spesifisitet 78 %-96 %), mens CAGE er best for å avdekke alkoholmisbruk og avhengighet (sensitivitet 43 %-94 %, spesifisitet 70 %-97 %). Diagnostisering basert på screening avhenger også av valg av «cut-off point», dvs hvor man setter grensen for hva som er risiko- eller skadelig forbruk av alkohol. Et lavere «cut-off» vil øke sensitivitet og redusere spesifisitet.

En oversikt har vurdert bruken av screenings-spørreskjema overfor kvinner. AUDIT, CAGE og TWEAK var optimale for å finne alkoholavhengighet, men sensitiviteten i en kvinnelig populasjon kan være lavere ved å bruke tradisjonelle «cut-off

Tabell 1.6

AUDIT	(Alcohol Use Disorders Identification Test) 10 spørsmål med som skal avdekke risikofylt alkoholkonsum
CAGE	(Cut down Annoyed Guilty Eye-opener) Fire spørsmål for å avdekke alkoholmisbruk og avhengighet
Health Screening Survey and Questionnaire	Generelt spørreskjema som inkluderer spørsmål relatert til alkoholkonsum
PRIME-MD	(Primary CARE Evaluation of Mental Disorders) screener for mental helse og alkoholmisbruk
S-MAST	(Short Michigan Alcoholism Screening Test) (også B-MAST) Tretten selv-evalueringsspørsmål
SADD	(Short Alcohol Dependence Data Questionnaire) 15 selv-evalueringsspørsmål for å vurdere avhengighetsgrad
T-ACE	(Tolerance Annoyed Cut down Eye-opener)
Trauma scale	Fem spørsmål relatert til skader
TWEAK	(Tolerance Worried Eye-opener Amnesia Kut down) Screening av alkoholproblemer hos gravide

points». TWEAK synes å være optimalt for å avdekke misbruk og alkoholavhengighet i befolkningsgrupper med kvinner av ulike raser. T-ACE og TWEAK er mer sensitiv og spesifikk enn CAGE i forhold til å screene gravides alkoholbruk. MAST er nyttig i forhold til psykiatriske pasienter.

Vurdering av screeningverktøyenes kvalitet begrenses av at det ikke er enighet om en «gullstandard» som kan brukes for å bekrefte screeningresultatene. Flere ulike standarder og kriterier er brukt i studiene som er vurdert, og forskjeller i utfall for de forskjellige verktøy kan skyldes valg av standard.

Søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, antall studier og populasjon er vurdert. Detaljer er ikke oppgitt og oversikter av varierende kvalitet er inkludert. Resultatene må tolkes med forsiktighet, men de var sammenfallende gjennom mange primærstudier. Kommunehelsetjenesten gjør mest screeningen av alkoholbruk. Det er ikke funnet studier som sammenlikner og vurderer ulike steder for screening.

Boks 1.1

Skjemaene er tilgjengelig på internett på disse adressene:

AUDIT, Programme on substance Abuse (WHO): www.who.int/substanceabuse/docs/audit2.pdf

CAGE, Red Flags for Alcohol and drug Abuse
HYPERLINK <http://www.asam.org/publ/CAGE.htm>

TWEAK, a five-item scale developed originally to screen for risk drinking during pregnancy
www.niaaa.nih.gov/publications/tweak.htm

Laboratorietester

Hovedkonklusjon:

- Testene GGT og CDT er ikke nyttige for screening for å avdekke alkoholrelaterte problemer.

Det finnes flere blodprøvetester som kan bekrefte alkoholbruk og -misbruk. Spesifikke tester tilgjengelig for å avdekke langvarig alkoholbruk er:

- GGT (gamma-glutamyltransferase), en indikator for leverskade.
- CDT assay (carbohydrate-deficient transfering), finner menn som drikker fem eller flere enheter alkohol per dag for ett år eller mer.

Disse testene er ikke nyttige for å avdekke alkoholrelaterte problemer, men kan overvåke personer som får behandling for alkoholproblemer. En oversikt fra juni 1998 har sammenliknet CDT mot GGT og konkluderte med at CDT ikke var signifikant bedre enn GGT som markør for overdreven alkoholbruk.

4.5 Forebygging av narkotika(mis)bruk

Innledning

Narkotika er illegale rusmidler i Norge. Dette kapittelet omhandler forebygging av narkotikabruk; tiltak rettet mot barn og unge for å forebygge eksperimentering og/eller misbruk av narkotiske stoffer. Mange av de inkluderte oversiktsartiklene omhandler tiltak som også er rettet mot å forebygge bruk av tobakk og alkohol. Effekten av å eksperimentere med rusmidler, og i hvilken grad dette fører til kronisk narkotikamisbruk, omhandles ikke i dette kapittelet. Vi har heller ikke avdekket

Tabell 1.7 Kunnskapsoppsummering – screening og diagnostisering

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Ludbrook et.al, «Screening and detection» in Effective and cost-effective measures to reduce alcohol misuse in Scotland, 2002, Scottish Executive: Edinburgh (2)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekten og kostnadseffekten av ulike screeningmetoder og diagnostiske metoder for å finne problemrelatert alkoholbruk og alkoholmisbruk? <i>Metode</i> Kunnskapsoppsummering basert på 7 oversiktsartikler (rapporter, systematiske oversikter og metaanalyser).	Voksne Kvinner Menn Psykiatriske pasienter Studier fra USA New Zealand Storbritannia Vest-Europa Skandinavia Canada Australia Japan	Screeningspørreskjema Laboratorietester	Å avdekke problemrelatert drikkeatferd Å avdekke alkoholisme Risiko Skadelig Problemdrikking Alkoholisme	AUDIT er mest effektiv for å avdekke risikoforbruk, vågal og skadelig alkoholbruk. CAGE er best for å avdekke alkoholmisbruk og alkoholisme. T-ACE eller TWE- AK er mest sensitiv og spesifikk for screening av gravide. Laboratorietester virker ikke så godt som screening-verktøyene nevnt ovenfor.	Kvaliteten av hver enkelt oversiktsartikkel er vurdert. Søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, antall studier og populasjon er vurdert. Detaljer fra enkeltstudier er ikke oppgitt, og oversikter av varierende kvalitet er inkludert. Det er utført en beskrivende oppsummering av oversiktene. Resultatene må tolkes med forsiktighet.

oversiktartikler som omhandler nyere narkotikamidler som crack, ecstasy eller medikamentmisbruk.

Vår søkestrategi fant 37 aktuelle titler. Av disse ble 23 systematiske oversikter framskaffet innen tidsrammen for arbeidet med rapporten. 16 oversikter ble ekskludert etter kritisk vurdering. Eksklusjonen skyldes blant annet mangelfull søkestrategi, mangelfull kvalitetsvurdering av inkluderte studier, at artikkelen viste seg å være en journalistisk oversikt eller enkeltstudie. Noen oversikter var så gamle at kunnskapen er oppdatert i nyere, tilgjengelige oversiktsartikler.

Vi har inkludert 7 oversiktartikler (4-10) Se også tabell 1.8–1.13 over inkluderte studier og referanser. Tabellene oppsummerer hver enkelt oversiktsartikkel.

Skolebaserte tiltak

Hovedkonklusjoner:

- Interaktive programmer er mer effektive enn «didaktiske» undervisningsmetoder.
- Kunnskap om rusmidler og faren ved disse øker hos elevene. Funnene er sammenfallende i alle evalueringer og programmer. Holdninger og atferd påvirkes i mindre grad.
- Tiltakene hindrer i svært liten grad at unge starter med narkotika. Det er kun vist kortvarig effekt, målt i forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgrupper. Gode, robuste studier med lang oppfølgingstid mangler.
- Programmet DARE – hvor politiet underviser på skolen – er antagelig ikke hensiktsmessig.
- Det er i liten grad vist at programmene forebygger narkotikabruk for de gruppene som står i fare for å utvikle misbruk. Kunnskap om effekten av særskilte tiltak rettet mot ungdom i faresonen for å utvikle narkotikamisbruk mangler. En oversiktartikkel viser til at intensive programmer for narkotikamisbrukere og ungdom med skoleproblemer er effektive, men at de er ressurskrevende. I gjennomsnitt bruker de 182 timer per program.
- Tiltakene er ikke vist å ha negativ effekt på narkotikabruk.

Skolebaserte tiltak for å forebygge eller redusere bruken av illegale rusmidler

En systematisk oversikt av middels kvalitet (4) (se tabell 1.8 har blant annet sett på effekten av skolebaserte tiltak for å forebygge eller redusere bruken av illegale rusmidler. 89 % av de inkluderte studier undersøkte dette. Noen få studier målte

kun kunnskap og holdninger til narkotika etter intervensjonen. De som vurderte effekten på narkotikabruk, baserte seg i de fleste tilfeller på selvrapportert atferd. Noen få unntak supplerte med spyttprøver eller andre objektive målemetoder. Programmene som er evaluert, inneholder elementer av kunnskap om effekt og skadevirkninger av rusmidler, tiltak for å påvirke holdninger og tiltak for å tilegne seg ferdigheter i å stå i mot press. Rollemodeller, elev-til-elev-tiltak, strategier for å øke selvtillit og strategier for å forsterke og øke positive holdninger til rusfrihet er også vurdert i studier.

Av 62 evalueringer viser 18 påvirkning på *narkotikabruk*, men bare to studier viser klar påvirkning på *narkotikarelatert atferd*. Basert på to meta-analyser med henholdsvis 11 og 10 studier, forklarer forfatterne effekten av skolebaserte tiltak slik: 3,7 % av unge som står i fare for å bruke narkotika utsetter bruken eller påvirkes til ingen bruk (målt etter ett års oppfølgingstid). Dette er en statistisk signifikant reduksjon, men effekten av skolebaserte tiltak er liten og den er enda mindre etter to år (1,8 %).

En vesentlig kritikk som kan rettes mot denne oversikten, er at de ulike tiltakene er til dels dårlig beskrevet. Det betyr at enkelte tiltak kan ha større effekt enn andre, uten at vi vet helt sikkert hvilke det gjelder. Det er tvilsomt om det var riktig å beregne ett felles effektestimert pga. store forskjeller i populasjon, tiltak og utfallsmål i de inkluderte primærstudiene (heterogenitet).

En oversiktartikkel (6) av middels god kvalitet (se tabell 1.9) har sett spesielt på forebygging av marihuanabruk. Følgende problemstillinger ble tatt opp:

- Hvilke programmer er mest effektive for å redusere, utsette eller forebygge bruk av marihuana?
- Er effekten av programmene avhengig av karakteristika ved ungdommene?
- Er det sammenheng mellom innholdet i og effekten av programmene?

Inkludert er en meta-analyse med 37 randomiserte og kvasi-randomiserte studier. Populasjonen er skolebarn i USA og Canada, 6. til 12. klasse (1978-1991). I de inkluderte studiene ble tiltak som interaktive skoleprogrammer, ikke-interaktive skoleprogrammer og elev- til elev opplegg («Peer-to-peer» exchanges) (n=37) sammenliknet med ingen intervensjon (n=23), helseundervisning (n=10) og annet (n=4). Utfallsmålet var marihuana- bruk og dette ble målt med selvrappotering. 22

interaktive programmer, som baserer seg på bruk av elever i undervisningen, er klart mer effektive for å påvirke kunnskaper og holdninger enn 15 ikke-interaktive programmer. Effekten er mindre for marihuanabruk.

Søkestrategien er mangelfullt oppgitt, men forfatteren beskriver den som omfattende. Innholdet i de enkelte tiltakene er godt beskrevet. Frafall varierer fra 8 % til 75 % i de inkluderte studier. Bare amerikanske og kanadiske studier er inkludert, og frafallet fra enkeltstudier er stort. Overføringsverdien av resultatene er begrenset fordi beskrivelse av utfallsmål mangler.

Skolebaserte tiltak: Elever som rollemodeller

En systematisk oversikt av middels kvalitet (5) (se tabell 1.9 har vurdert effekten av skoleintervensjoner hvor medelever (peers) brukes i undervisningen. Det er gjort en meta-analyse med utgangspunkt i 120 studier. Alle inkluderte studier er fra USA, og målgruppen var skolebarn 6. til 8. klasse.

Programmenes innhold var :

- Skolebaserte, forebyggende tiltak med særlig fokus på intervensjoner hvor medelever var involvert i undervisning
- Interaktivitet, programmer basert på sosial læringsteori.
- Didaktiske programmer (ikke-interaktive)

Forfatterne har sammenliknet to typer programmer, ikke-interaktive og interaktive programmer evaluert i kontrollerte studier. De fleste studiene er foretatt i skoler hvor det i utgangspunktet er liten rekruttering til narkotikamisbruk. Ni ikke-interaktive programmer ble sammenliknet med 17 interaktive programmer mot narkotikabruk. De interaktive programmene og elev-til-elev-undervisning ga signifikant større reduksjon av narkotikabruk enn ikke-interaktive undervisning ledet av lærere eller forskere. Resultatene er sammenfallende også når studier av mindre god kvalitet ble inkludert.

Søkestrategien er ikke oppgitt for denne oversiktsartikkelen. Kvalitetskriterier og metode for vurdering av inkluderte studier er heller ikke oppgitt. Ifølge forfatterne hadde bare 56 (46,6 %) av de 120 inkluderte studiene god metodisk kvalitet. De gir ikke opplysninger om hvilke utfall som ble vurdert i primærstudiene. Overføringsverdien er begrenset pga manglende opplysninger om hva gevinsten av tiltakene består i. Resultatene må tolkes med stor forsiktighet.

Skolebaserte tiltak: Ulike undervisningsprogrammer

En systematisk oversikt med meta-analyse (8) (se tabell 1.10) har inkludert 91 studier som har vurdert effekten av undervisningsprogrammer i skolen og målt effekten på kunnskap, holdninger, ferdigheter og atferd relatert til rusbruk. Denne oversiktsartikkelen baserer seg på en meta-analyse av samme forfatter fra 1986.

Tiltakene som ble evaluert, var programmer i skolen med:

- lærere som underviser
- medelever som underviser
- helsearbeidere som underviser

Strategier. Undervisningsprogrammene var basert på ulike strategier: Undervisning for å øke kunnskapsnivå alene, sosial/psykologisk læringsteori, elev-til-elev-undervisning (peer programs) og kunnskap sammen med sosial læringsteori.

Seleksjonskriterier. Studier ble inkludert hvis de brukte kvantitative målemetoder, hadde kontrollgruppe, var utført i klassetrinn 6 til 12, og der målet var å forebygge. Det vil si hjelpe unge til å utvikle positive holdninger, adferd, ferdigheter og livsstil slik at de ikke begynte å bruke rusmidler.

Effekten av de ulike tiltak var avhengig av utfallsmålet. Elevenes kunnskapsnivå økte mest, men ferdigheter og adferd ble også påvirket. Holdninger ble minst påvirket.

Flere studier viser at «Kunnskapsprogrammer» øker kunnskap, men at de ikke påvirker holdninger. «Affective-only»-programmer hadde ingen effekt uansett utfallsmål. Dette programmet baserer seg på teori om at psykiske faktorer fører til at enkeltindivider er i risiko for misbruk. «Affective-only» programmer tar for seg momenter som selvtiltitsoppbygging, selvfølelse, følelser og verdiklargjøring. Den tredje strategien, kunnskapsformidling og programmer som involverer sosial læringsteori, virker på kunnskap, holdninger, rusbruk, ferdigheter og adferd. Programmer med medelever som underviser (peer programs) viste best effekt på de fleste utfallsmål unntatt atferd. Peer-programs (38 studier), med ti eller færre timer i halvparten av programmene, reduserer også bruk av tobakk, alkohol, marihuana og annen narkotika. Intensive programmer for narkotikamisbrukere og ungdom med skoleproblemer er også effektive. Slike programmer er imidlertid ressurskrevende: I gjennomsnittlig ble det avsatt 182 timer per program. Undergruppe-analysen av 91 studier som målte endringer i rusbruk, bekreftet at «peer programs» var mest effektivt.

Intervensjonenes innhold er forholdsvis godt beskrevet. Forfatteren hevder at alle sosiale og etniske grupper er representert. Det er usikkert om vi kan stole på disse resultatene, men de sammenfaller med resultater fra andre studier – bortsett fra at de er mer optimistiske. Søkestrategi og kvalitetskriterier/vurderinger av enkeltstudier i meta-analysen fra 1986 er mangelfullt beskrevet. Overføringsverdien av oversikten er begrenset fordi alle studiene er utført i USA.

En annen meta-analyse (9) (se tabell 1.11) av ganske god kvalitet har også sett på effekten av skolebasert undervisning i grunn- og videregående skole samt universiteter. Den inneholder 33 studier med kontrollgrupper. Studiene er fra 1968 til 1986.

Tiltakene var undervisning i skolen med varighet fra en uke til 60 uker. Lærere, eksperter og medelever («peers») var involvert i forskjellige programmer. Man målte bruk og misbruk av alkohol eller narkotika samt kunnskap, holdninger og atferd.

Undervisning om alkohol og narkotika øker kunnskap om dette, men virker mindre på holdninger og minst på atferd/ bruk. Flere studier med sammenfallende resultater viser at atferd påvirkes i større grad ved å bruke medelever (peers) i undervisningen enn ved lærer-elev-undervisning.

Søkestrategi er oppgitt, men er begrenset til pedagogiske databaser og til studier fra USA og Canada. Kvalitetskriterier er oppgitt, likeledes krav til intern og ekstern validitet av primærstudier. Resultatene kan ha begrenset overføringsverdi og må tolkes med forsiktighet. Den metodiske kvaliteten på primærstudiene er mangelfullt beskrevet, for eksempel hvordan gruppene ble fordelt til intervensjon og kontrollgrupper.

En meta-analyse (7) (se tabell 1.12) av middels kvalitet har sett på effekten av Drug Abuse Resistance Education Program (DARE). Forfatterne sammenliknet også DARE med andre rusforebyggende programmer. Meta-analysen inkluderte 8 studier som var randomiserte eller kvasi-randomiserte, og som hadde skoler randomiseringsenhet. Populasjonen var elever i de siste trinnene på grunnskolen i USA og Canada. I DARE bruker man politibetjenter som i regi av programmet har fått opplæring i å undervise barn og unge. Programmet omfatter 17 ukentlige leksjoner à 45-60 minutter. Flere undervisningsformer er tatt i bruk; forelesning, gruppediskusjon, spørsmål og svar, audiovisuelt materiale, arbeidsbøker og rollespill. Fokus er rettet mot å lære elever å kjenne igjen og motstå sosialt press for å bruke narkotika. Effekten

av DARE på bruk av rusmidler var minimal og ikke signifikant. Effekten av var betraktelig mindre enn for programmer som bruker elementer fra sosial læringsteori og interaktiv pedagogikk. Dette er vist i flere studier med sammenfallende resultater. Kunnskap, holdninger, selvfølelse, sosiale ferdigheter og holdning til politiet påvirkes i noen grad, med størst effekt for kunnskap.

Meta-analysen mangler opplysninger om søkestrategien. Forfatterne søkte etter alle DARE-evalueringer med kvantitativ målemetode, tidsbegrenset til de siste ti år. Studier ble inkludert hvis de hadde a) kontroll eller sammenlikningsgruppe b) pre- og post-test eller post-test med tilfeldig fordeling til gruppene c) valide kvantitative utfallsmål. Det ble ikke identifisert gode nok studier med lang oppfølgingstid. Det var lite frafall i fem studier. Det er ikke oppgitt om kontrollskolene brukte alternative tiltak eller ingen tiltak.

Oversiktsartikkel: Strategier for å forebygge narkotikabruk

En oversiktsartikkel fra 1992 (10) (se tabell 1.13) av mindre god kvalitet har vurdert strategier for å forebygge narkotikabruk. Den har inkludert studier fra USA, Australia, Canada, Nord-Karelia og Oslo. Programmer av fra tre til fire timers varighet opp til 11–12 sesjoner over to år er vurdert. Lærere, studenter, helseprofesjoner eller forskere underviser. Kunnskaper, holdninger og atferd relatert til bruk og misbruk av rusmidler er målt. Resultatene baseres hovedsakelig på selvrapportering og forfatterne peker på faren for over- eller underrapportering ved denne målemetoden. Innholdet i programmene og beskrivelse av hvor programmene ble gjennomført er mangelfull.

Flere studier med sammenfallende resultater viser at kunnskap om skadevirkninger ikke påvirker rusatferd. Sosiale faktorer kan påvirke rusbruk, strategier som gir hjelp til å stå i mot press kan kanskje virke inn på rusbruk. Strategier med komponenter av sosial læringsteori er vist å påvirke røykeatferd, men ikke i samme grad narkotikabruk.

Den norske studien vurderte effekten av forebyggingstiltak på tobakksbruk. Det mangler gode studier som retter seg spesielt mot ungdom som er i faresonen for å utvikle narkotikamisbruk.

Ingen søkestrategi er oppgitt, det samme gjelder inklusjons- og eksklusjonskriterier. Resultatene sammenfaller med andre artikler.

Tabell 1.8 Forebygging av narkotika(mis)bruk

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
White 1998 (4)	Å vurdere effekten av intervensjoner rettet mot å forebygge eller redusere bruk av illegale rusmidler eller intervensjoner rettet mot å redusere skader hos misbrukere	8-25 år Studier fra USA (90 %), Storbritannia, Israel og Australia	Skolebaserte programmer Måltrettede intervensjoner utenfor skolen: Lokal baserte tiltak Massemedia Tiltak rettet mot misbrukere, gravide	Endringer i adferd relatert til bruk av narkotika De fleste studier baserer seg på selvrapporing.	«Weighted mean effect size» var 0.037 ($p=0.002$) for skolebaserte intervensjoner opp til ett år og 0.018 ($p=0.016$) for skolebaserte studier med to års eller lengre oppfølgingsstid. Sagt med andre ord: 3,7 % av unge som står i fare for å bruke narkotika utsetter bruken eller påvirkes til ingen bruk.	Omfattende søkestrategi Hvilke kriterier og metoder som er brukt for å kvalitetsvurdere, inkludere og ekskludere studier er ikke helt klart. Men en kvalitetsvurdering er foretatt. Det ble gjort to meta-analyser med de «metodisk beste studier» (11 studier, 14331 individer med ett års oppfølgingsstid) (10 studier, 12301 individer med to års oppfølgingsstid). Flertallet av inkluderte studier evaluerte skoleprogrammer rettet mot alkohol, tobakk og marihuana samtidig. Disse var av høyere kvalitet enn studier rettet mot annet rusmisbruk utenfor skolen. Av 62 evalueringer viser 18 påvirkning i narkotikabruk, men bare to studier viser klar påvirkning av narkotikarelatert atferd (målt objektivt).

Tabell 1.9 Forebygging av narkotika(mis)bruk

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Black 1998 (5)	En evaluering av skoleintervensjoner hvor medelever (peers) brukes i undervisningen Meta-analyse 120 studier	USA Skolebarn i 6. til 8. klasse	Skolebaserte, forebyggende tiltak Særlig fokus på intervensjoner hvor medelever er involvert i undervisning Interaktivitet, programmer basert på sosial læringsteori. Didaktiske programmer	Bruk av alkohol, sigaretter, cannabis og andre illegale rusmidler Kunnskap, holdninger og atferd	Ni ikke-interaktive programmer ble sammenliknet med 17 interaktive programmer mot narkotikabruk. De interaktive programmene reduserte narkotikabruk signifikant mer enn de ikke-interaktive programmene Det er sammenfallende resultater (også når studier av mindre god kvalitet inkluderes) Interaktive programmer er mer effektive enn «didaktiske» undervisningsmetoder.	Søkestrategi er ikke oppgitt. Kvalitetskriterier og metode for vurdering av inkluderte studier er ikke oppgitt. Ifølge forfatterne høre 56 (46,6 %) av de 120 inkluderte studiene god metodisk kvalitet. Karakteristika ved de forskjellige intervensjoner er godt beskrevet. De fleste studiene er foretatt i skoler hvor det er liten rekruttering til narkotikamisbruk i utgangspunktet.
Tobler 1999 (6)	Hvilke programmer er mest effektive for å redusere, utsette eller forebygge bruk av marihuana? Er effekten av programmene avhengig av karakteristika ved ungdommen? Er det sammenheng mellom implementeringsfaktorer og effekten av programmene? «Meta-analyse» 37 randomiserte og kvasi-randomiserte studier	USA og Canada 1978-1991 Skolebarn i 6. til 12. klasse	Interaktive skoleprogrammer Ikke-interaktive skoleprogrammer «Peer-to peer» exchanges	Marihuana bruk	«Weighed mean effect size» var 0.09 (95 % KI 0.07–0.12) for de 36 studiene totalt. For ikke-interaktive programmer (n=15): -0.05 (95 % KI -0.10 – -0.01) For interaktive programmer (n=22): 0.17 (95 % KI 0.14–0.20) $p \leq 0.05$. I 22 interaktive programmer, som baserer seg på bruk av elever i undervisningen er klart (signifikant) mer effektive enn 15 ikke-interaktive programmer.	Søkestrategi er ikke oppgitt, men beskrives av forfatteren som omfattende. Innholdet i de enkelte tiltak er godt beskrevet. Frafall varierer fra 8 % til 75 % i de inkluderte studier.

Tabell 1.10 Forebygging av narkotika(mis)bruk

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Tobler 1992 (8)	Meta-analyse med 143 studier (1986). 48,9 % var randomiserte, kontrollerte, 51,1 % var kvantitative eksperimentelle.	USA 6. til 12. klasse	Programmer i skolen: lærer som underviser, medelever underviser, helsearbeidere underviser	1. kunnskap om rusmidler 2. holdninger og verdier 3. selvrapportert rusbruk 4. ferdigheter i å velge 5. adferd (direkte, rapportert av lærer, foreldre, politi eller indirekte, skolekarakterer, framme, tester)	Effekten var avhengig av utfallsmålet. Elevenes kunnskapsnivå øker mest (Effect size = 0.52), men også ferdigheter (0.26) og adferd (0.27) påvirkes. Holdninger (0.18) påvirkes minst. «Kunnskapsprogrammer» øker kunnskap, men påvirker ikke holdninger. «Affective-only» programmer hadde ingen effekt på noe. Den tredje strategien, kunnskap og programmer som involverer sosial læringsteori, virker på kunnskap (0.47), holdninger (0.18), rusbruk (0.15), ferdigheter (0.07) og adferd (0.25). Programmer med medelever som underviser (peer programs) viste best effekt på de fleste utfallsmål <i>unntatt adferd</i> (-0.39).	Seleksjonskriterier: Kvantitative målemetoder, studier med kontrollgruppe, klassetrinn 6 til 12, mål å forebygge (hjelp unge til å utvikle positive holdninger, adferd, ferdigheter og livsstil slik at de ikke begynner å bruke rusmidler). Intervensjonenes innhold er forholdsvis godt beskrevet. Forfatteren hevder at alle sosiale og etniske grupper er representert. Søkestrategi og kvalitetskriterier/ vurderinger av enkeltstudier i meta-analysen fra 1986 er mangelfullt beskrevet. Det er usikkert om vi kan stole på disse resultatene, men de sammenfaller med resultater fra andre studier – bortsett fra at de er mer optimistiske. Peer-programs (38 studier med av ti eller færre timer i halvparten av programmene, reduserer også bruk av tobakk, alkohol, marihuana og annen narkotika. Intensive programmer for narkotikamisbrukere og ungdom med skoleproblemer er også effektive, men ressurskrevende gjennomsnittlig 182 timer per program). Subgruppe analyse av 91 studier som målte endringer i rusbruk. Denne bekreftet at «peer programs» var mest effektivt (ES 0.42).

Tabell 1.11 Forebygging av narkotika(mis)bruk

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Bangert-Drowns 1988 (9) (inkludert i White 1998)	Effekten av skolebasert undervisning i grunn-, videregående skole og universitetet. Meta-analyse 33 studier med kontrollgruppe.	USA og Canada Studier fra 1968 til 1986 (median 1977).	Undervisning i skolen Varighet en til 60 uker. Lærere Ekspert Peers	Bruk av alkohol eller narkotika Kunnskap, holdninger og atferd Bruk og misbruk	Undervisning om alkohol og narkotika øker kunnskap om dette, men virker mindre på holdninger og minst på atferd/ bruk. Ved å bruke medelever (peers) i undervisningen påvirkes atferd i større grad enn i lærer-elevundervisning.	Søkestrategi oppgitt. Begrenset til pedagogiske databaser og begrenset til studier fra USA og Canada. Kvalitetskriterier oppgitt, krav til intern og ekstern validitet.

Tabell 1.12 Forebygging av narkotika(mis)bruk

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Ennett 1994 (7)	Hva er effekten av Drug Abuse Resistance Education Program (DARE)? Hva er effekten av DARE sammenliknet med andre forebyggende programmer mhp rusforebygging? Meta-analyse 8 inkluderte studier Randomiserte eller kvasi-randomiserte studier, skoler som allokeringsenhet.	USA, Canada Elever i de siste trinn på grunnskolen	Program hvor politibetjenter med opplæring holder klasseromsundervisning 17 skoletimer, en gang i uken à 45 til 60 minutter. Fokus på å lære elever å kjenne igjen og motstå sosialt press for å bruke narkotika. (forelesning, gruppediskusjon, spørsmål og svar, audiovisuelt materiale, arbeidsbøker samt rollespill).	Kunnskap om narkotika Holdninger til narkotika Sosialeferdigheter Selvfølelse Holdninger til politibruk av rusmidler (alkohol, narkotika og tobakk).	Effekten av DARE på bruk av rusmidler var .06 (.00-.11) oppgitt i «mean weighted effect size». Effekten av DARE var betraktelig mindre enn for programmer som bruker elementer fra sosial læringsteori og interaktiv pedagogikk. Kunnskap, holdninger, selvfølelse, sosialeferdigheter og holdning til politiet påvirkes i noen grad, med størst effekt for kunnskap.	Mangelfull oppgitt søkestrategi. Forfatterne søkte etter alle DARE-evalueringer med kvantitativ målemetode. Tidsbegrenset til siste ti år. Inklusjonskriterier: a) kontroll eller sammenlikningsgruppe b) pre- og post test eller post-test med tilfeldig fordeling til gruppene c) Valide kvantitative utfallsmål. Det ble ikke identifisert gode nok studier med lang oppfølgingstid. Det ble utregnet effektstørrelse for hver inkludert studie (effect size= mean i – mean c / SD). Lite frafall i fem studier. Det er ikke oppgitt om det var ingen eller alternative tiltak i kontrollskolene.

Tabell 1.13 Forebygging av narkotika(mis)bruk

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Botvin 1992 (10)	Evaluering av forebyggingsstrategier rettet mot narkotikabruk <i>Oversiktsartikkel</i>	USA Australia, Canada, Nord-Karelia og Oslo Barn og ungdom	Programmer av fra tre til fire timers varighet opp til 11–12 sesjoner over to år. Lærere, studenter eller helseprofesjoner/ forskere underviser.	Kunnskaper, holdinger atferd. Bruk og misbruk. Hovedsakelig selvrapping.	Rusmisbruk er komplekst sammensatt i forhold til faktorer som fører til misbruk. Kunnskap om skadevirkninger påvirker ikke atferden. Sosiale faktorer kan påvirke rusbruk, strategier som gir hjelp til å stå i mot press kan kanskje virke inn på rusbruk. Strategier med komponenter av sosial læringsteori er vist å påvirke røykeatferd, men påvirker ikke i samme grad narkotikabruk.	Ingen søkestrategi er oppgitt, heller ikke inklusjons- og eksklusjonskriterier er oppgitt. Resultatene sammenfaller med andre artikler. Den norske studien vurderte effekten av forebyggingsstiltak på tobakksbruk. Det mangler studier som retter seg spesielt mot ungdom som er i faresonen for å utvikle narkotikamisbruk.

Måltrettede tiltak utenfor skolen

En systematisk oversikt av middels kvalitet (4) (se tabell 1.8) har blant annet sett på måltrettede tiltak utenfor skoleverket for å forebygge og redusere bruk av illegale rusmidler. 71 studier ble inkludert, bare sju studier (11 %) omfattet tiltak utenfor skoleverket. Innholdet i disse studiene er rettet mot unge definert som å være i faresone for misbruk eller å være misbrukere. Detaljert beskrivelse av tiltakene mangler. Det finnes blant disse enkeltstudier med lovende resultater for forebygging av tilbakefall for narkomane, «trygg» sprøytebruk samt intervensjoner rettet mot gravide, men disse funnene må bekreftes gjennom nye studier.

Kvaliteten på oversikten er vurdert i «Skolebaserte tiltak for å forebygge eller redusere bruken av illegale rusmidler.»

Metodekritikk for de sju oversiktsartiklene

90 % av inkluderte primærstudier i disse oversiktsartiklene er fra USA. Det er bare to oversiktsartikler av ganske god kvalitet, de andre har middels eller mindre god kvalitet. Mange primærstudier hadde ikke tilfeldig fordeling til tiltak- og kontrollgrupper, og mangler opplysninger om blinding, frafall og ikke minst oppfølgingstid. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Det kommer ikke alltid klart fram hvordan kontrollgruppene er behandlet, dette kan forklare hvorfor det vises små forskjeller mellom gruppene (kontrollgruppene kan ha blitt påvirket av andre eller faktorer som ligner tiltaket som evalueres).

I primærforebyggingen er narkotikabruk et relativt sjeldent utfallsmål. For å vise effekt av tiltak kreves det derfor store studier med kontrollgrupper og lang oppfølgingstid. Dette er ressurskrevende og kan forklare mangelen på dokumentert effekt av forebyggende tiltak mot narkotikabruk.

5 Behandlingstiltak

5.1 Mini-intervensjoner mot risikofyllt alkoholforbruk

Innledning

Hensikten med ulike sekundærforebyggende tiltak er å oppdage og handle på et tidlig stadium overfor personer med et risikofyllt alkoholforbruk. Behandling som er dokumentert i vitenskapelig litteratur, gis av helsepersonell i primærsektor eller på sykehus ved hjelp av ulike screeningmeto-

der, spørreskjema og laboratorieprøver. Behandlingen kalles kort-intervensjon eller mini-intervensjon. I disse studiene defineres mini-intervensjonen som behandling der kunnskap om alkoholproblemet utgjør bakgrunnen for utvikling av både primær- og sekundærpreventive metoder. Alkoholproblemets karakter er av sentral betydning for intervensjonen som skal tilbys. De fleste metoder bygger i prinsippet på å identifisere risikofyllt alkoholkonsum ved å stille få, enkle spørsmål å gi informasjon om risiko, og med empati oppfordre, gi råd og motivere personen til å redusere eller slutte helt med alkoholkonsumet. Mini-intervensjonen omfatter også skriftlige råd og oppfølgingsbesøk.

Innholdet i den såkalte mini-intervensjonen beskrives ofte med akronymet FRAMES:

- Informasjon om alkohol (feedback)
- Eget ansvar (responsibility)
- Råd og dokumentasjon (advice)
- Alternative strategier (menu)
- Medfølelse (empathy)
- Tro på egne krefter (self-efficacy)

Innholdet i dette kapittelet baserer seg på kapitlet «Intervensjon mot risikofyllt alkoholkonsumption – sekundær prevention av alkoholproblem» i den svenske SBU-rapporten (1) (se tabell 1.14) og kapitlet «Brief interventions» i den skotske oppsummeringen (2) (se tabell 1.15).

Resultater

Hovedkonklusjoner:

- Mini-intervensjonene ser ut til å redusere alkoholkonsum blant personer med høyt konsum, men som ikke er alkoholavhengige. Mange studier viser sammenfallende positive resultater, til tross for at de vurderte tiltakene ikke er helt like.
- Det anslås at intervensjonen gir opp til 24 % reduksjon av alkoholkonsum
- Mini-intervensjoner er muligens også relativt rimelige og kostnadseffektive tiltak.
- Det er fortsatt uklart hvordan den optimale behandlingsinnsatsen bør være, men tiltaket ser ut til å være vellykket både i primærhelsetjenesten og på sykehus. Det er usikkert om mer omfattende innsats gir større behandlingsgevinster.
- Kunnskap om den langvarige effekten av mini-intervensjon mangler, og det er usikkert om innsatsen gir effekt etter mer enn ett år eller om det er hensiktsmessig å gjenta intervensjonen.

I SBU-rapporten (1) er effekten av mini-intervensjoner sammenliknet med placebo eller et annet enkelt tiltak blant cirka 8 000 menn og 2 000 kvinner med risikoforbruk. (se tabell 1.14). Det finnes ingen klar definisjon av risikoforbruk. Risikoforbruk ble i studiene definert som konsum av 132 g til 500 g i løpet av uken. Dette tilsvarer tre flasker vin, 15–20 bokser pils, eller 75 cl sprit per uke for menn og to flasker vin, 10–15 bokser pils, eller 50 cl sprit per uke for kvinner. Videre målte man konsumet ved å se på forhøyet γ -GT-nivå eller ved bruk av screeningverktøy som for eksempel MAST, CAGE. De fleste studier ble gjennomført i USA, Storbritannia og Norden. Studier som kun har analysert alkoholavhengige, eller som har sammenliknet mini-intervensjon med mer intensiv behandling, er ikke tatt med. 27 randomiserte, kontrollerte forsøk ble inkludert i oversiktsartikkelen, hvorav 25 var gode mens det var to moderate studier.

Innholdet til mini-intervensjonene varierte noe fra studie til studie, men alle ble utført av helsepersonell (vanligvis leger eller sykepleiere). De varierte fra kort informasjon i 5 minutter til rådgivning i mellom 10 og 60 minutter. Oppfølging fra studiestart til siste måling var vanligvis 12 måneder. I en studie var den åtte uker, i tre studier seks måneder, i fem studier 24 måneder og i en studie 48 måneder. Endring av alkoholkonsum og γ -GT-nivå ble vurdert som hovedutfall.

I 18 av 25 studier av middels kvalitet viste mini-intervensjonen en statistisk signifikant, positiv effekt. Omtrent 30 % av deltakerne i intervensjonsgruppene reduserte sitt alkoholinntak til risikofritt nivå, sammenliknet med omtrent 20 % i kontrollgruppen. I 12 av studiene var det mulig å beregne «Numbers Needed to Treat», dvs. antall personer som må behandles for å oppnå effekt hos en person til. NNT varierte i studiene fra 3–100.

Det er mulig at mini-intervensjoner fører til ytterligere positiv effekt, for eksempel færre psykososiale problemer, redusert sykefravær, økt arbeidsevne osv. 6 av 17 studier som viste redusert alkoholinntak, viste også en nedgang i andre alkoholrelaterte negative effekter. I studiene som ikke viste noen effekt, deltok betraktelig færre personer (72–378 personer). Det øker sannsynligheten for at man ikke oppdager faktiske forskjeller mellom gruppene som sammenliknes.

Den skotske kunnskapsoppsummeringen (2) har også vurdert effekten av mini-intervensjoner blant både menn og kvinner (se tabell 1.15), og fant 24 oversikter. De fleste enkeltstudier inkludert i oversiktene ble gjennomført i USA, Storbritannia og Norden. Studier som kun har analysert

alkoholavhengige, er som regel ikke tatt med i oversiktene.

Innholdet i mini-intervensjonene ble beskrevet som «variable». Oppfølging fra studiestart til siste måling var vanligvis 12 måneder. De fleste behandlinger ble utført av leger i primærhelsetjenesten. Noen behandlinger ble utført av sykepleier og annet personell med kompetanse på helseopplæring. Hovedutfall var endring i alkoholkonsum.

Vurdering av metodisk kvalitet

SBU-rapporten: Det er sannsynlig at ikke alle relevante studier ble funnet, siden forfatterne søkte kun i én database med et begrenset antall søkeord. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. 27 studier var randomiserte, kontrollerte studier. 25 av disse var gode, to var moderat gode. Studiene mangler opplysninger om for eksempel rekruttering og fordeling til intervensjons- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, blinding av personell, forskere og deltakere, samt etterlevelse (compliance). Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Resultatene må derfor tolkes forsiktig. Det er mulig at den oppgitte effektstørrelsen er overdreven.

Skotsk kunnskapsoppsummering: Det er sannsynlig at de fleste relevante studiene ble funnet. Forfatterne søkte i flere databaser, med en omfattende søkestrategi. De har også vurdert kvaliteten av de inkluderte oversiktene, og de ble karakterisert som «variable». Forfatterne oppsummerer oversiktene, men opplysninger om kvaliteten på oversiktene er mangelfulle. Derfor må resultatene tolkes med forsiktighet. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

5.2 Medikamentell behandling av alkoholabstinens (avrusningstiltak)

Innledning

Abstinenssyndrom etter avbrutt alkoholinntak kan være et av kriteriene for diagnosen alkoholavhengighet. Symptomer ved alkoholabstinens kan deles inn i:

- Spesifikke:
 - abstinenshallusinasjoner
 - delirium tremens (alkoholbetinget psykotisk syndrom)
 - krampeanfall av «generalisert tonisk-klonisk type»

Tabell 1.14 Sekundærforebyggende tiltak mot risikofylt alkoholforbruk

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Berglund M et al, «intervensjon mot risikofylt alkoholforbruk»	<i>Problemstilling</i> Hvordan påvirker sekundærforebyggende tiltak (mini-intervensjoner) alkoholforbruk hos voksne med risikofylt alkoholforbruk? med ingen tiltak? <i>Metode</i> Hvordan påvirker sekundærforebyggende tiltak (mini-intervensjoner) alkoholforbruk hos voksne med risikofylt alkoholforbruk? med ett enkelt annet tiltak? Kunnskapsoppsummering 27 randomiserte, kontrollerte forsøk ble funnet. Søkt bare i Medline.	Studier som analyserer voksne med risikofylt alkoholforbruk er tatt med (cirka 8 000 menn og 2 000 kvinner). Risikofylt alkoholforbruk ble definert i studiene som: alkoholforbruk på 132 g til 500 g de siste 7 dagene; for $\geq$ 10 g eller ved bruk av screening verktøy (for eksempel MAST, CAGE, MAST). Studier som kun har analysert alkoholavhengige er ikke tatt med. I noen studier har man, i tillegg til personer med risikofylt forbruk, også inkludert alkoholavhengige personer. De fleste studier ble gjennomført i USA, Storbritannia og Norden. Rekruttering fra sykehus, pleiesentre og allmennpraksis.	Sekundærforebyggende tiltak i form av «mini-intervensjon» ble utført for tidlig å oppdage og behandle personer med høyt alkoholforbruk og forhindre avhengighet og etter hvert skader kroppens ulike organer. Mini-intervensjonene varierte fra kort informasjon (5 minutter) eller rådgivning opp til 60 minutter og ble utført av ulikt helsepersonell. De fleste behandlinger ble utført i primærhelsetjenesten av leger eller sykepleiere. Kontrollgruppe: Et annet (kortere) sekundærforebyggende tiltak eller ingen tiltak.	Forandringer i alkoholforbruk, alkoholrelaterte problemer, forandringer i laboratorieprøver ($\square$ GT, ASAT, alkoholnivå i blodet og MCV) sykedager, somatisk eller psykisk sykdom Oppfølging fra «studiestart» til siste måling varierer fra 12 måneder, i en studie var den 8 uker, i Tre studier 6 måneder, i 5 studier 24 måneder og i en studie 48 måneder.	Ingen meta-analyse. Se tekst	Det er sannsynlig at ikke alle relevante studier ble funnet. Forfatterne søkte bare i én database, Medline, og i referanselister. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Opplysningene om inkluderte studier er mangelfulle, for eksempel om rekruttering til gruppene, hvordan fordelingen til intervensjons- og kontrollgruppe ble utført, forskjeller ved studiestart, blinding av personell, forskere og deltakere samt etterlevelse (compliance). 27 studier var randomiserte, kontrollerte studier. I 25 av de 27 studiene var kvaliteten god og i to studier var den moderat. Konklusjonene må tolkes forsiktig. Det er også mulig at den oppgitte effektstørrelsen er overdrevet høy.

Tabell 1.15 Sekundærførebyggende tiltak mot risikofylt alkoholforbruk

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Ludbrook et al, «Brief interventions» i Effective and cost-effective measures to reduce alcohol misuse in Scotland, 2002, Scottish Executive: Edinburgh (2)	<i>Problemstilling</i> Hvordan påvirker sekundærførebyggende tiltak (mini-intervensjoner) alkoholkonsum hos voksne med risikofylt konsum sammenliknet med ingen tiltak? Hvordan påvirker sekundærførebyggende tiltak (mini-intervensjoner) alkoholkonsum hos voksne med risikofylt konsum sammenliknet med ett enkelte andre tiltak. <i>Metode</i> Kunnskapsoppsummering 24 oversikter ble funnet. Søkt i Medline og Cochrane Registry of Systematic Reviews.	Studier som analyserer voksne med risikofylt konsum er tatt med. Studier som kun har analysert alkoholavhengige er vanligvis ikke tatt med i oversiktene. De fleste enkeltstudier inkludert i oversiktene ble gjennomført i USA, Storbritannia og Norden.	Innholdet i mini-intervensjonene ble beskrevet som «variable». Oppfølging fra studiestart til siste måling var vanligvis 12 måneder. De fleste behandlinger ble utført av leger i primærhelsetjenesten. Noen behandlinger ble utført av sykepleiere og annet personell med kompetanse i helseopplæring.	Forandring i alkoholkonsum.	De fleste oversikter viser sammenfallende positive resultater. Mini-intervensjonene ser ut til å redusere alkoholkonsum blant personer med høyt konsum, men som ikke oppgitt. Forfatterne gir en beskrivende oppsummering av oversiktene, men opplysninger om kvaliteten på oversiktene er mangelfulle.	En kvalitetsvurdering av de inkluderte oversiktene ble gjennomført. Kvaliteten på oversiktene ble beskrevet som «variable», men detaljene er ikke oppgitt. Forfatterne gir en beskrivende oppsummering av oversiktene, men opplysninger om kvaliteten på oversiktene er mangelfulle. Konklusjonene må derfor tolkes forsiktig. Det er mulig at oppgitt effektstørrelse er overdrevet høy.

Uspesifikke:

- høy puls
- forhøyet blodtrykk
- svette, skjelving, uro, angst
- nedstemthet

Det viktigste målet med medikamentell behandlingen er å forebygge og behandle livstruende delirium tremens, epileptiske anfall og andre abstinenssymptomer.

Den nevrofysiologiske bakgrunnen til abstinensreaksjoner etter alkohol og stoff er for det meste kjent. Toleranse for og fysisk avhengighet av alkohol skyldes forandringer i sentralnervesystemet som kompenserer alkoholens dempende effekt på nervecellene, fordelingen av nerveimpulser og omsetningen av signalsubstanser i hjernen. Når alkoholinntaket opphører, leder disse forandringer til de fysiske og psykiske symptom som utgjør abstinenssyndromet. Mange legemidler og stoffer er prøvet som behandling mot abstinenssyndrom.

Det finnes mye dokumentasjon i vitenskapelig litteratur om benzodiazepiner og klometiazol som første behandling ved delirium tremens. Ved behandling av kraftig alkoholabstinens, vurderes kombinasjonsbehandling med benzodiazepiner eller tilsvarende preparat sammen med spesifikke midler mot epilepsi for å forhindre abstinenskramper. Benzodiazepiner og annen behandling med beroligende midler kan gi avhengighet. Klometiazol har også flere potensielt alvorlige bivirkninger enn benzodiazepiner, fremfor alt pustebesvær og økt sekresjon i luftveiene. Derfor har andre legemidler blitt utprøvd i kliniske forsøk. Det ideelle legemiddelet mot alkoholabstinens bør motvirke kramper og delirium, redusere angst og uro, ikke være giftig, gi en umiddelbar og langvarig effekt, helst ikke metaboliseres i leveren, samt ikke være avhengighetsfremkallende ved korttidsbehandling.

En annen konsekvens av langvarig inntak av store mengder alkohol er Wernickes encephalopati. Det er en tilstand med høy mortalitet og risiko for langvarige hjerneskader. Årsaken er mangel på tiamin, men en direkte toksisk effekt av alkohol på hjernen kan også bidra. Permanente forstyrrelser av korttidsminnet ses ofte etter et akutt anfall, og kalles Korsakoffs psykose. Tilstanden betegnes som «alkoholbetinget blivende minneforstyrrelse». Behandling med høye doser tiamin i injeksjonsform ved Korsakoffs psykose er godt dokumentert i vitenskapelig litteratur, og er ikke inkludert i denne rapporten. Tiamin er imidlertid vurdert nedenfor som et legemiddel mot alkoholavhengighet.

Innholdet i dette kapitlet baserer seg på ka-

pittelet «Farmakologisk behandling av alkoholberoende» i SBU-rapporten (1) (se tabell 1.16) og kapitlet «Detoxification» i den skotske kunnskapsoppsummeringen (2) (se tabell 1.17).

I SBU-rapporten vurderte man effekten av legemiddelbehandling ved alkoholabstinens og delirium tremens for personer som er avhengige av alkohol og som har søkt rehabilitering enten ved sykehus eller annen rehabiliteringsinstitusjon. Forfatterne søkte i flere databaser, gikk gjennom referanselister og kontaktet fagpersoner. De inkluderte studiene er utført i flere land. 95 randomiserte, kontrollerte forsøk og tre meta-analyser ble inkludert.

Studiene vurderte effekten av følgende legemidler mot alkoholabstinens: Benzodiazepiner, klometiazol og antiepileptika imidazolin-agonister, betablokkere, lystgass, tiamin, psykologisk behandling og følgende mot delirium tremens; barbiturater, benzodiazepiner, klometiazol, α 2 - adrenerge agonister og øvrige legemidler.

Redusert abstinenssyndrom ble vurdert som hovedutfall, vanligvis målt med en skala, f.eks. CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol-revised). Flere utfall er tatt med i studiene, deriblant antall tilfeller av abstinenskramper, delirium og dødsfall.

Den skotske kunnskapsoppsummeringen har også vurdert effekten av legemiddelbehandling ved alkoholabstinens og delirium tremens for personer avhengige av alkohol. Flere legemidler ble vurdert, bl.a. benzodiazepiner, betablokkere, α 2-receptorantagonister og antiepileptika. Hovedutfallet i studiene var redusert abstinenssyndrom. Flere andre utfall ble også tatt med i enkelte studier, deriblant antall tilfeller med abstinenskramper, delirium og dødsfall. Forfatterne søkte i Medline og Cochrane Database of Systematic Reviews. Studier fra flere land ble inkludert.

Resultater

Hovedkonklusjoner:

- Benzodiazepiner sammenliknet med *placebo* ser ut til å redusere risikoen for å utvikle abstinenskramper og symptomer av autonom hyperaktivitet assosiert med abstinenssyndrom. Mange studier viser sammenfallende positive resultater, til tross for at de vurderte forskjellige preparater.
- Noen oversikter viser at benzodiazepiner sammenliknet med *placebo* også reduserer risikoen for å utvikle delirium tremens. NNT for behandling av abstinenskramper og delirium tremens anslås som henholdsvis 12, 5 og 20. Det

må sies å være en relativ stor gevinst, selv om metodiske begrensninger gjør det vanskelig å beregne effektstørrelsen nøyaktig.

- Det er begrenset dokumentasjon for å fremme et spesifikt benzodiazepinpreparat ved behandling ved alkoholabstinens.
- Et begrenset antall studier viser at betareseptorantagonister, karbamazepin og klonidin reduserer uspesifikke abstinenssymptomer mer effektivt enn *placebo*.
- Bare et fåtall studier har vurdert øvrige legemidler (kalciumantagonister, dopaminantagonister, litium, barbiturater, klometiazol, ethylalkohol, propofol, aprotinin, elektrokonvulsiv behandling)
- Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

I. Benzodiazepiner (*alprazolam, diazepam, klordiazepoxid, lorazepam, oxazepam*)

I SBU-rapporten så 31 randomiserte forsøk på effekt av *benzodiazepiner* mot *placebo* eller *annen behandling*. 7 av studiene vurderte benzodiazepiner mot placebo. Sammenliknet med *placebo*, viste de fleste studiene at benzodiazepiner ser ut til å redusere symptomer på autonom hyperaktivitet (svette, skjelving, hjerteklapp med mer) og antall abstinenskramper. Bare et fåtall mennesker utviklet delirium tremens i studiene som sammenliknet benzodiazepiner med placebo. Fire studier så på behandling av delirium tremens sammenliknet med annen behandling, men resultatene var tvetydige. I tillegg ble fant man 3 meta-analyser som påviste en statistisk signifikant reduksjon med hensyn til abstinenskramper og delirium tremens. Opplysninger om de inkluderte primærstudiene er oppgitt, men ikke om selve meta-analysene. NNT for behandling av abstinenskramper og delirium tremens anslås som henholdsvis 12, 5 og 20. Det kommer imidlertid ikke tydelig frem hvordan NNT ble beregnet. Derfor må resultatene tolkes med varsomhet.

Tre studier sammenliknet ulike benzodiazepiner med ulik halveringstid. Det mangler fortsatt kunnskap om hvilke benzodiazepinpreparater som er å foretrekke ved behandling ved alkoholabstinens. Dyreforsøk tyder på en mulig forebyggende effekt av benzodiazepiner når det gjelder utvikling av kramper og delirium tremens på sikt, men det ble ikke funnet noen kliniske forsøk som vurderte forebyggende effekt blant alkoholavhengige.

I den skotske kunnskapsoppsummeringen viste tre oversiktsartikler at *benzodiazepiner* ser ut til å redusere symptom på autonom hyperaktivitet

(svette, skjelving, hjerteklapp med mer) samt abstinenskramper og delirium tremens mer enn *placebo*. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

II. Antiepileptika (*karbamazepin*)

To små, gode studier sammenliknet karbamazepin med placebo mot uspesifikke abstinenssymptomer. Karbamazepin reduserte abstinenssymptomer, men frafallet i studiene var stort. To studier har sammenliknet karbamazepin mot benzodiazepiner og viste lik effekt mot uspesifikke abstinenssymptomer, men antiepileptika fører antakeligvis til flere bivirkninger. Det ble ikke funnet studier som sammenliknet antiepileptika med placebo med hensyn på abstinenskramper og delirium tremens.

I den skotske kunnskapsoppsummeringen viste én oversiktsartikkel at antiepileptika reduserer abstinenskramper og delirium tremens, men muligheten for å få alvorlige bivirkninger er større enn med benzodiazepiner. Hvilke legemidler oversiktsartikkelen har tatt for seg, er ikke oppgitt. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

III. □2 - adrenerge agonister (*klonidin, lofexidin*)

SBU-rapporten inkluderte seks gode studier som sammenliknet □2 - adrenerge preparat-antagonister mot *placebo*. Klonidin reduserte uspesifikke abstinenssymptomer i tre av seks studier, fremfor alt hjerteklapp og forhøyet blodtrykk. Seks gode studier sammenliknet klonidin og lofexidin med *annen behandling*. Resultatene fra studiene er tvetydige. Det ble ikke funnet studier som vurderte om klonidin reduserer abstinenskramper og delirium tremens.

IV. Betablokkere (*atenolol, propranolol, pindodol*) mot placebo

SBU-rapporten inkluderte seks studier av moderat og god kvalitet som sammenliknet *betablokkere* mot *placebo*. De fleste studier viste at betablokker har positive effekt mot autonom hyperaktivitet. Betablokkere ser ut til å redusere forhøyet blodtrykk, hjerteklapp og skjelving. Det ble ikke funnet studier som vurderte om betablokkere reduserer abstinenskramper og delirium tremens.

V. Lystgass versus placebo

Det ble ikke funnet studier som vurderte om lyst-

gass reduserer abstinenskramper og delirium tremens.

VI. Tiamin versus placebo

Det mangler kunnskap om hvorvidt *tiamin* (standardbehandling mot Korsakoffs psykose) reduserer abstinenskramper og delirium tremens, men én stor studie inkludert i SBU-rapporten viste ingen effekt.

VII. Psykologisk behandling

Det mangler kunnskap for å vurdere om *psykologisk behandling* reduserer abstinenskramper og delirium tremens, men SBU-rapporten inkluderte én studie. Den viste ingen effekt sammenliknet med *placebo*.

VIII. Øvrige legemidler (*kalciumantagonister, dopaminantagonister, litium, barbiturater, klometiazol, ethylalkohol, propofol, aprotinin, elektrokonvulsiv behandling*)

Et fåtall studier i SBU-rapporten har sett på effekt av *øvrige legemidler*. Det mangler fortsatt kunnskap for å vurdere effekt av følgende legemidler:

- Kalciumantagonister
- Dopaminantagonister
- Litium
- Barbiturater
- Klometiazol
- Ethylalkohol
- Propofol
- Aprotinin
- elektrokonvulsiv behandling

Vurdering av metodisk kvalitet

SBU-rapporten: De inkluderte oversiktene er vurdert gjennomført på en tilfredstillende måte. Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet. De fleste oversiktene inkluderte gode studier, men eldre studier manglet diagnostiske inklusjonskriterier som DSM – eller ICD klassifikasjon. Forfatterne har utført en godt beskrevet oppsummering av de fleste inkluderte enkeltstudier, men det mangler kunnskap om noen legemidler.

Skotsk kunnskapsoppsummering: Det ble gjennomført en kvalitetsvurdering av de inkluderte oversiktene. Opplysninger om kvaliteten på de inkluderte oversiktene ble ikke oppgitt. Det er utført en beskrivende oppsummering av oversiktene, men opplysninger om oversiktens kvalitet på oversik-

tene er utilstrekkelige. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

5.3 Psykososial behandling av alkoholproblemer

Innledning

Innenfor psykososial behandling er det flere behandlingsmetoder med dokumentert effekt i vitenskapelig litteratur. Det gjelder for eksempel metoder som bygger på motivasjonsendring; forandring av selve misbruksatferden; metoder rettet mot bakenforliggende faktorer for misbruket; og allmenn, støttende rådgivning og behandling rettet mot partner eller andre pårørende. Allmenn, støttende rådgivning angis som standard behandling i denne sammenhengen, mens de fire andre angis som spesifikke metoder.

De fleste studier vurderer psykososial behandling i kombinasjon med farmakologisk behandling. Moderne legemidler som reduserer behovet for alkohol, først og fremst acamprosate, kombineres oftest med psykososial behandling. Flertallet av studiene ser på effekten av ulike metoder som gir en (initial) forandring av drikkevanene. Det finnes også mange studier om behandling eller forebygging av tilbakefall. Derimot er litteraturen mer begrenset for metoder for å motivere mennesker til forandring, og til opprettholde oppnådd forandring.

Innholdet i dette kapittelet bygger på kapittelet «Psykososial behandling för alkoholproblem» i SBU-rapporten (1) (se tabell 1.18). De fleste studiene ble gjennomført i USA, Storbritannia og Norden. Studier som sammenliknet psykososiale tiltak med ingen tiltak, venteliste (dvs. ingen behandling i studieperioden) eller én enkel støttesamtale (standardbehandling), ble inkludert. Studier som analyserte farmakologisk behandling, behandling for ungdom, sekundærforebyggende tiltak, (for eksempel mini-intervensjoner) og aversjonsterapi, ble ekskludert. 139 randomiserte, kontrollerte forsøk ble identifisert og ut fra disse ble 8 meta-analyser gjennomført. Forfatterne søkte i tre databaser, i tillegg gikk de gjennom referanselister. Upubliserte studier ble også tatt med. Det er imidlertid stor sannsynlighet for at relevante studier ikke ble funnet, fordi det kun ble brukt et begrenset antall søketermer i databasene.

Rapporten vurderte effekten av psykososiale tiltak inklusive motivasjonssamtale («motivational interviewing»), selvhjelpsmanualer eller biblioterapi, kort kognitiv atferdsterapi, sammensatte til-

Tabell 1.16 Legemiddelbehandling mot alkoholabstinens

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
«Farmakologisk behandling av alkoholberoende» i Behandling av alkohol- og narkotika-problem rapport nr. 156 (Vol. I og II) 2001, SBU: Stockholm (1)	Hva er effekten av medikamentell behandling ved alkoholabstinens og delirium tremens for alkoholavhengige personer som har søkt rehabilitering? <i>Metode</i> Kunnskapsoppsynklusive en systematisk oversikt og 3 meta-analyser. Forfatterne søkte i flere databaser, søkte gjennom referanselister og kontaktet fagpersoner.	Studier fra flere land ble inkludert. Studiene dreier seg om kliniske pasientgrupper d.v.s. pasienter som har søkt rehabilitering ved sykehus eller annen rehabiliteringsenhet	<i>Mot alkoholabstinens</i> Benzodiazepiner, kometiazol og antiepileptika imidazolin-er, ß-receptoranter, lystgass, tiamin, behandling <i>Mot tremens</i> Barbiturater, benzodiazepiner, klometiazol, adrenerge er, øvrige legemidler Behandlingstiden var fra 1 til 42 dager.	Hovedutfallet var redusert abstinenssyndrom, vanligvis målt med en skala f.eks CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment Alcohol-revised) Flere utfall er tatt med i ulike studier inklusive: antall tilfeller abstinenskramper; delirium; dødsfall	Benzodiazepiner mot placebo 1. NNT 12, 5 for abstinenssymptomer 2. NNT 20 for delirium tremens	Kunnskapsoppsummingen ble gjennomført på en tilfredstillende måte. Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet. De fleste inkluderte studiene var gode, men eldre studier manglet diagnostiske inklusjonskriterier som DSM – eller ICD klassifikasjon. Forfatterne har utført en god, beskrivende oppsummering av de fleste inkluderte enkeltstudier, men det mangler fremdeles kunnskap om noen legemidler. Det kommer ikke tydelig frem hvordan NNT ble beregnet. Resultatene må derfor tolkes med varsomhet.

Tabell 1.17 Legemiddelbehandling mot alkoholabstinens

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Ludbrook et al, «Detoxification i Effective and cost-effective measures to reduce alcohol misuse in Scotland, 2002, Scottish Executive: Edinburgh (2)	Hva er effekten av medikamentell behandling ved alkoholabstinens og delirium tremens for alkoholavhengige personer. <i>Metode</i> Fire systematiske oversikter ble funnet. Forfatterne søkte i Medline og Cochrane Database of Systematic Reviews.	Studier fra flere land ble inkludert. Studiene dreier seg om alle alkoholavhengige personer.	Flere legemidler ble vurdert bl.a. Benzodiazepiner, β -receptor-antagonister, $\square$ -receptor-antagonister og antiepileptika.	Hovedutfallet i studiene var redusert abstinenssyndrom Flere utfall er tatt med i ulike studier inklusive: – antall abstinenskramper; – delirium; – dødsfall	Fire oversiktsartikler vurderte behandling ved alkoholabstinens, men opplysninger om effekttørrelsen er ikke oppgitt. <i>Benzodiazepiner mot placebo</i> Benzodiazepiner ser ut til å redusere symptommer på autonom hyperaktivitet (svette, skjelling, hjerteklapp med mer), samt abstinenskramper og delirium tremens (3 oversikter). <i>Antiepileptika</i> Det er noe dokumentasjon for at antiepileptika reduserer abstinenskramper og delirium tremens, men risikoen er større for å få alvorlige bivirkninger sammenlignet med benzodiazepiner (1 oversikt).	En kvalitetsvurdering av de inkluderte oversiktene ble gjennomført. Opplysninger om kvaliteten på inkluderte oversikter er ikke oppgitt. Det er utført en beskrivende oppsummering av oversiktene, men opplysninger om kvaliteten på oversiktene er utilstrekkelige.

tak med kognitiv atferdsterapeutisk vinkling, «Community Reinforcement Approach», selvkontrollering, «cue exposure» og øvrige teknikker.

Misbrukets belastning ble inndelt i tre kategorier: lett, moderat og alvorlig. Gruppen «lett» (antall studier (n)=28) innbefatter personer som bedømmes til ikke å være alkoholavhengige, ofte kalt problembrukere. Til gruppen «tung» (n=23) regnes pasienter med veldig store komplikasjoner tilknyttet misbruket, f.eks hjemløse. Flertallet i populasjonen (n=88) er kategorisert som moderat belastet.

De ulike studiene opererte med ulike effektmål, men hovedutfallet i meta-analysene var forandring i alkoholkonsum (målt på ulike måter). Oppfølgingstiden varierte fra studie til studie.

3 *meta-analyser* sammenliknet ulike behandlingsmetoder med *ingen behandling*, *venteliste* eller en *støttesamtale*. Det var et krav i meta-analysene at studiene skulle være like nok med hensyn til populasjon, tiltak og resultat. Standard behandling er utilstrekkelig definert i de fleste studier. Behandlingsmetodene var:

- Generell psykososial behandling
- Generell støtterådgivning
- Sammensatt behandling basert på kognitiv adferdsterapi
- CRA («Community Reinforcement Approach»)
- Selvkontroll-trening
- «Cue exposure»
- 12-trinnsprogrammet (12 step facilitation therapy) – som bl.a. brukes av Anonyme Alkoholikere
- Behandlingsmetoder rettet mot bakenforliggende faktorer for alkoholavhengighet
- Par-terapi og intervensjoner rettet mot pårørende

5 *meta-analyser* sammenliknet *ulike psykososiale tiltak*:

- Standard behandling kombinert med motivasjonssamtale
- Biblioterapi (egenbehandling)
- Kort kognitiv adferdsterapi
- CRA («Community Reinforcement Approach») sammenliknet med 12-trinnsprogrammet
- 12-trinnsprogrammet sammenliknet med «MATCH»
- Behandling av psykisk syke og hjemløse

Vi henviser også til kapittel 10 som omhandler særskilte tiltak, deriblant ulike tiltak i regi av Anonyme Alkoholikere.

Resultater

Hovedkonklusjoner:

- Resultater fra mange studier er sammenfallende og viser at spesifikke, psykososiale behandlingsmetoder og tiltak reduserer alkoholkonsum mer enn generell støtterådgivning og standard behandling.
- Begrenset behandling har samme effekt som mer omfattende behandling for personer med lette eller moderate problemer. For personer med moderate/alvorlige problemer, viser et nokså stort antall studier at mer omfattende behandling gir bedre resultat enn støttesamtale eller standardbehandling.
- Blant personer med moderate/alvorlige alkoholproblemer er følgende behandlingsmetoder best dokumentert: Kognitiv atferdsterapi, par-terapi, «community reinforcement approach» og motiverende samtale.
- For å redusere alkoholkonsum blant personer med lette/moderate alkoholproblemer, er selvkontroll-trening, «cue exposure» og 12-trinnsprogrammet best dokumentert.
- Det mangler kunnskap for å tildele pasienter spesifikke behandlingsmetoder.
- Bare et begrenset antall studier med metodiske begrensninger har vurdert behandling av psykisk syke og hjemløse misbrukere. Studien tyder på at både misbruket og andre livsproblemer bør behandles samtidig.

1. Generell psykososial behandling

Tre middels gode studier sammenliknet effekt av *psykososiale tiltak* med *ingen behandling* på 207 menn og kvinner med lette alkoholproblemer. Oppfølgingstiden var mellom fire og seks måneder. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene.

Fem middels gode studier sammenliknet effekt av *psykososiale tiltak* med *venteliste* på 283 menn og kvinner med lette eller moderate alkoholproblemer. Oppfølgingstiden var fra seks uker til seks måneder. Behandlingen førte til en moderat statistisk signifikant reduksjon av bl.a. alkoholkonsum.

Når *psykososial behandling* ble sammenliknet med enten *venteliste* eller *standard behandling* (totalt 8 studier), ble det påvist en liten, signifikant reduksjon i alkoholkonsum for de som fikk psykososial behandling.

Seks middels gode studier så på effekt av *mer omfattende behandling* sammenliknet med en *støttesamtale* for menn og kvinner med moderate alkoholproblemer. Oppfølgingstiden var fra seks må-

neder til to år. Behandlingen førte til en gjennomsnittlig reduksjon (moderat effekt, statistisk signifikant) av bl.a. alkoholkonsum.

I tillegg finnes det flere studier som har sett på *metoder spesifikt rettet mot å forandre misbruksadferden*. Hovedresultatene rapporteres nedenfor. Alle behandlingsmetoder er basert på læringsteori og atferdsterapi eller psykoterapeutisk behandling.

II. Generell støtterådgiving

19 studier så på effekt av generell støtterådgiving, men tiltaket er utilstrekkelig beskrevet i de fleste studiene. Bare én studie sammenliknet *generell støtterådgiving* med *ingen behandling* (blant hjemløse). Det var ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppe. 11 studier av middels kvalitet sammenliknet generell støtterådgiving med spesifikk psykososial behandling. De fleste studiene viser bedre resultater ved spesifikk psykososial behandling. Seks studier sammenliknet rådgivningen med *uspesifikk behandling*, *legemiddelbehandling* eller *standardbehandling*. Det ble ikke påvist noen forskjeller mellom gruppene.

III. Sammensatt behandling basert på kognitiv atferdsterapi

12 randomiserte, kontrollerte forsøk så på effekt av sammensatt behandling på pasienter med moderate/alvorlige problemer. De fleste studiene viste positive resultater sammenliknet med ingen behandling eller standard behandling.

IV. CRA («Community Reinforcement Approach»)

7 randomiserte, kontrollerte forsøk så på effekt av CRA på pasienter med moderate/alvorlige problemer. De fleste studiene viste positive resultater sammenliknet med ingen behandling eller standard behandling, men CRA hadde samme effekt som annen behandling.

V. Selvkontroll-trening

11 randomiserte, kontrollerte forsøk så på effekt av selvkontroll-trening på pasienter med lette problemer. De fleste studiene viste positive resultater sammenliknet med ingen behandling eller standard behandling.

VI. «Cue exposure»

Tre randomiserte, kontrollerte forsøk så på effekt av «cue exposure» på pasienter med både lette, moderate og alvorlige problemer. Alle studiene viste positive resultater sammenliknet med ingen behandling eller alternativ behandling.

VII. 12-trinnsprogrammetmet («12 step facilitation therapy»)

Fire randomiserte, kontrollerte forsøk så på effekt av 12-trinnsprogrammetmet på pasienter med moderate eller alvorlige problemer. De fleste studiene viste positive resultater sammenliknet med standard behandling eller alternativ behandling.

VIII. Behandlingsmetoder rettet mot bakenforliggende faktorer for alkoholavhengighet

9 middels gode studier sammenliknet *behandlingsmetoder rettet mot bakenforliggende faktorer for alkoholavhengighet*, f.eks *dynamiske teknikker* med annen spesifikk psykososial behandling blant personer med moderate problemer. Slike behandlingsmetoder benytter ingen direkte trening i å forandre selve misbruksadferden. Få forskjeller fremkom ved sammenlikning mellom moderne dynamiske terapier og annen spesifikk fokusert terapi.

IX. Parterapi og intervensjoner rettet mot pårørende

17 middels gode, randomiserte studier vurderte effekt av *parterapi* og *involvering av pårørende* i behandlingen av personer med moderate problemer. De fleste studiene viste positive resultater ved parterapi sammenliknet med individuell behandling. Ved sammenlikning mellom spesifikke par-terapier fremkom ingen forskjeller.

X. Standardbehandling kombinert med motivasjonssamtale

Tre studier sammenliknet *standardbehandling pluss motiverende samtale* («*motivational interviewing*») med *standard behandling* blant personer med moderate/alvorlige problemer. Oppfølgings-tiden var mellom tre og fire måneder. Standard behandling kombinert motivasjonssøkende behandling førte til en gjennomsnittlig reduksjon (moderat effekt, statistisk signifikant) av bl.a. alkoholkonsum.

XI. Biblioterapi (egenbehandling)

Fem studier sammenliknet *biblioterapi (egenbehandling)* med eller uten motivasjonssamtale med *terapeutledede kognitiv atferdsterapi med vekt på selvkontrolltrening* på personer med lette problemer. Oppfølgingstiden var fra tre til 15 måneder. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller på behandlingsmetodene.

XII. Kort kognitiv atferdsterapi

Seks studier sammenliknet *kort kognitiv atferdsterapi* med *standardbehandling* blant personer med alvorlige problemer. Oppfølgingstiden var fra to til seks måneder. Kort kognitiv atferdsterapi fører til stor statistisk signifikant reduksjon av bl.a. alkoholkonsum.

XIII. CRA («Community reinforcement approach») sammenlignet med 12-trinnsprogrammet

Tre studier sammenliknet *CRA* med fra *12-trinnsprogrammet* på personer med moderate/alvorlige problemer. Oppfølgingstiden var mellom 3 og 12 måneder. Behandling med *CRA* førte til en moderat statistisk signifikant reduksjon av bl.a. alkoholkonsum.

XIV. 12-trinnsprogrammet sammenlignet med prosjektet «MATCH»

Tre studier sammenliknet effekt av *12-trinnsprogrammet* med *prosjektet «MATCH»* på personer med moderate/alvorlige problemer. Oppfølgings-tiden var 12 måneder. Behandling med 12-trinnsprogrammet førte til en liten statistisk signifikant reduksjon av bl.a. alkoholkonsum.

XV. Behandling av psykisk syke og hjemløse

Det finnes få randomiserte, kontrollerte studier av den heterogene gruppen psykisk syke misbrukere og hjemløse. Det er flere menn enn kvinner i denne gruppen. 11 randomiserte, kontrollerte forsøk ble funnet. Problemer med å beholde personene i behandling var felles for alle studiene. Oppfølgingstiden varierte fra to til 24 måneder. Et begrenset antall studier viste at *generell støtterådgivning, boligtilbud, herberge, natthjem* osv. alene ikke reduserer alkoholkonsum mer enn standard behandling av hjemløse misbrukere. Men det finnes noen studier av middels kvalitet som viser positive resultater der *«avhengighetsterapeutiske teknikker»* og *strukturert og samordnet pasientstøtte* legges til

rette (for eksempel «case management», «community reinforcement approach», «contingency management»).

Vurdering av metodisk kvalitet

Det ble kun brukt et begrenset antall søketermer i databasene. Derfor er det sannsynlig at ikke alle relevante studier ble funnet. Denne begrensningen er størst for behandling rettet mot hjemløse. Her var det antakelig ikke hensiktsmessig å begrense søket til randomiserte, kontrollerte forsøk. I alt ble 137 randomiserte, kontrollerte studier inkludert i oversiktene. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men studiene var av varierende kvalitet. Opplysninger om de inkluderte studiene er mangelfulle. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, blinding av personell, forskere og deltakere, samt frafall. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall som for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Flertallet av studiene som gjelder moderate og alvorlige alkoholproblem sammenligner en gitt behandling med «standard behandling», der standard behandling vanligvis er dårlig definert. Flere av de spesifikke behandlingsmetodene er imidlertid veldefinerte og basert på detaljerte protokoller.

8 meta-analyser ble gjennomført for studier vurdert som like nok med hensyn til populasjon, tiltak og resultat. Det er ikke diskutert hvorvidt det er hensiktsmessig å gjennomføre meta-analyser, og framgangsmåten for å sammenstille resultatene i meta-analysene kommer ikke tydelig fram. Konfidensintervallet er ikke oppgitt numerisk, men vises kun på diagram. Det er mulig at konklusjonene ikke er forsiktige nok og at effektstørrelsen er overdrevet, men de fleste studiene viser sammenfallende resultater. Derfor er det forsvarlig å trekke generelle konklusjoner.

Behandling av alkoholikere i poliklinikk og på døgninstitusjon

En oversiktsartikkel (11), se tabell 1.19, supplerer SBU – rapporten som dette kapittelet bygger på.

Oversiktsartikkelen med meta-analyse inkluderer 10 randomiserte, kontrollerte studier. Flertallet av studiene har inkludert menn med alkoholikerdignose. Nasjonalitet er ikke oppgitt. Studiene fant sted mellom 1966 og 1988.

Poliklinisk behandling sammenlignet med innleggelse på institusjon?

Det var ingen signifikante forskjeller gruppene imellom, men studiene pekte i retning av at poliklinisk behandling har bedre effekt. Dette var et konsistente funn i alle fire studier.

Dagpasient-tilbud sammenlignet med døgnpasient-tilbud

Kun en av seks studier viste signifikant forskjell i favør av dagpasientstilbud sammenliknet med institusjonsbehandling. Fem andre viste ingen signifikante forskjeller.

Behandling i institusjon sammenlignet med AA (Anonyme Alkoholikere)

Her beskrives studiene så mangelfullt at resultatene ikke kan brukes.

Vurdering av metodisk kvalitet

Forfatterne oppgir ikke søkestrategi. Kvalitetskriterier og vurdering av inkluderte studier er ikke gitt eksplisitt. Forfatterne oppgir ikke hvordan studiene ble inkludert og ekskludert, og framgangsmåten er mangelfull. Kriteriene for å fastsette alkoholiker-diagnosen varierer studiene imellom. Selve innholdet i programmene er mangelfullt beskrevet. Frafall er oppgitt for de fleste studier. Over halvparten av studiene har opp til to års oppfølgingstid. Det er usikkert om det er riktig å sette sammen resultatene i en meta-analyse pga. tildels store kliniske forskjeller studiene i mellom. Resultatene er likevel sammenfallende for alle studiene – noe som styrker konklusjonene.

Resultatene må tolkes med stor forsiktighet.

5.4 Medikamentell behandling av alkoholavhengighet

Innledning

Mange typer legemidler for alkoholavhengighet er vurdert i vitenskapelig litteratur. Visse preparater er kun anvendt for å behandle alkoholavhengige (aversive preparat). Preparater beregnet på nevrologiske eller psykiatriske tilstander er også blitt testet på alkoholavhengige. Eksempler er dopaminagonister, antiepileptika, antidepressiver og preparater med effekt på 5-HT-systemet.

DSM-IV har syv kriterier som definerer *avhengighet*. Tre av følgende syv kriterier må oppfylles:

- Større doser er nødvendig for å få ruseffekt
- Abstinensbesvær oppstår når inntaket avbrytes
- Alkoholinntaket er større eller pågår over lengre tid enn påtenkt
- Sterkt ønske om og/eller mislykkede forsøk på å avbryte forbruket
- Mye av livet går med til å skaffe og konsumere alkohol, og deretter komme seg til hektene igjen
- Forbruket går ut over sosiale aktiviteter eller jobb
- Forbruket fortsetter på tross av fysiske eller psykiske skader.

Ett av følgende fire kriterier må være oppfylt, i følge DSM-IV, for at et *misbruk* foreligger:

- Gjentatt bruk av alkohol eller narkotika som gjør det umulig å innfri forpliktelser på skole arbeid eller i hjemmet
- Gjentatt bruk i risikofylte situasjoner
- Gjentatt kontakt med rettsvesenet på grunn av misbruket
- Forbruket fortsetter på tross av vedvarende sosiale eller mellommenneskelige problemer som skyldes alkoholinntaket.

Innholdet i dette kapittelet baserer seg på kapittelet «Farmakologisk behandling av alkoholberoende» i SBU-rapporten (1) (tabell 1.20) og en Cochraneoversikt (12) (tabell 1.21).

Alle kapitler bortsett fra kapittelet om opioido-pioidantagonister er basert utelukkende på SBU-rapporten. SBU-rapporten vurderte effekt av medikamentell behandling blant alkoholavhengige sammenlignet med ingen behandling eller annen behandling. Forfatterne søkte etter randomiserte, kontrollerte forsøk i Medline, gjennomførte referanselister og kontaktet fagpersoner. 120 randomiserte, kontrollerte forsøk ble tatt med. Oversikten inkluderte kun placebo-kontrollerte, randomiserte forsøk som så på psykofarmakologisk behandling med minst fire ukers behandlingstid i en populasjon på minst 15 personer.

Studiene vurderte effekten av følgende legemidler; Aversiva preparat, disulfiram (Antabus), kalsiumkarbimid (dispan), nevroleptika, dopaminantagonister (Bromocriptin), SSRI-preparat, (zimeldidin, citalopram, viqualin, fluoksetin), preparat med effekt på 5-HT-systemet med samtidig psykososiale behandling, acamprosat, naltrexon og nalmefen, samt øvrige legemidler.

De ulike studiene opererte med ulike utfallsmål. Hovedutfallsmålene var totalavholdenhet, antall alkoholfrie dager, misbrukstans, og antall misbruksfrie dager. En meta-analyse ble gjennomført.

Tabell 1.18 Psykososial behandling av alkoholproblemer

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Berglund M et al, «psykososial behandling for alkoholproblemer» i Berghandling av alkoholmisbrukere som har alkoholproblemer	<i>Problemstilling</i> Hvordan påvirker psykososiale tiltak alkoholkonsum hos alkoholmisbrukere som har alkoholproblemer? Hvordan påvirker mer omfattende psykososiale tiltak alkoholkonsum hos alkoholmisbrukere som har alkoholproblemer? <i>Metode</i> Systematisk oversikt. 139 rapporter, domiserte, kontrollerte forsøk ble funnet. Søk i Medline og to andre databaser samt gjennomgang av referanselister. Upubliserte artikler ble inkludert	Studier som analyserte voksne alkoholmisbrukere ble inkludert. Studier som analyserte farmakologisk behandling, behandling for ungdom, sekundærforebyggende tiltak og aversjonsterapi ble ekskludert. De fleste enkeltstudier ble gjennomført i USA, Storbritannia og Norden. Misbrukets belastning er delt inn i tre kategorier: lett = 1, moderat = 2, alvorlig = 3. Gruppen lett (n=28) innbefatter personer som vurderes ikke å være alkoholavhengige, ofte kalt problembrukere. Til gruppen tung (n=23) regnes pasienter med veldig store komplikasjoner tilknyttet misbruket, f.eks. hjemløse. Flertallet i populasjonen (n=88) er kategorisert som moderat belastede.	Motivasjonssamtaler («motivational interviewing»), biblioterapi (selvhjelpsmanualer), kort kognitiv atferdsterapi, alkoholkonsum (målt på ulike måter) I tillegg varierte oppfølgingsstudien i de ulike studiene.	De ulike studiene opererer med ulike effektmål, men hovedutfallet i metaanalysene forandring i alkoholkonsum (målt på ulike måter) Effektstørrelse 0,50 (moderat effekt, signifikant)	Se tekst for ytterligere opplysninger. 8 meta-analyser ble gjennomført. 3 meta-analyser sammenlikner behandling med ingen behandling, venteliste eller en støttesamtale. Fem meta-analyser sammenlikner ulike psykososiale tiltak. Konfidensintervallet er ikke oppgitt numerisk, men vises kun på diagram. <i>Behandling vs. ingen behandling</i> Effektstørrelse 0,20 (liten effekt, ikke signifikant) <i>Behandling vs. venteliste</i> Effektstørrelse 0,54 (moderat effekt, signifikant) Mer omfattende behandling vs. Støttesamtale Effektstørrelse 0,50 (moderat effekt, signifikant) <i>Standardbehandling kombinert med motivasjonsamtale vs. Standardbehandling</i> Effektstørrelse 0,27 (liten effekt, ikke signifikant) <i>Biblioterapi vs. kognitiv atferdsterapi med vekt på selvkontrolltrening</i> Effektstørrelse 0,32 (liten effekt, ikke signifikant) Kort kognitiv atferdsterapi vs. Standardbehandling Effektstørrelse 1,20 (stor effekt, signifikant) <i>CRA («Community Reinforcement Approach») vs. 12-trinnsprogrammet</i> Effektstørrelse 0,41 (moderat effekt, signifikant) <i>12-trinnsprogrammet vs. prosjekt «MATCH»</i> Effektstørrelse 0,37 (liten effekt, signifikant)	Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier ble funnet fordi søketermer inkludert i søkestrategien er mangelfulle. I alt ble 137 randomiserte, kontrollerte studier inkludert i oversiktene. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men studiene var av variabel kvalitet. Det mangler opplysninger om inkluderte studier, for eksempel om rekruttering til gruppe, metode for fordeling til intervensjon- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, blinding av personell, forskere og deltakere samt frafall. 8 meta-analyser ble gjennomført på studier som var like nok med hensyn til populasjon, tiltak og utfallsmål. Konfidensintervallet er ikke oppgitt numerisk, men vises kun på diagram. Resultatene må tolkes forsiktig, men de fleste studier viser sammenfallende resultater.

Tabell 1.19 For alkoholikere, er poliklinisk behandling like effektivt som innleggelse i institusjon?

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Mattick, RP, Jarvis T. In-patient setting and long duration for the treatment of alcohol dependence? Out-patient care is as good. Drug and Alcohol Review (1994) 13, 127-135.(11)	<i>Problemstilling</i> a) For alkoholikere, er poliklinisk behandling like effektivt som innleggelse i institusjon? b) Er «døgnpasient» tilbud like effektivt som døgnpasienttilbud? c) Er behandling i institusjon bedre enn AA (anonyme alkoholikere)? <i>Metode</i> Oversiktsartikkel med meta-analyse over 10 randomiserte, kontrollerte studier.	Flertallet av forsøkene har inkludert menn med en alkoholiker diagnose. Nasjonaliteter ikke oppgitt. Forsøkene fant sted mellom 1966 og 1988.	a) 25 dager til 8 uker på institusjon sammenliknet med en enkelt sesjon poliklinisk eller ukentlige konsultasjoner (fire studier) b) Innleggelse (9 dager til seks uker) sammenliknet dag pasient tilbud over samme tidsrom. (seks studier) c) Innleggelse sammenliknet med AA, samt tvang/ frivillig behandling.	Drikkeatferd i forhold til alkoholkonsum.	a) Det var ingen signifikante forskjeller gruppene imellom, men en tendens til å favorisere poliklinisk behandling. Konsistent funn i alle fire studier. Effektestimat ¹ i favør av poliklinisk behandling: 6 mnd – 0,24, 6-11 mnd – 0,23, 12-23 mnd – 0,22 b) Kun en av seks studier viste signifikant forskjell i favør av dagpasient tilbud sammenliknet med institusjonsbehandling. Fem andre viste ingen signifikante forskjeller. Effektestimat: Post: +0,02 6 mnd: +0,18 6-11 mnd: +0,07 12-24 mnd: +0,01 c) Her beskrives studiene så mangelfullt at resultatene ikke kan brukes.	Søkestrategi er ikke oppgitt. Kvalitetskriterier og vurdering av inkluderte studier er ikke gitt eksplisitt. Det er ikke oppgitt hvordan studier ble inkludert og ekskludert. Framgangsmåten er mangelfull. Kriteriene for å fastsette alkoholiker-diagnosen varierer studiene imellom. Selve innholdet i programmene er mangelfullt beskrevet. Frafall er oppgitt for de fleste studier. Over halvparten av studiene har opp til to års oppfølgingstid. Det er usikkert om det er riktig å sette sammen resultatene i en meta-analyse pga. Tildels store kliniske forskjeller studiene i mellom. Men for alle studiene er resultatene sammenfallende – noe som styrker konklusjonene. Resultatene må tolkes med stor forsiktighet.

¹ Effektestørrelse blir av forfatterne foreslått tolket slik: 0,20, 0,50 og 0,80 betyr «liten», «moderat» og «stor» forskjell mellom grupper (referer til Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences, Hillsdale, New Jersey: erlbaum Ass, 1987.

Cochrane-oversikten vurderte effekt av opioido-
pioidantagonister for å forebygge tilbakefall hos
tidligere alkoholavhengige. Forfatterne søkte i fle-
re databaser etter kontrollerte forsøk, søkte gjen-
nom referanselister og kontaktet fagpersoner. Stu-
diene vurderte effekten av følgende legemidler:
Naltrexon, nalmefen og øvrige opioido-
pioidantagonister. Studiene opererte med ulike utfallsmål,
men hovedutfallet var forandring i alkoholkonsum.

Resultater

Hovedkonklusjoner:

- Disulfiram, acamprosat, naltrexon og nalmefen kombinert med overvåking eller rådgivning reduserer alkoholforbruket hos alkoholavhengige. Dette er vist i mange studier.
- Et begrenset antall studier tyder på at SSRI-preparatet ved riktig dosering kan redusere alkoholkonsum hos alkoholavhengige.
- Et tilstrekkelig antall studier viser at opioido-
pioidantagonister hindrer tilbakefall ved 3 må-
neder, men det er ikke dokumentert at de har
langvarig effekt på tidligere alkoholavhengige.
- Et begrenset antall studier av variabel kvalitet
viser ikke noen reduksjon i alkoholforbruk ved
bruk av neuroleptika, dopaminantagonister og
preparater som virker på 5-HT-systemet (kom-
binert med psykososial behandling) på alko-
holavhengige.

I. Aversive preparat (disulfiram eller kalsiumkarbimid)

Tre gode, placebo-kontrollerte, randomiserte for-
søk sammenliknet effekt av *disulfiram* (Antabus)
(n=2) og *kalsiumkarbimid* (Dipsan) (n=1) med *pla-
cebo* på alkoholavhengige. De to preparatene viste
ingen virkning sammenliknet med placebo, bort-
sett fra én studie som viste positivt resultat for
behandling med disulfiram kombinert med over-
våking.

Seks kontrollerte, randomiserte forsøk sammenlik-
net *disulfiram* (200-250 mg) med og uten overvå-
king. En randomisert, kontrollert studie sammen-
liknet *kalsiumkarbimid* (100 mg) med og uten over-
våking på alkoholavhengige. Studiene viste bedre
effekt ved overvåket behandling for både alkohol-
konsum og frafall enn behandling uten overvåking.
De fleste resultater var statistisk signifikante. Stu-
diene varierte fra middels til god kvalitet.

II. Neuroleptika

10 kontrollerte, randomiserte forsøk sammenlik-
net *neuroleptika* med *placebo* for alkoholavhengi-
ge. Resultatene i studiene er tvetydige. Studiene
som viste positive resultater, var av dårlig kvalitet.
Nyere, upubliserte studier har ikke gitt de samme
positive resultatene.

III. Dopaminantagonister (bromocriptin)

Fem kontrollerte, randomiserte forsøk sammenlik-
net *dopaminantagonister* med *placebo* eller *annen
behandling* på alkoholavhengige. Fire av fem studi-
er så på effekt av bromocriptin. Resultatene i studi-
ene er tvetydige. Studiene var gode.

IV. SSRI-preparater (zimeldidin, citalopram, viqualin, fluoxetin)

Seks kontrollerte, randomiserte forsøk sammen-
liknet effekt av *ulike SSRI-preparater* med *placebo*
på personer som ikke var avhengige av alkohol,
men hadde høyt alkoholkonsum. Resultatene i stu-
diene er tvetydige. I noen studier gis høye doser
med SSRI-preparater (for eksempel citalopram
40mg/dag, fluoxetin 60mg/dag, viqualin 200mg/
dag) og der er det påvist redusert alkoholkonsum i
noen uker.

V. Preparater med effekt på 5-HT-systemet (serotonin, buspiron, ritanserin, ondansetron, tiraneptin) kombinert med psykososial behandling

Syv kontrollerte, randomiserte forsøk sammenlik-
net *preparater med effekt på 5-HT-systemet* med *pla-
cebo*. Seks av disse studiene kombinerte farmako-
logisk og psykososial behandling. Resultatene i
studiene er tvetydige. Studiene varierer fra mid-
dels til god kvalitet.

VI. Acamprosat

16 kontrollerte randomiserte forsøk sammenliknet
acamprosat (1333 mg til 2000 mg) med *placebo*
blant alkoholavhengige. I nesten alle studier fikk
gruppene rådgivning eller et annet psykososialt
tiltak i tillegg. En meta-analyse ble også utført.
Acamprosat ser ut til å øke totalavholdenhet og
antall alkoholfrie dager når det kombineres med
rådgivning eller et annet psykososialt tiltak. Sjan-
sen for tilbakefall er cirka 46 % mindre ved behan-
dling med acamprosat enn med placebo. Det er ikke
kjent hvordan legemiddelet virker, eller hvilke pa-

sienter som er aktuelle kandidater for behandlingen. Studiene varierte fra middels til god kvalitet.

VII. Opioidagonister (*naltrexon* og *nalmefen*)

SBU-rapporten inkluderte 16 kontrollerte, randomiserte forsøk som sammenliknet *naltrexon* (50 mg) eller *nalmefen* (40-80 mg) med *placebo* på alkoholavhengige. I nesten alle studier fikk gruppene rådgivning eller et annet psykososialt tiltak i tillegg. De fleste studier viser signifikant reduksjon i antall misbruksdager. Studiene var gode.

En Cochrane-oversikt har også vurdert effekten av opioiddopiodantagonister (*naltrexon*, *nalmefen*). Den inkluderte 11 kontrollerte forsøk som sammenliknet effekt av *naltrexon* eller *nalmefen* med og uten samtidig psykososial behandling med *placebo*. Behandlingstiden var 12 uker. Tre måneder etter avsluttet behandling viste studiene statistisk signifikante reduksjon av tilbakefall, antall alkoholfrie dager og alkoholkonsum, men det var ingen forskjeller mellom gruppene ved seks og 12 måneder. Studiene var av middels til god kvalitet.

VIII. Øvrige legemidler mot *placebo*

Følgende legemidler har også blitt vurdert:

- Gammahydroxismørsyre – En studie (positivt resultat)
- Enalaprid – En studie (ingen effekt)
- Atenol – En studie (ingen effekt)
- Litium – Syv studier (ingen effekt)

Det mangler dokumentasjon for å bedømme effekten av legemidlene ovenfor, bortsett fra litium. Litium ser ikke ut til å ha noen effekt på alkoholavhengighet.

IX. Komorbiditet

Syv studier så på effekten av *antidepressiv behandling* kombinert med *farmakologisk behandling* på pasienter med dobbeldiagnose, dvs. *alkoholavhengighet sammen med annen psykisk sykdom* (depresjon og angst). Fem av seks studier viste positive resultater ved behandling av depresjon og angst hos alkoholavhengige pasienter, mens bare én studie viser effekt på alkoholkonsum. Det mangler dokumentasjon på at slik behandling påvirker alkoholavhengighet.

Vurdering av metodisk kvalitet

SBU-rapport: Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier ble funnet, fordi det kun ble søkt i én

database. Forfatterne har gitt en god oppsummering av de fleste inkluderte enkeltstudiene. De presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Det mangler imidlertid opplysninger om noen av de inkluderte studiene, for eksempel rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, blinding av personell, forskere, deltakere samt etterlevelse (compliance). Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

Cochraneoversikt: Framgangsmåten som ble brukt i den systematiske oversikten er tilstrekkelig. Det er sannsynlig at de fleste studier ble funnet og forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Detaljer om inkluderte studier er oppgitt. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

5.5 Medikamentell behandling ved opioidabstinens

Innledning

Opioidavhengighet assosieres ofte med psykiatrisk komorbiditet, multippel stoffavhengighet, familieproblemer, arbeidsløshet og kriminalitet. Abstinensbehandling er ingen behandling av selve opioidavhengigheten, men ofte første steg mot en annen eller lengre behandling. Abstinensbehandling kan også være siste ledd i en lengre tids behandling av avhengighet. I vitenskapelig litteratur har man sett på behandling både i lukket og åpen institusjon.

Opioidabstinenssyndromet karakteriseres av symptomer koblet til neurofysiologisk binding i opioidenes målorganer, som igjen fører til blant annet kardiovaskulære, sentralnervøse og gastrointestinale symptomer. Virkningen medieres først og fremst av noradrenalin. Heroinabstinens setter inn fire til seks timer etter siste heroindose. Maksimale symptomer sees etter 24-48 timer, men kan pågå i 7-14 dager.

Tre hovedformer for behandling av opioidabstinens er dokumentert i vitenskapelig litteratur:

1. «Non-rapid»

Denne behandlingsformen går som regel over to uker. I hovedsak brukes to medikamenttyper: ikke-opioider og opioidantagonister.

Med ikke-opioider menes først og fremst partielle- α -2 adrenerge agonister som klonidin (Cata-

Tabell 1.20 Farmakologisk behandling av alkoholavhengige

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
«Farmakolo- gisk behand- ling av alko- holberoende» i Behandling av alkohol- och narkoti- kaproblem rapport nr. 156 (Vol. I og II) 2001, SBU: Stock- holm (1)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekten av legemiddelbe- handling for alkoholavhengighet sammenlignet med ingen behandling <i>Metode</i> Kunnskapsoppsummering av ran- domiserte, kontrollerte forsøk. For- fatterne søkte i én database – Med- line, søkte gjennom referanselister og kontaktet fagpersoner. I oversikten inkluderte med placebo- kontrollerte randomiserte forsøk som så på psykofarmakologisk behand- ling med minst fire ukers behand- lings tid og en populasjon på minst 15 personer.	Studier fra flere land ble inklu- dert, deriblant de nordiske landene. I de fleste stu- diene ble alko- holavhengighet definert etter ICD-10 eller DSM-kodings- systemet.	Aversiva-preparater Disulfiram (An- tabus), Kalsiumkarbimid (Dispan) Nevroleptika Dopaminantagonis- tantonister SSRI-preparat Preparat med virk- ning på 5-HT-syste- met kombinert med psykososial behand- ling Acamprosat Naltrexon og Nalme- fen Øvrige legemidler	Studiene opererer med ulike utfalls- mål. Hovedut- fallsmålene var: Totalavhol- denhet, antall alkoholfrie dager, mis- brukstans, antall mis- bruksfrie dager.	En meta- analyse ble gjennom- ført. Odds Ratio ble beregnet for Acam- prosat sam- menlignet med place- bo: OR på 0,54 95 % KI 0,47-0,63 (signifikant)	Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier ble funnet da det kun ble søkt i én database Forfatterne har gitt en god oppsummering av de fles- te inkluderte enkeltstudie- ne. De presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Men det er util- strekkelige opplysninger om noen inkluderte studier, for eksempel om re- kruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon- og kontroll- gruppe, forskjeller ved studiestart, blinding av personell, forskere og deltakere samt etterlevel- se (compliance).

Tabell 1.21 Behandling av alkoholavhengighet med opiodantagonister

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Srisuranont, M et al, «Opioid antagonists for alcohol dependence» i Cochrane Library, 2002, The Cochrane Collaboration (12)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekten av opioid-antagonister med eller uten samtidig psykososial behandling på alkoholavhengighet? <i>Metode</i> Inkluderte kontrollerte forsøk. Forfatterne søkte i flere databaser, i referanselister og kon-taktfagpersoner.	Studier fra flere land ble tatt med. Studien dreier seg om alle kategorier alkohol-avhengige personer.	Opioid anta-gonister med psyko-sosial be-handling, eller an-tagonister alene.	Forandring i alkoholkon-sum.	11 kontrollerte forsøk av så på effekt av antagonister med/uten samtidig psykososial behandling. Behand-lingstiden varte i 12 uker. 3 måneder etter avsluttet behandling så man enstatistiske signifikant reduksjon i tilbakefall (Relativ Risiko 0,50 95 % KI 0,32-0,79), en økning i antall alkoholfrie dager og redusert alkoholkonsum. Det var imidlertid ingen for-skjeller mellom gruppene ved 6 og 12-måneder. Det er noe dokumentasjon for at antagonister tilbakefall hos tidligere alkoholavhengige de 3 første månede-ne etter avsluttet behandling, men det er ikke doku-mentert at behandlingen har en langvarig effekt.	Forfatterne har brukt en tilstrekke-lig framgangsmåte for å utarbeide den systematiske over-sikten. Det er sann-synlig at de fleste studier ble funnet og forfatterne presi-serer hvilke kriteri-er de har benyttet for å vurdere meto-disk kvalitet. Detal-jer om de inkluder-te studiene er opp-gitt.

presan). α -2-agonister påvirker den presynaptiske noradrenalinreseptoren α -2 i locus coeruleus. Her hemmes frigjøring av noradrenalin som delvis medierer abstinenssymptomene ved stans i opioidtilførsel. En fordel med de α -2 adrenerge preparatene er at de ikke fører til toleranseutvikling eller gir avhengighet.

Opioidantagonistbehandling skjer vanligvis med bruk av metadon. Prinsippet er basert på substitusjon; en opioidtagonist erstatter en annen. Det er også forsket på den partielle opioidagonisten buprenorfin. Opioidagonistbehandling er forbundet med risiko for toleranse og avhengighetsutvikling.

I mange tilfeller brukes også α -2-agonister og opioidopioidagonister sammen.

II. «Rapid»

Ved de raske abstinensbehandlingene reduseres behandlingstiden til en knapp uke ved å påskynde abstinensutvikling. Dette gjøres ved å gi en opioidantagonist, vanligvis naltrexon (Revia), i tillegg til α -2-agonister. I noen tilfeller får pasientene også buprenorfin (opioidopioidagonist). Behandlingen begynner vanligvis med klonidin. Samme dag eller dagen etter gis naltrexon i tillegg. Den α -2 adrenerge agonisten reduserer de akutte symptomene knyttet til antagonistbehandlingen. En fordel med denne behandlingsmetoden er at visse pasienter kan fortsette med naltrexon for å forebygge tilbakefall.

III. «Ultra-rapid»

Behandlingen bygger på samme prinsipp som ved «rapid», men her skjer deler av behandlingen i narkose eller ved sedasjon. Pasientene behandles intravenøst med en opioidantagonist. Behandlingen pågår i noen timer eller dager.

Innholdet i dette kapittelet bygger på kapittelet «Farmakologisk behandling av opioid- og kokainberoende» i SBU-rapporten (1) (tabell 1.22) og fire Cochrane-oversikter (13-16) (se tabell 1.23).

SBU-rapporten vurderer effekt av medikamentell behandling for opioidabstinens hos opioidavhengige. Forfatterne søkte i Cochrane Library og Medline etter systematiske oversikter og randomiserte, kontrollerte forsøk. Kun 33 randomiserte studier med totalt 2258 pasienter ble inkludert, samt 6 oversiktsartikler. Ingen meta-analyser ble funnet. De inkluderte primærstudiene var utført i flere land. Forfatterne anså det ikke som hensiktsmessig å gjennomføre meta-analyser på grunn av store ulikheter i studiene.

Studiene vurderte effekt av «non-rapid», «rapid» og «ultra-rapid» behandlingsmetoder.

De primære utfallsmålene var abstinensutvikling og om pasientene ble værende i behandling. Sekundære utfallsmål var opioidmisbruk og blodtrykksfall.

De fire Cochrane-oversiktene tar for seg følgende former for medikamentell abstinensbehandling av opioidavhengighet:

- α -2 adrenerge agonister («non-rapid»)
- α -2 adrenerge agonister sammenlignet med nedtrapping av metadon («non-rapid»)
- Buprenorfin («non-rapid») alene eller sammenlignet med klonidin
- Metadon («non-rapid»)
- Opioid ved lett eller dyp sedasjon («ultra-rapid»)

Felles for alle oversikter var at forfatterne søkte etter randomiserte, kontrollerte forsøk i flere databaser, inklusive Cochrane Library, Medline og Embase ved bruk av en omfattende søkestrategi. Referanselister og konferanseabstrakt ble også gjennomgått samt at fagpersoner og medisinfirmaer ble kontaktet. Artiklene ble inkludert uavhengig av språk.

Resultater

Hovedkonklusjoner:

- Mange studier viser sammenfallende resultater: α -2 adrenerge agonister reduserer abstinenssyndrom for opioidavhengighet mer enn placebo hos pasienter som samtidig får metadonbehandling. Det mangler fortsatt dokumentasjon for å fremme et spesielt preparat innen gruppen adrenerge agonister. Et begrenset antall studier tyder på at buprenorfin er minst like effektiv som klonidin ved abstinensbehandling for opioidavhengighet.
- Et begrenset antall studier viser at abstinenser kommer raskere og gir seg tidligere ved bruk av α -2 adrenerge agonister enn med kun metadon. Studiene viser også at flere klarer å gjennomføre abstinensbehandling om de får metadon. I tillegg viser et begrenset antall studier at metadonbehandling kombinert med andre støttetjenester (for eksempel rådgiving) gir bedre resultater enn metadonbehandling alene.
- Et begrenset antall studier viser at abstinensene gir seg tidligere hvis man supplerer vanlig abstinensbehandling med en opioidantagonist («rapid» behandling). Dette krever motiverte pasienter, for antagonistene gis kun ved sterke abstinenser. Det er imidlertid ingen doku-

mentasjon for at færre pasienter fortsetter behandlingen ved bruk av en opioidantagonist. Et begrenset antall studier tyder på at det å supplere med en opioidagonist, fører til at flere fortsetter med naltrexonbehandling.

- Et begrenset antall studier viser at «ultrarapid» behandling, dvs. at behandlingen gis i narkose eller ved sedasjon, eventuelt kan tilpasses for pasienter med stor angst for abstinensutvikling eller som har mislykkes med tidligere behandlinger. Behandlingen kan imidlertid øke risiko for både morbiditet og mortalitet.

1. «Non-rapid»

Hvis ikke annet er oppgitt er resultatene i dette kapittelet hentet fra SBU-rapporten.

Adrenerge antagonist

Fem studier med totalt 185 pasienter sammenliknet effekt av *klonidin* mot *placebo* på pasienter som samtidig får metadonbehandling. Fire studier viste at *klonidin* ser ut til å redusere abstinenssymptom mer effektivt blant opioidavhengige sammenliknet med *placebo*. Oppfølgingstiden var opp til 14 dager etter avsluttet behandling. Studiene varierte fra middels til god kvalitet.

Fem studier med totalt 244 pasienter sammenliknet *klonidin* med *andre adrenerge antagonist* på pasienter som samtidig får metadonbehandling (*guanfacin*, *lefetamin*, *lofexidin*). En studie sammenliknet *klonidin* med *guanfacin* og viste ingen forskjeller for blodtrykk eller abstinenssymptomer. En studie sammenliknet *klonidin* og *lefetamin* på metadonbehandlede pasienter, og viste ingen forskjeller mellom gruppene for abstinenssymptomer og å forbli i behandling. Tre studier sammenliknet *klonidin* og *lofexidin* og viste ingen forskjeller for utvikling av abstinens. Det kunne imidlertid tyde på at *lofexidin* gir færre bivirkninger, for eksempel lavt blodtrykk. En Cochrane-oversikt (13) bekrefter disse resultatene. Det er ikke noe dokumentasjon for å fremme et spesielt preparat innen gruppen α -2 adrenerge agonister. Studiene varierte fra middels til god kvalitet..

En studie med 100 pasienter sammenliknet *klonidin* og *doxepin* (*tricyclisk antidepressiva*). Resultatene var tvetydige. Det mangler fortsatt kunnskap for å kunne sammenlikne ovennevnte legemidler.

Adrenerge agonister sammenliknet med opioidagonister

Fire gode studier med totalt 216 pasienter sammenliknet effekt av *klonidin* med *buprenorfin*. Deltagerne i studiene fikk inntil en dose *buprenorfin* opp til 1, 2 mg per dag, men dosering og behandlingsopplegg varierte fra studie til studie. Hovedutfallsmålene var abstinensutvikling, bivirkninger, og fortsette behandling. To av studiene viser at *buprenorfin* er mer effektiv mot abstinensutvikling enn *klonidin*, mens de to andre studiene ikke viser noen forskjell. Flere studier tyder på flere bivirkninger i *klonidingruppen*. En Cochrane-oversikt (16) bekrefter disse resultatene.

Syv middels gode studier med totalt 506 pasienter sammenliknet effekt av ulike α -2 adrenerge agonister med *metadon*. Fem studier sammenliknet *klonidin* med *metadon*. Studiene viser at *klonidin* og *metadon* er like effektive mot abstinensutvikling. En studie viste at det ikke var noen forskjell mellom *klonidin* og *metadon* for å fortsette behandling. Oppfølgingstiden etter avsluttet behandling var i de fleste studier opptil 21 dager. Noen studier tyder på at flere var utsatt for ortostatisk hypotensjon i *klonidingruppen*. Det er noe dokumentasjon for at *klonidin* gir flere bivirkninger enn *metadon*.

En Cochrane-oversikt (14) har sammenliknet α -2 adrenerge agonister med *nedtrapping av metadon*. Totalt 10 studier ble funnet. De inkluderte studiene er utført i flere land. I de fleste studier ble α -aderenerger tatt oralt enten på sykehus eller i poliklinikk. Hovedutfallsmålene var abstinensutvikling, bivirkninger og hvorvidt pasientene forble i behandling.

Studiene viser sammenfallende resultater. Behandlingsmetodene ser ut til å ha like god effekt ved abstinensbehandling, men signifikant flere pasienter i metadongruppen gjennomførte behandlingen. De fleste studiene viste at abstinensene gir seg tidligere ved bruk av α -aderenerge antagonist enn med *metadon*. *Klonidin* er assosiert med flere bivirkninger (lavt blodtrykk, svimmelhet, munntørrhet, slapphet) enn *metadon*. I metadongruppen ble flere værende i behandling. Studiene varierte fra middels til god kvalitet.

Opioidagonister

En studie med bare 22 pasienter sammenliknet *metadon* med *placebo*. Studien så på pasienter som umiddelbart går fra heroin til *buprenorfin*, og deretter til enten *metadon* eller *placebo*. 8 av 11 *placebopasienter* måtte ha behandling med *metadon*,

noe som tyder på at metadon er effektivt. Dette bekreftes også i en Cochrane-oversikt som har sett på effekten av metadonbehandling (16).

To studier med 95 pasienter sammenliknet *metadon* med *buprenorfin*. Studiene viste ingen forskjell i effekt på abstinensrelaterte symptomer, å forbli i behandling, eller forsette misbruket. Studiene var gode, men det mangler fortsatt kunnskap for å sammenlikne ovennevnte legemidler.

En middels god studie med 72 pasienter sammenliknet *metadon* med *propoxyfen*. Studien viste at metadon er mest effektiv med hensyn til abstinensutvikling og å forbli i behandling, men resultatene av opioidpositive urinalyser var like. En måned etter avsluttet behandling hadde halvparten av begge grupper falt tilbake til heroinmisbruk. Det mangler fortsatt kunnskap for å sammenlikne ovennevnte legemidler.

En studie av bare 24 pasienter sammenliknet *metadon* med *klordiazepoxid* (*angstdempende medikament*). Studien viste ingen forskjeller mellom behandlingene med hensyn på abstinensutvikling og å bli værende i behandling. Den var middels god. Det mangler fortsatt kunnskap for å sammenlikne ovennevnte legemidler.

En Cochrane-oversikt (16) har også sett på effekt av metadon mot opioidavhengighet. Doseringen av metadon ved behandlingstart varierte fra 20mg til 60mg per dag. Hovedutfallsmålene var abstinensutvikling, bivirkninger og å fortsette behandling. Seks studier sammenliknet *ulike behandlingsopplegg for metadon*. Det synes som om de fleste behandlingsopplegg for metadon er like effektive, selv om det er noen forskjeller i omfang og karakter av abstinensutvikling for de ulike oppleggene (f.eks preparat og dosering). Et begrenset antall studier viser at abstinenssymptomene reduseres når metadondosene nedtrappes eller behandlingen erstattes med et opioid med lang nedbrytningstid. Et begrenset antall studier viser bedre resultater ved å tilby andre støttetjenester (for eksempel rådgiving) kombinert med legemiddelbehandling ved abstinens. Studiene var av middels til god kvalitet.

II. «Rapid»

Adrenerge agonister kombinert med opioidantagonister eller partiell opioidagonist (buprenorfin)

Resultatene i dette kapittelet er hentet fra SBU-rapporten.

En god studie med 152 pasienter sammenliknet 1) *placebo*, 2) *klonidin* med 3) en *kombinasjon*

av *klonidin* og *naltrexon/naloxon*. Etter 48 timer viste *klonidin* bedre effekt enn de to andre alternativene (*placebo* og *kombinasjonsbehandling*) for å redusere abstinenssymptomer. Etter 72 timer viste både *klonidin* og *kombinasjonsbehandling* bedre effekt enn *placebo*, men det var ingen forskjell i abstinensnivå for de to aktive behandlingsalternativene. At *kombinasjonsalternativet* i starten ikke reduserte abstinenssymptomene i samme grad som *klonidin*, førte ikke til større frafall i denne gruppen. Tre måneder etter avsluttet behandling hadde 58 % av pasientene i gruppe 1, 85 % i gruppe 2 samt 91 % i gruppe 3 fortsatt behandlingen.

En middels god studie med 162 pasienter sammenliknet 1) *klonidin*, 2) *buprenorfin* (med senere tilskudd av *klonidin* og *naltrexon*), og 3) en *kombinasjon* av *klonidin* og *naltrexon*. Behandlingsalternativene var likeverdige med hensyn til å fortsette behandling, mens *buprenorfin* var bedre enn de to andre alternativene for abstinensutvikling. 65 % av deltakere i gruppe 1 og 81 % av deltakere i gruppe 2 og 3 hadde fortsatt med *naltrexon* etter initial behandling.

En god studie med 98 pasienter sammenliknet: 1) *klonidin* i 5 dager, 2) *klonidin kombinert med opioidantagonister* i 2 dager og 3) *metadon* i 10 dager. Det er ikke oppgitt hvilke opioidantagonister som ble brukt. De to første behandlingsalternativene viste bedre resultater for abstinenssymptomer enn *metadon* fra dag 6. Effekten var den samme for begge alternativene. Tre måneder etter avsluttet behandling hadde 53 % av pasientene i gruppe 1, 75 % i gruppe 2 og 26 % i gruppe 3 fortsatt *naltrexonbehandling*.

En god studie med bare 60 pasienter sammenliknet to behandlingsgrupper: *Buprenorfin + klonidin* med eller uten *naltrexon*. Ved tillegg av *naltrexon* på dag 2 økte abstinensproblemene og 25 % av pasientene i denne gruppen falt bort/sluttet med behandling. Den sammenlagte abstinensutviklingen var allikevel lik mellom de to behandlingsmodellene. Det forelå heller ingen forskjell på å bli værende i behandling på dag åtte.

III. «Ultrarapid»

I de tilfeller hvor ikke annet er oppgitt, er resultatene hentet fra SBU-rapporten.

En liten, god studie med 18 pasienter sammenliknet *intravenøs naloxonbehandling i narkose* med *placebo*. Studien viste at *naloxon* er mer effektiv enn *placebo* til å redusere abstinenssymptomer, men resultatet må bekreftes av større studier.

En studie med 300 pasienter sammenliknet behandling med *klonidin* og *naloxon/naltrexon* ved

lett eller dyp sedasjon. Behandlingen skjedde med intravenøs naloxon, klonidin subkutan og naltrexon i tablettform. Det ble ikke vist noen forskjeller mellom gruppene med hensyn til abstinensutvikling, heller ikke blant pasienter som fikk lett sedasjon. Pasientene ble skrevet ut etter et døgn og fortsatte med naltrexon i et års tid. Ved oppfølging etter en måned var 93 % av pasientene opioidfrie. Studien var gode.

En Cochrane-oversikt (13) har også prøvd å se på effekt av opioidantagonister ved lett eller dyp sedasjon, men det ble ikke funnet studier som sammenliknet opioidantagonister med andre behandlingsmetoder, og som samtidig møtte inklusjonskriteriene

Vurdering av metodisk kvalitet

SBU-rapporten: Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier ble funnet fordi antall søketermer brukt i databasesøkene er utilstrekkelige. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Studiene var av variabel kvalitet. Det er utilstrekkelige opplysninger om inkluderte studier, for eksempel om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, blinding av personell, forskere og deltakere samt frafall. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet, men de fleste studiene viser sammenfallende resultater.

Cochrane-oversikter: Det er sannsynlig at relevante studier ville ha blitt funnet. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men primærstudiene var av variabel kvalitet. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Stort sett er det hensiktsmessig å sammenstille resultatene i en meta-analyse. I tillegg viser de fleste studier sammenfallende resultater.

5.6 Psykososial behandling av narkotikaproblemer

Innledning

Innenfor psykososial behandling brukes flere behandlingsmetoder som er dokumentert i vitenskapelig litteratur. Disse kan deles inn i:

- *Tiltak som inkluderer familie og pårørende* bygger ofte på å organisere et godt samarbeid mellom pasienten og familien/apparatet rundt. Behandlingen er vanligvis ikke basert på veilede-

re/retningslinjer og utformingen av den er som regel upresist beskrevet i litteraturen. Ett eksempel er miljøterapeutiske modeller i institusjon, der gruppepress anvendes som et sentralt virkemiddel. Andre anvendte metoder er rådgivning i form av selvhjelpsbevegelser (for eksempel Anonyme Alkoholikere og Anonyme Narkomane), avslapning, akupunktur, gestaltterapi, suggesjonsbehandling, «case-management». Rådgivningen kan være kombinert med farmakologiske og somatiske behandlingsmetoder.

- *Tiltak som bygger på læringsteori* og som er rettet mot å endre misbruksatferden. Her brukes både vanlige former for atferdsterapi og teknikker spesielt rettet mot selve misbruket. Det er vanligvis påkrevd med fagutdannet personell. Et eksempel er rådgiving («drug counselling») der misbrukeren får systematisk opptrening i å unngå situasjoner som kan lede til tilbakefall, og samtidig skape nye og bedre tilpasningsstrategier. Rådgiving er i dag det vanligste supplementet til andre behandlingsmetoder i USA. Rådgiving i en eller annen form er den vanligste behandlingen for kontrollgruppene i de inkluderte studiene.
- *Psykotераapeutiske metoder* som familieterapi, kognitiv terapi og dynamisk orientert behandling. Dette er mer krevende intervensjoner, både når det gjelder behov for fagutdannet personell, struktur og ressurser. Målet er ikke bare å endre misbruksatferd; man prøver også å oppnå endring på flere andre livsområder, for eksempel symptomlindring og personlighetsutvikling. Ett eksempel er dynamisk orientert behandling med sterk vekt på den terapeutiske relasjonen, der innsikt i egne reaksjonsmønstre og konflikter anses som en forutsetning for å oppnå endring.

Innholdet i dette kapittelet baserer seg på kapittelet «Psykososial behandling av narkotikaberoende» i SBU-rapporten (1) (se tabell 1.24). Forfatterne søkte etter studier i Cochrane Library, Medline og Alconline. Referanselister ble også gjennomført, og både upubliserte og publiserte artikler ble inkludert. I alt ble 799 randomiserte, kontrollerte studier og fire kohortstudier inkludert. De fleste studiene ble gjennomført i engelskspråklige land. Det ble utført flere meta-analyser, der intervensjonene sammenliknes med standard behandling på opiatavhengige og kokainavhengige. I tillegg ble det laget meta-analyse som sammenliknet behandling på institusjon med andre behandlingstilbud. Oversikten vurderte effekt av tiltak som in-

Tabell 1.22 Abstinensbehandling ved opioidavhengighet

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Berglund M et al, «Farmakologisk behandling av opioid- og kokainbe- roende» i Be- handling av alkohol- og narkotika- Problem. Rap- port nr. 156 (Vol. I og II) 2001, SBU: Stockholm (1)	<i>Problemstilling</i> Hvilken effekt har farmako- logisk behandling sammen- liknet med placebo mot avhengighet? <i>Metode</i> Hvilken farmakologisk be- handling har best effekt? Kunnskapsoppsummering. 33 randomiserte, kontrollerte forsøk og 6 ble funnet. Det ble søkt i Medline og Cochrane Library.	Inkluderte studier med voksne opioi- davhengige. Studiene ble gjennomført i flere land.	Sammenlik- ning av «Non- rapide», «Rapi- de» og «Ultra- rapide» be- handlingsme- toder. Det vil først og fremst si behandling med-2 adre- nerge antago- nister og opioidagonis- ter.	Det opereres med ulike effektmål i de ulike studie- ne, men ho- vedutfall var å fortsette behandling. Sekundære utfall var opioidmis- bruk og blod- trykksfall.	Ingen meta- analyser.Se tekst.	Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier ble funnet fordi termer inkludert i søkestrategien er mangelfulle. I alt ble 33 randomiserte, kontrollerte studier og 6 oversikter inkludert. Forfat- terne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Men studiene var av variabel kvalitet. Det er utilstrekkelige opplysninger om inkluderte studier, for eksempel om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon- og kontroll- gruppe, forskjeller ved studiestart, blin- ding av personell, forskere og deltakere og frafall. Resultatene må tolkes med varsomhet, men de fleste studiene viste sammenfal- lende resultater.

Tabell 1.23 Abstinensbehandling ved opioidavhengighet

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Gowling et al, 1. «Opioid antagonists under sedation or anaesthesia for opioid withdrawal», (13)	<i>Problemstilling</i> Hvilken effekt har farmakologisk behandling sammenliknet med placebo mot avhengighet?	Inkluderte studier med voksne opioid-avhengige. Studien ble gjennomført i flere land.	Opioid antagonist, $\square$ 2-agonister, buprenorfin, metadon	Hovedutfallene var abstinensutvikling, og fortsatt behandling.	Se tekst for ytterligere opplysninger. Flere meta-analyser sammenliknet legemidler med placebo eller alternative preparater med hensyn til 1) fortsatt stoffmisbruk/tilbakefall og 2) fortsatt behandling.	Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Primærstudiene var av variabel kvalitet. Det er hensiktsmessig å sammenstille resultatene i en meta-analyse. I tillegg viser de fleste studier sammenfallende resultater.
2. «Alpha2 adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal», (14)	Hvilken farmakologisk behandling har best effekt?				<i>Metode</i> Fire systematiske oversikter. Felles for alle oversikter var at forfatterne søkte i flere databaser inklusive Cochrane Library, Medline og Embase etter randomiserte, kontrollerte forsøk ved bruk av en omfattende søkestrategi. Referanselister og konferanseabstrakter ble gjennomgått. Fagpersoner og medisinfirmaer ble kontaktet. Artiklene ble inkludert uavhengig av språk.	
3. «Buprenorphine for the of opioid withdrawal», (15) og					Ingen meta-analyser $\square$ 2-agonister mot placebo Ingen meta-analyser Buprenorfin	
4. Amato et al «Metadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal», (16) i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford					Ingen meta-analyser $\square$ 2-agonister mot metadon 1. Odds Ratio 2,27 95 % KI 1,04-4,94 (signifikant reduksjon ($\square$ 2-agonister)) 2. Odds Ratio 0,23 95 % KI 0,13-0,42 (signifikant reduksjon ($\square$ 2-agonister))	

kluderer familie og pårørende, og intervensjoner som bygger på læringsteori eller psykoterapeutiske metoder. Misbrukets belastning er kategorisert i de fleste studier. Hovedutfallet var forandring i stoffmisbruk (inklusive antall stoffrie deltagere) og fortsatt behandling.

Resultater

Hovedkonklusjoner:

- Et begrenset antall studier viser at *tiltak som inkluderer familie og pårørende* ikke har større effekt blant kokain- og opiatavhengige enn standardbehandling.
- Et tilskrekkelig antall studier viser at *tiltak som bygger på læringsteori* (kombinert med metadonbehandling for opioidavhengige), øker antall stoffrie pasienter opp til 6 måneder, men det er mulig at tiltakene samtidig øker frafallet blant kokain- og opiatavhengige.
- Tiltak som bygger på *psykoterapeutiske metoder*, gir en liten økning i antall stoffrie pasienter, og en moderat reduksjon i frafall blant opioidavhengige. Det finnes ingen tilsvarende dokumentasjon for kokainmisbruk.
- Ingen randomiserte, kontrollerte studier av psykososiale behandlingsmetoder ved amfetaminavhengighet ble funnet. Et begrenset antall studier viser tvetydige resultater for effekt av psykososiale tiltak på cannabisavhengige.
- Et begrenset antall studier viser at institusjonsbehandling reduserer forbruk blant narkotikamisbrukere med psykisk sykdom.

I. Psykososial behandling av opiatavhengige

En meta-analyse basert på 23 randomiserte, kontrollerte studier så på effekten av *ulike behandlingsmetoder* mot *standardbehandling* på opiatavhengige. To studier viste kun effektstørrelse, men ble inkludert uten kvalitetsvurdering. De fleste studiene var gode, og hadde et utvalg mellom 30 og 2973 pasienter. I analysen anvendes de tre hovedformene for behandling: Tiltak som inkluderer familie og pårørende (634 pasienter); intervensjoner som bygger på læringsteori og metadonbehandling (4234 pasienter) og intervensjoner som bygger på psykoterapeutiske metoder (853 pasienter). 15 av opioidstudiene hadde tilgjengelige data for å utføre en frafallsanalyse (dvs. estimat av hvor mange som avbrøt behandling).

Fire studier sammenliknet *tiltak som inkluderer familie og pårørende kombinert med metadonbehandling* mot *standardbehandling*. Studiene viste tvetydige resultater med hensyn til stoffmisbruk

og å fortsette behandling. Tiltak som inkluderer familie og pårørende, har ikke bedre effekt på opiatavhengige enn standardbehandling.

11 studier sammenliknet *læringsteoretiske tiltak kombinert med metadonbehandling* mot *standardbehandling*. Studiene viser at slike tiltak øker i antall stoffrie personer i opp til seks måneder (liten, signifikant effekt), men frafallet øker også litt (minimal signifikant effekt).

12 studier sammenliknet tiltak som bygger på *psykoterapeutiske metoder kombinert med metadonbehandling* mot *standardbehandling*. Studiene viser at slike tiltak øker antall stoffrie personer (liten signifikant effekt) og en reduksjon i frafall i opp til seks måneder (moderat signifikant effekt).

II. Psykososial behandling av kokainavhengige

47 randomiserte, kontrollerte studier så på effekten av *ulike psykososiale behandlingsmetoder* mot *standardbehandling* på kokainavhengige. 25 av dem er inkludert i en meta-analyse. Hovedutfallet var forandring i misbruk. De fleste studier var gode og omfattet mellom 12 og 1973 pasienter. Analysen anvender de tre hovedformene for behandling: Tiltak som inkluderer familie og pårørende (155 pasienter); intervensjoner som bygger på læringsteori kombinert med metadonbehandling (5041 pasienter) og intervensjoner som bygger på psykoterapeutiske metoder (801 pasienter). 19 av studiene (3381 pasienter) hadde tilgjengelige data for å utføre frafallsanalyse (dvs. estimat av hvor mange som avbrøt behandling).

Fem studier sammenliknet *tiltak som inkluderer familie og pårørende* med *standardbehandling*. Studiene viser tvetydige resultater for misbruk. Det er dokumentert økt i frafall (liten signifikant effekt). Det er ikke noe grunnlag for at tiltak som inkluderer familie og pårørende har større effekt på kokainavhengighet enn standardbehandling.

21 studier sammenliknet *tiltak som bygger på læringsteori* mot *standardbehandling*. Studiene viser at tiltaket ser ut til å øke antall stoffrie personer i opp til seks måneder (liten, signifikant effekt), men økte samtidig frafall (minimal signifikant effekt). Effekten av intervensjonen var størst de seks første månedene.

9 studier sammenliknet *tiltak som bygger på psykoterapeutiske metoder* med *standardbehandling*.

Studiene viser ingen effekt på misbruk eller frafall. Men det utelukker ikke at noen tiltak, især familierapi, reduserer frafall opp til ett år etter behandling. Det er fortsatt utilstrekkelig dokumentasjon for å vurdere enkelttiltak.

I tillegg til meta-analysen har én studie sammenliknet

- 1) *kognitiv atferdsterapi* og 2) *placebo* med 3) *kognitiv atferdsterapi og desipramin (tricycliske antidepressiva)*.
- 1) *profesjonell støtte* og 2) *placebo* med 3) *profesjonell støtte og desipramin*.

Ved avsluttet behandling var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Det mangler fortsatt kunnskap for å vurdere effekten av kombinasjonsbehandling med antidepressiva.

III. Psykososial behandling av amfetaminavhengighet

Det ble ikke funnet noen randomiserte, kontrollerte studier som så på effekt av psykososiale behandlingsmetoder ved amfetaminavhengighet.

IV. Psykososial behandling av cannabisavhengighet

Syv studier så på effekt av *psykososiale tiltak* på personer avhengig av cannabis. Studiene omfattet fra 26 til 212 personer. Resultatene var tvetydige. Det er ikke noe dokumentasjon for at psykososiale tiltak reduserer cannabismisbruk. Studiene var av middels kvalitet.

V. Behandling på institusjon

En meta-analyse sammenliknet *behandling på institusjon* (for eksempel sykehus) med andre *behandlingstilbud* (for eksempel dagsykehus, metadonbehandling) på narkotikaavhengighet. Det er ikke lett å trekke konklusjoner fra resultatene p.g.a. ulike populasjoner, intervensjoner og utfall i de inkluderte enkeltstudiene.

8 studier så på effekt av *ulike tiltak i institusjon* sammenliknet med *behandling i poliklinikk* blant *hjemløse misbrukere med psykisk sykdom*. Frafallet i studiene var relativt stort, men det er begrenset dokumentasjon for at institusjonsbehandling reduserer forbruk blant misbrukere med psykisk sykdom.

Vurdering av metodisk kvalitet

Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet p.g.a. tilstrekkelig søkestrategi. Forfatterne presiserer også hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men ikke alle studiene ble kritisk vurdert. Det mangler opplysninger i de inkluderte studiene, for eksempel om rekruttering

til gruppene, metode for fordeling til intervensjon- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, og blinding av personell, forskere og deltakere. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

Noen meta-analyser ble gjennomført. Det er tvilsomt om det var hensiktsmessig å utføre meta-analyser ved å gruppere behandlingsmetodene. Statistiske tester viste at studiene var betydelig heterogene, og det er mulig at resultatene og konklusjonene ikke er til å stole på.

VI. Familieterapi

En oversiktsartikkel (17) tabell 1.25, har vurdert effekten av å tilby familieterapi eller parterapi for rusmiddelmisbrukere og sammenliknet med individuell rådgivning, gruppeterapi eller familie opplæringsprogrammer. I fire av de 15 inkluderte randomiserte, kontrollerte studier er *metadon* gitt i tillegg til tiltak både i intervensjons- og kontrollgruppen. Noen studier hadde som mål også å gjøre klienter fri for metadon.

Forfatterne peker på mangel på dokumentasjon fra primærstudier blant annet av seleksjon, antall deltakere i hver gruppe, oppfølging og frafall. Kort oppsummert hevder forfatterne at familieterapi-programmene hadde mindre frafall (11–30 %) mens alternative tiltak hadde høyere frafall (30–70 %). Resultatene må tolkes med stor forsiktighet, særlig med tanke på inklusjons-skjevheter i valg av primærstudier.

Familieterapi kan være effektivt både for ungdom og voksne. Flere misbrukere i familieterapi-gruppene var stoffrie eller hadde redusert sin narkotikabruk enn for alternative tiltak. Men også kontrollgruppene reduserte misbruk. For mange studier er utfallet målt etter kun 3-6 mnd.

VII. Integrerte programmer for misbrukere med dobbeltdiagnose

En systematisk oversikt (18), tabell 1.26, supplerer SBU-rapporten i dette kapittelet. Den evaluerer integrerte programmer for pasienter med dobbeltdiagnoser; psykisk sykdom kombinert med rusmisbruk. Den har inkludert 36 studier; 23 ukontrollerte studier og 13 kontrollerte studier. Primære utfallsmål var rusmisbruk, å forbli i behandling, sykehusinnleggelse og symptomer på psykisk lidelse.

Studiene inkluderte pasienter diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse (f.eks schizofreni) og rusmisbruk (alkohol og/eller narkotika eller medikamentsmisbruk). Alkohol var det mest brukte

rusmiddelet. De psykiske lidelsene omfattet blant annet schizofreni, personlighetsforstyrrelser, depresjon og angst. Studiene ble gjort på unge voksne og voksne. Fordeling av kvinner og menn er ikke oppgitt. Hjemløse er inkludert i enkelte studier. Nasjonalitet ikke oppgitt, litteraturlisten antyder en hovedvekt av amerikanske studier.

Fire studier omfattet tilbud om behandling for misbruk i tillegg til behandling på psykiatrisk poliklinikk. Flertallet av brukere faller fra tilbudet. Behandling for rusmisbruk førte til noe reduksjon i ny-innleggelser på sykehus og noe mer abstinens. Oppfølgingstiden var ett år.

Ni studier omhandler intensiv, integrert behandling med flere intervensjoner daglig og flere timer hver dag over flere uker eller måneder. Studiene viser at det er vanskelig å holde pasienter i behandling fordi de er uforberedt eller ikke klarer å tolerere en så invasiv intervensjon. Oppfølgings- tid opp til ett år. Forskjellene mellom tiltaks- og kontrollgrupper er liten. Der hvor rusfrihet oppnås, er tilbakefalls-frekvensen høy.

13 studier har sett på kombinert mental helse- og rusmisbruk-intervensjon integrert i behandlingsprogram for høyrisikogrupper som hjemløse, innvandrergupper og brukere i storbyer. Integrerte tiltak for brukere med dobbeltdiagnose kan foregå i varierte settinger. Enkelte undergrupper som bruker tilbudene over begrenset tid, vil få redusert sykehusinnleggelser. Det ligger store utfordringer i å utforme akseptable tiltak for denne målgruppen.

10 randomiserte eller kontrollerte studier undersøkte sammensatte, lokalbaserte, integrerte behandlingsprogrammer. De omfattet motivasjonsstrategier, «assertive outreach», intensivt case-management, individuell veiledning og tiltak rettet mot familien. Inkluderte mobile, tverrfaglige arbeidsgrupper. Tre studier med lang oppfølgingstid viste rusfrihet for 41-61% av pasientene. Integrerte, lokalbaserte tiltak gitt over mer enn 18 mnd ser ut til å gi lovende resultater. Det er vist redusert sykehusinnleggelse, rusfrihet for enkeltindivider og bedring for andre utfall. Oppfølgingstidene varierte fra 18 mnd til syv år.

Vurdering av metodisk kvalitet

Søkestrategien er oppgitt, men den er begrenset. Eksperter ble kontaktet for å finne studier. Inkluderte studier brukte validerte diagnosekriterier. Forfatterne har ikke oppgitt eksplisitt kvalitetsvurdering av inkluderte primærstudier. Frafall varierer fra 0% til 70%. Studier har skjevheter fordi de bare rekrutterte motiverte pasienter, hadde få del-

takere, kort oppfølgingstid, manglet kontrollgrupper og selvrapportering ved måling av utfall. Studiene inkluderer pasienter med dobbeltdiagnose som i tillegg også kan være hjemløse. Det er store begrensninger i metode som randomiserer til intensive tiltak. Frafallet blir svært stort.

Det er vanskelig å tolke resultatene pga metodologiske svakheter i primærstudiene. Det er svært høyt frafall, ingen kontroller, ikke standardiserte måleverktøy og endringer av tiltak underveis. Mange primærstudier har svært få deltakere.

5.7 Legemiddelbehandling ved opioidavhengighet

Innledning

Med opioidavhengighet og heroinavhengighet følger ofte psykiatrisk komorbiditet (samsykelighet), multippel avhengighet, familieproblemer, arbeidsløshet og kriminalitet. Heroinavhengighet er det største problemet. Heroin (diacetylmorfin) er et halvsyntetisk opioid fremstilt av naturlige opioider. For å inkludere misbrukere av helsyntetiske analoger, for eksempel metadon, anvendes begrepet opioidavhengighet.

Opioidmisbruk medfører neuronale forandringer i locus ceruleus og i det mesolimbiske området. Disse forandringene er årsaken til avhengighet, økt toleranse og behov for stoff. Et viktig mål med opioidagonistbehandling er å redusere eller forhindre abstinensutvikling ved å erstatte opioidet som fjernes. Det finnes mye dokumentasjon om behandling som bygger på krysstoleranse; en agonist for eksempel heroin, erstattes med en annen, for eksempel metadon. Fordelene med metadon sammenliknet med heroin er langsommere effekt, redusert euforisk effekt, redusert spredning av infeksjon pga. redusert injeksjonsmisbruk samt reduserte abstinenssymptomer. Det finnes en del dokumentasjon om metadonbehandling.

På 1980- og 1990-tallet ble det, fremfor alt i USA, også utprøvd andre farmakologiske preparater som opioidagonisten L-levoacetylmotadol (LAAM), og den partielle agonisten buprenorfin. LAAM er et langtidsvirkende motadonderivat som kan forhindre opioidabstinens i opp til 72 timer. Den lange halveringstiden innebærer at preparatet kan doseres tre ganger per uke. Fordelene sammenliknet med metadon er en mer stabil og lengre agonistvirkning, mulighet for færre doseringer (lavere kostnader) samt redusert risiko for tilbakefall dersom misbruker ikke får tatt dosen. Buprenorfin anses å ha et bredere og mer effektivt doseintervall enn metadon. Preparatet tolereres bra, gir kun mil-

Tabell 1.24 Psykososial behandling av narkotikaproblem

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Berglund M et al, «Psykososial behandling av narkotikaberoende» i <i>Behandling av alkohol- og narkotikaproblem. Rapport nr. 156</i> (Vol. I og II) 2001, SBU: Stockholms (1)	<i>Problemstilling</i> Hvordan påvirker psykososiale tiltak narkotikamisbruk sammenliknet med standardbehandling? <i>Metode</i> Systematisk oversikt. 799 randomiserte, kontrollerte forsøk og fire kohortstudier ble funnet Forfatterne søkte i Cochrane Library, Medline og Alconline samt at referanselister ble gjennomgått. Både publiserte og upubliserte studier ble inkludert.	Voksne som narkotikamisbrukere. Misbrukets belastning er kategorisert i de fleste studiene. De fleste enkeltstudier ble utført i engelskspråklige land.	1) Tiltak som involverte familie og pårørende 2) Intervensjoner som bygget på lærings-teori, 3) Intervensjoner som bygget på psykoterapeutiske metoder	Antall deltagere som er stoffrie. Forandring i misbruk Frafall (dvs. avbrutt behandling)	6 meta-analyser vurderte ulike psykososiale tiltak på opiatavhengige og 6 meta-analyser sammenlikner ulike psykososiale tiltak på kokainavhengige med hensyn til 1) stoffmisbruk og 2) å bli værende i behandling. Se tekst for ytterligere opplysninger. <i>Opiatavhengige</i> Tiltak som inkluderer familie og pårørende mot standardbehandling 1. Effekttørrelse 0,13 95 % KI+/- 0,16 (minimal effekt, ikke signifikant) 2. Effekttørrelse 0,15 95 % KI+/- 0,14 (minimal effekt, signifikant) Læringsteori og metadonbehandling mot standardbehandling 1. Effekttørrelse 0,23 95 % KI+/- 0,10 (liten effekt, signifikant) 2. Effekttørrelse -0,15 95 % KI+/- 0,14 (minimal negativ effekt, signifikant) Psykoterapeutiske metoder og metadonbehandling 1. Effekttørrelse 0,29 95 % KI+/- 0,20 (liten effekt, signifikant) 2. Effekttørrelse 0,56 95 % KI+/- 0,18 (moderat effekt, signifikant) <i>Kokainavhengige</i> Tiltak som inkluderer familie og pårørende mot standardbehandling 1. Effekttørrelse 0,08 95 % KI+/- 0,32 (minimal effekt, ikke signifikant) 2. Effekttørrelse -0,26 95 % KI+/- 0,12 (liten negativ effekt, signifikant) Læringsteori mot standardbehandling 1. Effekttørrelse 0,24 95 % KI+/- 0,08 (liten effekt, signifikant) 2. Effekttørrelse -0,10 95 % KI+/- 0,10 (minimal negativ effekt, ikke signifikant) Psykoterapeutiske metoder mot standardbehandling 1. Effekttørrelse 0,13 95 % KI+/- 0,16 (minimal effekt, ikke signifikant) 2. Effekttørrelse 0,30 95 % KI+/- 0,32 (liten effekt, ikke signifikant)	I alt ble 799 randomiserte, kontrollerte studier inkludert i oversiktene. Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men ikke alle studiene ble kritisk vurdert. Det er utallige strekkelige opplysninger om inkluderte studier, for eksempel rekruttering til gruppen, metode for fordeling til intervensjon- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart og blinding av personell, forskere og deltakere. Det er tvilsomt om det var hensiktsmessig å gjennomføre meta-analyser ved å gruppere behandlingsmetoder. Statistiske tester viste at studiene var betydelig heterogene. Derfor må resultatene tolkes med forsiktighet.

Tabell 1.25 Hva er effekten av å tilby familierapi eller parterapi for rusmiddelmissbrukere sammenliknet med annen type behandling?

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Stanton MD, Shadish WR. Outcome, Attrition, and Family – Couples Treatment for Drug abuse: a Meta-Analysis and Review of the Controlled, Comparative Studies. Psychological Bulletin 1997, Vol. 122, No 2, 170-191(17)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekten av å tilby familierapi eller parterapi for rusmiddelmissbrukere?	<i>Rusmiddelmissbrukere, alkohol eller narkotika eller kombinasjonsmisbrukere</i> Voksen ungdom 1571 kasus, estimert populasjon 3500 Ca 30% kvinner USA	Familierapi eller parterapi sammenliknet med a) individuell rådgiving/terapi b) gruppeterapi (peer) c) familierapportert bruk av rusmidler (opiater, kokain, crack). Dokumentert kriminell adferd. For voksen populasjon ble selvrapportert rusadferd supplementert med urinanalyser i fem av seks studier. Seks av ni studier med ungdom brukte ikke urinanalyser. En studie har fire års, fem studier har ett års oppfølgingsstid og resten har kortere oppfølgingsstid. Kun en primærstudie rapporterte dødsfall (10% døde i kontrollgruppe, 2% døde i familierapi-gruppen).	Selvrapportert bruk av rusmidler (opiater, kokain, crack). Dokumentert kriminell adferd. For voksen populasjon ble selvrapportert rusadferd supplementert med urinanalyser i fem av seks studier. Seks av ni studier med ungdom brukte ikke urinanalyser. En studie har fire års, fem studier har ett års oppfølgingsstid og resten har kortere oppfølgingsstid. Kun en primærstudie rapporterte dødsfall (10% døde i kontrollgruppe, 2% døde i familierapi-gruppen).	Familierapi kan være effektivt både for ungdom og voksne. Flere misbrukere i familierapi-gruppene var stoffrie eller hadde redusert sin narkotika- bruk enn for alternative tiltak. Men også kontrollgruppene reduserte misbruk. For mange studier er utfallet målt etter kun 3-6 mnd. Familierapi kan være nyttig supplement til metabehandling. Forfatterne gir 8 av 15 studier kvalitetsvurdering som god, 5 studier kvalitetsvurdering som dårlig og to studier akseptabel kvalitet.	Mangelfull søkestrategi (eksperter og tidsskrifter). Det er oppgitt inklusjonskriterier: a) bruk og misbruk eller avhengighet av en eller flere illegale rusmidler b) to eller flere grupper hvorav en fikk familie- eller parterapi c) randomisering Kvalitets skåre av inkluderte studier, poengskala (dårlig, akseptabel, god, veldig god) gitt for faktorer gjeldende intern validitet. Innholdet i de enkelte tiltak er ganske godt beskrevet i tabeller. Forfatterne peker på mangel på dokumentasjon fra primærstudier bl a. når det gjelder seleksjon, antall deltakere i hver gruppe, oppfølging og frafall. Frafall diskuteres. «Drop-out attrition» og «total attrition». Kort oppsummert hevder forfatterne at familierapi-programmene hadde mindre frafall (11-30%) mens alternativ tiltak hadde høyere frafall (30-70%). Resultatene må tolkes med stor forsiktighet, særlig med tanke på inklusjons-skjevheter i valg av primærstudier.

Tabell 1.26 Integrerte programmer for pasienter med dobbelt diagnoser

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Drake RD et al Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. Schizophrenia Bulletin, Vol 24, No 4, 1998 (18)	<i>Problemstilling</i> Evaluering av integrerte programmer for pasienter med dobbelt diagnoser; psykisk sykdom kombinert med rusmisbruk (alkohol og/eller narkotika). <i>Metode</i> Oversiktsartikkel 36 inkluderte studier; 23 ukontrollerte studier, 13 kontrollerte studier (6 kvasi-eksperimentelle studier og 7 eksperimentelle).	<i>Pasienter diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse (f.eks. schizofreni) og rusmisbruk (alkohol og/eller narkotika el. medikamentmisbruk).</i> Alkohol var mest brukte rusmiddel Psykisk lidelse var blant annet: schizofreni, personlig-hetsforstyrrelser, depresjon og angst. Unge voksne og voksne. Fordeling kvinner og menn er ikke oppgitt. Hjemløse er inkludert i enkelte studier. Nasjonalitet ikke oppgitt, litteraturlisten antyder hovedvekt av amerikanske studier.	☐ Tilbud om behandling for misbruk i tillegg til behandling på psykiatrisk poliklinikk (fire studier) ☐ Intensiv, integrert behandling; flere intervensjoner daglig, flere timer hver dag over flere uker eller måneder (ni studier) ☐ Kombinert mental helse og rusmisbruk intervensjon integrert i behandlingsprogram for høyrisikogrupper (hjemløse, innvandrere, storbyer) (CSP) (13 studier) Inkluderte «case-management» og familieintervensjoner. ☐ Sammensatte, lokaliserte integrerte behandlingsprogram (10 randomiserte eller kontrollerte studier) Inkluderte var motivasjonsstrategier, «assertive outreach», intensivt case-management, individuell veiledning og tiltak rettet mot familien. Inkluderte mobile, tverrfaglige arbeidsgrupper	Å forbli i behandling Rusmisbruk Sykehusinnleggelse Symptomer på psykisk lidelse Oppfølgingsstid: 1. Ett år 2. Opp til ett år 3. Ett år 4. 18 mnd til 7 år	1. Flertallet av brukere faller fra tilbudet. Behandling for rusmisbruk førte til noe reduksjon i re-innleggelser på sykehus og noe mer abstinens 2. Intensiv behandling i institusjon (innleggelse eller dagpasienttilbud) gir ofte stort fravall. Studiene viser at det er vanskelig å holde pasienter i behandling da de er uforberedt eller ikke klarer å tolerere en så invasiv intervensjon. Det er lite forskjell mellom tiltaks og kontrollgrupper og hvor rusfrihet oppnås er tilbakefalls-frekvensen høy. 3. Integrerte tiltak for brukere med dobbelt diagnose som går i varierte settinger. Enkelte sub-grupper som bruker tilbudene over begrenset tid vil få redusert sykehusinnleggelser. Det ligger store utfordringer i å utføre akseptable program/tiltak rettet mot målgruppen 4. Tre studier med lang oppfølgingsstid viste rusfrihet for 41–61 % av pasientene. Integrerte, lokaliserte tiltak gikk over mer enn 18 mnd ser ut til å gi lovende resultater. Det er vist redusert sykehusinnleggelse, rusfrihet for enkeltindivider og bedring for andre utfall.	Søkestrategi er oppgitt. To databaser (Medline og Project Cork), eksperter kontaktet. Inkluderte studier brukte validerede diagnosekriterier Det er ikke oppgitt eksplisitt kvalitetsvurdering av inkluderte primærstudier Fravall varierer fra 0 % til 70 % 1. Studier har skjevheter når det gjelder å rekruttere kun motiverte pasienter, lite antall deltakere, kort oppfølgings-tid, mangel på kontrollgrupper og selvrappotering ved måling av utfall. 2. Studiene inkluderer pasienter med dobbelt diagnose som i tillegg også kan være hjemløse. Det er store begrensinger i metode som rammer domiserer til intensive tiltak – fravallet blir svært stort. 3. Det er vanskelig å tolke resultatene pga metodologiske svakheter i primærstudier. Det er svært høyt fravall, ingen kontroller, ikke standardiserte måleverktøy, endringer av tiltak underveis. 4. Lite antall pasienter i hver primærstudie

de symptomer, har et lavere avhengighetspotensial enn metadon samt en fleksibel dosering.

En annen gruppe legemidler – opioidantagonistene – er også blitt prøvd ut. Opioidantagonister, for eksempel naltrexon, blokkerer opioideffekten og eliminerer opioidindusert eufori. I motsetning til agonister har ikke antagonister noe misbrukspotensial. Naltrexon bindes 20 ganger sterkere til opioidreseptoren enn morfin og konkurrerer effektivt ut en bundet agonist. 50 mg naltrexon per dag kan blokkere effekten av 25 mg heroin i 24 timer. Det kan være vanskelig å starte med naltrexonbehandling fordi den krever opioidfrihet. Rapporterte bivirkninger er magesmerter, illebefinnende, hodepine, tretthet og søvnproblemer.

Innholdet i dette kapittelet bygger på kapittelet «Farmakologisk behandling av opioid- og kokainberoende» i SBU-rapporten (1) (se tabell 1.27) og en Cochraneoversikt (19) (se tabell 1.28).

SBU-rapporten har vurdert effekt av farmakologisk langtidsbehandling ved opioidavhengighet. Forfatterne søkte i Cochrane Library og Medline etter randomiserte, kontrollerte studier og oversiktsartikler. Resultatene er basert på randomiserte, kontrollerte studier.

70 randomiserte, kontrollerte studier med totalt 7941 pasienter ble inkludert. Flere meta-analyser ble gjennomført. De inkluderte studiene er fra flere land. De primære utfallsmålene var misbruk (målt som opioidpositive urinalyser) samt oppfølging av behandling. De sekundære utfallsmålene var psykiatriske- og abstinensassosierte symptomer.

I tillegg ble 3 meta-analyser og 5 oversiktsartikler funnet, men det er ikke oppgitt hvorvidt disse ble kvalitetsvurdert. Resultatene fra 2 meta-analyser er inkludert. Den tredje meta-analysen omhandlet forebygging av HIV-smitte, et tema som tas opp i del 4, kapittel 1.

Cochraneoversikten (19) så på effekt av vedlikeholdsbehandling med naltrexon (se tabell 1.28). Forfatterne søkte i flere databaser inkludert Cochrane Library, Medline og Embase etter kontrollerte forsøk. Referanselister ble også gjennomgått. Artiklene ble inkludert uavhengig av språk. 11 kontrollerte studier fra flere land ble inkludert. Hovedutfallene var frafall, opioidmisbruk, antall fengselsopphold og behandlingens varighet.

Resultater

Hovedkonklusjoner:

- Et tilstrekkelig antall studier viser at metadon reduserer frafall og misbruk mer effektivt enn ingen behandling.

- Et tilstrekkelig antall studier viser at naltrexon effektivt reduserer misbruk, og er moderat effektivt for å redusere frafall sammenliknet med placebo på kort sikt.
- Et tilstrekkelig antall studier viser at buprenorfin og LAAM er like effektive som metadon for å redusere misbruk.
- Buprenorfin er like effektiv som metadon til å følge opp behandling. Derimot viser studiene at metadon reduserer frafall noe mer effektivt enn LAAM.
- Det finnes for få studier om effekt av vedlikeholdsbehandling med naltrexon sammenliknet med heroinbehandling, og det er derfor vanskelig å fremme én av metodene.
- Et begrenset antall studier viser at tilleggsbehandling med tricykliske antidepressiva hos deprimerede heroinister reduserer depressive symptomer, men de har ingen effekt på misbruk og frafall. Bare to studier vurderte SSRI-preparater.
- Et tilstrekkelig antall studier viser at metadon bør doseres på minst 65±15 mg per dag for å gi stor reduksjon i misbruk og frafall.
- Et tilstrekkelig antall studier viser at buprenorfin dosert 8-16 mg per dag er effektivt både for å redusere misbruk og følge opp behandling.
- Det mangler kunnskap for å anbefale optimal dosering og behandlingsopplegg for LAAM og naltrexon.

Hvis annet ikke er oppgitt, bygger resultatene på SBU-rapporten.

1. Opioidagonister (metadon, LAAM (levoacetylmefadol)), partielle agonister (buprenorfin) og opioidantagonister (naltrexon)

Syv middels gode studier sammenliknet *metadon* med *placebo*. En studie sammenliknet *buprenorfin* med *placebo* eller *ingen behandling*. Oppfølgings-tiden var fra 45 til 180 dager. Det ble utført en meta-analyse, men kun én av metadonstudiene samt buprenorfinstudien var kontrollert for placebo. Langtidsbehandling med metadon ser ut til å redusere frafall (stor, statistisk signifikant reduksjon) og misbruk (stor, statistisk signifikant reduksjon) sammenliknet med ubehandlede kontroller.

I tillegg ble det funnet én meta-analyse som sammenliknet *metadon* med *placebo*. Den inkluderte 5 kohortstudier med totalt 296 pasienter. Analysen viste at metadonbehandling reduserer mortalitetsrisikoen med 75 %.

Studien som sammenliknet *buprenorfin* mot *placebo* viste at legemiddelet reduserer misbruk

(stor statistisk signifikant reduksjon), men har ingen effekt på frafall.

8 gode studier med totalt 1062 pasienter sammenliknet *metadon* med *buprenorfin*. Det ble utført en meta-analyse. Buprenorfin ser ut til å være like effektivt som metadon med henblikk på misbruk og å følge opp behandling (ingen statistiske forskjeller). Ved å ekskludere de minste dosene var det fortsatt ingen forskjell mellom gruppene. Her ble 54-100 mg metadon sammenliknet med 8-14 mg buprenorfin. 3 upubliserte, europeiske, dobbeltblinde kontrollerte forsøk som ikke ble inkludert i meta-analysen bekrefter resultatene. Hvorfor disse studiene ikke var tatt med i meta-analysen er ikke forklart.

8 studier av middels til god kvalitet med totalt 941 pasienter sammenliknet *metadon* med *LAAM* (*levoracetylmadol*). Det ble utført en meta-analyse. Flere studier viser sammenfallende resultater; LAAM reduserer misbruk like effektivt som metadon. Metadonbrukere er derimot bedre til å følge opp behandling (liten signifikant forskjell). Ved å ekskludere de minste dosene var det fremdeles ikke noen forskjeller i misbruk, men metadon hadde bedre effekt enn LAAM for frafall (liten signifikant forskjell). Her ble 50-100mg metadon sammenliknet med 75-115mg LAAM.

De fleste studier viser at begge behandlingsmetoder tolereres bra. Kun to studier har sett på bivirkninger. Én av studiene viser at bivirkningene er omtrent de samme for begge behandlingsmetoder. Den andre rapporterte om flere bivirkninger ved bruk av LAAM, noe som førte til at behandlingen ble avbrutt. Det mangler fortsatt kunnskap for å sammenlikne behandlingsmetodene med hensyn til bivirkninger.

I tillegg ble det funnet én meta-analyse som sammenliknet *metadon* og *LAAM*. 12 studier med totalt 1788 pasienter ble inkludert. Det ble ikke vist noen forskjell mellom substansene med hensyn til misbruk, men det var mindre frafall blant metadonpasientene.

11 studier med totalt 745 pasienter sammenliknet *naltrexon* (150 mg til 350 mg per uke eller tilsvarende dose per dag) med *kontrollbehandling*. Det ble utført en meta-analyse. Studiene viser sammenfallende resultater; at *naltrexon* fører til en stor reduksjon i misbruket og en moderat reduksjon i frafall sammenliknet med placebo. Studiene var middels gode til gode.

En middels god studie sammenliknet *metadon* med *naltrexon*. Det var ingen forskjell i misbruk eller frafall i gruppene. Størrelsen på dosene ble ikke oppgitt.

En Cochrane-oversikt (19) har sett på effekt av vedlikeholdsbehandling med *naltrexon*. Tre studier sammenliknet *vedlikeholdsbehandling* med *placebo*. To studier sammenliknet *naltrexon kombinert med atferdsterapi* med *adferdsterapi alene*. Det ble utført meta-analyser. Hovedutfallene var frafall, opioidmisbruk, antall fengselsopphold og varighet på behandlingen. Studiene viste ingen forskjell mellom behandlingsgruppene, bortsett fra en reduksjon i antall fengselsopphold for de som fikk både *naltrexon* og atferdsterapi sammenliknet med de som bare fikk atferdsterapi. Det mangler fremdeles kunnskap for å vurdere effekt av vedlikeholdsbehandling med *naltrexon*.

To middels gode studier med totalt 147 pasienter sammenliknet *metadon* med *heroinbehandling*. Studiene var små og viste tvetydige resultater. Det mangler derfor fortsatt kunnskap om effekten av metadon sammenliknet med heroinbehandling.

II. Ulike behandlingsopplegg

Fire studier med totalt 237 pasienter så på *ulike behandlingsopplegg med metadon*. To av studiene påviste redusert opioidmisbruk dersom pasientene kun fikk tilbud om mer metadon ved negativ urinprøve sammenliknet med de som fikk ekstra doser uansett utfall på urinprøven. Andre sammenlikninger/studier av behandlingsopplegg viste tvetydige resultater. Det mangler kunnskap for å kunne anbefale et spesifikk behandlingsopplegg for metadon. Studiene var middels gode til gode.

Én liten, god studie med kun 46 pasienter sammenliknet *buprenorfinbehandling på åpen institusjon* mot *behandling på spesialmottak*. Studien viser at buprenorfin i åpen institusjon har bedre effekt på misbruk enn tilsvarende behandling på spesialistmottak. Det var ingen forskjell mellom behandlingsgruppene med hensyn til frafall. Det mangler kunnskap for å fremme et spesifikt behandlingsopplegg for buprenorfin.

III. Dosenivå

11 studier med totalt 1370 pasienter vurderte effekten av *forskjellige doseringer ved metadonbehandling*. Tre studier sammenlikner 80-100 mg mot 50 mg per dag, 2 av disse er tatt med i en meta-analyse. Studiene viste at 90±10 mg per dag sammenliknet med 50 mg per dag reduserer misbruk (stor signifikant effekt) og frafall (moderat statistisk signifikant effekt). 8 studier sammenliknet 65±15 mg mot 32.5±12.5 mg per dag. 65±15 mg ser ut til å redusere misbruket i større grad enn 32.5±12.5 mg per dag, og flere personer fortsetter

behandlingen (moderate signifikante forskjeller). Studiene var fra middels til god kvalitet.

Tre studier av middelmådig til god kvalitet med totalt 369 pasienter vurderte effekten av *forskjellige doseringer ved bruk av LAAM*. Studiene sammenliknet 330-340 mg mot 85-165 mg per uke. Det var ingen forskjeller mellom gruppene for misbruk og å følge opp behandling.

12 studier med totalt 1179 pasienter vurderte effekten av *forskjellige doseringer ved buprenorfinbehandling*. En studie sammenliknet 16 mg mot 8 mg per dag. Det ble ikke vist noen forskjell på verken misbruk eller frafall. 6 studier sammenliknet 8-16 mg mot 1-4 mg per dag. Det ble vist at 12±4 mg sammenliknet med 2.5±1.5 mg fører til en moderat reduksjon av misbruk og en liten forbedring av frafall. En studie viste at buprenorfinbehandling med 8 mg *annenhver dag* er like effektivt som *daglig dose* for både misbruk og å følge opp behandling. Tre studier sammenliknet 3-6 mg med 1-3 mg per dag. Det ble vist at 4.5±1.5 mg er like effektivt som 2±1 mg for å redusere misbruk, men det var litt bedre effekt på frafall for dem som fikk 4.5±1.5 mg. Studiene var av middels til god kvalitet.

IV. Psykiatrisk komorbiditet

Ved komorbiditet behandles pasientene med antidepressiva kombinert med metadon. Tanken er at behandling av en samtidig depresjon øker misbrukerens velbefinnende og reduserer misbruket.

Seks studier med totalt 448 pasienter sammenliknet antidepressiva med kontrollbehandling hos deprimerte, metadonbehandlede heroinister. 4 studier sammenlikne tricykliske antidepressiva (doxepin, imipramin) med placebo og to studier sammenliknet SSRI-preparat (fluoxetin) med enten placebo eller annen kontrollbehandling. En meta-analyse ble gjennomført. Tricykliske antidepressiva ser ut til å redusere depressive symptomer (signifikant forbedring), men har ingen effekt på misbruk og frafall. SSRI-preparatet reduserer frafall, men viser ingen effekt på misbruk og depresjon. Studiene var av middels til god kvalitet.

V. Sanksjonering ved metadonbehandling

En systematisk oversikt (20), tabell 1.29, supplerer SBU-rapporten dette kapittelet. Den har sett på under hvilke forhold sanksjoner vil være effektivt for å redusere bruk av illegale rusmidler for metadonbrukere?

Resultater

System med sanksjoner reduserer positive urinanalyser for brukere av poliklinisk metadonbehandling. Effekten er liten til moderat.

Fem sanksjoner hadde signifikant effekt:

1. Metadondoseøkning og ta-med-hjem metadon
2. Umiddelbare sanksjoner
3. Å måle en type rusmiddel framfor flere
4. Å teste urin tre ganger per uke
5. Forfatterne mener at grad av frivillighet også påvirker utfallet (randomisering eller ikke)

Vurdering av metodisk kvalitet

SBU-rapport: Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier er funnet fordi man har søkt med utilstrekkelige søketermer. De inkluderte kontrollerte studiene sammenliknet stort sett aktive preparater med placebo. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. De fleste studier er av akseptabel kvalitet. Det er imidlertid variabel dokumentasjon av utfall i studiene. Dette gjelder for eksempel opioidpositive urinanalyser, hvor det er brukt ulike målemetoder og i noen tilfeller selvrapportering. I tillegg er det utilstrekkelige opplysninger om de inkluderte studiene. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, eller blinding av personell, forskere og deltakere. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

Det fremkommer ikke at de inkluderte metaanalysene er blitt kvalitetsvurdert, derfor må man tolke resultatene fra disse med varsomhet. Det ble heller ikke oppgitt at de inkluderte oversiktsartiklene i SBU-rapporten var kvalitetsvurdert, de har derfor blitt ekskludert fra denne oppsummeringen.

Cochrane-oversikt: Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Primærstudiene er stort sett av dårlig kvalitet. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Studiene er sammenstilt i meta-analyser på en fornuftig måte.

Supplerende systematisk oversikt:

Artikkelen har en omfattende søkestrategi og har 30 inkluderte studier (17 var randomiserte, 13 ikke). Innholdet i de enkelte forsøk er godt beskrevet.

Tabell 1.27 Medikamentell behandling ved opioidavhengighet

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Berglund M et al, «Farmakologisk behandling av opioid- og kokain-beroende» i Behandling av alkohol- og narkotika-problem rapport nr. 156 (Vol. I og II) 2001, SBU: Stockholm (1)	<i>Problemstilling</i> Hvilken effekt har farmakologisk behandling på misbruk hos opioidavhengige sammenliknet med placebo? Hvilken farmakologisk behandling har best effekt? dosering er mest effektiv? Hvilke behandlingsopplegg er best? Er tilleggsbehandling effektiv for heroinister med depresjon? <i>Metode</i> Kunnskapsoppsummering. Det er inkludert 70 randomiserte, kontrollerte studier med totalt 7941 pasienter. Det er også tatt med 3 meta-analyser og 6 oversiktsartikler. Forfatterne søkte i Medline og Cochrane Library.	Studier som analyserte voksne opioidavhengige er inkludert. Studiene ble gjennomført i flere land.	Opioidagonister Metadon LAAM Buprenorfin Heroin Opioidantagonister Naltrexon Anti-depressiva (pluss metadon) SSRI-preparat Tricykliske antidepressiva	De ulike studiene opererer med ulike effekt-mål, men hovedutfall redusert naltrexon-efall.	Se tekst for ytterligere opplysninger. Flere meta-analyser sammenliknet legemidler med placebobehandling eller alternative preparater med hensyn til 1) stoffmisbruk og 2) reduksjon i frafall. <i>Metadon mot kontroll</i> 1. Effekstørrelse 0,97 95 % KI +/- 0,24 (stor effekt, signifikant) 2. Effekstørrelse 1,42 95 % KI +/- 0,26 (stor effekt, signifikant) <i>Buprenorfin mot placebo</i> 1. Effekstørrelse 1,50 95 % KI +/- 1,22 (stor effekt, signifikant) 2. Effekstørrelse 0,55 95 % KI +/- 0,74 (moderat effekt, ikke signifikant) <i>Metadon mot LAAM</i> 1. Effekstørrelse -0,35 95 % KI +/- 0,38 (liten negativ effekt, ikke signifikant) 2. Effekstørrelse 0,49 95 % KI +/- 0,24 (liten effekt, signifikant) <i>Metadon mot buprenorfin</i> 1. Effekstørrelse 0,03 95 % KI +/- 0,24 (minimal effekt, ikke signifikant) 2. Effekstørrelse -0,05 95 % KI +/- 0,24 (minimal negativ effekt, ikke signifikant) <i>Metadon 80-100mg mot metadon 50mg</i> 1. Effekstørrelse 1,18 95 % KI +/- 0,74 (stor effekt, signifikant) 2. Effekstørrelse 0,50 95 % KI +/- 0,38 (moderat effekt, signifikant) <i>Metadon 50-80mg mot metadon 20-45mg</i> 1. Effekstørrelse 0,64 95 % KI +/- 0,24 (moderat effekt, signifikant) 2. Effekstørrelse 0,79 95 % KI +/- 0,34 (moderat effekt, signifikant) <i>Buprenorfin 8-16mg mot buprenorfin 1-4mg</i> 1. Effekstørrelse 0,58 95 % KI +/- 0,30 moderat effekt, signifikant) 2. Effekstørrelse 0,34 95 % KI +/- 0,24 (liten effekt, signifikant) <i>Buprenorfin 3-6mg mot buprenorfin 1-3mg</i> 1. Effekstørrelse 0,35 95 % KI +/- 0,40 (liten effekt, ikke signifikant) 2. Effekstørrelse 0,41 95 % KI +/- 0,40 (liten effekt, signifikant) <i>Naltrexon mot kontroll</i> 1. Effekstørrelse 1,50 95 % KI +/- 0,22 (stor effekt, signifikant) 2. Effekstørrelse 0,58 95 % KI +/- 0,36 (moderat effekt, signifikant)	Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier er funnet fordi søketermene er utlittrekkelige. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, og de fleste studier er av akseptabel kvalitet. Men det er variabel dokumentasjon av utfall i studier, eksempelvis på opioidpositive urinalyser, der det er brukt ulike målemetoder og i noen tilfeller selvrappotering. I tillegg er det utlittrekkelige opplysninger om de inkluderte studier. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, eller blinding av personell, forskere og deltakere. Det er likevel stort sett sammenfallende resultater i studiene. Det er ikke oppgitt detaljer om kvalitet på inkluderte oversiktsartikler/meta-analyser, derfor må resultatene tolkes med varsomhet.

Tabell 1.28 Medikamentell behandling ved opioidavhengighet

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Kirschmayer et al, «Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence» i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford (19)	<i>Problemstilling</i> Hvilken effekt har vedlikeholdsbehandling med naltrexon på opioidavhengighet sammenliknet med placebo? Hvilken farmakologisk behandling har best effekt? <i>Metode</i> 1 systematisk oversikt. Forfatterne søkte i flere databaser inklusive Cochrane Library, Medline og Embase etter kontrollerte forsøk. Referanselister og konferanseabstrakt ble også gjennomgått. Artiklene ble inkludert uavhengig av språk.	Studier som analyserte voksne opioidavhengige ble inkludert. Studien ble gjennomført i flere land.	Vedlikeholdsbehandling med naltrexon.	<i>Hovedutfallene var fråfall, opioidmisbruk, antall fengselsopphold og varighet på behandling.</i>	Se tekst for ytterligere opplysninger. Flere meta-analyser sammenliknet naltrexon (med eller uten samtidig atferdsterapi) med placebobehandling med hensyn på 1) stoffmisbruk, 2) reduksjon i fråfall og 3) fengselsopphold <i>Naltrexon alene mot placebo</i> 1. Relativ Risiko 0,78 95 % KI 0,34-1,75 (ikke signifikant) 2. Relativ Risiko 0,85 95 % KI 0,45-1,02 (ikke signifikant) 3. Ingen studier <i>Naltrexon kombinert med atferdsterapi sammenliknet med atferdsterapi alene</i> 1. Ingen studier 2. Ingen studier 3. Relativ Risiko 0,30 95 % KI 0,12-0,76 (signifikant)	Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Primærstudiene var stort sett av dårlig kvalitet. Studien er sammenstilt i meta-analyser på en fornuftig måte.

Tabell 1.29 Sanksjoner i metadonbehandling

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Griffith JD et al Contingency management in outpatient met- hadone treat- ment: a meta- analysis. Drug and Al- cohol Depen- dence 58 (2000) 55-66 (20)	<i>Problemstilling</i> Under hvilke forhold er «CM» effektivt for å reducere bruk av illegale rusmidler for metadonbru- kere? CM = et system med sanksjoner for å gjøre bruk av illegale rus- midler lite attrak- tivt og abstinens attraktivt. <i>Metode</i> Meta-analyse 30 inkluderte studier 17 studier var randomiserte, 13 ikke.	Pasienter på poli- klinisk metadon- behandling Gjennomsnittsal- der 34 år Forskøkene varte mellom 12 og 18 uker Nasjonaliteter ikke oppgitt	Sanksjoner (straff eller belønning) basert på resultat av urinalaly- ser. Sanksjoner: kombina- sjon av metadondose- økning/-reduksjon, kun metadondoseøk- ning, kun metadondo- sereduksjon, ta med hjem metadon, penger, kombinasjon av flere sanksjoner. Sanksjoner ble gitt umiddelbart etter av- gitt urinprøve (□24 timer) eller forsinket (□24 timer) eller kom- binasjon. Metadondosering: 50 mg eller mindre, □ 50 mg.	Illegale rusmidler målt i urinalaly- ser. Måling enten av enkelstoff (f eks opiat, kokain eller benzodiazepi- ner) eller flere stoff i samme prøve. Antall urinprøver per uke hadde tre kategorier: tre, to, en eller mind- re.	System med sanksjoner er effektive for å redu- sere positive urinalaly- ser for brukere på poli- klinisk metadonbehand- ling. Gjennomsnittlig effekt størrelse i favør av inter- vensjonen er 0,25 (95% KI 0,20-0,30) – liten til moderat effekt. Fem sanksjoner hadde signifikant effekt: 6. Metadondoseøkning og ta med hjem meta- don 7. Umiddelbare sanksjo- ner 8. Å måle en type rus- middel framfor flere 9. Å teste urin tre gan- ger per uke 10. Forfatterne mener at grad av frivillighet også påvirker utfallet (ran- domisering eller ikke)	Omfattende søkestrate- gi. Inklusjonskriterier opp- gitt. Studier som sammenlik- ner «CM» med kon- trollgrupper og studier med pre- versus post- test for «CM» grupper er inkludert. Innholdet i de enkelte forsøk er godt beskrevet, men ifrfall, «intention to treat», blinding og studiestart- karakteristika er ikke diskutert. Randomiserte studier viste mindre effekt enn ikke-randomiserte Forfatterne gjorde en test for publikasjons- skjevhet og fant ikke tegn til det. Effektstørrelsen kan være overdreven.

vet, men frafall, «intention to treat», blinding og karakteristika ved studiestart er ikke diskutert. Randomiserte studier viste mindre effekt enn ikke-randomiserte. Forfatterne gjorde en test for publikasjonsskjevhet og fant ikke tegn til det. Effekttørrelsen kan være overdreven.

5.8 Medikamentell behandling av kokain- og amfetaminavhengighet

Innledning

I sentralnervesystemet påvirker kokain først og fremst opptaket av dopamin og noradrenalin. Signaloverføringen øker kraftig ved at opptak hemmes. Det er forsket på tre farmakologiske medikamenter mot kokainavhengighet: Antidepressiva dopaminagonister og antiepileptika. Tanken med antidepressiv behandling er å tilbakestille dysregulerte belønningsmekanismer samt å behandle depresjon. Kokainets belønningseffekt avhenger av en blokada av dopamintransportmolekyler. Den økede konsentrasjonen av dopamin antas å ligge bak den kokaininduserte euforien og stoffets avhengighetsfremkallende effekt. Kokainabstinens medfører en redusert funksjon i målområdet for dopamin. Signalevnen reduseres med angst, anhedoni, «craving» (behov for stoff) og depresjon som følge. Tanken bak behandling med dopaminagonist er fremfor alt å angripe disse symptomene.

Selv om amfetamin er klassifisert som stimulan på lik linje med kokain ser deres farmakologiske virkemåte ut til å være ulik. Mens blokada av dopaminopptak, spesielt i nucleus accumbens, er antatt å være kokainets viktigste virkemåte, ser det ut til at primær frigjøring av dopamin fører til amfetaminets effekt på den psykomotoriske stimulasjonen. I tillegg varer de farmakologiske effektene til amfetamin lengre enn kokain. Misbrukspotensialet til amfetamin er likt heroin og kokain. Under faser med kronisk høyt forbruk av amfetamin, vil brukerne som regel oppleve paranoia og hallusinasjoner som kan utvikle seg til fullstendig psykose. Misbruk av amfetamin over lengre tid kan føre til psykologiske forandringer når stoffet ikke lengre tilføres, og stans i tilførselen av amfetamin er ofte vist å føre til symptomer som hyperaktivitet, behov for stoff (craving), skjelving og mareritt.

Innholdet i dette kapittelet er basert på kapittelet «Farmakologisk behandling av opioid- og kokainberoende» i SBU-rapporten (1) (se tabell 1.30) og 6 Cochrane-oversikter (21-26) (se tabell 1.31).

SBU-rapporten har vurdert effekt av medikamentell behandling ved kokain-, amfetaminavhen-

gighet og abstinensbehandling. Forfatterne søkte etter randomiserte, kontrollerte studier i Medline og Cochrane Library. Det er inkludert 40 randomiserte, kontrollerte studier med totalt 2470 pasienter. De fleste studier sammenlikner ulike legemidler med placebo. To oversiktsartikler ble også funnet, men ble ekskludert p.g.a. manglende kvalitet. Hovedutfallene var abstinensutvikling, stoffmisbruk (målt som positiv urinalyse), å følge opp behandling og bivirkninger. Sekundærutfallene var depressive symptomer og stoffbehov («craving»).

Cochraneoversiktene så på effekt av:

- antidepressiva ved kokainavhengighet
- dopaminagonister ved kokainavhengighet
- karbamezepin kokainavhengighet
- tricykliske antidepressiva ved amfetaminavhengighet
- amineptin ved amfetaminavhengighet
- behandling ved amfetaminpsykose

Felles for alle Cochraneoversiktene var at forfatterne søkte etter randomiserte, kontrollerte studier i flere databaser, gikk gjennom referanselister og konferanserapporter og kontaktet fagpersoner og legemiddelfirmaer. Artikler ble inkludert uavhengig av språk.

Kokainavhengighet: resultater

Hovedkonklusjoner:

- Et begrenset antall studier viser *ikke* at tricykliske reduserer misbruk hos kokainavhengige sammenliknet med placebo. En mulig effekt er imidlertid ikke utelukket, særlig hos noen undergrupper, for eksempel kokainavhengige som ikke samtidig er opioidavhengig. Derimot er det sannsynlig at legemidlet gir flere bivirkninger.
- Et begrenset antall studier gir ikke noe grunnlag for at andre antidepressiva har effekt på misbruk. Noen studier tyder på at imipramin og fluoxetin øker sjansen for oppfølging av behandling.
- Et begrenset antall studier viser ingen effekt av dopaminagonister på misbruk eller oppfølging av behandling.
- Et begrenset antall studier gir ingen dokumentasjon for at antiepileptika har effekt på misbruk eller fører til bedre oppfølging av behandling.
- Det mangler dokumentasjon for å vurdere kokainvaksine.
- Et lite antall studier har vurdert dopaminagonisters effekt i abstinensbehandling. En liten

studie tyder på at buspiron (30 mg per dag) reduserer abstinensutvikling fra og med dag 5, men viser ingen effekt på frafall. Dokumentasjon mangler for abstinensbehandling ved kokainavhengighet.

Det angis spesifikt når resultatene er hentet fra Cochrane-oversiktene. Der ikke annet er oppgitt, er resultatene hentet fra SBU-rapporten.

I. Tricykliske antidepressiva (desipramin og imipramin), SSRI (fluoxetin), og øvrige antidepressiva (bupropion, litium, amantadin)

9 gode studier med totalt 573 pasienter sammenliknet *desipramin* med *placebo*. I fire av studiene var samtlige pasienter både kokain- og opioidavhengige, og de ble behandlet med metadon. Desipramin reduserte misbruk i to av studiene, mens de andre studiene ikke viste effekt. Det var ingen effekt på frafall. To gode studier med totalt 296 pasienter sammenliknet *imipramin* med *placebo*. Imipramin viste ingen effekt på misbruk, men flere pasienter fortsatte i behandlingen enn i kontrollgruppen (statistisk signifikant effekt).

Tre gode studier av totalt 259 pasienter sammenliknet *fluoxetin* med *placebo*. Fluoxetin viste ingen effekt på misbruk, men én liten studie viste at flere pasienter fortsatte behandlingen i fluoxetingroupen. Én studie med bare 5 pasienter vurderte om fluoxetinbehandling medførte bivirkninger, men ingen negative fysiologiske interaksjoner med kokain ble påvist.

En studie med 149 pasienter sammenliknet *bupropion* med *placebo* over 12 uker. Det ble ikke funnet noen forskjeller mellom gruppene. Ytterligere opplysninger om studiene mangler.

En studie med 48 pasienter sammenliknet *litium* med *placebo* over en periode på 6 uker, men fant ingen forskjeller mellom gruppene. Ytterligere opplysninger om studien mangler.

Seks gode studier med totalt 294 pasienter sammenliknet *amantadin* med *placebo*. I fire av studiene var samtlige pasienter både kokain- og opioidavhengige og ble behandlet med metadon. Ingen av studiene fant forskjeller mellom gruppene. Ytterligere opplysninger om studiene mangler.

En Cochrane-oversikt (21) har også sett på effekt av antidepressiva mot kokainavhengighet. Oversikten inkluderte 18 kontrollerte forsøk med totalt 1177 pasienter som sammenliknet *antidepressiva* med *placebo*. Studiene ble utført i ulike land på ulike behandlingssteder, brukte ulike doseringer osv. Mange av de kokainavhengige var samtidig avhengige av opioider. Utfallene var stoff-

misbruk (målt som kokainpositiv urinalyse), abstinensutvikling (målt ved bl.a. «craving» og angst), oppfølging av behandling og bivirkninger.

12 studier sammenliknet *desipramin* (150 mg til 300 mg per dag) med *placebo* og to studier sammenliknet *fluoxetin* (20 mg til 60 mg per dag) med *placebo*. Tre studier så på effekten av henholdsvis *imipramin*, *gepiron* og *ritanserin* sammenliknet med *placebo*. To studier sammenliknet henholdsvis *bupropion* og *desipramin* med *metadon*. Studiene viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn til misbruk, men resultatene tyder på at det er en mulig effekt av desipramin hos kokainavhengige som ikke samtidig er opioidavhengig. En liten studie viste at fluoxetin kan føre til at flere fortsetter behandlingen, men frafallet i gruppene var ganske stort (opp til 72 %). Antidepressiva ser ut til å gi flere bivirkninger. Studiene var middels gode.

II. Dopaminagonister (Bromokriptin, Mazindol)

En studie med totalt 50 pasienter sammenliknet *bromokriptin* med *placebo*. Det var ingen forskjeller mellom gruppene. Ytterligere opplysninger om studiene mangler. Én studie med 29 pasienter viste ingen alvorlige bivirkninger eller interaksjonseffekter mellom bromokriptin og kokain. En annen studie med 12 pasienter viste at kokain og mazindol hver for seg økte i hjertefrekvens og blodtrykk. Ved samtidig tilførsel av kokain ble det registrert en ytterligere økning av disse parametrene.

To gode studier med totalt 80 pasienter vurderte effekten av *mazindol* mot *placebo* ved kokainavhengighet. Ingen av studiene fant noen forskjell mellom gruppene. Ytterligere opplysninger om studiene mangler.

Én Cochrane-oversikt (22) har sett på effekt av dopaminagonister mot kokainavhengighet. Det er inkludert 12 kontrollerte forsøk med totalt 587 pasienter. Studiene ble utført i ulike land, på ulike behandlingssteder, brukte ulike doseringer. Mange av de kokainavhengige var samtidig opioidavhengig. Utfallene var abstinensutvikling (målt som bl.a. «craving» og angst), stoffmisbruk (målt som kokainpositiv urinalyse), oppfølging av behandling og bivirkninger.

Syv studier sammenliknet *amantadin* (2,5 til 10 mg per dag) eller *bromokriptin* (200 mg til 400 mg per dag) med placebo. En studie sammenliknet *amantadin* med *bromokriptin* og tre studier sammenliknet *amantadin* med *desipramin*. Studiene viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn til misbruk eller opp-

følging av behandling. Studiene var av middels til god kvalitet.

III. Antiepileptika (*karbamezepin*, *fenytoin*)

Fem studier med totalt 411 pasienter sammenliknet *karbamezepin* med *placebo*. Ingen av studiene påviste noen forskjell mellom gruppene. En studie med 30 pasienter viste at kokain sammen med karbamazepin ikke førte til kardiovaskulære bivirkninger. Studiene var gode.

En god studie med totalt 60 pasienter vurderte effekten av *fenytoin* med *placebo*. Det ble ikke påvist noen forskjell mellom gruppene.

En Cochrane-oversikt (23) så på effekt av *karbamezepin* mot kokainavhengighet. Det er inkludert fem middels gode, kontrollerte forsøk med totalt 455 pasienter. Studiene sammenliknet *karbamezepin* med *placebo*. De ble utført i ulike land, på ulike behandlingssteder og brukte ulike doseringer. Mange av de kokainavhengige var også opioidavhengige. Utfallene var stoffmisbruk (målt som kokainpositiv urinanalyse), abstinensutvikling (målt som utvikling av bl.a. «craving» og angst), oppfølging av behandling og bivirkninger. Studiene viste ingen forskjell mellom gruppene med hensyn til misbruk, men resultatene tyder på at karbamazepin reduserer angst og økt oppfølging av behandling (forskjellen er ikke statistisk signifikant). Frafallet i gruppene var ganske stort (61 % i karbamazepingruppen mot 69 % i placebogruppen). På den andre siden ser det ut som om karbamazepin gir flere bivirkninger som kvalme, slapphet, brekning.

IV. Kokainvaksine

En Cochrane-oversikt har sett på effekt av *kokainvaksine*, men ble ekskludert fra denne oppsummeringen pga. dårlig kvalitet.

V. Dopaminagonister og partielle serotoninagonister ved abstinensbehandling

En god studie med totalt 42 pasienter vurderte effekt av dopaminagonisten *amantadin* mot *placebo* ved abstinensbehandling. Studien fant ingen forskjell mellom behandlingsgruppene.

En god studie med totalt 63 pasienter sammenliknet dopaminagonisten *bromkriptin* med *placebo* ved abstinensbehandling. Studien fant ingen forskjell mellom gruppene.

En god studie med totalt 32 pasienter vurderte effekt av den partielle serotoninagonisten *buspiron* mot *placebo* ved abstinensbehandling. Studien vis-

te at buspiron (30 mg/dag) reduserer abstinensutvikling fra og med dag 5, men hadde ingen effekt på oppfølging av behandling.

Amfetaminavhengighet

Hovedkonklusjoner:

- Det mangler fortsatt kunnskap for å vurdere effekt av medikamentell behandling ved amfetaminavhengighet, amfetaminpsykose og amfetaminabstinens.

Resultater fra Cochraneoversiktene er oppgitt spesifikt. Der ingenting annet er oppgitt, bygger resultatene på SBU-rapporten.

I Tricykliske antidepressiva

En god studie med totalt 32 pasienter sammenliknet *imipramin* med *placebo*. Det var ingen forskjeller mellom behandlingsgruppene med hensyn på misbruket.

En Cochrane-oversikt (24) har sett på effekt av antidepressiva ved amfetaminavhengighet. Det ble inkludert fire kontrollerte forsøk som sammenliknet *floxedon*, *amitriptylin*, *imipramin* og *desipramin* med *placebo*. Studiene var middels gode til gode, og ble utført i ulike land. Hovedutfallsmål var tilbakefall, abstinensutvikling (målt bl.a. som «craving» og angst), misbruk (målt som amfetaminpositive urinanalyser, stoffrie dager med mer), oppfølging av behandling og bivirkninger. Studiene viste ingen forskjell mellom behandlingsgruppene med hensyn til misbruk, men resultatene tyder på at floxedon (40 mg per dag) reduserer stoffbehov («craving»), og imipramin (10 mg per dag) reduserte frafall. Resultatene tyder også på redusert frafall (forskjellen er ikke statistisk signifikant). Det mangler kunnskap om bivirkninger.

II Amineptin

En Cochraneoversikt (25) har sett på effekt av *amineptin* mot amfetaminavhengighet. Den inkluderte to gode, kontrollerte forsøk. Hovedutfallsmål var abstinensutvikling, «almenntilstand» og oppfølging av behandling.

Studiene sammenliknet *amineptin* (300 mg per dag) med *placebo*. Det ble ikke påvist noen forskjell i abstinensutvikling mellom gruppene, men resultatene tyder på at amineptin reduserer frafall og forbedrer allmenntilstanden.

Tabell 1.30 Farmakologisk behandling ved kokain- og amfetaminavhengighet

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Berglund M et al, «farmakologisk behandling av opioid- og kokainbe- roende» i Behand- ling av alkohol- og nar- kotika- problem. Rapport nr. 156 (Vol. I og II) 2001, SBU: Stock- holm (1)	<i>Problemstilling</i> Hvilken effekt har medikamen- tell behandling på kokain-, og amfetaminav- hengighet sam- menliknet med placebo? Hvordan påvir- ker medikamen- tell behandling abstinensutvik- ling? Hvilken farma- kologisk be- handling har best effekt? <i>Metode</i> Kunnskapsopp- summering. 40 randomiserte, kontrollerte forsøk og 2 oversiktsartikler ble funnet. Det ble søkt i Medline og Cochrane Li- brary.	Studier som ana- lyserte voksne med ko- kain- og ble inkludert. Studiene ble gjen- nomført i flere land.	Antide- pressiva Dopami- nagonis- ter Antiepi- leptika Partiell serotonin- gongist	De ulike studiene opererer med ulike utfallsmål, men ho- vedut- fallsmål er abstinens- utvikling, oppføl- ging av behand- ling , stoffmis- bruk (målt som positiv urinanaly- se) og bivirknin- ger.	Se tekst for ytterlige opplysninger. Flere meta-analy- ser sammenliknet legemidler med placebo eller alter- native preparater med hensyn til 1) stoffmisbruk og 2) oppfølging av behandling. <i>Desipramin mot placebo</i> 1. Effekttørrelse 0,20 95 % KI+/- 0,36 (liten effekt, ikke signifikant) 2. Effekttørrelse -0,05 95 % KI+/- 0,66 (minimal nega- tiv effekt, ikke signifikant) <i>Imipramin mot placebo</i> 1. Effekttørrelse -0,27 95 % KI+/- 0,74 (liten negativ effekt, ikke signifikant) 2. Effekttørrelse 0,47 95 % KI+/- 0,38 (liten effekt, signifikant) <i>Fluoretin mot placebo</i> 1. Effekttørrelse -0,70 95 % KI+/- 0,78 (moderat nega- tiv effekt, ikke signifikant) 2. Effekttørrelse 2,34 95 % KI+/- 1,96 (stor effekt, signifikant) <i>Amantidin mot placebo</i> 1. Effekttørrelse 0,11 95 % KI+/- 0,54 (minimal effekt, ikke signifikant) 2. Effekttørrelse - 0,15 95 % KI+/- 0,54 (liten negativ effekt, ikke signifikant) <i>Karbamezepin mot placebo</i> 1. Effekttørrelse -0,09 95 % KI+/- 0,40 (minimal nega- tiv effekt, ikke signifikant) 2. Effekttørrelse 0,06 95 % KI+/- 0,44 (minimal effekt, ikke signifikant) <i>Fenytoin mot placebo</i> 1. Effekttørrelse 0,39 95 % KI+/- 1,20 (liten effekt, ikke signifikant) 2. Effekttørrelse -0,03 95 % KI+/- 1,44 (minimal nega- tiv effekt, ikke signifikant)	Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier ble funnet fordi termer inkludert i søke- strategien er mangelfulle. I alt ble 40 randomiserte, kontrollerte studier inkludert, i tillegg til to oversikt- artikler. Forfatterne presise- rer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere meto- disk kvalitet. Studienes kvali- tet varierte kvalitet. Opplys- ninger om de inkluderte studienemanger, for eksem- pel om rekruttering til grup- pene, metode for fordeling til intervensjon- og kontroll- gruppe, forskjeller ved stu- diestart, blinding av perso- nell, forskere og deltakere samt frafall. Det er et stort frafall i studie- ne. De to inkluderte over- siktsartiklene brukte en usys- tematisk framgangsmåte for å finne, vurdere og sammen- stille forskningsresultatene. Det mangler fortsatt kunn- skap om legemidlene som er studert.

Tabell 1.31 Farmakologisk behandling ved kokain- og amfetaminavhengighet

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Soares et al.	<i>Problemstilling</i>	Studier som	Buprenorfin,	De ulike studiene	Se tekst for ytterlige	Det er sannsynlig at de
1. «Treatment for amphetamine withdrawal», (25)	Hvilken effekt har medikamentell behandling på kokain- og amfetaminavhengighet sammenliknet med placebo?	analyserte voksne med opioidavhengighet ble inkludert. Studiene ble gjennomført i flere land.	Dopamin agonister, antidepressiva, Amineptin	De ulike studiene opererer med ulike utfallsmål, men hovedutfallene er abstinensutvikling, frafall, stoffmisbruk (målt som positiv urinalanalyse) og bivirkninger.	Se tekst for ytterlige opplysninger. Flere meta-analyser sammenliknet legemidler med placebobehandling eller alternativt preparater med hensyn til flere utfall. Resultater fra meta-analyser som består av flere enn én studie som vurderer 1) stoffmisbruk og 2) behandlingsoppfølgning er tatt med her.	Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, Primærstudiene var gode, men frafallet var stort. Det er hensiktsmessig å sammenstille resultatene i meta-analyser. I tillegg har de fleste studier sammenfallende resultater.
2. «Treatment for amphetamine dependence and abuse», (24)	Hvilken medikamentell behandling har best effekt?					
3. «Treatment of amphetamine psychosis» (26)						
«Dopamine agonists for cocaine dependence», (22)	<i>Metode</i>					
Srisurapanont et al	Fire systematiske oversikter. Forfatterne søkte i flere databaser inklusive Cochrane Library, Medline og Embase etter randomiserte, kontrollerte forsøk. Referanselister ble også gjennomgått. Artiklene ble inkludert uavhengig av språk.					
4. Lima et al, «Cocaine dependence» (23)						
5. «Antidepressants for cocaine dependence» i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford (21)						

III Behandling av amfetaminpsykose

En Cochrane-oversikt (26) har sett på effekt av farmakologisk behandling mot amfetaminpsykose. Ingen kontrollerte forsøk ble funnet. Derfor mangler det fortsatt kunnskap for å vurdere effekt av *medikamentell behandling ved amfetaminpsykose*.

Vurdering av metodisk kvalitet

SBU-rapport: Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier er funnet, fordi søketermene som er brukt er utilstrekkelige. De inkluderte, kontrollerte studiene sammenliknet stort sett aktive preparater med placebo. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. De fleste studier er gode. Det er imidlertid stort frafall i mange studier og studiene har ikke vurdert alle viktige utfallsmål, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. I tillegg er det mangelfulle opplysninger om de inkluderte studiene. Dette gjelder for eksempel rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, eller blinding av personell, forskere og deltakere.

Cochrane-oversiktene: Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet, fordi søkestrategien var omfattende i alle oversiktene. De fleste studier sammenlikner aktive preparater med placebo. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. De fleste studier er gode. Opplysningene om inkluderte primærstudier er også oppgitt. Det imidlertid et stort frafall i mange av studiene. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Framgangsmåten brukt i oversiktene er stort sett pålitelig.

5.9 Misbruk av alkohol og narkotika under graviditet og i nyfødtp perioden

Innledning

Skadelige effekter av overdreven alkoholbruk inkluderer lav fødselsvekt; mental retardasjon; føtalt alkoholsyndrom (FAS) og atferdsvansker i nyfødtp perioden. Slike utviklingsavvik er assosiert med regelmessig bruk av to enheter alkohol per dag (28,5 ml alkohol per dag) eller mer.

I kapittelet om screening og diagnostisering av rusmisbruk viser vi til at TWEAK (Tolerance Worried Eye-opener Amnesia Cut down) kan være et nyttig verktøy for screening av gravide. Det er tilgjengelig på internettadressen: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/tweak.htm>.

Innholdet i dette kapittelet baserer seg på kapittelet «Graviditet, nyföddhetsperiod och missbruk» og kapittelet «Narkotika och graviditet» i SBU-rapporten (1), og én annen systematisk oversiktsartikkel (27) (se tabell 1.32).

SBU-rapporten har sett nærmere på to problemstillinger:

1. Å finne fram og sammenstille litteraturen om å fange opp og behandle kvinner med risikabelt alkohol- og narkotikamisbruk under graviditet.
2. Å sammenlikne litteraturen om diagnostikk av alkoholframkalte fosterskader, føtalt alkohol syndrom (FAS). Å vurdere om det finnes intermedieære effektmål som kan brukes i behandlingsstudier.

For alkoholbruk og graviditet, søkte forfatterne i Medline og Cochrane Library. I tillegg er oversikter, bøker, referanselister og enkeltstudier gjennom søkt. De kontaktet forskere på feltet for å identifisere upubliserte studier. For narkotikabruk og graviditet ble samme søkestrategi brukt. Forfatterne søkte etter randomiserte, kontrollerte studier av behandling. Søkestrategien identifiserte 11 randomiserte, kontrollerte studier hvorav fire ble ekskludert umiddelbart. De seks gjenstående er referert i rapporten. Det er ikke oppgitt hvilke kvalitetskrav disse inkluderte studiene har vært gjennom. Det er gitt en beskrivende oppsummering av dem. Alle inkluderte studier har en begrenset problemstilling og de fleste er små studier med kort oppfølgingstid.

I tillegg fant vi én oversiktsartikkel om forebygging av alkoholbruk blant gravide ved hjelp av vår søkestrategi. En annen oversikt med samme tema ble ekskludert fordi den var usystematisk og dårlig. Vi identifiserte også en systematisk oversikt under utarbeidelse (protokoll). Den omhandler metadon og gravide (28).

Resultater: Forebygging og behandling av alkoholproblemer under graviditet

Hovedkonklusjoner:

- Mange gravide reduserer sitt alkoholbruk under graviditet uten hjelp fra helsevesenet. For kvinner med moderat alkoholforbruk kan samtaler være tilstrekkelig for å redusere forbruket. Screening for problematferd/misbruk kan være nyttig. En samtale/mini-intervensjon er kanskje nok til å påvirke til mindre eller moderat bruk av alkohol i svangerskapet, men alle konklusjoner baseres på begrenset dokumentasjon.
- Det er begrenset kunnskap for at rutinemessig informasjon under svangerskapskonsultasjo-

ner reduserer alkoholforbruk eller gir totalavhold blant gravide med et moderat forbruk. Det finnes ikke dokumentasjon av at tiltaket har effekt på problembrukere.

- De direkte, alkoholrelaterte skadelige effektene av alkohol og graviditet er veldokumenterte, men de er sjeldne. Ifølge SBUs konklusjon er det ikke fastlagt noe ufarlig konsumnivå for gravide, og mange behandlere mener at gravide skal avholde seg fra alkohol. Internasjonale observasjonsstudier som refereres blant annet i «A guide to effective care in pregnancy and childbirth» trekker en annen konklusjon; at et lite og moderat alkoholbruk ikke er assosiert med fosterskader.

Dersom annet ikke er oppgitt, baserer resultatene i dette kapittelet seg på SBU-rapporten.

En studie *screenet* gravide i 16.uke og fordelte gravide med alkoholproblemer til *intervensjon* – og kontrollgruppe. En gruppe fikk en kort intervensjon, mens kontrollgruppen fikk vanlig svangerskapsundersøkelse og observasjon. Kontrollgruppen ble ikke fulgt opp etter fødsel. Det ble brukt et standardisert måleinstrument (ASI-Addiction Severity Index) for å måle konsumet av alkohol. Det var ingen signifikante forskjell mellom gruppene, men studien antyder at egen motivasjon for å avstå fra alkohol er like viktig som behandling.

En annen studie hadde 42 gravide med alkoholmisbruk i en tiltaksgruppe, mens 36 gravide med alkoholmisbruk fikk vanlig behandling. Populasjonen var fattige med begrenset adgang til behandling, og intervensjonsgruppen deltok i et lavkostnadsprogram. Programmet omfattet en samtale på 10 minutter med opplysning/undervisning kombinert med et selvhjelpsprogram på ni trinn. 88% i selvhjelpgruppen ble alkoholfrie, mens 69% i kontrollgruppen ble alkoholfrie. Forskjellene var ikke signifikante. Det antydes at selvhjelpsprogrammet var mer effektivt for gravide som drakk små eller middels mengder alkohol. Det mangler opplysninger om fødsels-/postpartum og nyfødtprioden. Studien hadde kort oppfølgingstid.

I New Mexico ble det i 1999 utført en liten pilotstudie. Studien omfattet 43 kvinner. Intervensjonsgruppen hadde en motivasjonssamtale og deltok i en spørreundersøkelse. Kontrollgruppen deltok i spørreundersøkelse og fikk skriftlig informasjon. Frafallet var 19%. I kontrollgruppen fortsatte 67% å drikke alkohol, mot 56% i intervensjonsgruppen. Forfatterne konkluderer at for de med lavt alkoholforbruk, kan motiverende samtale være tilstrekkelig. For kvinner med et alkoholproblem kreves mer omfattende behandling.

En forholdsvis stor studie fra 2000 hadde som mål å påvirke drikkevaner under graviditet. Den inkluderte 250 kvinner mellom 18–40 år som ikke nødvendigvis var gravide. De 250 hadde risikoatferd påvist ved screening. 103 ble randomisert til intervensjon, 102 til kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk 2 ganger 15 minutter legebesøk med rådgiving, informasjon og «kontrakt» om reduksjon i konsum. Kontrollgruppen fikk vanlig helseoppfølging/rådgiving. Resultatene fra denne studien viste 85 % oppfølging etter fire år. 41 av kvinnene gjennomgikk en graviditet i perioden; og alkoholbruk blant de 22 i intervensjonsgruppen ble redusert. Det ble vist signifikante forskjeller.

En oversiktsartikkel (27) har vurdert tiltak satt i verk for å forebygge alkoholbruk blant gravid. Det er inkludert fem primærstudier i denne systematiske oversikten. Studiene er fra Norge, England, Sverige, USA og Finland. Tiltakene som er vurdert, er informasjon gitt rutinemessig og/eller brosjyrer under svangerskapskonsultasjoner. For kvinner med et identifisert alkoholproblem, er det i enkelte studier gitt tilbud om flere veiledningssamtaler. Utfallene er alkoholkonsum målt ved bruk av kjente måleverktøy (Calahan, 10-question drinking history eller quantity, frequency, bingeing) i fire av de fem studiene.

Alle studiene (to kontrollerte studier, tre observasjonsstudier) rapporterte at flertallet av de gravide reduserte alkoholforbruket eller var totalt avholdende i løpet av svangerskapet. Det mangler gode randomiserte studier om intervensjoner rettet mot gravide og alkohol. Forfatteren hevder at slike studier vil være etisk forsvarlige. For to studier med kontrollgruppe var det ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppe for alkoholavhold i svangerskapet.

Det ser ut som om enkeltbudskap og korte intervensjoner når flertallet av gravide. De inkluderte studiene gir ingen informasjon om hvordan man kan nå problembrukere og hvilke tiltak som er effektive mot gravide med et identifisert alkoholmisbruk.

Forebygging og behandling av gravide med narkotikaproblemer

Hovedkonklusjoner:

- Skader og problemer ved narkotikabruk kan også være relatert til den livsstilen mange narkomane har. Vi har ikke funnet kontrollerte studier som dokumenterer effekten av behandlingstiltak for gravide narkotikamisbrukere. Mer kunnskap trengs på dette området, men

- dette er metodisk problematisk fordi det er vanskelig å identifisere gode kontrollgrupper.
- Helsepersonell kan oppøves i å bli bedre på å formidle empati, ifølge én studie.

Dersom ikke annet er oppgitt, baserer resultatene i dette kapittelet seg på SBU-rapporten (1).

I. Forebygging av fosterskader

Det finnes få kontrollerte studier som ser på tiltak rettet mot gravide med et narkotikaproblem. Sosiale faktorer og psykisk sykdom kompliserer ofte problemet og spiller større rolle enn ved alkoholmisbruk. For fosterskader (direkte) fører antagelig alkohol til flere skader enn narkotika.

Flere tiltak er vurdert for å dokumentere sammenheng mellom narkotika og fosterskader. 10 observasjonsstudier (studiedesign ikke oppgitt) ble satt sammen i en meta-analyse, og denne viste ingen effekt på fødselsvekt dersom mor brukte *cannabis* under graviditeten.

En meta-analyse med fem studier (studiedesign er ikke oppgitt) viste at *kokainmisbruk* fører til lavere fødselsvekt. Det er usikkert om det er kokainbruken eller livsstilen som gir denne effekten. De fleste kvinner som bruker kokain under graviditeten føder barn som virker normale. En del forskningslitteratur har dårlig kvalitet, og skiller ikke mellom kokaineffekt og narkomanes livsstil. I dette perspektivet må man også være kritisk til de påståtte skadeeffekter av «crack» og «crack babies». Det er uklart hvilke langtidseffekter kokainmisbruk under graviditet har, en oversiktsartikkel fra 1997 viser til «små» skader på den voksende hjernen. Her ble kokainbruk assosiert med økt irritabilitet og konsentrasjonsvansker.

En meta-analyse fra 1997 (antall studier og studiedesign ikke oppgitt) viste at *heroinmisbruk* under graviditet fører til lavere fødselsvekt. Barna kan også ha medfødte abstinenssymptomer som må behandles.

Det er ikke vist at *benzodiazepin* i normale/ vanlige doser gir fosterskader. Antall studier og studiedesign er ikke oppgitt.

For *hallucinogener* og graviditet eller *løsemidler* og graviditet ble ingen studier identifisert.

En kohortstudie fra Miami fordelte 905 kokaineksponerte gravide til fire grupper etter hvilken behandling de fikk i svangerskapet. Det var forskjeller i fødselsvekt, med høyest vekt i gruppen som hadde avstått fra kokain og lavest hos barn til mødre som hadde minimal oppfølging i svangerskapet.

En randomisert, kontrollert studie hadde som

mål å påvirke injeksjonsatferd og målte smitterisiko. Denne studien ga ingen informasjon om effekt på foster eller kvinnes omsorgsevne (WHO 1996).

Det er ikke funnet effektstudier av å forebygge eller redusere cannabisbruk under graviditet.

Det er ikke funnet behandlings- eller forebyggingsstudier av *amfetamin* og andre sentralstimulerende midler og graviditet.

II. Behandling av narkotikamisbruk under graviditet

I en studie fra Ohio (1996) ble 179 gravide med kokainbruk randomisert til to grupper. Kontrollgruppen fikk omfattende behandling og «case-management» med individuell tilpasning i åpen eller lukket institusjon. Intervensjonsgruppen fikk det samme som kontrollgruppen samt helseinformasjon via Internett, elektronisk innkalling til selvhjelpsgruppe, og påminnelser om bønnemøte og vitnemål fra tidligere narkomane. Resultatet var at intervensjonsgruppen deltok mer på ulike behandlingstiltak/aktiviteter, men dette hadde ikke effekt på misbruket.

En liten studie (12 deltakere) fra 1998 vurderte effekten av to intervensjoner som begge skulle støtte selvvalgt avholdenhet fra kokain under graviditet. Intervensjonsgruppen fikk atferdsterapi samt økonomisk belønning dersom visse mål ble nådd. Kontrollgruppen fikk atferdsterapi. Resultatet viste at avholdenheten var høy i begge gruppene. Ettersom studien gjaldt kvinner som selv bestemte seg for å avstå fra kokain i graviditeten, kan de «positive» resultatene ikke generaliseres til andre grupper. Studien var dessuten svært liten.

III. Opplæring av helsepersonell

En studie fra USA randomiserte helsepersonell (antall=30) med forskjellig yrkesbakgrunn. De ble randomisert til to grupper. Kontrollgruppen fikk se en treningsvideo og intervensjonsgruppen fikk se videoen samt en dokumentarfilm om en kvinnelig alkoholiker. Denne gruppen fikk også øve på rollespill med hjelp av en skuespiller som spilte alkoholiker. Eksperimentgruppen ble signifikant bedre på å formidle empati og å gjennomføre en motiverende samtale enn kontrollgruppen. Studien har begrensinger fordi forskerne ikke brukte en reell pasientpopulasjon, og ikke undersøkte om ferlighetene holdt seg over tid.

Vurdering av metodisk kvalitet

SBU-rapport: Det ble brukt en begrenset søkestrategi, blant annet er det ikke søkt i Embase og PsycLit. Derfor er det ikke sannsynlig at alle relevante studier ble identifisert. Bare randomiserte, kontrollerte studier ble inkludert. Det er både fordele og ulemper med det. Randomiserte studier er «gullstandard» for å vurdere effekt av forebygging eller behandlingstiltak, men for gravide og alkohol kan det være etisk problematisk å fordele kvinner tilfeldig til intervensjon- eller kontrollgruppe. De fleste studiene er små og med kort oppfølgingstid. Opplysninger om enkeltstudier og meta-analyser er mangelfulle. SBU gir begrensede opplysninger om sin kvalitetsvurdering av de inkluderte studier, men er forsiktig i sine konklusjoner.

Den systematiske oversikten fra 1993 som omhandlet forebyggende tiltak mot alkoholbruk under graviditet har også sine metodiske begrensninger. Det er ikke sikkert at alle aktuelle studier er funnet pga. en utilstrekkelig søkestrategi. To studier hadde kontrollgruppe, men ingen var randomiserte studier. De fleste inkluderte primærstudier møtte få av de åtte forhåndsdefinerte kvalitetskriteriene.

5.10 Særskilte behandlingstiltak

Innledning

Når stoffmisbruk forekommer sammen med mentale lidelser, er det ofte assosiert med mer vold og selvmord, dårlig oppfølging av behandling, tidlig psykotisk sammenbrudd, hjemløshet, kriminell atferd og flere sykehusinnleggelser. Det er imidlertid ikke klart hvordan man best bør behandle mennesker med både stoffmisbruk og alvorlige mentale lidelser, såkalt dobbeltdiagnoser. Det er stort sett enighet om at det er nødvendig med integrerte tjenester som behandler begge problemene, men de ulike behandlingsoppleggene som er i bruk er generelt sett ikke basert på forskning.

Blant unge mennesker er alkohol og narkotikabruk ofte assosiert med skulking, dårlige resultater på skolen, kriminalitet, selvmord, overdoser og trafikkulykker. Økende stoffmisbruk er assosiert med en økning i kriminell aktivitet, arbeidsløshet og avtagende bruk av skole- og utdannings tilbud.

Ulike stadier i unges alkohol- og rusbruk kan beskrives med følgende punkter:

- Bevissthet og nysgjerrighet
- Eksperimentering

- Sosial bruk
- Åndsfraværenhet
- Avhengighet

Behandlingsformene er igjen basert på integrerte tjenester som behandler atferdsproblemer og rusmisbruk. Behandlingene er generelt sett ikke basert på forskning.

Se også tidligere seksjoner om farmakologisk behandling og psykososiale tiltak mot alkoholavhengighet.

Innholdet i dette kapittelet er basert på kapitlet «Psykososial behandling av narkotikaberoende» i SBU-rapporten (1) (se tabell 1.24), en Cochraneoversikt (29) (se tabell 1.33), og to andre systematiske oversikter identifisert ved vår søkestrategi (30–31) (se tabell 1.34 og 1.35). Det ble også identifisert en systematisk oversikt (32) som så på effekt av lokal baserte psykososiale rehabiliteringstjenester blant personer med både alvorlig mentale lidelser og alvorlige problemer med stoffmisbruk. Oversikten ble ekskludert på grunn av manglende kvalitet.

Fire oversikter av metodisk mangelfull kvalitet (33–36), tabell 1.36–1.39, som omhandler akupunktur og transendental meditasjon supplerer dette kapittelet.

SBU-rapporten (1) har vurdert effekten av *psykososiale tiltak for personer som både har problemer med alkoholmisbruk og alvorlig mental sykdom* (se tabell 1.24). Forfatterne søkte i tre databaser og i referanselister. Upubliserte og publiserte artikler ble tatt med.

Cochrane-oversikten har også vurdert effekt av psykososiale tiltak for personer med dobbeltdiagnoser. Forfatterne søkte i flere databaser inkludert Cochrane Library, Medline, Embase og PsychLit etter kontrollerte forsøk ved bruk av en omfattende søkestrategi. Referanselister ble også gjennomgått. Artiklene ble inkludert uavhengig av språk. 6 kontrollerte studier ble funnet.

De tre andre oversiktene har sett på effekt av:

- tiltak ved gjentatt rehabilitering for kronisk alkoholisme
- ulike tiltak i regi av Anonyme Alkoholikere
- ulike kliniske og lokal baserte behandlingsopplegg for ungdom med adferds- og stoffproblemer

Felles for oversiktene var at forfatterne hadde søkt i flere databaser. Kontrollerte studier ble inkludert.

Vi henviser også til kapittel 3 som omhandler psykososial behandling av alkoholproblemer.

Tabell 1.32 Kunnskapsoppsummering – Graviditet og alkohol

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Schorling, JB. «The Prevention of Prenatal Alcohol Use: A Critical Analysis of Intervention Studies».J. Stud. Alcohol 54: 261-267, 1993. (27)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekten av tiltak rettet mot å redusere alkoholbruk blant gravide? <i>Metode</i> Systematisk oversikt basert på fem primærstudier, to med og tre uten kontrollgruppe.	Gravide med identifisert alkoholmisbruk Norge, Sve-England, Sverige, USA og Finland	Rutinemessige konsultasjoner og rådgiving i svangerskapsomsorgen. Informasjonsbrosjyrer. Veiledningssamtaler med en til fire ukers mellomrom under svangerskapet.	Alkoholbruk i svangerskapet.	Alle studier rapporterer at flertallet av de gravide reduserer eller avholder seg helt fra alkohol i løpet av svangerskapet. For to studier med kontrollgruppe var det ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppe når det gjelder avhold fra alkohol i svangerskapet. Det mangler gode randomiserte studier om intervensjoner rettet mot gravide og alkohol Forfatteren hevder at slike studier vil være etisk forsvarlige. Det ser ut som om enkeltbudskap og korte intervensjoner når flertallet av gravide.	Søkestrategi er oppgitt, Medline (1973-1991), ETOH og referanselister. Seleksjonskriterier og kvalitetsvurderinger er oppgitt og utført. To studier hadde kontrollgruppe, men ingen var randomiserte studier. De fleste inkluderte primærstudiene møtte få av 8 satte kvalitetskriterier. De inkluderte studiene gir ingen informasjon om hvordan man kan nå problembrukere og hvilke tiltak som er effektive mot gravide med et identifisert alkoholmisbruk. Forfatteren foreslår en strategi for framtidig forskning på feltet.

Resultater: Særskilte behandlingstiltak

Hovedkonklusjoner:

- Det mangler kunnskap for å kunne vurdere tiltak ved gjentatt rehabilitering blant personer med kronisk alkoholisme.
- Et tilstrekkelig antall studier viser at konvensjonelle AA-møter fører til en økning i totalavholdenhet sammenliknet med ingen behandling.
- Et begrenset antall studier gir ingen dokumentasjon for at AA «residential» behandling er bedre enn øvrige psykososiale tiltak, men de tyder på at den er like effektiv. Et begrenset antall studier viser at AA-veiledning med tidligere alkoholavhengige er mer effektivt enn alternative veiledningstiltak med hensyn til totalavholdenhet.
- Det mangler kunnskap for å vurdere ulike behandlingsopplegg rettet mot voksne med både alvorlig mental sykdom og alvorlige problemer med stoffmisbruk (dobbeltdiagnoser).
- Det mangler kunnskap om tiltak rettet mot ungdom både for atferdsproblemer og problemer med stoffmisbruk.
- Ved behandling av psykisk syke og hjemløse med et alvorlig alkoholmisbruk, viser flere dårligere studier at både misbruket og andre livsproblemer bør behandles samtidig.
- Behandling med transendental meditasjon eller akupunktur er ikke vist å være effektivt.

I. Ulike behandlingsopplegg for hjemløse med alvorlig mental sykdom og problemer med alkoholmisbruk

SBU-rapporten har vurdert effekten av *psykososiale tiltak for personer som både har problemer med alkoholmisbruk og alvorlig mental sykdom* tabell 1.24. Det finnes få randomiserte, kontrollerte studier av den heterogene gruppen psykisk syke misbrukere og hjemløse (flere menn enn kvinner). 11 randomiserte, kontrollerte forsøk ble funnet, men studiene preges av vanskeligheter med å beholde personene i behandling. Oppfølgingstiden varierte fra 2 til 24 måneder.

Det finnes få gode studier som dokumenterer at *allmenn støttende rådgivning, boligtilbud, herberger, natthjem* osv. alene reduserer alkoholkonsum mer enn standardbehandling blant hjemløse misbrukere. Et begrenset antall studier viser sammenfallende positive resultater der «*avhengighets-terapeutiske teknikker*» og *strukturert og samordnet pasientstøtte* legges til rette (for eksempel «*case management*», «*community reinforcement ap-*

proach», «*contingency management*»). Resultatene må tolkes med forsiktighet.

En Cochrane-oversikt (29) har sammenlignet effekt av *ulike behandlingsopplegg for stoffmisbruk kombinert med standard psykiatrisk behandling* med *kun standard psykiatrisk behandling* for personer med dobbeltdiagnoser (se tabell 1.33). Personer med alvorlige sinnslidelser, slik som manisk-depressive, ble inkludert hvis det ikke var mulig å frigjøre disse data fra resten. Der det var mulig, ble de med organiske forstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og de som kun brukte tobakk ekskludert. Studiene ble gjennomført i USA og behandlingens varighet var fra 8 måneder til tre år. Ingen av studiene vurderte de samme tiltakene. Hovedutfallene var frafall fra behandling, tilbakefall av alvorlig mental sykdom, stoffbruk og innleggelse.

Seks randomiserte, kontrollerte forsøk ble funnet, men forsøkene preges av stort frafall (cirka 30 %). Studiene er stort sett dårlige. Det er ingen klare forskjeller mellom gruppene med hensyn til stoffmisbruk eller frafall. Data om øvrige viktige utfall, for eksempel tilbakefall av alvorlig mental sykdom, ble ikke oppgitt. Det er ikke noe dokumentasjon for at ulike behandlingsprogram mot stoffmisbruk, gruppebehandling, «*assertive community treatment*» og «*intensive care management*», kombinert med standard behandling er bedre enn standard behandling med hensyn til frafall, mental helse og stoffmisbruk.

II. Ulike tiltak ved gjentatt rehabilitering for kronisk alkoholisme

En systematisk oversikt (37) har sett på effekten av *ulike tiltak ved gjentatt rehabilitering i institusjon*, spesielt blant alkoholikere som har fått tilbakefall. Ingen kontrollerte studier ble funnet, men det er mulig det likevel finnes relevante studier, for søkestrategien er ikke oppgitt.

III. Ulike tiltak i regi av Anonyme Alkoholikere

En systematisk oversikt (38) *sammenlignet ulike tiltak i regi av Anonyme Alkoholikere (AA)* med ingen behandling eller alternativ behandling, blant cirka 7 000 menn og kvinner med risikofylt konsum eller alkoholavhengighet (se tabell 1.35). Det er sannsynlig at relevante studier ble funnet fordi søkestrategien var omfattende. 21 kontrollerte studier av stort sett dårlig kvalitet ble funnet. Hovedutfallene var frafall fra behandling, og totalavholdenhet

12 kontrollerte forsøk sammenliknet *konvensjonelle AA-møter* med ulike *psykososiale tiltak* eller

ingen behandling. Tre av studiene var randomiserte og 9 ikke-randomiserte, kontrollerte forsøk. Studien ble gjennomført stort sett i engelskspråklige land og oppfølgingstiden varierte fra seks måneder til åtte år.

De tre randomiserte studiene sammenliknet *konvensjonelle AA møter som tvangstiltak* med *alternative tvangstiltak*. De som var med på konvensjonelle AA møter, viste dårligere resultater for totalavholdenhet. De 9 ikke-randomiserte, kontrollerte forsøkene sammenliknet *konvensjonelle AA møter* med stort sett *ingen behandling* på frivillige alkoholavhengige. Studien viste en statistisk signifikant reduksjon i alkoholkonsum og totalavholdenhet. De ikke-randomiserte studiene av konvensjonelle AA-møter viste mer positiv effekt både for dem som var med på AA-møter enn de som ikke var med, og for dem som var med på mange AA møter sammenliknet med de som var med på få.

Fire kontrollerte forsøk sammenliknet AA «residential» behandling (døgnbehandling) med ulike psykososiale tiltak eller sykehusbehandling blant frivillige alkoholavhengige. To av studiene var randomiserte og sammenliknet AA «residential» behandling med alternative fullstendige behandlingsopplegg. To av studiene var ikke-randomiserte, kontrollerte forsøk og sammenliknet «residential» behandling med sykehusbehandling. Studien ble stort sett gjennomført i engelskspråklige land, og oppfølgingstiden varierte fra 12 til 20 måneder. De to randomiserte studiene ga tvetydige resultater for totalavholdenhet. Derimot viste de to ikke-randomiserte studiene en statistisk signifikant økning i totalavholdenhet blant dem som fikk AA «residential» behandling.

Fem randomiserte, kontrollerte forsøk sammenliknet ulike komponenter av «AA behandling» med tilsvarende alternativ behandling blant stort sett frivillige alkoholavhengige. Tre studier sammenliknet AA-veiledning av tidligere alkoholavhengige med andre veiledningstiltak. To studier sammenliknet opplæring i «AA-trinnene» eller «AA honest inventory» med hypnoterapi, farmakologisk behandling eller gruppediskusjoner. Studien ble gjennomført stort sett i engelskspråklige land og oppfølgingstiden var opp til 12 måneder. Alle studiene unntatt én viste økt totalavholdenhet blant dem som fikk komponenter av AA-behandling. Forskjellen er statistisk signifikant.

Resultatene i denne oversikten må tolkes med forsiktighet pga. begrensninger i metodisk kvalitet. Hovedproblemet i studiene var at flere deltagere i de ikke-kontrollerte studiene valgte hvilket behandlingsopplegg de ville følge, noe som medfører seleksjonsskjevheter. Personene som velger

AA-behandling frivillig, er sannsynligvis mer motiverte enn de som ikke velger den. En annen begrensning er at det ikke er gjort rede for dem som får tilbakefall. Hvert tilfelle kan resultere i uriktige vurderinger som favoriserer AA behandling.

IV. Ulike polikliniske og lokal baserte behandlingsopplegg for ungdom med atferds- og stoffproblemer

En systematisk oversikt (30) har vurdert effekt av ulike polikliniske og lokalbaserte behandlingsopplegg for ungdom med atferdsproblemer og problemer med stoffmisbruk (se tabell 1.34). 9 studier ble funnet, men bare to var kontrollerte studier (kohortstudier). De to kontrollerte studiene ble gjennomført i USA.

En av studiene vurderte effekt av et lokalt basert psykososialt program med vekt på familiebehandling blant ungdom med svekket sosial, psykologisk og akademisk funksjonsevne. Hovedutfallsmålene i studien var fravær fra behandling og gjennomsnittskarakter på skolen. Den andre studien vurderte effekt av en «Family Teaching Model» blant gutter på 11 til 17 år som hadde begått en forbrytelse og bodde i kollektiv. Behandlingen var et år. Hovedutfallene i studien var rusmisbruk og atferdsmønstre blant ungdom. De unge som fikk lokalbaserte psykososiale programmer med vektlegging på familiebehandling, hadde bedre behandlingsoppfølging og økt gjennomsnittskarakter på skolen. Ingen data på alkoholmisbruk ble oppgitt. For «Family Teaching Program» var det ingen forskjeller i alkoholmisbruk eller fravær mellom gruppene etter programslutt. Men det var en statistisk signifikant reduksjon i alkoholmisbruk og en statistisk signifikant økning i sosialt akseptabel oppførsel 11 måneder etter programstart.

Vurdering av metodisk kvalitet

SBU-rapport: Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier ble funnet fordi termene inkludert i søkestrategien er utilstrekkelige. Risikoen for å få et skjevt utfall i søket (og herav upålitelige resultater) er stort for hjemløse, siden det antakelig ikke var hensiktsmessig å begrense søket til randomiserte, kontrollerte forsøk. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Opplysninger om de inkluderte studiene er mangelfulle. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjons- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, blinding av perso-

nell, forskere og deltakere samt frafall. I tillegg har studiene ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

Cochraneoversikten: Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men primærstudiene er stort sett av dårlig kvalitet. I tillegg har ikke studiene vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Studiene er sammenstilt i meta-analyser på en fornuftig måte. Stort sett er framgangsmåten brukt i oversiktene til å stole på.

Den systematiske oversikten som så på tiltak ved gjentatt rehabilitering for kronisk alkoholisme har sine begrensninger fordi opplysninger om søkestrategien er utilstrekkelige. Den oppgir heller ikke om artikler ble innhentet uavhengig av språk.

Den systematiske oversikten som omhandlet ulike tiltak i regi av Anonyme Alkoholikere (AA) har også sine begrensninger for søkestrategien. Søketermene er ikke oppgitt, men forfatterne søkte i flere databaser. De presiserer ikke hvilke kriterier de benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men studiene er beskrevet som dårlige. Opplysninger om de inkluderte studiene er mangelfulle. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, blinding av personell, forskere og deltakere samt frafall. Resultatene fra de ikke-randomiserte studier viser stort sett mer positiv effekt av tiltak enn de kontrollerte. Grunnene til forskjellen kan være at de ikke-randomiserte studiene er dårligere. I tillegg har ikke studiene vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Det er derfor mulig at konklusjonene ikke er til å stole på.

Den systematiske oversikten som så på ulike polikliniske og lokalbaserte behandlingsopplegg for ungdom med atferds- og stoffproblemer fant sannsynligvis de fleste relevante studier. Forfatterne presiserer ikke hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men det er en full beskrivelse av studiene. Den første studien oppgir ikke nok opplysninger til å vurdere metodisk kvalitet. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon og kontroll, forskjeller ved studiestart eller blinding av personell, forskere og deltakere samt frafall. I tillegg er ikke alle viktige utfall vurdert, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

Akupunktur brukt som behandling for misbruk av opiater, kokain og alkohol

En rapport (33) og to systematiske oversikter (34-35) har vurdert effekten av akupunktur som behandlingsmetode for rusmisbruk. Se tabell 1.36-1.38.

Rapporten tabell 1.36 om akupunktur fant ingen systematiske oversikter om bruk av akupunktur ved behandling for misbruk av alkohol, kokain eller opiat. Antall, størrelse, kvalitet og styrke på funn i randomiserte kliniske studier som studerer akupunktur ved misbruk av alkohol og opiat, er for ufullstendige til å gi kliniske råd. Akupunktur er brukt ved behandling av kokainmisbruk i mange randomiserte kliniske studier, men de er ikke brukt videre i systematiske oversikter og nevnes bare kort.

I den systematiske oversikten (tabell 1.37) er de inkluderte studiene fullstendig beskrevet. Flere av studiene sier ingenting om randomisering, eller definerer på hvilke stadium behandlingen blir utført. Det er veldig stort frafall i studiene, og veldig få deltakere i hver gruppe. Resultatene bør tolkes med stor forsiktighet.

Opiat: Fem studier ble funnet. Stoffbruk i akupunkturgruppen er mindre enn i kontrollgruppen, men effekten er ikke kvantifisert. Selv om noen av funnene i følge forfatteren var signifikante var frafallet for høyt (69–91 %) i alle studiene. Studiene var av ulik lengde, og få definerte på hvilket stadium av behandlingen deres studie ble utført. Akupunktur sammenliknet med narre/imitasjonsakupunktur var den eneste studien funnet for kokainmisbruk. De to gruppene var ikke signifikant forskjellige for noen av utfallsmålene (kokain-craving, selvrapportering av stoffbruk, oppfølging, urinprøve, spørreskjema). På dag 14 ble det funnet signifikant lavere nivå av kokainmetabolitter i urinen på studiegruppen enn i kontrollgruppen.

To studier ble funnet for alkohol. Den ene studien fant økt retensjon i behandling med en fullføringsprosent på 52.5 for akupunkturgruppen og 2.5 for kontrollene. Etter hver oppfølgingsperiode var selvrapportering av drikkeepisoder mindre, behov for alkohol mindre og antall innleggelse på avrusningsklinikker færre i studiegruppen enn i kontrollgruppen. Denne forskjellen er ikke kvantifisert. Den andre studien klarte ikke å gjenta disse funnene.

I den systematiske oversikten (tabell 1.38) var de inkluderte studier hadde generelt dårlig metodisk. Studiene på heroin hadde ingen randomisering, det var ikke oppgitt hvilken behandling kontrollgruppen fikk og studiegruppen var liten. Frafallet i

Tabell 1.33 Effekt av behandlingsopplegg for stoffmisbruk og standard psykiatrisk behandling

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Ley A et al, «treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse» i Cochrane Library, Vol 1, 2002:Oxford (29)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekt av: 1) ulike behandlingsopplegg samt standard psykiatrisk behandling mot 2) kun standard psykiatrisk behandling hos voksne med alvorlig mental sykdom og stoffproblemer? <i>Metode</i> Systematisk oversikt 6 kontrollerte forsøk ble funnet. Det ble søkt i flere databaser med en omfattende søkestrategi.	Studier som analyserer voksne som kommer til psykiatrisk behandling med alvorlig mental sykdom og pågående problemer med stoffmisbruk. Personer med alvorlige sinnslidelser, som manisk-depressive, ble inkludert hvis det ikke var mulig å frigjøre disse data fra resten. Hvis mulig, ble de med organiske forstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og de som kun misbrakte tobakk ekskludert. Studiene ble gjennomført i USA, men ingen av studiene vurderte samme tiltak.	Ulike behandlingsprogrammer mot stoffmisbruk, gruppebehandling, «assertive community treatment», «intensive case management» samt standard psykiatrisk behandling mot kun standard psykiatrisk behandling ble vurdert.	Frafall fra behandling, tilbakemelding av alvorlig mental sykdom, stoffbruk og innleggelse.	Det er ingen klare forskjeller mellom behandlingsgruppene med hensyn på stoffmisbruk eller frafall. Data om øvrige viktige utfall som tilbakemelding om alvorlig mental sykdom ble ikke oppgitt. Det er ikke noe dokumentasjon for at ulike behandlingsprogram mot stoffmisbruk, gruppebehandling, «assertive community treatment» og «intensive case management» samt standard behandling er bedre enn standard behandling med hensyn på frafall, mental helse og stoffmisbruk.	Det er sannsynlig at de fleste relevante studiene ble funnet. Forfatterne presiserer hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men primærstudiene er stort sett av dårlig kvalitet. Studiene er sammenstilt i meta-analyser på en fornuftig måte. Stort sett er framgangsmåten brukt i oversiktene til å stole på, men det mangler fortsatt kunnskap på området.

Tabell 1.34 Hvordan påvirker lokal baserte tiltak ungdom med adferds- og rusproblemer

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
New Zealand Health Technology Assessment, «Adolescent therapeutic day programmes and community-based programmes for serious mental illness and serious drug and alcohol problems: A critical appraisal of the literature» i NZHTA report 5, 1998 (30)	<i>Problemstilling</i> Hvordan påvirker ulike lokale baserte tiltak alkoholskonsum og adferdsmønstre hos ungdom med både adferdsproblemer og stoffmisbruk? <i>Metode</i> Systematisk oversikt To kohortstudier og flere ikke kontrollerte studier ble funnet. Det ble gjennomført søk i flere databaser med en omfattende søkestrategi. Artiklene på ikke-europeiske språk ble ekskludert.	Studier som analyserer ungdom med både adferdsproblemer og stoffmisbruk. De fleste studier ble gjennomført i USA.	Lokal basert psykososiale programmer med vektlegging på familiebehandling «Family teaching program».	Fravær fra behandling Gjennomsnittskarakterer på skolen. Alkoholmisbruk Atferdsmønstre.	9 studier ble funnet, men bare to var kontrollerte studier. De unge som fikk loka basert, psykososialt program med vektlegging på familiebehandling, reduserte fravær fra behandling og økte på skolen. Men ingen data på alkoholmisbruk ble oppgitt. For «Family Teaching Program» var det ingen forskjell på behandlingsgruppene etter programslutt med hensyn på alkoholmisbruk eller oppførsel. Men det var en statistisk signifikant reduksjon i alkoholmisbruk og en statistisk signifikant økning i sosialt akseptabelt oppførsel 11 måneder etter programstart.	Det er sannsynlig at de fleste relevante studier ble funnet. Forfatterne presiserer ikke hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men det er en full beskrivelse av studiene. Den første studien oppgir ikke opplysninger nok for å kunne vurdere dens metodisk kvalitet Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon og kontroll, forskjeller ved studiestart eller blinding av personell, forskere og deltakere samt utfall. I tillegg er ikke alle viktige utfall vurdert, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølgning.

Tabell 1.35 Effekten av AA mot ingen eller alternativ behandling

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Kownacki et al, «Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments» i Substance Use and Misuse, 34(13): 1867-1916 (31)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekt av ulike behandlingsopplegg fra AA mot ingen behandling eller alternativ behandling? <i>Metode</i> Systematisk oversikt 21 kontrollerte forsøk ble funnet. Forfatterne søkte i flere databaser. Søkestrategien ble ikke oppgitt.	Studier analyserer alkoholavhengige og personer med risikofyllt alkoholkonsum. Studiene ble gjennomført i engelskspråklige land.	Ulike behandlingsprogrammer fra AA: konvensjonelle møter, «residential behandling» og ulike komponenter i AA sitt program.	Totalavholdenhet	Se tekst	Det er ikke mulig å vurdere om de fleste relevante studiene ble funnet siden søketermer ikke er oppgitt. Men forfatterne søkte i flere databaser. Forfatterne presiserer ikke hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet, men studiene er beskrevet som av dårlig kvalitet. Det er mangelfulle opplysninger om de inkluderte studiene. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon og kontroll, forskjeller ved studiestart eller blinding av personell, forskere og deltakere samt frafall. Resultatene fra de ikke-randomiserte studiene viser stort sett positiv effekt av tiltak sammenliknet med de kontrollerte. Årsaken til forskjellene kan være at ikke-randomiserte studier er av dårligere kvalitet. Hovedproblemet i studiene var at flere av deltakerne i de ikke-kontrollerte studiene valgte hvilket behandlingsopplegg de ville følge, noe som medfører seleksjonsskjevheter. Med andre ord er sannsynligvis personene som velger AAs behandling frivillig mer motiverte enn de som ikke velger den. En annen begrensning er at de som får tilbakefall ikke er gjort rede for. Hvert tilfelle kan resultere i usannheter, noe som favoriserer AA-behandling. Derfor er det mulig at konklusjonene må tolkes med forsiktighet.

Tabell 1.36 Oversikt over forskningsevidens på effekt av akupunktur.

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentar
Effective Health Care. Acupuncture. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers, NHS Centre for reviews and dissemination, The University of York 2001, 7:1-12. (33)	<i>Problemstilling:</i> Oversikt over forsknings-evidens på effekt av akupunktur. <i>Metode:</i> Rapport.	Studier på akupunktur brukt ved behandling for misbruk av alkohol, kokain og opiat.	Studiegruppe: Behandling med akupunktur. Kontrollgruppe: ikke oppgitt.	Effekt av behandling ikke oppgitt.	Det ble ikke funnet noen systematiske oversikter om bruk av akupunktur ved behandling for misbruk av alkohol, kokain eller opiat. Antall, størrelse, kvalitet og styrke på funn i randomiserte kliniske studier som studerer akupunktur ved misbruk av alkohol og opiat er for ufullstendige til å gi kliniske råd. Akupunktur er brukt ved behandling av kokainmisbruk i mange randomiserte kliniske studier, men de er ikke brukt videre i systematiske oversikter og nevnes bare kort.	Det ble utført søk i «the Cochrane Complementary Medicine Field», Medline, Cochrane og referanselister på relevante tekstbøker. Det ble kun søkt etter publiserte oversiktsartikler. Ved mangel på oversikter ble alle randomiserte kliniske studier på emnet inkludert. Det ble ikke funnet noen systematiske oversikter om bruk av akupunktur ved behandling for misbruk av alkohol, opiat og kokain. Nevner bare kort noen randomiserte kliniske studier. Ikke mulig å trekke noen konklusjoner ut fra denne bulletinen.

Tabell 1.37 Effekt av akupunktur ved behandling for avhengighet av opiat, kokain, alkohol og nikotin

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentar
Moner SE. Acupuncture and addiction treatment. Journal of Addictive Diseases, 1996, 15(3):79-100. (35)	<i>Problemstilling:</i> Effekt av akupunktur ved behandling for avhengighet av opiat, kokain, alkohol og nikotin. <i>Metode:</i> Systematisk oversikt. Fem kontrollerte studier ble funnet på akupunktur og opiat, og tre inkludert. En studie ble funnet på akupunktur og kokain, samt to studier på akupunktur og alkohol.	Studier på akupunktur brukt ved misbruk av opiater, alkohol, kokain og nikotin. Studiene gjennomført i engelskland.	Akupunktur ved stoff- og alkoholavhengighet. Kontrollgruppe ved opiat og kokain: narre/imitasjon akupunktur dvs akupunktur stimulering på et ikke korrekt akupunktur punkt. Kontrollgruppe ved alkohol: Ikke-stimulerende akupunktur dvs uten bruk av elektro- eller laser tilførsel.	Opiatmisbruk: screening av urinprøver for stoff, oppfølging, selvrapportering av stoffbruk, spørreskjema, symptomer på avhold fra stoff. Kokain: kokain craving, selvrapportering av stoffbruk, oppfølging, urinprøve, spørreskjema). Et funn var på dag 14 hvor det ble funnet signifikant lavere nivå av kokainmetabolitter i urinen på studiegruppen enn i kontrollgruppen. Alkohol: To studier funnet. Den ene studien fant økt retensjon i behandling med en fullføringsprosent på 52.5 for akupunkturgruppen og 2.5 for kontrollene. Det ble også etter hver oppfølgingsperiode funnet mindre selv-rapportering av drikkepisoder, mindre behov for alkohol og færre innleggelser på avrusningsklinikker i studiegruppen enn i kontrollgruppen. Denne forskjellen er ikke kvantifisert. Den andre studien klarte ikke å gjenta disse funnene.	Opiat: Fem studier funnet. Mindre stoffbruk i akupunkturgruppen i forhold til kontrollene, men effekten er ikke kvantifisert. Selv om noen av funnene var signifikante, i følge forfatteren, var frafallet for høyt (69.91%) i alle studiene. Studiene var av ulik lengde og få definerte på hvilket stadium av behandlingen deres studie ble utført. Kokain: kun en studie funnet. Akupunktur sammenliknet med narre/imitasjon akupunktur. De to gruppene var ikke signifikant forskjellige på noen av utfallsmålene (kokain craving, selvrapportering av stoffbruk, oppfølging, urinprøve, spørreskjema). Et funn var på dag 14 hvor det ble funnet signifikant lavere nivå av kokainmetabolitter i urinen på studiegruppen enn i kontrollgruppen. Alkohol: To studier funnet. Den ene studien fant økt retensjon i behandling med en fullføringsprosent på 52.5 for akupunkturgruppen og 2.5 for kontrollene. Det ble også etter hver oppfølgingsperiode funnet mindre selv-rapportering av drikkepisoder, mindre behov for alkohol og færre innleggelser på avrusningsklinikker i studiegruppen enn i kontrollgruppen. Denne forskjellen er ikke kvantifisert. Den andre studien klarte ikke å gjenta disse funnene.	Søkestrategi er oppgitt. Det ble utført søk i Medline og PsychLit etter kun engelskspråklige artikler. Referanselister ble også gjennomgått. Det ble kun søkt etter publiserte artikler. Det er full beskrivelse av de inkluderte studiene. Flere av studiene sier ingenting om randomisering, eller definerer på hvilke stadium behandlingen deres blir utført. Det er veldig stort frafall i studiene. Veldig få studier i hver gruppe. Resultatene bør tolkes med stor forsiktighet.

Tabell 1.38 Effekt av akupunktur ved avhengighet av sigaretter, heroin og alkohol

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentar
Riet et al, «A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction», British J of General Practice 1990, 40:379-382 (34)	<i>Problemstilling:</i> Effekt av akupunktur ved avhengighet av sigaretter, heroin og alkohol. <i>Metode</i> Meta-analyse Fem kontrollerte kliniske studier ble funnet på heroin og to på alkohol.	Studier på effekt av akupunktur ved misbruk av heroin og alkohol.	Akupunktur ved misbruk av alkohol og heroin. Akupunktur ved bruk av nåler, trykknåler eller «staples». Det er ikke oppgitt hvilken behandling kontrollgruppen fikk i studiene på heroin. Studiene på alkohol brukte narre/imitasjon akupunktur i kontrollgruppen.	Varierer i de ulike studiene. Fire av studiene på heroin og en på alkohol ser på selvrapporing og sympotomer på mindre misbruk. En studie på heroin og en på alkohol ser på sosial, psykologisk- og kriminell status.	Studiene på heroin var ikke randomiserte, få pasienter var med og det ble ikke brukt narre/imitasjons akupunktur som kontroll. Tre av fem studier på heroin rapporterte positive resultat, men alle studiene var av lav metodologisk kvalitet. Det var kun to studier på akupunktur ved misbruk av alkohol, og begge var av samme forfatter. Begge studiene rapporterte positive resultat men må tolkes med varsomhet siden fallet i studiene var henholdsvis 70 og 39%.	Forfatterne søkte i Medline samt på titler i «Bulletin of the National Centre for Information and Documentation on Alternative Medicine in the Netherlands». Søkeord er oppgitt. Studiene ble gitt poeng ved å bruke en liste på 18 kriterier. Maksimum var 100 oppnådde poeng, og ingen studier fikk mer enn 75 poeng. De inkluderte studier hadde generelt dårlig studiedesign. Studiene på heroin hadde ingen randomisering, det var ikke oppgitt hvilken behandling kontrollgruppen fikk og studieguppen var liten. Veldig stort frafall i studiene på alkohol. Det var lite opplysninger om populasjon. Resultatene bør tolkes med stor varsomhet.

Tabell 1.39 Effekt av «Transcendental Meditation» ved misbruk av alkohol, sigaretter og illegale rusmidler (cannabis produkter, hallucinogener og narkotika)

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentar
Alexander CN, Robinson P, Rainforth M. Treating and Preventing Alcohol, Nicotine, and Drug Abuse Through Transcendental Meditation: A Review and Statistical Meta-Analysis. Alcoholism Treatment Quarterly, The Haworth Press Inc., 1994, 11:13-87.(36)	<i>Problemstilling:</i> Effekt av «Transcendental Meditation» ved misbruk av alkohol, sigaretter og illegale rusmidler (cannabis produkter, hallucinogener og narkotika). <i>Metode:</i> Meta-analyse. 36 studier ble funnet, hvorav 19 med kriterier gode nok for inklusjon i meta-analysen. Type studie er ikke oppgitt, men kriterier for inklusjon er at studien gir tilstrekkelig data på stoffmisbruk til å kvantifisere en statistisk effektstørrelse.	Effekt av «Transcendental Meditation» ved misbruk av alkohol, sigaretter og illegale rusmidler (cannabis, hallucinogener og narkotika). Heterogen studiegruppe: innsatte i fengsel, stoffmisbrukere, studenter. Totalt antall personer er 4524, hvorav 3249 er studietagere og 1275 er kontrollere.	«Transcendental Meditation». Kontrollgruppe: ikke-mediterende personer.	Bruk av alkohol, sigaretter og illegale rusmidler. Effektstørrelse av behandling ble målt. En effektstørrelse på 0.80 betraktes som stor, 0.50 som medium og 0.20 som liten effekt.	16 av studiene fant redusert misbruk i studiegruppen sammenliknet med kontrollgruppen. Tre studier fant ingen effekt. Disse tre studiene hadde en liten studiegruppe. Meta-analyse fant en høyere effektstørrelse ved bruk av «Transcendental Meditation» enn ved annen behandling. Alkohol (Effektstørrelse = 0.55), og illegale rusmidler (Effektstørrelse = 0.83).	Søkestrategi er ikke oppgitt. Det ble utført søk i PsycINFO, Drug-INFO, Medline, Sociological Abstracts og Social Work Abstracts. Referanser fra relevante oversiktsartikler ble også gjennomgått. Heterogen gruppe med forskerspøner (studenter med alkohol/sigaretproblemer, tunge misbrukere). Ujevn kvalitet på studiene (design, oppfølgingsstid og antall forskerspøner). Ujevne kontrollgrupper, noen studier har mer «aktive» kontroller. Resultatene må tolkes med stor forsiktighet.

studiene på alkohol var veldig stort. Det var lite opplysninger om populasjonen. Resultatene bør tolkes med stor varsomhet.

Studiene på heroin var ikke randomiserte, få pasienter deltok og det ble ikke brukt narre-/imitasjonsakupunktur som kontrollbehandling. Tre av fem studier på heroin rapporterte positive resultater, men alle studiene var av lav metodisk kvalitet. Det var kun to studier på akupunktur ved misbruk av alkohol, og begge var av samme forfatter. Begge studiene rapporterte positive resultater, men må tolkes med varsomhet siden frafallet i studiene var henholdsvis 70% og 39%.

Effekt av transendental meditasjon ved rusmisbruk

En systematisk oversikt (36) (tabell 1.39) så på effekt av «Transcendental Meditation» ved misbruk av alkohol, sigaretter og illegale rusmidler (cannabis produkter, hallucinogener og narkotika).

36 studier ble funnet, hvorav 19 med kriterier gode nok for inklusjon i en meta-analysen. Studiedesign er ikke oppgitt, men kun studier som ga tilstrekkelige data på stoffmisbruk for å kvantifisere en statistisk effektstørrelse ble inkludert. Forsøksgruppene var heterogene (studenter med alkohol/sigaretproblemer, tunge misbrukere) og studiekvaliteten ujevn (design, oppfølgingstid og antall forsøkspersoner). Studiene har ujevne kontrollgrupper, noen studier har mer «aktive» kontroller.

16 av studiene fant mer redusert misbruk i studiegruppen enn i kontrollgruppen. Tre studier fant ingen effekt. Disse tre studiene hadde en liten studiegruppe. Meta-analysen fant en høyere effektstørrelse ved bruk av «Transcendental Meditation» enn ved annen behandling. Resultatene må tolkes med stor forsiktighet

6 Skadereduserende tiltak

6.1 Tiltak for å hindre risiko for HIV-smitte Innledning

Narkomani eller narkotikamisbruk er en viktig risikofaktor for HIV og hepatitt B- og C-infeksjon. Særsilt atferd assosiert med narkotikabruk kan øke risiko for HIV-smitte. Trekk ved denne atferden inkluderer å dele utstyr og sprøyter for injeksjon med andre misbrukere samt ubeskyttet vaginal- og analsex med flere partnere. Tiltak som kan motvirke slik atferd er derfor viktige elemen-

ter i en sammensatt strategi for å forebygge HIV-smitte og AIDS. Tiltak for å redusere risikoen for HIV-smitte inkluderer medikamentell behandling (se over), tilgjengelighet til og mulighet for å skaffe rent sprøyteutstyr og bli kvitt brukt utstyr, opplæringsprogrammer, psykososiale tiltak, HIV-testing og veiledning/rådgivning.

Målet for opplæringsprogrammer, psykososiale tiltak, HIV-testing og rådgivning er å endre holdninger som fører til høyrisikoatferd. Andre tiltak har til hensikt å redusere den fysiske risikoen for HIV-smitte ved å stille til rådighet sterilt sprøyteutstyr og dermed redusere sprøytedeling.

Innholdet i dette kapittelet er basert på fem systematiske oversikter identifisert ved vår søkestrategi (39–43) (se tabell 1.40–1.44). Oversiktene har sett på effekt av:

- tiltak for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere
- HIV-tester og rådgivning
- sprøyteutdeling
- opplæringsprogrammer
- farmakologisk behandling

Oversiktene har brukt ulike søkekriterier og inkluderer forskjellige studiedesign.

I tillegg ble tre identifiserte oversikter ekskludert på grunn av manglende kvalitet. De omhandlet følgende temaer:

- Effekt på av «difficult-to-reuse needles», dvs. sprøyter som vanskelig lar seg gjenbruke, for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffmisbrukere (44)
- Effekt av ulike skadereduserende tiltak for å hindre HIV-smitte blant høyrisikogrupper, deriblant injiserende stoffmisbrukere (45–46)

Resultater

Hovedkonklusjoner:

- Et begrenset antall studier av variabel kvalitet har vurdert effekten av tiltak for å hindre HIV-smitte. Studiene viser sammenfallende positive resultater. De tyder på at både individuell veiledning, opplæringsprogrammer, gruppesamtaler, sprøyteutdeling, langvarig metadonbehandling, «utvidet street outreach» (blant annet utekontakter) og eventuelt også andre «street outreach»-programmer hindrer risikofull injiserende atferd. Studiene viser også en mulig effekt på å hindre risikofylt seksuell atferd blant injiserende stoffbrukere, særlig blant motiverte opioidavhengige.
- Et begrenset antall studier av middels til god kvalitet har vurdert HIV-testing kombinert med

rådgivning, men dokumenterer ingen reduksjon av risikofylt atferd blant injiserende stoffbrukere.

- Det mangler dokumentasjon for å fremme ett av behandlingsoppleggene framfor de andre. Noen behandlingsopplegg er dårlig beskrevet i oversiktsartiklene, og dette gjør det vanskelig å overføre resultatene til praksis.

I. Tiltak for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere

En systematisk oversikt (39) så på effekten av ulike tiltak for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere (se tabell 1.40) 19 kontrollerte studier av variabel kvalitet ble funnet. Hovedutfallet var målinger av atferd som fører til økt risiko for HIV-smitte.

Tre kontrollerte forsøk av varierende kvalitet sammenliknet cirka én times *individuell veiledning* med *alternativ behandling* eller *ingen behandling*. Alle studiene viste en reduksjon av atferd som kan føre til risiko for smittespredning av HIV (og hepatitt) i veiledningsgruppen. En av studiene sammenliknet individuell veiledning med ingen behandling blant opioidavhengige som deltok i noe behandlingsprogram. Studien var dårlig, men viste reduksjon av både seksuell og injiserende atferd som kan øke risiko for HIV-smitte i veiledningsgruppen. De to øvrige kontrollerte forsøkene var gode. I disse studiene varierte oppfølgingstiden fra 6 til 12 måneder. En av studiene sammenliknet *individuell veiledning* med *alternativ behandling* eller *ingen behandling* blant metadonbehandlede personer. Studien viste en forskjell i risikofylt injiserende atferd mellom gruppene i bare én av månedene, men ellers var det ingen forskjeller mellom gruppene. Den andre studien sammenliknet *individuell veiledning* med *psykososiale tiltak med vekt på problemløsning kombinert med informasjonsmaterieell* blant personer deltok på ulike behandlingsprogram for opioidavhengighet. Studien viste en reduksjon av både injiserende og seksuell atferd, noe som kan føre til redusert risiko for HIV-smitte i veiledningsgruppen.

Forfatterne henviser til en systematisk oversikt av Higgins som sammenlikner HIV-test samt rådgivning mot standardsamtale/ingen behandling. Oversikten beskrives nedenfor.

9 kontrollerte forsøk av variabel kvalitet sammenliknet gruppesamtaler med alternativ behandling eller ingen behandling. Gruppesamtalene varter fra en til seks timer og ble utprøvd blant personer som deltok i behandlingsprogram for enten

opioid- eller kokainavhengige. 8 av 9 studier var randomiserte, kontrollerte forsøk og fem var gode. Utfallsmålene var injiserende og seksuell atferd (fem studier), kunnskaper, holdninger, meninger og intensjoner. Oppfølgingstiden var fra én uke til to år.

De fleste studiene viste enten økte kunnskaper, holdninger eller forbedret atferd. Tre av studiene som vurderte atferd sammenliknet tre gruppesamtaler med enten standard rådgivning eller helseopplysning. En av studiene viste økt kondombruk ved henholdsvis to uker og 15 måneder i samtalegruppen, men viste ingen andre forskjeller mellom gruppene. En av studiene rapporterte redusert sprøytebruk ved 9 måneder i samtalegruppen. En av studiene viste en reduksjon av risikofylt atferd blant lavrisikogruppene for HIV-smitte, mens helseopplysning ga bedre resultater blant høyrisikogrupper. De to øvrige studiene som vurderte atferdsendring som utfall, sammenliknet *gruppesamtaler* med *ingen behandling* eller *ventelister*. En studie viste reduksjon i både seksuell og injiserende risikoatferd i veiledningsgruppen. I den andre studien var deltakerne fordelt til tre grupper; *gruppediskusjoner kombinert med HIV-tester*, *kun gruppediskusjoner* og *ingen behandling*. Gruppediskusjoner i kombinasjon med HIV-tester reduserte risikofylt injiserende atferd.

Fire kontrollerte forsøk av variabel kvalitet sammenliknet «street outreach» program (for eksempel utekontakter) med ingen behandling. To av studiene var ikke-kontrollerte og av dårlig kvalitet, men de viste en reduksjon i injiserende og seksuelt risikofylt atferd. To av studiene sammenliknet standard «street outreach» med utvidet «street outreach». En klar definisjon av standard eller utvidet «street outreach» er ikke oppgitt. Studiene viste en statistisk reduksjon av injiserende risikofylt atferd og en ikke-signifikant reduksjon av seksuelt risikofylt atferd i gruppen som fikk utvidet «street outreach». I én av studiene var det stort frafall.

Det er mulig konklusjonene ikke er forsiktige nok, men resultatene fra studie til studie er sammenfallende.

II. HIV-tester kombinert med rådgivning

En systematisk oversikt (40) så på effekt av HIV-tester kombinert med AIDS-rådgivning for å hindre HIV-smitte i høyrisikogrupper, deriblant injiserende stoffbrukere (se tabell 1.41) 12 studier av variabel kvalitet ble funnet. Fem av studiene var tverrsnittsstudier, seks var kohortstudier og en studie var et randomisert, kontrollert forsøk. Studi-

ene er gjennomført i Nederland, USA og Skottland. Populasjonen var injiserende stoffmisbrukere. Hovedutfallet var målinger av atferd som fører til økt risiko for HIV-smitte.

11 av de 12 studiene vurderte effekten av tiltaket blant injiserende stoffmisbrukere som fikk metadonbehandling. 10 av de 12 studiene sammenliknet personer som var informert om resultatet fra HIV-testen med de som ikke var informert. Studiene viste ingen forskjeller mellom gruppene for sprøyteutdeling, sprøytehygiene, bruk av sprøyteutdelingsprogram og risikofylt seksuell atferd. Bare ett randomisert, kontrollert forsøk sammenliknet HIV-tester og rådgivning med *alternativ behandling*. Studien sammenliknet tre grupper; *AIDS-rådgivning kombinert med HIV-tester*, *AIDS-rådgivning alene* og *venteliste*. Det ble ikke funnet forskjeller mellom gruppene med hensyn til kondombruk, sprøytehygiene, sprøyteutdeling og antall seksuelle partnere.

III. Sprøyteutdeling

En systematisk oversikt (41) så på effekt av sprøyteutdeling for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere (se tabell 1.42). 214 tverrsnittstudier ble funnet. Studiene vurderte effekt av *sprøyteutdeling* ved å sammenlikne HIV-seroprevalens i 81 byer hvor en slik ordning var introdusert, med byer som ikke hadde et slikt tilbud. Seroprevalensen ble målt ved programstart og gjentatt minst ett år senere. 54 % av de identifiserte byene var i Nord-Amerika og 32 % var i Europa. Hovedutfallet var endring i HIV-seroprevalens.

Statistiske metoder ble brukt for å beregne gjennomsnittlig årlig endring i HIV-prevalens. I snitt økte seroprevalensen med 5.9 % per år i de 52 byene uten sprøyteutdeling, mens den ble redusert med 5.8 % i byene med sprøyteutdeling. Den gjennomsnittlige årlige endringen i seroprevalens var 11 % lavere i byene som hadde introdusert sprøyteutdeling, og dette var en signifikant forskjell.

En annen oversiktsartikkel (41) sammenliknet *sprøyteutdeling* med *ingen sprøyteutdeling*. 10 studier ble identifisert. Seks studier var før- og ettermålinger, tre ikke-kontrollerte forsøk og ett randomisert kontrollert forsøk. Studiene viste en statistisk signifikant reduksjon av sprøyteutdeling, antall injiseringer og bruk av blekemidler i gruppen som fikk utdelt sprøyter. Dette tyder på en reduksjon i risikofull injiserende atferd ved sprøyteutdeling. Det var ingen effekt på kondombruk. Da forfatterne analyserte effekten ut fra forskningsdesign, ble effektstørrelsen størst i studiene med før- og ettermålinger. Effektstørrelsen ble større over tid.

IV. Opplæringsprogrammer

En systematisk oversikt (42) vurderte effekt av ulike opplæringsprogrammer for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere (se tabell 1.43). Studiene ble stort sett gjennomført i Europa og USA. 26 studier av variabel kvalitet ble funnet. Hovedutfallet var målinger av atferd som fører til økt risiko for HIV-smitte. 10 studier så på effekt av sprøyteutdeling. Disse er referert i kapittel III.

16 studier sammenliknet effekt av *opplæringsprogram* mot *ingen opplæringsprogram*. Syv studier var før-og-etter-målinger, én et ikke-kontrollert forsøk og 8 randomiserte, kontrollerte forsøk. Studiene viste en statistisk signifikant reduksjon av antall injiseringer, bruk av blekemidler, sprøyteutdeling, samt kondombruk blant de som var med i opplæringsprogrammet. Når forfatterne analyserte effekten ut fra forskningsdesign, ble effektstørrelsen størst i studiene med før- og ettermålinger. Effektstørrelsen ble mindre over tid.

V. Medikamentell behandling

En systematisk oversikt (43) vurderte effekt av farmakologisk behandling for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere. Stoffmisbrukerne deltok samtidig i et behandlingsprogram (se tabell 1.44). Det ble funnet 33 studier av variabel kvalitet som til sammen inkluderte 17 771 personer. De fleste var gjennomført i engelskspråklige land, særlig i USA. Hovedutfallet var målinger av atferd som fører til økt risiko for HIV-smitte, serokonversjon ved HIV, samt endring i kunnskap og holdninger.

20 longitudinelle studier sammenliknet personer som *fulgte opp et medikamentelt behandlingsprogram* med dem som *ikke gjennomførte behandling*. I 17 av studiene ble det gitt metadonbehandling, i noen studier kombinert med sykehus- og poliklinikkbehandling. 11 studier fokuserte kun på metadonbehandling. 16 av 17 studier som vurderte risikofylt injiserende atferd viste forbedring etter gjennomført behandling.

10 tverrsnittstudier sammenliknet effekt av *et medikamentelt behandlingsprogram* med *intet program*. 9 av studiene fokuserte på metadonbehandling. Stort sett viste studiene en reduksjon av risikofylt atferd blant dem som var med i medikamentelle behandlingsprogrammer.

Fire studier så på effekt av *metadonbehandling* med hensyn til serokonversjon ved HIV. Tre av studiene var longitudinelle studier, den siste en tverrsnittsstudie. Alle studier viste lavere seroprevalens ved HIV i metadongruppen.

Det mangler dokumentasjon for medikamentell behandling sammenliknet med placebo- eller ingen behandling.

Vurdering av metodisk kvalitet

I den systematiske oversikten om tiltak for å forhindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere søkte forfatterne i to databaser - Medline og PsychLit - etter kontrollerte forsøk på engelsk. De fleste studiene var også gjennomført i engelskspråklige land, særlig i USA. Referanselister ble også gjennomgått og forfatterne søkte etter upubliserte artikler. Søkeord er ikke oppgitt. Det er ikke mulig å vurdere om de fleste relevante studiene ble funnet, for søketermer er ikke oppgitt. Forfatterne presiserer ikke hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Studiene er beskrevet som variable. Den beskrivende oppsummeringen av studiene skiller mellom de med god og dårlig kvalitet. Opplysninger om de inkluderte enkeltstudiene er mangelfulle. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon og kontroll, forskjeller ved studiestart, blinding av personell, forskere og deltakere samt frafall. I tillegg har ikke studiene vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging.

I den systematiske oversikten om HIV-testing kombinert med rådgivning ble det søkt i tidsskrifter med fagfellelvurdering («peer-review») etter kvantitative studier på engelsk. I tillegg ble konferanseabstrakter gjennomgått. Søkeord er ikke oppgitt. Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier ble funnet, siden databasesøk mangler. Det er dessuten umulig å vurdere søketeststrategien fordi opplysningene er utilstrekkelige. Forfatterne presiserer ikke hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Studier av uegnet design er inkludert, men viser sammenfallende resultater uavhengig av kvalitet. Det er mulig at resultatene ikke er til å stole på.

Oversikten som så på effekt av sprøyteutdeling hadde vesentlige mangler ved søkestrategien, det ble ikke utført noe databasesøk. Tidsskrifter (det er ikke oppgitt hvilke) ble håndسøkt etter artikler som ga opplysning om HIV-seroprevalens mellom 1988 and 1993 i flere land. I tillegg ble det søkt etter upubliserte artikler gjennom kontakt med fagpersoner i USA. Denne oversiktsartikkelen inkluderte kun prevalensstudier. Et slikt forsknings-

design kan bare avdekke mulige assosiasjoner, men ikke årsaker mellom forskjellige faktorer. Med andre ord er det mulig at endringer funnet i studiene skyldes andre utenforliggende faktorer enn selve sprøyteutdelingen. Data ble innhentet fra studier som ikke var vurdert kritisk. Studiene har ikke vurdert alle viktige utfall, for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Valg av statistisk metode for å utføre analysen var fornuftig, men opplysningene om enkeltstudier ble ikke oppgitt.

I oversikten som omhandlet effekt av opplæringsprogrammer, hadde også begrenset søkestrategi. Det er ikke sannsynlig at alle relevante studier ble funnet, for forfatterne brukte et avgrenset antall søkeord. Kun engelskspråklige artikler ble innhentet. Det er brukt utilstrekkelig kriterier for å vurdere metodisk kvalitet på artiklene. Studier av uegnet design er inkludert. Oversikten mangler flere opplysninger om de inkluderte enkeltstudiene. I tillegg har ikke studiene vurdert alle viktige utfall som for eksempel bivirkninger og langtidsoppfølging. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon- og kontrollgruppe, forskjeller ved studiestart, blinding av personell, forskere og deltakere samt frafall. Konklusjonene må tolkes forsiktig, og studiene viste ikke sammenfallende resultater på tvers av studiedesign.

Den siste oversikten vurderte effekt av medikamentell behandling. Forfatterne søkte i to databaser - Medline og PsychLit etter kontrollerte studier eller ikke-kontrollerte longitudinelle studier på engelsk med et begrenset antall søkeord. Fagpersoner ble også kontaktet for å finne artikler publisert i tidsskrifter med fagfellelvurdering («referee»-ordning).

Oversikten som vurderte opplæringsprogrammer hadde søkt etter studier i flere databaser, inkludert Medline og Aidsline. Det er likevel ikke sannsynlig at alle relevante studier ble funnet da det kun ble brukt et begrenset antall søkeord. Dessuten inkluderte man bare engelskspråklige artikler. Det er mangler ved kriteriene som ble brukt for å vurdere metodisk kvalitet og studier av uegnet design for å vurdere effekt er inkludert. Det er også mangelfulle opplysninger om de inkluderte enkeltstudiene, men resultatene er sammenfallende. Det er mulig at konklusjonene ikke er til å stole på.

Tabell 1.40 Effekten av psykososiale intervensjoner

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Gibson D et al, «Effectiveness of psychosocial interventions in preventing HIV risk behaviour in injecting drug users», AIDS 1998, 12:919:929 (39)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekten av farmakologisk behandling for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere? <i>Metode</i> Systematisk oversikt 19 kontrollerte forsøk ble funnet. Forfatterne søkte i to databaser – Medline og Psychlit. Referanselister ble også gjennomgått og forfatterne søkte etter upubliserte artikler. Søkeord er ikke oppgitt.	Studier som analyserer effekt av ulike tiltak blant injiserende stoffmisbrukere ble tatt med. Studiene er gjennomført i engelskspråklige land, særlig i USA.	Individuell veiledning HIV-test samt rådgivning Gruppesamtaler «Street outreach» Utvidet «street outreach»	Atferd som fører til økt risiko for HIV-smitte	Å bli værende i farmakologisk behandling mot å falle fra. 20 longitudinelle studier sammenliknet personer som ble værende i farmakologisk behandlingsprogram for injiserende stoffmisbrukere med dem som ikke gjennomførte behandlingen. 17 av disse 20 studiene inkluderte metadonbehandling, men noen studier inkluderte samtidig sykehus- og poliklinikkbehandling. 11 studier fokuserte kun på metadonbehandling. 16 av 17 studier som vurderte risikofyllt injiserende atferd viste forbedring ved gjennomført behandling. 10 tverrsnittstudier sammenliknet effekt av farmakologisk behandlingsprogram for injiserende stoffmisbrukere med personer som ikke var med i noe behandlingsprogram. 9 av 10 studier fokuserte på metadonbehandling. Stort sett viste studiene at det var en reduksjon i risikofull atferd som kan føre til HIV-smitte blant dem som var med i farmakologiske behandlingsprogrammer. Fire studier så på effekt av metadonbehandling med hensyn på serokonversjon ved HIV. Tre av studiene var longitudinelle én var tverrsnittstudie. Alle studier viste lavere seroprevalens ved HIV i metadongruppen.	Det er ikke mulig å vurdere om de fleste relevante studiene ble funnet, for søketermer er ikke oppgitt. Forfatterne har søkt i to databaser, men presiserer ikke hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Studienes kvalitet er beskrevet som variabel. En beskrivende oppsummering skiller mellom studier av god og dårlig kvalitet. Det er mangelfulle opplysninger om de inkluderte enkeltstudiene. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon og kontroll, forskjeller ved studiestart eller blinding av personell, forskere og deltakere samt frafall. Det er mulig at konklusjonene er ikke varsomme nok, men resultatene fra studiene er sammenfallende.

Tabell 1.41 Effekten av HIV- tester samt rådgivning

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Higgins D et al, «Evidence for the effects of HIV antibody counselling and testing on risk behaviors», JAMA 1991, 266:2419-2494 (40)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekten av HIV-tester samt rådgivning for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere? <i>Metode</i> Systematisk oversikt 12 forsøk ble funnet – 5 tverrsnittstudier, 6 kohortstudier, og 1 randomisert kontrollert forsøk.	Studier som analyserer effekt av HIV-testing samt rådgivning blant injiserende stoffmisbrukere ble tatt med. Studien er gjennomført i Nederland, USA og Skottland.	HIV-testing samt rådgivning	Atferd som fører til økt risiko for HIV-smitte	HIV-tester og rådgivning mot kun HIV-tester. 12 studier vurderte effekten av HIV-testing samt AIDS-rådgivning blant injiserende stoffmisbrukere. 5 av studiene er tverrsnittstudier, 6 er kohortstudie og en studie er et randomisert kontrollert forsøk. 11 av de 12 studiene vurderte effekter av tiltaket blant injiserende stoffmisbrukere som var med på metadonbehandling. 10 av de 12 studiene sammenliknet personer som var klar over resultater fra HIV-tester med de som ikke visste testresultater. Studien viste ingen forskjeller mellom gruppene med hensyn på sprøytedeling, sprøytehygiene, bruk av sprøyteutdelingsprogram og risikofyllt seksuell atferd. Bare én studie sammenliknet HIV-tester og rådgivning med alternativ behandling. Ett randomisert kontrollert forsøk sammenliknet tre grupper; AIDS- rådgivning samt HIV-tester, kun AIDS- rådgivning og venteliste. Det ble ikke funnet forskjeller mellom behandlingsgrupper med hensyn på kondombruk, sprøytehygiene, sprøytedeling og antall seksuelle partnere.	Det er sannsynlig at ikke alle relevante studiene ble funnet siden det ikke ble søkt i databaser. I tillegg er det umulig å vurdere søketeststrategiens kvalitet siden opplysninger er ikke oppgitt. Forfatterne presiserer ikke hvilke kriterier de har benyttet for å vurdere metodisk kvalitet. Studier av uegnet design er inkludert, men viser sammenfallende resultater uavhengig av kvalitet. Det er mulig at konklusjonene er ikke forsiktede nok.

Tabell 1.42 Effekten av sprøyteutdeling

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Hurley S et al, «Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection», The Lancet 1990, 349:1797-1800 (41)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekten av sprøyteutdeling for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere? <i>Metode</i> Systematisk oversikt 214 tverrsnittstudier ble funnet. Søkt i tidsskrifter etter publiserte artikler. I tillegg ble fagpersoner kontaktet. Søkeord er ikke oppgitt.	Studier som analyserer effekt av sprøyteutdeling blant injiserende stoffmisbrukere ble tatt med. Studiene er gjennomført i 81 byer i flere land. 54 % av de identifiserte byene var i Nord Amerika og 32 % i Europa.	Sprøyteutdeling	Endring i HIV seroprevalens	Sprøyteutdeling mot ingen sprøyteutdeling. 214 tverrsnittstudier vurderte effekten av sprøyteutdeling ved å sammenlikne HIV-prevalens i 81 byer som hadde introdusert sprøyteutdeling med byer som ikke hadde et slikt tilbud. Seroprevalensen ble målt ved programstart og igjen minst ett år senere. Statistiske metoder ble brukt (regresjonsanalyser) til å beregne gjennomsnittlig årlig endring i HIV-prevalens. I snitt økte seroprevalensen med 5.9 % per år i de 52 byene uten sprøyteutdeling men ble redusert med 5.8 % i byene med sprøyteutdeling. Den gjennomsnittlige årlige endringen i seroprevalens var 11 % lavere i byene som hadde introdusert sprøyteutdeling og dette var en signifikant forskjell.	Denne oversiktsartikelen inkluderte kun prevalensstudier. Et slikt forskningsdesign kan bare avdekke mulige assosiasjoner, men ikke årsaker mellom forskjellige faktorer. Med andre ord er det mulig at endringer funnet i studiene skyldes andre utenforliggende faktorer enn selve sprøyteutdeling. I tillegg ble data innhentet fra studiene ikke vurdert kritisk. Videre er det umulig å vurdere søkestrategiens kvalitet siden opplysninger ikke er oppgitt. Den statistiske metoden som ble brukt i analysen var fornuftig, men opplysningene om enkeltstudiene ble ikke oppgitt.

Tabell 1.43 Effekten av ulike opplæringsprogrammer og sprøyteutdeling

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Cross J et al, «The effectiveness of educational and needle exchange programs: a meta-analysis of HIV prevention strategies for injecting drug users», JAMA 1991, 266:2419-2494 (42)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekt av ulike opplæringsprogram og sprøyteutdeling for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere? <i>Metode</i> Systematisk oversikt 26 studier ble funnet. Det ble utført søk i flere databaser inkludert Medline og Aidsline etter engelskspråklige artikler ved bruk av et begrenset antall søkeord.	Studier som analyserer effekt av ulike opplæringsprogrammer og sprøyteutdeling blant injiserende stoffmisbrukere ble tatt med. Studiene gjennomført i Europa og USA.	Opplæringsprogram Sprøyteutdeling	Atferd som fører til økt risiko for HIV-smitte.	Sprøyteutdeling mot ingen sprøyteutdeling: 10 studier ble funnet som så på effekt av sprøyteutdeling. Seks studier var før- og etter målinger, 3 ikke-kontrollerte forsøk og 1 randomisert kontrollert forsøk. Studiene viste en statistisk signifikant reduksjon i sprøyteutdeling, sprøyteutdeling, antall injiseringer samt bruk av blekemidler. Det var ingen effekt på kondombruk. Når forfatterne så på effekt av forskningsdesign viste det seg at effekten ble størst i studiene i før- og etter målinger. Effekttørrelsen ble større etter tid. Ulike opplæringsprogram mot ingen opplæringsprogram. 16 studier ble funnet som så på effekt av sprøyteutdeling. 7 studier var før- og ettermålinger, 1 ikke-kontrollert forsøk og 8 randomiserte, kontrollerte forsøk. Studiene viste en statistisk signifikant reduksjon i antall injiseringer, bruk av blekemidler, sprøyteutdeling, samt kondombruk blant de som var med i opplæringsprogram. Når forfatterne vurderte forskningsdesign viste det seg at effekttørrelsen ble størst i før- og etter målinger. Effekttørrelsen ble mindre etter tid.	Det er sannsynlig at ikke alle relevante studier ble funnet fordi søkestrategiene brukte et avgrenset antall søkeord og bare engelskspråklige artikler ble inkludert. Kriteriene som ble brukt for å vurdere metodisk kvalitet på artiklene er mangelfulle og studier av uegnet design er inkludert. Det er mangelfulle opplysninger om de inkluderte enkeltstudiene. Dette gjelder for eksempel opplysninger om rekruttering til gruppene, metode for fordeling til intervensjon og kontroll, forskjeller ved studiestart eller blinding av personell, forskere og deltakere samt frafall. Det er mulig at konklusjonene er ikke forsiktede nok og det er påfallende at studier ikke viste sammenfallende resultater med hensyn til studiedesign.

Tabell 1.44 Effekten av farmakologisk behandlingsprogrammer

Studie	Problemstilling og metode	Karakteristika	Intervensjon	Utfallsmål	Resultater	Kommentarer
Sorensen J, «Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review». Drug and alcohol dependence 2000, 59:17-31 (43)	<i>Problemstilling</i> Hva er effekten av farmakologiske behandlingsprogrammer for å hindre HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere? <i>Metode</i> Systematisk oversikt	Studier som analyserer effekt av ulike opplæringsprogrammer og sprøyteutdeling blant injiserende stoffmisbrukere ble tatt med. Studiene gjennomført i engelskspråklige land, særlig i USA.	Farmakologisk behandlingsprogram	Atferd som fører til økt risiko for HIV-smitte	Sprøyteutdeling mot ingen sprøyteutdeling. 10 studier ble funnet som så på effekt av sprøyteutdeling. Seks studier var før- og etter målinger, tre ikke-kontrollerte forsøk og 1 t randomisert kontrollert forsøk. Studiene viste en statistisk signifikant reduksjon i sprøyteutdeling, sprøyteårelåning, antall injiseringer samt bruk av blekemidler. Det var ingen effekt på kondombruk. Når forfatterne så på effekten av forskningsdesign, viste det seg at effektstørrelsen ble størst i studiene i før- og etter målinger. Effektstørrelsen ble større etter tid. Ulike opplæringsprogrammer mot ingen opplæringsprogrammer. 16 studier ble funnet som så på effekten av sprøyteutdeling. Syv studier var før- og ettermålinger, 1 ikke-kontrollert forsøk og 8 randomiserte, kontrollerte forsøk.	Det er sannsynlig at ikke alle relevante studier ble funnet fordi søkestrategien brukte et avgrenset antall søkeord og forfatterne søkte etter bare engelskspråklige artikler. Kriteriene som ble brukt for å vurdere metodisk kvalitet ved artiklene er mangelfulle og studier av uegnet design er inkludert. Ingen gode studier som sammenlikner farmakologisk behandling med placebo- eller ingen behandling er inkludert. Det er også mangelfulle opplysninger om de inkluderte enkeltstudiene, men resultatene er sammenfallende. Det er mulig at konklusjonene ikke er forsiktede nok.

7 Definisjoner

AIDS (Acquired immunodeficiency virus)

Humant immunsviktvirus (HIV) fører til at kroppens immunforsvar bryter sammen. Kroppens forsvarsceller brytes langsomt ned, og dette gir plager når infeksjonsforsvaret svekkes så mye at det ikke lenger klarer å bekjempe sykdommer effektivt.

ALAT

Et leverenzym. Ved høyt alkoholkonsum kan enzymnivået i leveren øke.

Alkoholenhet

En alkoholenhet finnes i: En kvart liter normal styrke øl, ett lite glass sterkt øl, ett lite glass vin, ett mål brennevin, ett lite glass sherry.

ASAT

Et leverenzym. Ved høyt alkoholkonsum kan enzymnivået i leveren øke.

Anonyme Alkoholikere

Internasjonal fellesskapsbasert forening for alkoholikere. Medlemmene deltar i såkalte selvhjelpsgrupper og møtes jevnlig for å hjelpe hverandre til avholdenhet. Kjernen i AAs program er De Tolv Trinn. Trinnene består i å innrømme at alkoholbruken er et problem, søke hjelp, selvransakelse, prate konfidensielt med andre om hva man finner ut, gjøre opp for seg hvor det har blitt påført skade, og arbeide sammen med andre alkoholavhengige som ønsker å bli friske.

Anonyme Narkomane

Internasjonal fellesskapsbasert forening for stoffmisbrukere basert på samme modell som Anonyme Alkoholikere.

Antagonist

Et stoff som opphever virkningen av et annet stoff.

Atferdsterapi

Behandlingsformer som retter seg mot de ytre symptomer ved bruk av læringsteori.

Aversjonsterapi

Behandling som tar sikte på å bygge opp motvilje mot de sykdomsfremkallende forhold (eks. rusmidler).

Biblioterapi

Behandling som suppleres med standardiserte selvhjelpsmanualer og hjelp til selvhjelp vis a vis rent terapeutledede behandlinger.

Bredspektrumbehandling

Sammensatte behandlingstilbud der man benytter f.eks. ulike medikamenter og psykoterapi.

Crack

Kokain omdannet til fast form som røykes.

Dobbeltdiagnose (Eng: dual diagnosis, co-morbidity)

Sameksistens mellom to ulike medisinske diagnoser, oftest brukt om kombinasjonen rusmisbruk og en psykisk lidelse.

Effectiveness

Sier noe om i hvilken grad et spesifikt tiltak gir ønsket nytte i utøvende praksis.

Effektstørrelse

Et gitt mål som blir brukt for å uttrykke effekt av et tiltak, eksempler er odds ratio, relativ risiko, gjennomsnitt, median eller «numbers needed to treat».

Efficacy

Sier i hvilken grad et spesifikt tiltak gir en ønsket effekt under ideelle forhold.

Epidemisk

En brå økning i insidensen (forekomsten) for en gitt sykdom, som berører mange mennesker innenfor et definert geografisk område.

Før-og-etter-studie

Studie uten kontrollgruppe der et gitt tiltak testes ut på hele eller deler av en befolkning. Definerte utfallsmål måles før og etter at tiltaket er iverksatt.

Føtalt alkoholsyndrom

Tilstand hos spedbarn som skyldes alkoholmisbruk i svangerskapet. Barna får et karakteristisk utseende, utvikler seg langsommere både under svangerskapet og etter fødselen, og får gjerne hjerneskader. De kan også ha hjertefeil.

Gamma – GT

Et leverenzym. Ved høyt alkoholkonsum kan enzyminivået i leveren øke.

Heroin

Opiat (se definisjon). Avhengighetsskapende stoff som vanligvis injiseres.

Humant immunsviktvirus (HIV)

Viruset som forårsaker AIDS. Viruset kan finnes i blod, vevsvæsker, skjedesekret og sæd. Det kan smitte ved samleie uten kondom, ved bruk av urene sprøyter og sprøytespisser samt fra mor til barn under svangerskap, fødsel og amming.

Kokain

Avhengighetsskapende stoff (en kjemisk forbindelse) som stimulerer sentralnervesystemet. Snifning av kokain er vanligst, men pulveret kan også løses opp i vann og settes i blodet med en sprøyte.

Komorbiditet

Se dobbeltdiagnose.

Kontrollgruppe

Gruppen i en kontrollert studie som ikke får tiltaket man ønsker å prøve ut. Enhver bedømmelse av effekt hviler på en sammenlikning mellom dem som er eksponert for en faktor (f.eks. en ny behandlingsmetode) og dem som ikke er eksponert for faktoren (som f.eks. får konvensjonell behandling (eller ikke-virksom behandling, se placebo).

Kostnad-nytte-analyse (Cost-benefit analysis)

En analytisk teknikk som sammenligner kostnad og nytte av et gitt tiltak, der kostnad og nytte uttrykkes ved hjelp av samme mål (enhet).

Lav fødselsvekt

Spedbarn som ved fødselen veier mindre enn 2 500 gram.

Læringsteori

En generell, overordnet beskrivelse av ulike behandlingsopplegg som bygger på atferdsterapeutiske prinsipper (for eksempel kognitiv atferdsterapi, aversjonsterapi).

Metadon

Syntetisk opioid som brukes mye i behandlingen av heroinavhengighet.

Metadonassistert rehabilitering (eng: Methadone maintenance)

Organisert utdeling av metadon til rusmisbrukere, som oftest i kombinasjon med rådgivning og andre støttetiltak.

MCV (Mean corpuscular volume)

Volumet av røde blodlegemer. Høyt alkoholkonsum kan øke volumet.

Naltrexon

Antagonist (se definisjon) som brukes for å dempe/fjerne suget etter alkohol eller opiater.

Narkotika

En gruppe stoffer som i terapeutisk sammenheng kan virke bedøvende og smertestillende. Narkotika blir ofte brukt synonymt med rusmidler, unntatt alkohol, løsemidler og nikotin.

Numbers needed to treat (NNT)

Beregnet gjennomsnitt antall personer som må få behandlingen for å oppnå positiv effekt hos ett individ. Med andre ord, det antall som må behandles for å oppnå effekt hos en person til.

Odds ratio

Odds ratio brukes ofte som effektmål i studier som sammenligner to ulike tiltak (f.eks. sykdom, dødsfall eller forbedring). En OR større enn en ($\square 1$) betyr at tiltaket fører til flere utfall. En OR mindre enn en ($\square 1$) vises færre utfall i gruppen som fikk

tiltaket. En OR=1 vises ingen effekt på utfall (ingen forskjell mellom gruppene som får og ikke får tiltaket).

Opiater

Stoffer som utvinnes av opiumsplanten: opium, morfin, heroin og kodein.

Opioider

Samlebetegnelse for opiat og syntetisk fremstilte midler. De syntetiske midlene har lignende virkninger og bivirkninger som opiatene, de mest kjente er metadon og buprenorfin.

Perinatal

Betegnelse på perioden som følger like før og like etter en fødsel; som regel definert til å gjelde tidsrommet mellom 20-28. svangerskapsuke (i Norge 24. svangerskapsuke) til 7-28 dager etter fødselen.

Placebo

Et medikament eller en prosedyre som ikke har noen reell terapeutisk verdi.

Prevalens

Antall tilfeller av en gitt tilstand i en definert befolkning over en viss periode.

Psykososiale tiltak

Tiltak som retter seg mot sosiale funksjoner og ferdigheter; bolig, økonomi, sosial fungering.

Psykoterapi

Metoder som rettes inn mot faktorer som ligger bak, nåværende eller tidligere, alkoholavhengigheten. Disse behandlingsmetodene innebærer ingen direkte trening i å forandre selve misbruksadferden.

Rusavhengighet

En lidelse som karakteriseres manglende kontroll over bruk av rusmidler og fortsatt bruk på tross av skadelige konsekvenser, der rusbruket prioriteres fremfor andre aktiviteter og forpliktelser.

DSM-IV har syv kriterier som definerer *avhengighet*. Tre av syv kriterier må oppfylles:

- Større doser er nødvendig for å få ruseffekt
- Abstinensbesvær oppstår når inntaket avbrytes
- Alkoholinntaket er større eller pågår over lengre tid enn intendert
- Sterkt ønske om og/eller mislykkede forsøk på å avbryte forbruket
- Mye av livet går med til å skaffe og konsumere alkohol, og deretter komme seg til hektene igjen
- Forbruket går ut over sosiale eller yrkesmessige aktiviteter
- Forbruket fortsetter på tross av fysiske eller psykiske skader.

Rusmisbruk

Rusmisbruk referer til et skadelig bruksmønster av rusmidler, der brukeren fortsetter inntaket av stoff på tross av vedvarende eller tilbakevendende skadelige konsekvenser.

Ett av følgende fire kriterier må være oppfylt, i følge DSM-IV, for at et *misbruk* foreligger:

- Gjentatt bruk av alkohol eller narkotika som gjør det umulig å innfri forpliktelser på skole arbeid eller i hjemmet
- Gjentatt bruk i risikofylte situasjoner
- Gjentatt kontakt med rettsvesenet på grunn av misbruket

Forbruket fortsetter på tross av vedvarende sosiale eller interpersonelle problemer som skyldes alkoholinntaket

Screening

Masseundersøkelser. Undersøkelse av en definert befolkningsgruppe, for eksempel gravide, for å avdekke sykdom eller økt risiko for sykdom.

Referanser

1. Berglund M, Andréasson S, Franck J, Fridell M, Håkanson I. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. 156/157. 2001.
2. Ludbrook A, Godfrey C, Wyness L, Parrott S, Haw S, Napper M et al. Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland. 2002. Edinburgh, Scottish Executive.
3. Clark M, Oxman AD, eds. Cochrane reviewers» Handbook (updated July 1999). In: The Cochrane Library, issue 3. Oxford: Update Software 2002.
4. White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 1998; 93(10):1475-1487.
5. Black D, Tobler N, Sciacca J. Peer Helping/Involvement: An efficacious Way to Meet the Challenge of Reducing Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use Among Youth. *Journal of School Health* 1998; 68(3):87-93.
6. Tobler N, Lessard T, Marshall D, Ochshorn P, Roona M. Effectiveness of School-based Drug Prevention Programs for Marijuana Use. *School Psychology International* 1999; 20(1):105-137.
7. Ennett S, Tobler N, Ringwalt C, Flewelling R. How Effective Is drug Abuse Resistance Education? A Meta-Analysis of Project DARE Outcome Evaluations. *American Journal of Public Health* 1994; 84(9):1394-1401.
8. Tobler N. Drug prevention programs can work: research findings. *Journal of Addictive Diseases* 1992; 11(3):1-28.
9. Bangert-Drowns R. the effects of school-based substance abuse education – a meta-analysis. *J Drug Education* 1998; 18(3):243-265.
10. Botvin G, Botvin E. Adolescent Tobacco, Alcohol, and Drug Abuse: Prevention Strategies, Empirical Findings, and Assessment Issues. *Journal Developmental and Behavioral Pediatrics* 1992; 13(4):290-301.
11. Mattick, RP, Jarvis T. In-patient setting and long duration for the treatment of alcohol dependence? Out-patient care is as good. *Drug and Alcohol Review* (1994) 13, 127-135.
12. Srisurapanont, M et al, «Opioid antagonists for alcohol dependence» i Cochrane Library, 2002, The Cochrane Collaboration
13. Gowling et al«Opioid antagonists under sedation or anaesthesia for opioid withdrawal», i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford
14. Gowling et al«Alpha2 adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal»,
15. Gowling et al Buprenorphine for the management of opioid withdrawal»,
16. Amato et al «Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal»
17. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, Attrition, and Family – Couples Treatment for Drug abuse: a Meta-Analysis and Review of the Controlled, Comparative Studies. *Psychological Bulletin* 1997, Vol. 122, No 2, 170-191
18. Drake RD et al. Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, Vol 24, No 4, 1998
19. Kirchmayer et al, «Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence» i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford
20. Griffith JD et al Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis *Drug and Alcohol Dependence* 58 (2000) 55-66
21. Lima et al, Antidepressants for cocaine dependence, i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford
22. Soares et al, Dopamine agonists for cocaine dependence, i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford
23. Lima et al, Carbamezpine for cocaine dependence, i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford
24. Srisurapanont et al, Treatment for amphetamine dependence and abuse, i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford
25. Srisurapanont et al, Treatment for amphetamine withdrawal, i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford
26. Srisurapanont et al, Treatment for amphetamine psychosis, i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford
27. Schorling, JB. «The Prevention of Prenatal Alcohol Use: A Critical Analysis of Intervention Studies». *J. Stud. Alcohol* 54: 261-267, 1993.

28. Methadone in the treatment of opiate addiction during pregnancy – systematic review (project). 2002. The Norwegian centre for Health Technology Assessment (SMM).
 29. Ley A et al, Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse i Cochrane Library, vol 1, 2002: Oxford
 30. New Zealand Health Technology Assessment, Adolescent therapeutic day programmes and community-based programmes for serious mental illness and serious drug and alcohol problems: A critical appraisal of the literature. NZHTA report 5, 1998.
 31. Kownacki et al, Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments Substance Use and Misuse,, 34(13): 1867-1916
 32. Barton R, Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations, Psychiatric services, 1999, 50
 33. Effective Health Care. Acupuncture. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers, NHS Centre for reviews and dissemination, The University of York 2001, 7:1-12.
 34. Riet GT, Kleijnen J, Knipschild P. A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction. British Journal of General Practice, 1990, 40:379-382
 35. Moner SE. Acupuncture and addiction treatment. Journal of Addictive Diseases, 1996, 15 (3):79-100.
 36. Alexander CN, Robinson P, Rainforth M. Treating and Preventing Alcohol, Nicotine, and Drug Abuse Through Transcendental Meditation: A Review and Statistical Meta-Analysis. Alcoholism Treatment Quarterly, The Haworth Press Inc., 1994, 11:13-87.
 37. Okoro C, Repeat inpatient rehabilitation for people with relapsed alcohol addiction, STEER rapport nr. 12, vol, 2001: The Wessex Institute
 38. Kownacki et al, Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments Substance Use and Misuse,, 34(13): 1867-1916
 39. Gibson D et al, Effectiveness of psychosocial interventions in preventing HIV risk behaviour in injecting drug users, AIDS 1998, 12:919:929
 40. Higgins D et al, Evidence for the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviors, JAMA 1991, 266:2419-2494
 41. Hurley S et al, Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection, The Lancet 1990, 349:1797-1800
 42. Cross J et al, The effectiveness of educational and needle exchange programs: a meta-analysis of HIV prevention strategies for injecting drug users, JAMA 1991, 266:2419-2494
 43. Sorensen J, Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review, Drug and alcohol dependence 2000, 59:17-31
 44. Gluck M, Difficult to re-use needles and syringes for the prevention of HIV infection among injecting drug users – background paper, 1992, US Congress, Office of Technology Assessment: Washington
 45. Stoller E, Evaluation of AIDS prevention and control programs, 1989, AIDS, 3:S289-S296
 46. Sisk J, The effectiveness of drug abuse treatment: implications for controlling AIDS/HIV infection, Background paper 6, 1990
-

Vedlegg 2

Norske evalueringsundersøkelser

Ut fra at forskerkommisjonens rapport er basert på effektstudier som oppfyller bestemte kriterier, omfatter vedlegget i første rekke norske studier av tiltak på rusmiddelfeltet der det er brukt en design med kontrollgruppe eller «før-etter» undersøkelser.

Vedlegget gir også en oversikt over andre norske evalueringsundersøkelser av ulik karakter (etterundersøkelser, prosessevalueringer osv).

Siden søket etter norske studier ikke er gjort på samme systematiske måte som søket etter internasjonale studier, kan det finnes studier som kommisjonen ikke har fått kjennskap til.

1 Studier med kontrollgruppe, «før- etter» undersøkelser

Tabell 2.1

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Andresen, Kenneth og Jentoft, Nina 2002</i> Nytte- kostnadsanalyse av legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengige i Vest-Agder
Tiltak	Behandling av langtkomne opioidmisbrukere
Innretting	Legemiddelassistert rehabilitering, bruk av metadon og Subutex
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Langtkomne opioidavhengige i substitusjonsbehandling
Mål	Studere nyttekostnad av vedlikeholdsbehandling med metadon sammenlignet med Subutex
Evalueringsdesign	Oppfølgingsstudie av 50 pasienter i Vest-Agder som vekselvis fikk metadon i seks måneder og Subutex i seks måneder.
Resultater	Analysen viser at den legemiddelassisterte rehabiliteringen for opioidavhengige bidrar med en samfunnsmessig gevinst på 15,8 mill kr hvis alle 50 følger behandlingen i ett år (Subutexgruppen 7,8 mill kr og Metadongruppen 8,0 mill kr). Ved å ta hensyn til de som avbrøt behandlingen kom en fram til en samfunnsmessig gevinst på 12,4 mill kr (7,5 mill kr i metadongruppen med 6,7 % «dropouts», og 4,9 mill kr i Subutexgruppen med 36,7 % «dropouts»). Med utgangspunkt i retensjonsraten, hadde metadongruppen et frafall på 14 % og Subutexgruppen 58 %. Dette gir en beregnet samfunnsmessig gevinst på 10,2 mill kr (Metadon 6,9 mill kr og Subutex 3,3 mill kr). Metadon er mer effektiv enn Subutex når det gjelder å få et flertall av misbrukerne til å stå i behandling. Erfaringene fra prosjektet viste imidlertid at det likevel er grupper av misbrukere hvor Subutex gir bedre resultater enn metadon.
Vurdering	En godt gjennomført studie. Den relativt korte oppfølgingstid gjør det imidlertid vanskelig med bakgrunn i denne ene studien å vurdere hvilket av de to legemidlene som på lengre sikt gir best effekt i et kostnads-nytte perspektiv.

Tabell 2.2

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	I. <i>Assum, Terje 1985.</i> : Fengsel eller bot for promillekjøring. Sammenlikning av forhold i Norge og Sverige. Transportøkonomisk institutt, Oslo. II. <i>Berger, D.E., Snortum, J.R., Homel, R.J., Hauge, R., Loxley, W 1990.</i> Deterrence and Prevention of Alcohol-Impaired Driving in Australia, the United States and Norway, Justice Quarterly, Vol. 7:453-465.
Tiltak	Økt kontroll med promillekjøring
Innretting	Håndhevelse av promillelovgivningen, promilletesting, promillegrenser, straffeutmåling
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Hele befolkningen
Mål	Redusere omfanget av promillekjøring
Evalueringsdesign	I. En sammenlikning av hvordan oppdagelsesrisikoen for promillekjørere påvirker omfanget av promillekjøring. Komparativ studie i to land. En foretok vegkantundersøkelser for å måle omfanget av promillekjøring i Norge og Sverige, samtidig som en beregnet oppdagelsesrisikoen i de to landene. II. Undersøke bilføreres oppfatning av betydningen av promillelovgivningen og av risikoen for å bli oppdaget. Komparativ studie i tre land. Representative utvalg av bilførere i de tre landene ble intervjuet om deres kunnskaper om og holdninger til promillekjøring, promillelovgivningen og håndhevelsen av lovgivningen
Resultat	I. En fant at omfanget av promillekjøring var større i Norge enn i Sverige. En av årsakene til det mente en var at oppdagelsesrisikoen var mer enn dobbelt så stor i Sverige som i Norge. II. Bilførere mente selv at økt kontroll, gjerne koblet med informasjon om at økt kontroll vil finne sted, hadde betydning for omfanget av promillekjøring.
Vurdering	Studiene er av komparativ karakter, og var ikke lagt opp for å beregne effektene av ulike typer av tiltak.

Tabell 2.3

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Baklien, Bergljot 1988</i> – Aksjon mot russkader – Russkadeaksjon i 5 kommuner – Aksjon rus og drukning – Aksjon rus og graviditet – Aksjon rus og trafikk Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
Tiltak	Holdningsaksjon – Aksjon mot russkader
Innretting	Tiltak for å øke bevissthet omkring rusmidler og drukning, graviditet, trafikk 1984–86
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Hele befolkningen
Mål	Øke bevisstheten omkring risiko for skader ved bruk av rusmidler
Evalueringsdesign	Primært en prosessevaluering, men i noen grad også oppmerksomhetsundersøkelse med innslag av «før-etter»-undersøkelse.
Resultat	Evalueringen konkluderer med at: – delaksjonen rus og trafikk nådde bredt ut, men det er usikkert om det samme gjaldt budskapet for aksjonen – delaksjonen rus og graviditet, som først og fremst var rettet mot helsepersonell, nådde fram til målgruppen – delaksjonen rus og drukning så ikke ut til å øke kunnskapen om sammenheng mellom bruk av rusmidler og risiko for drukning. Evalueringen viste at det var små endringer å spore hos publikum i holdning til russkader og rusmidler i årene 1984 til 1986.
Vurdering	Først og fremst en prosess- og oppmerksomhetsevaluering. Vanskelig å trekke konklusjoner om effekt mht endring i atferd.

Tabell 2.4

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	I. <i>Baklien, Bergljot, 1995</i> Ungdommelig entusiasme møter skolehverdagen: tottrinns rusmiddelundervisning – en evalueringsrapport. UiO, Instituttet for sosiologi. II. <i>Bye, Elin 1997</i> Skolen – stedet der alt skal forebygges? En evaluering av et alkoholforebyggende intervensjonstiltak i grunnskolen. Hovedoppgave i sosiologi, UiO
Tiltak	Undervisningsprogram – rusmidler. Handling mot rusgift – HMR/Fristil (i regi av Juvente)
Innretting	HMR tar utgangspunkt i «jevnalderundervisning». To elever som rekrutteres fra skoleklasser (9. klasse) deltar på helgekurs for siden å være gruppeledere ved gjennomføring av undervisning på 3 dobbeltimer i egen klasse. Elevene kurses i undervisningsopplegget gjennom presentasjon av lærestoff, igangsetting av diskusjoner og refleksjoner rundt bruk av rusmidler. Kurset vektlegger det sosiale fellesskapet gjennom aktiviteter og underholdning. Målet er å vise at en kan ha sterke og gode opplevelser uten bruk av rusmidler. Intensjonen er at elevene som er kursledere, skal overføre denne kunnskapen både ved undervisning i sin egen klasse og ved å være rollemodeller. Det legges også opp til en temakveld der foreldre deltar. Temakvelden avsluttes med klassefest for elevene. Opplegget utgjør en sentral del av Juventes aktivitet.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Skoleelever
Mål	Øke bevissthet hos ungdom omkring bruk av rusmidler for å redusere bruken.
Evalueringsdesign	I. Alle de 1219 utvalgte elevene som deltok på ett av i alt 49 helgekurs i 1988/89 utgjorde et panel. Panelet besvarte et spørreskjema på 3 ulike tidspunkt (ved ankomst til kurset, ved avslutning av kurset, noen uker etter at de skulle ha gjennomført undervisningen i sin klasse). Det ble også foretatt en spørreskjemaundersøkelse i et utvalg på 1322 elever etter at klasseromsundervisningen var gjennomført (uklart hvordan utvalget er framkommet). Inntrykk fra deltakende observasjon fra et par av kursene. II. Før- og etterundersøkelse (etter 2 mnd) av snaut 900 elever fra skoleklasser fra hele landet som deltok i HMR-opplegget i 1993. En kontrollgruppe på 450 elever fra klasser i samme kommuner som ikke deltok i HMR-opplegget.
Resultater	I. Gruppelederne viste en mer restriktiv holdning til rusmidler etter gjennomført kurs. Mens 42 % oppga at de hadde alkoholerfaring før kurset, var andelen som oppga at de ikke hadde drukket alkohol i tiden etter kurset 69 %. Det forelå ikke informasjon om tilsvarende atferd «før-etter» for medelevene som ble gjenstand for klasseromsundervisning. Det kan være grunn til å tro at de som deltar på gruppelederkursene er en selektert gruppe ved at de er mer sosialt aktive, men det er ikke grunnlag for å si at de gjennomgående er ledertyper og dermed vil kunne framstå som rollemodeller. HMR-opplegget ser ut til å ha positive (kortids)effekter på de elever som deltar i gruppelederkursene, mens det ikke kan påvises effekt mht redusert bruk av alkohol blant skoleelever som blir gjenstand for jevnalderundervisning. II. En fant en økning i alkoholerfaring både i intervensjons- og kontrollgruppen. Det var ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen angående hvor ofte de rapporterte å ha vært beruset.
Vurdering	Kort oppfølgingstid.

Tabell 2.5

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Bødal, Kåre og Fridhov, Inger Marie 1993</i> Hvordan gikk det med narkoselgerne? Justisdepartementet, Kriminalomsorgsavdelingen 1993
Tiltak	Dom etter straffeloven § 162
Innretting	Fengselsstraff
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Personer dømt for ulovlig innførsel og omsetning av narkotika
Mål	Hindre tilbakefall
Evalueringsdesign	Etterundersøkelse (avsluttet i februar 1992) av 428 personer som var dømt til fengselsstraff i mer enn tre år etter straffelovens § 162 i perioden 1980–88. Utvalget omfattet 17 kvinner (4 %) og 411 menn (96 %); 172 (40 %) var ikke norske statsborgere. Studien kan sees på som en «før-etter» undersøkelse da status mht dom for narkotikalovbrudd var kjent ved start på soningen. Informasjon er framskaffet gjennom straffeutskrifter, rettsbøker, psykiatriske uttalelser/personundersøkelser, fullbyrdelsesjournaler/mapper med opplysninger om forhold under frihetsberøvelse, muntlig informasjon fra ansatte og intervjuer.
Resultater	I februar 1992 var 89 % løslatt for den aktuelle dommen. Det er bare tilbakefall blant norske statsborgere som er kjent (229 menn og 11 kvinner). Tilbakefallsandelen økte naturlig nok med økende oppfølgingstid. I løpet av den 11 års perioden som undersøkelsen omfattet, var det samlede tilbakefallet 45 %, alt vesentlig som følge av narkotikalovbrudd.
Vurdering	En kvalitetsmessig godt gjennomført undersøkelse. Det framkommer at effekten av fengselstraff for å hindre gjentatte alvorlige narkotikalovbrudd, er begrenset.

Tabell 2.6

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Danielsen Trond og Hammerlin Yngve 1995</i> «Fylla har skylda» – en evaluering av promillekurset ved Hof arbeidskoloni <i>KRUS 1/95</i>
Tiltak	Kurs for promilledømte under soning
Innretting	Kurs over 2-dager om trafikksikkerhet, atferd i trafikken, kjøring under påvirkning etc.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Promilledømte
Mål	Hindre tilbakefall
Evalueringsdesign	1) Spørreskjemaundersøkelse blant promilledømte som deltok på kurs for promilledømte i 1994. 2) Undersøkelse om tilbakefall for promilledømte som sonet på en arbeidskoloni og som hadde deltatt på promillekurs i årene 1989-1991 (n=337, alle menn). De ble sammenlignet med førstegangs promilledømte som sonet på arbeidskolonien i samme periode (n=111), men som ikke deltok på kurs. Tilbakefall målt etter 1 og 2,5 års soning.
Resultater	Resultatene viste ingen forskjell i tilbakefall mellom kursgruppe og kontrollgruppe ett år etter soning, begge hadde tilbakefall på 3,6 %. Etter 2,5 år hadde kursgruppa tilbakefall på 7,1 % og kontrollgruppa 9 % (ikke signifikant). På bakgrunn av spørreskjemaundersøkelsen og tilbakefallsundersøkelsen inneholder rapporten forslag til endring/forbedring av kursopplegget.
Vurdering	En tilfredsstillende gjennomført undersøkelse.

Tabell 2.7

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Drivenes, Karin 2001</i> Reduksjon i forbruket av vanedannende medikamenter i Vest-Agder Tidsskr Nor Lægeforen nr. 18, 2001; 121:2175-8
Tiltak	Redusere forskrivning av B-preparater
Innretting	Bevisstgjøring om forskrivningspraksis. Leger som hadde forskrivning på over 4 000 DDD pr måned ble definert som storforskrivere og fikk tilbud om intervensjon i form av kollegabasert samtale omkring temaet.
Rusmiddelspesifikt	Delvis
Målgruppe	Allmennleger
Mål	Øke bevissthet mht forskrivning av vanedannende legemidler og forebygge overforbruk av slike legemidler.
Evalueringsdesign	Alle allmennpraktiserende leger i Vest-Agder (192) ble invitert til å delta. 114 svarte positivt (59 %), 41 negativt og 37 svarte ikke. Forskrivningspraksis ble registrert hver annen måned i en 10 måneders periode. Alle deltagende leger fikk tilsendt forskrivningsprofiler over egen og andre legers forskrivning annenhver måned (det siste anonymisert).
Resultater	Sammenligning av første og siste 2 måneders periode viste at storforskriverne hadde redusert sin forskrivning med 8,5 %, mens resten hadde økt sin forskrivning med 2,1 %. Det var imidlertid store variasjoner mellom gruppen av storforskrivere som gjennomførte intervensjonen, og de som ikke gjorde det. Storforskriverne reduserte også antall ordinasjoner og mengde legemidler per ordinasjon fra første til siste 2 måneders periode, mens resten av legene hadde en liten økning.
Vurdering	En tilfredsstillende gjennomført studie, men kort oppfølgingstid.

Tabell 2.8

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Duckert, Fanny 1993</i> Alcohol problems and treatment: follow up studies of problem-drinkers with special reference to drinking behaviour. SIFA, Oslo.
Tiltak	Kortvarig poliklinisk intervensjon, kortvarig institusjonsbehandling
Innretting	A) To typer polikliniske intervensjoner – individuell rådgivning (ca 7 ganger) og gruppeterapi (1,5 timer ukentlig i 12 uker), begge basert på sosial læringsteori som utgår fra at problemdriking er innlært atferd som kan endres. Deltakerne anga selv om målet for intervensjonen var avhold eller redusert forbruk. Alle deltakerne fikk grunnleggende informasjon om selvkontroll og råd om hvordan de kunne nå det målet de hadde satt seg. B) 3–5 ukers institusjonsbehandling som inneholdt individual-, familie- og gruppeterapi basert på sosial læringsteori mht alkoholmisbruk som en innlært atferd som kan endres. Behandlingen inneholdt også teknikker for å forebygge tilbakefall. Bruk av ulike kartleggingsinstrumenter (SMATS, SADQ, biomedisinske instrumenter for måling av alkoholinnhold i blod og biologiske markører).
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Personer med et problematisk alkoholforbruk
Mål	Redusert alkoholforbruk
Evalueringsdesign	A) Oppfølgingsstudie av 135 personer (84 menn og 51 kvinner) rekruttert gjennom avisannonser. Randomisert i to grupper (ut fra kjønn, alder, alkoholkonsum siste år, grad av avhengighet og $\square$ GT) som fikk henholdsvis individuell rådgivning og gruppeterapi. Ble fulgt opp gjennom personlige intervju og medisinske undersøkelser ved 4 tidspunkt i løpet av 21 mnd etter intervensjon. B) Oppfølgingsstudie av 182 klienter (84 menn og 39 kvinner) i døgnbehandling ved Incognito-klinikken (1979/80). Alle fikk samme behandling ved institusjonen. Institusjonsbehandlingen ble sammenliknet med de to typer poliklinisk intervensjon. Det ble gjort 4 oppfølgingsintervjuer i løpet av 3,5 år etter intervensjonen. Det ble også samlet inn informasjon om sosialstønad/ trygdeutbetalinger henholdsvis 12 mnd før inntak i behandling og 4,5 år etter avsluttet behandling.
Resultater	Klientene som var rekruttert til poliklinisk behandling var gjennomgående mindre problembelastet enn de som fikk institusjonsbehandling, både mht sosial situasjon og alkoholkonsum. Særlig gjaldt dette kvinnene. 30 % av institusjonsklientene og 16 % av de polikliniske klientene falt fra i løpet av de fire oppfølgingene. Ved alle de 4 oppfølgingene viste selvrapportert alkoholkonsum for begge grupper av klienter klar nedgang sammenliknet med konsumet før behandling/ intervensjon. Det var ingen klar tendens gjennom de 4 oppfølgingene, men andelen som ikke drakk var noe større kort tid etter behandling/intervensjon enn ved senere oppfølginger. Andelen helt avholdende var liten både for de polikliniske klientene og de som hadde fått institusjonsbehandling (7–8 % ved fjerde og siste oppfølging), men det var også forholdsvis få som hadde satt seg dette målet (ca 25 %).

Sammenligningen av de to polikliniske undergruppene som fikk hhv gruppeterapi (12 ganger) og individuell rådgivning (ca 7 ganger), viste ingen signifikant forskjell i redusert alkoholkonsum.

Høy grad av sosial integrasjon og lavt alkoholkonsum før inntak var den sterkeste prediktoren for redusert alkoholforbruk blant klientene som hadde fått institusjonsbehandling. For klientene som hadde fått poliklinisk behandling, var sannsynligheten for lavt konsum etter intervensjonen knyttet til et relativt lavt totalt alkoholforbruk i utgangspunktet og en målsetting om abstinens. For begge gruppene syntes grad av avhengighet enten målt ved subjektiv erfaring eller SADQ, å være av liten betydning.

Sammenligning mellom klientene som hadde fått henholdsvis institusjonsbehandling og poliklinisk behandling, viste at klientene som hadde fått institusjonsbehandling drakk mer enn de som hadde fått poliklinisk behandling. Institusjonsklientene hadde også flere reinntak i behandling og større dødelighet enn de som hadde fått poliklinisk behandling. I begge klientgruppene så det ut til at behandling/intervensjon hadde hatt størst effekt på det som kan kalles den moderate delen av drikkemønsteret, mens den hadde mindre effekt i forhold til periodene med mye drikking.

Vurdering

En studie av god kvalitet som gir grunnlag for å hevde at behandling/intervensjon av personer med (for) høyt alkoholforbruk har effekt mht å redusere alkoholkonsum. Studien må også sies å ha betydning mht en nyansering av målsetting med behandling/intervensjon i forhold til ulike målgrupper.

Sammenligning av utfall av poliklinisk behandling versus institusjonsbehandling byr imidlertid på problemer med bakgrunn i ulikhet i problembelastning i de to populasjonene.

Tabell 2.9

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Eriksen, Lasse 1986a</i> The effect of waiting for inpatient alcoholism treatment after detoxification. An experimental comparison between inpatient and advice only. Addictive Behaviours 389-97.
Tiltak	Institusjonsbehandling (kortvarig)
Innretting	Eksperimentell sammenligning mellom institusjonsbehandling og rådgivning
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Alkoholmisbrukere som søker behandling
Mål	Effekt av ulike intervensjoner på alkoholkonsum
Evalueringsdesign	17 klienter ble etter avrusning randomisert i to grupper, en gruppe som umiddelbart fikk institusjonsbehandling (9) og en som måtte vente på institusjonsbehandling (8). Ved utskriving fra avrusning ble ventelistegruppen bedt om daglig å fylle ut et skjema der de rapporterte alkoholbruk, arbeid, om de overnattet hjemme (sleeping home) og bruk av disulfiram. De fikk en poliklinisk samtale etter to og fire uker der de ved den siste fikk tilbud om å starte i institusjonsbehandling. De som kom direkte inn i videre institusjonsopphold ble ved utskriving bedt om å fylle ut det samme skjemaet som de som var i ventelistegruppen, og de fikk poliklinisk oppfølging 2 og 4 uker etter utskrivingen. Institusjonsbehandling var tradisjonell korttids abstinenterorientert med et gjennomsnittlig opphold på ca 7 uker. Begge gruppene ble fulgt opp i 3 måneder.
Resultater	Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell mellom de to gruppene mht alkoholkonsum, arbeid og om de sov hjemme. De på ventelisten brukte signifikant mer disulfiram enn de som hadde vært i institusjonsbehandling.
Vurdering	Liten studie, kort oppfølging, vanskelig å trekke noen konklusjon.

Tabell 2.10

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Eriksen, Lasse et al. 1986b</i> Social skills training in groups for alcoholics: one-year treatment outcome for group and individuals Addictive Behaviours 309-329
Tiltak	Institusjonsbehandling
Innretting	Sosial ferdighetstrening som del av behandling i institusjon
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Alkoholmisbrukere
Mål	Redusert alkoholforbruk
Evalueringsdesign	Sammenligning mellom en eksperimentgruppe (12 pasienter) på kurhjem som fikk sosial ferdighetstrening i gruppe versus en kontrollgruppe på 12 som fikk samtalebehandling i gruppe (tilfeldig fordelt). Begge gruppene deltok dessuten i det tradisjonelle behandlingsopplegget. Oppfølging gjennom selvrapporing hver annen uke gjennom ett år.
Resultater	Eksperimentgruppen viste bedre resultater enn kontrollgruppen ved at de hadde drukket 2/3 av den mengde kontrollgruppen hadde drukket. De hadde også mer enn dobbelt så mange edru dager og dager i arbeid. Forskjellene mellom gruppene var statistisk signifikante.
Vurdering	En metodemessig god studie.

Tabell 2.11

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Ervik, Randi 1997</i> Evaluering av metadonprosjektet i Oslo, Del 2 Behandlingsforløp og status SIFA, Oslo.
Tiltak	Metadonassistert rehabilitering
Innretting	3-årig forsøk med metadonassistert rehabilitering begrenset til 50 klienter i Oslo 1994–97.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Langtkomne opioidmisbrukere
Mål	Reduksjon/oppheør i bruk av illegale rusmidler. Komme i gang med sosial rehabilitering.
Evalueringsdesign	Oppfølging av de 50 første pasientene i forsøksprosjektet med metadonbehandling i Oslo (MiO). Kartlegging ved inntak august 1994–desember 1995 samt etter 6 og 18 mnd. Status for klientene per august 1997 ble innhentet fra journaler.
Resultater	I august 1997 var 36 fortsatt i behandling, 10 pasienter var ekskludert/ permittert og 4 var døde. Av de 36 som fremdeles var i behandling, var 20 i en eller annen form for sysselsetting, mens 16 var uføretrygdet/ikke i sysselsetting. Undersøkelsen viser en markant nedgang i selvrapporert bruk av heroin og andre illegale stoffer. Ingen av de som fremdeles var i behandling, hadde begått kriminelle handlinger som hadde ført til dom eller fengselsopphold. De som ble ekskludert vendte raskt tilbake til tidligere livsstil.
Vurdering	En kvalitetsmessig grundig studie. Den relativt korte oppfølgingstiden for en behandlingsform som i praksis må anses som livslang, gjør det imidlertid vanskelig å trekke bastante konklusjoner om effekten av metadonbehandling mht oppheør av rusmiddelmisbruk og sosial rehabilitering.

Tabell 2.12

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Hauge, Ragnar og Guslund, Jens 1992</i> Straffeutmålingen i promillesaker, SIFA, Oslo
Tiltak	Endringer i straffeutmålingen ved promillekjøring
Innretting	Lovendring hvor hovedinnholdet var at bøter skulle kunne erstatte ubetinget fengsel ved lavere promiller (under 1,5), og at både bøter og ubetinget fengsel skulle ilegges ved høyere promiller
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Hele befolkningen
Mål	a) begrense omfanget av promillekjøring b) bedre samsvar mellom forbrytelsens alvor og dens straff c) spare det offentlige for utgifter
Evalueringsdesign	En sammenliknet straffeutmålingen i 219 promilledommer rett før lovendringen trådte i kraft med straffeutmålingen i 419 dommer i de tre første årene etter lovendringen
Resultat	Studien viser først og fremst at dommerne fulgte intensjonen ved lovendringen. For promillekjørere med en promille over 1,5 førte lovendringen til en skjerpelse av straffen, mens det for lavere promiller ble mer vanlig å benytte bøter og betinget fengselstraff. En annen følge av lovendringen var økte inntekter til det offentlige i form av bøteinntekter og reduserte kostnader til fengselsvesenet.
Vurdering	En grundig studie med klare resultater.

Tabell 2.13

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Hauge Ragnar og Amundsen Arvid 1994</i> Virkninger av økt tilgjengelighet på alkohol En undersøkelse av virkningene av åpning av vinmonopolutsalg i Sogn og Fjordane SIFA, Oslo
Tiltak	Endret tilgjengelighet av sterkt øl, vin og brennevin
Innretting	Åpning av nye vinmonopolutsalg
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Hele befolkningen
Mål	Øke tilgjengeligheten av vin og brennevin, redusere forbruket av illegal anskaffet alkohol
Evalueringsdesign	«Før-etter» undersøkelse. Spørreskjema til 6000 innbyggere i S&F før utsalgene åpnet og ett år etterpå (halvparten til innbyggere i de 3 kommuner der det ble opprettet utsalg og halvparten til innbyggere i andre kommuner).
Resultat	Det var flertall for opprettelse av vinmonopolutsalg og dette økte etter opprettelsen. Størst flertall i kommunene som fikk utsalg. Opprettelse av vinmonopolutsalg viste en overgang fra bruk av uregistrerte alkoholdrikker til registrerte og overgangen var størst i kommunene som hadde fått utsalg. Det ble ikke påvist noen økning i totalt alkoholkonsum, men at sammensetningen av alkoholforbruket ble endret noe. Forbruket av vin økte, mest i kommunene som hadde fått vinmonopolutsalg. Tilsvarende gikk forbruket av øl ned og mest i kommunene som hadde fått vinmonopolutsalg. Forbruket av brennevin holdt seg derimot stabilt.
Vurdering	En metodisk god undersøkelse.

Tabell 2.14

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	I. <i>Horverak, Øyvind 1977</i> Etterspørselen etter vin og brennevin i Norge, SIFA, Oslo II. <i>Strand, Marit 1993.</i> Pris- og inntektselastisiteter for brennevin og vin Hovedfagsoppgave i sosialøkonomi, UiO
Tiltak	Endring i alkoholpriser
Innretting	Endre alkoholavgifter for å endre alkoholprisene
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Hele befolkningen
Mål	Endre alkoholforbruket
Evalueringsdesign	I. Estimering av pris- og inntektselastisiteter for vin og brennevin ved hjelp av en Cobb-Douglas etterspørselsfunksjon med pris, inntekt, trend og dummyvariabler for sesong som uavhengige variabler og salg pr innbygger 15 år og over som avhengig variabel. Estimert på bakgrunn av salgsdata for 2-måneders perioder/hele år for perioden 1960-1974. II. Estimering av pris- og inntektselastisiteter for vin og brennevin ved hjelp av i) en Cobb-Douglas etterspørselsfunksjon med pris, inntekt og dummyvariabler for streikeperioder og sesong som uavhengige variabler og salg pr innbygger 15 år og over som avhengig variabel. Estimert på bakgrunn av salgsdata for tertialer (1974-1991)/hele år (1961-1991). ii) en Almost Ideal Demand System modell. I tillegg til variablene under i) benyttet en de enkelte varenes budsjettandeler for å kunne foreta estimeringen av pris- og inntektselastisitetene.
Resultat	I. En beregnet priselastisiteten for brennevin og svakvin til å ligge rundt -1,0, mens etterspørselen etter sterkvin var noe mer priselastisk. II. i) En fant at et sannsynlig anslag for priselastisiteten for brennevin var på -0,9 og for vin (samlet) på -1,3. ii) Resultatene var meget usikre.
Vurdering	Resultatene som studiene viser er svært avhengige av den modellen som velges for estimeringen, og de er også avhengige av den perioden en estimerer ut fra. I begge de to nevnte studiene skjedde estimeringen på bakgrunn av perioder med forholdsvis små prisendringer, noe som gjør at en skal være meget forsiktig med å bruke disse priselastisitetene til prediksjon ved betydelige prisendringer, dvs endringer som overstiger 15-20 prosent. Likevel er det liten tvil om at vin og brennevin oppfører seg som de fleste andre varer, dvs at når prisen øker avtar etterspørselen. Undersøkelsene viser at nedgangen i etterspørselen etter vin og brennevin er om lag like kraftig som den relative prisendringen.

Tabell 2.15

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Horverak, Øyvind 2002</i> Selvbetjente vinmonopolutsalg En evaluering SIRUS Rapport nr 2/2002, Oslo.
Tiltak	Endret salgsform for sterkt øl, vin og brennevin
Innretting	Innføring av selvbetjening i Vinmonopolets butikker
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Hele befolkningen
Mål	Bedre kundetilfredsheten blant Vinmonopolets kunder
Evalueringsdesign	Det ble valgt ut 5 butikkpar hvor butikkene i hvert par var mest mulig like mht omsetning og omsetningsutvikling i de fem foregående år. I hvert par fikk en butikk innført selvbetjening (eksperimentbutikken), mens den andre fortsatte med disksalg (kontrollbutikken). Det ble foretatt rundt 200 kundeintervjuer i hver butikk rett før selvbetjening ble innført, og et tilsvarende antall kundeintervjuer ett år etter. Det månedlige salget i hver butikk ble registrert. Utviklingen i salget i eksperimentbutikkene ble sammenliknet med utviklingen i salget i kontrollbutikkene ved hjelp av tidsserieanalyse (ARIMAmodeller), mens kundeintervjuene ble analysert mht til om det kunne påvises signifikante endringer i kundenes holdninger blant de som frekventerte selvbetjente butikker og de som var kunder i betjente butikker.
Resultater	Innføring av selvbetjening førte til en signifikant og betydelig økning i kundefornøydheth. Også de ansatte var fornøyde med innføringen av selvbetjening. Endringen fra disksalg til selvbetjening førte til økt omsetning, også etter at en tok hensyn til at de selvbetjente butikkene tok en del kunder fra betjente butikker. Den gjennomsnittlige økningen i salget ble beregnet til 12 prosent regnet i ren alkohol
Vurdering	En kvalitetsmessig god studie.

Tabell 2.16

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Ihlen, Bente-Marie 1995</i> Graviditet og rusmiddelbruk. En prospektiv studie av alkohol, tobakk, neonatale effekter, holdnings- og konsumendringer fra 1985-1990. SIFA, UiO.
Tiltak	Holdningsaksjon – Aksjon rus og graviditet (del av Aksjon mot russkader 1984-85 i regi av Statens edruskapsdirektorat)
Innretting	1. Skolering av helsepersonell i å oppdage og ivareta gravide med bruk av rusmidler (primært alkohol) som kunne føre til fosterskader. 2. Informasjon direkte til gravide gjennom massemedia og indirekte gjennom helsepersonell ved svangerskapskontroll. Aksjonen hadde som mål å nå alle gravide, ikke bare de med antatt fosterskadelig konsum.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Gravide
Mål	Redusere forbruk av rusmidler blant gravide og øke bevisstheten i befolkningen om økt risiko for fosterskader knyttet til bruk av rusmidler under graviditet.
Evalueringsdesign	416 gravide ble intervjuet om egen bruk av rusmidler henholdsvis før/etter oppdaget graviditet i forbindelse med ultralydundersøkelse (17. svangerskapsuke) ved Ullevål sykehus ultralyd poliklinikk i 1985. Utvalget antas å være representativt for gravide i Oslo på det tidspunkt. I forbindelse med intervjuet ble det også tatt blodprøver som ble testet for biologiske markører (ASAT, ALAT, MCV, α -GT, Serum-Thiocyont og BAC). 20 % avga urinprøver som ble testet på Cannabis, opiater og benzodiazepiner (halvparten som stikkprøver, halvparten ut fra mistanke om uriktige opplysninger ved intervju). Oppfølging ved spørreskjema i forbindelse med fødsel (N=377) og rutinemessig undersøkelse av barnet 1-3 dager etter fødsel (351 barn). Ny «gravidkohort» i 1990 (N=425) ble intervjuet i forbindelse med fødsel med tilsvarende spørreskjema som i 1985. Survey-undersøkelse i den generelle befolkning i 1984 og 1990 for å måle evt endringer i befolkningens holdning til bruk av rusmidler under graviditet.
Resultater	Spørreskjemaundersøkelsen blant gravide i 1985 viste en signifikant reduksjon av bruk av rusmidler i forbindelse med inntruffet graviditet, og ytterligere reduksjon i forbindelse med fødsel. Reduksjonen var størst blant de som allerede var lavkonsumenter. En fant ingen reduksjon i bruk av tobakk, men det var generelt et lavt inntak av tobakk og rusmidler. En fant ingen sammenheng mellom alkoholkonsum og fødselsvekt eller andre neonatale parametere. Undersøkelsen blant gravide i 1990 (5-6 år etter aksjonen) viste en halvering av alkoholkonsumet blant gravide sammenlignet med 1985-undersøkelsen. De to survey-undersøkelsene i den generelle befolkning (1984 og 1990) viste at det hadde funnet sted en signifikant økning av andelen i befolkningen med en restriktiv holdning til alkohol under graviditet.
Vurdering	Det har skjedd en generell bevisstgjøring omkring sammenhengen mellom bruk av rusmidler/tobakk og fosterskader i de siste par ti-år. Kampanjen «Rus og graviditet» har inngått som en del av denne bevisstgjøringen. Det er grunn til å tro at de observerte resultatene mht reduksjon av alkoholkonsum blant gravide i 1990 sammenlignet med det en fant i 1985, mer er et resultat av en generell samfunnsmessig holdningsendring enn av den spesielle, tidsavgrensede aksjonen/kampanjen som fant sted i 1984-85.

Tabell 2.17

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Johnsen, Jon 1991</i> Alcohol sensitising Drugs – With special reference to studies of implanted disulfiram. Statens retts toksikologiske institutt, Oslo.
Tiltak	Medikamentell behandling av alkoholmisbruk
Innretting	Bruk av implantert disulfiram (antabus)
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Alkoholmisbrukere
Mål	Kliniske og farmakologiske effekter av implantert disulfiram (1 g)
Evalueringsdesign	Randomisert dobbel blind (flere enkeltstudier, ca 100 pasienter)
Resultat	Det framkom ingen klinisk eller farmakologisk effekt av implantert disulfiram.
Vurdering	En studie med godt design og med klart resultat.

Tabell 2.18

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Klepp, Knut Inge et al 1993</i> Alkoholundervisning blant ungdomsskoleelever. Tidsskr Nor Lægeforen nr 2, 113; 202-05
Tiltak	Alkoholundervisning blant ungdomsskoleelever
Innretting	Fem timers undervisning for å redusere alkoholforbruk blant 8. klassinger. To undervisningsopplegg omkring drikkepress, der forskjellen var at i det ene sto læreren for all undervisning (lærermode) mens i det andre sto frivillige gruppeledere for om lag 70 % av undervisningen (elevmode).
Rusmiddelsesifikt	Ja
Målgruppe	Skoleelever
Mål	Bevisstgjøring omkring bruk av alkohol. Redusere forbruket.
Design	Elever i 8. klasse på 15 skoler fordelt på 8 fylker fikk tilbud om å delta i en spørreskjemaundersøkelse for å kartlegge alkoholbruk, kunnskap, ferdigheter og holdninger til alkohol (1 529 elever). Skolene ble deretter ved loddtrekning fordelt i tre grupper. Gruppe 1 fikk undervisning av lærere som fikk opplæring i hvordan de skulle gjennomføre et 5 timers undervisningsopplegg. I gruppe 2 fikk lærere og gruppeledere opplæring i hvordan de sammen skulle gjennomføre det samme undervisningsopplegget, mens gruppe 3 ikke fikk noe undervisningstilbud. Fire uker etter avsluttet undervisning ble det foretatt en ny undersøkelse identisk med den første (1 370 elever).
Resultater	Ved forundersøkelsen oppga 56 % at de noen gang hadde drukket alkohol. Ved etterundersøkelsen var den tilsvarende andelen 59 % i gruppen som hadde gjennomgått elevmodellen, mens den var 71 % de to andre gruppene. Elevene som gjennomgikk elevmodellen rapporterte ellers mindre alkoholbruk, at det var mindre sannsynlig at de ville drikke alkohol i framtida og at færre klassekamerater drakk alkohol enn det som framkom blant elevene som gjennomgikk lærermodellen og i kontrollklassene. Det var ingen signifikant forskjell mellom elevene som hadde gjennomgått lærermodellen og kontrolleleven.
Vurdering	Metodemessig god studie. Vanskelig å si noe om langtidseffekt på grunn av kort oppfølgingstid.

Tabell 2.19

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Kristensen, Øistein et al 1988</i> Gir fysisk trening noen tilleggseffekt i behandling av alkoholisme? En kvasieksperimentell studie fra A-klinikken i Kristiansand A-klinikken, Kristiansand
Tiltak	Fysisk trening som del av institusjonsbehandling
Innretting	Fysisk trening 45 min per dag, 5 dager i uka i 6 uker i tillegg til intensiv behandling etter en modifisert Minnesota-modell.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Alkoholmisbrukere
Mål	Reduksjon i alkoholforbruk
Evalueringsdesign	Kvasieksperimentell studie med eksperimentgruppe på 9 og kontrollgruppe på 5 alkoholavhengige. Oppfølgingstid 3 måneder etter utskriving.
Resultater	Klientene som gjennomgikk fysisk trening fikk kondisjonsøkning, bedring i psykisk helse (depresjon, angst og somatisering), bedret selvilde og alkoholatferd sammenlignet med kontrollgruppen som ikke fikk fysisk trening, men ellers gjennomgikk samme behandlingsopplegg. Forfatterne mener at resultatene indikerer at fysisk trening har en tilleggseffekt i behandling av alkoholisme og bør derfor inngå som en naturlig del av behandlingsprogrammet.
Vurdering	Lite utvalg og kort oppfølgingstid. Vanskelig å generalisere.

Tabell 2.20

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Krook, A. et al 2002</i> A placebo-controlled study of high dose buprenorphine in opiate dependents waiting for medication-assisted rehabilitation in Oslo, Norway <i>Addiction</i> 2002, 97, 533-542 <i>Grouff, Kirsten et al 2002</i> Subutex-prosjektet i Oslo rus & avhengighet 1/2002
Tiltak	Substitusjonsbehandling
Innretting	Forsøk for å se hvorvidt buprenorfin uten kontroll mht bruk av andre rusmidler og uten psykososial støtte reduserer problemer for heroinmisbrukere som står på venteliste for å komme i «ordinær» legemiddelassistert rehabilitering.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Heroinmisbrukere
Mål	Holde pasientene i prosjektet. Reduksjon i bruk av illegal narkotika, bedring av velvære og psykiske problemer.
Evalueringsdesign	Randomisert, dobbelt blind med varighet 12 uker der en gruppe fikk Subutex og en annen gruppe placebo. 106 pasienter (70 menn og 36 kvinner, gjennomsnittsalder 38 år, hadde i gjennomsnitt brukt heroin i 20 år) på venteliste for å komme i metadonbehandling ble randomisert i en gruppe på 55 som fikk Subutex og en gruppe på 51 som fikk placebo. Subutex (16 mg) eller placebo ble gitt under overvåkning 6 dager i uka, med dobbel dose på lørdager.
Resultater	Subutexgruppen ble i gjennomsnitt værende i prosjektet 42 dager sammenlignet med 14 dager i placebogruppen. 16 av pasientene i Subutexgruppen deltok i hele prosjektperioden, mens det gjorde ingen i placebogruppen. Subutexgruppen rapporterte om større nedgang i bruk av opioider og andre rusmidler enn placebogruppen. Subutexgruppen rapporterte også om bedret livssituasjon. Ingen av pasientene som deltok i forsøket døde i forsøksperioden. Det konkluderes med at heroinmisbrukere som venter på å komme inn i legemiddelassistert rehabilitering, vil ha betydelig nytte av buprenorfin som en midlertidig intervensjon, da de som fikk Subutex rapporterte om mindre bruk av narkotika og økt subjektiv oppfatning av velvære.
Vurdering	Metodemessig tilfredsstillende studie.

Tabell 2.21

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Lavik, Nils J. og Rud, Mons 1984</i> Rusmiddelundervisning blant ungdomsskoleelever Tidsskr Nor Lægeforen nr 16, 104 s 1112-1116 <i>Lavik, Nils J. og Rud, Mons 1986</i> Rusmiddelbruk, miljø og livsstil blant ungdom Tidsskr Norske Lægefor nr 32, 106 s 2748-2749)
Tiltak	Rusmiddelundervisning blant ungdomsskoleelever
Innretting	Ulike metoder brukt på rusmiddelundervisning <i>Faktaorientert:</i> tradisjonell undervisning der lærer formidlet fakta om rusmidlenes karakter, deres fysiske og psykiske skadevirkninger, lovgivning, osv. <i>Valgorientert:</i> Grunnleggende prinsipp at elever gjennom øvelser, rollespill og diskusjon skal bringe klarhet i de valg de foretar seg, i denne sammenheng i forhold til alkohol og narkotika. <i>Prosjektorientert:</i> Reell deltakelse fra elevene i undersøkelse og drøfting av aktuelt saksfelt. Her konkretisert ved at elever og lærere samarbeidet om å kartlegge bruk av rusmidler blant elevene og var med på å utarbeide og gjennomføre tiltak. Lærerne for hver av de tre undervisningsmetodene ble samlet til et tre dagers seminar hvor metodene ble gjennomgått.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Skoleelever
Mål	Øke bevisstheten omkring bruk av rusmidler. Redusere bruk av rusmidler.
Evalueringsdesign	2 042 elever fra 22 ungdomsskoler i 11 kommuner i Akershus ble delt inn i 4 grupper der: – 615 fikk faktaundervisning – 1 120 fikk valgorientert undervisning – 100 fikk prosjektorientert undervisning – 207 utgjorde en kontrollgruppe Utvalg av skoler: tettsteder, spredt bebyggelse. Ikke konsekvent randomisering til de ulike gruppene, pga lærerens preferanser mht undervisningsmetode. Holdninger til bruk av rusmidler ble kartlagt ved spørreskjema før undervisningen startet (feb-81). Undervisningen foregikk i mars-april -81, oppfølgingsundersøkelse (mai -81). Eget spørreskjema til lærere. Personlig semi-strukturert intervju av 196 tilfeldig uttrukne elever, supplert med en såkalt setningsutfyllingstest (juni -81).
Resultater	– Undervisningen hadde en metodeavhengig innflytelse på hva elevene oppfattet som viktigste informasjonskilde om rusmidler (faktaundervisning vurdert som mest positivt) – Holdningen til rusmidler var i utgangspunktet restriktiv og endret seg lite, bortsett fra at faktaundervisning framkalte holdningsendring i restriktiv retning for alkohol – Ingen påvist endring i hasjbruk – Andelen som i førundersøkelsen oppga at de ikke drakk eller drakk lite og som fremdeles oppga at de ikke drakk ved etterundersøkelsen, var større i de tre intervensjonsgruppene enn i kontrollgruppen.
Vurdering	Metodisk god studie. Vanskelig å si hvorvidt den målte effekt mht alkohol i intervensjonsgruppene vil vare pga kort oppfølgingstid.

Tabell 2.22

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Lund, Ingeborg 2001.</i> Fra monopol til konkurranse, SIRUS, Oslo
Tiltak	Oppløsning av statlig grossist- og importmonopol for alkohol
Innretting	Overgang fra monopol til konkurranse blant alkoholgrossister
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Skjenkesteder
Mål	Gi skjenkestedene et valg mht om de ville kjøpe alkohol fra Vinmonopolet (som før) eller fra de nye alkoholgrossistene.
Evalueringsdesign	Studie av virkningen av opphevelse av det statlige grossist- og importmonopolet og hva som påvirker skjenkestedenes valg av leverandører. Studiene er basert på spørreskjemaundersøkelse fra i underkant av 250 skjenkesteder/ restauranter i årene 1996 (året monopolet ble opphevet) og 1998. Utvalget er forsøkt gjort representativt for næringen som helhet.
Resultat	Opphevelsen av det statlige grossist- og importmonopolet førte til at Vinmonopolet mistet mye av sin betydning som leverandør til restaurantbransjen i løpet av perioden 1996-98. I 1998 oppga to tredjedeler av de som deltok i undersøkelsen, at de handlet all eller deler av alkoholen de skjenker fra grossister, mens en tredjedel oppga at de for det meste fortsatt handlet på vinmonopolutsalg. Det var først og fremst små restauranter med liten alkoholomsetning som fortsatt kjøpte alkoholen via Vinmonopolet. Det ble imidlertid ikke påvist noen økning i markedsføringen rettet mot skjenkebransjen utover et økt tilbud om å delta i prøvesmaking og restaurantmesser.
Vurdering	En metodemessig tilfredsstillende studie.

Tabell 2.23

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Lølandsmo, Terje og Kristensen, Øistein. 2002</i> Prevention and Treatment of Alcoholic Withdrawal Symptoms (AWS) with Valproate or Carbamazepine (A-klinikken i Vest-Agder) Nordic Journal of Psychology
Tiltak	Bruk av medikamenter i avrusning av alkoholmisbrukere.
Innretting	Studie av effekt av Valproate (VPA) og Carbamazepine (CBZ) i behandling av abstinens. Studien har bakgrunn i at Carbamazepine som det mest brukte medikament i behandlingen av abstinensplager ved avrusning har mange bivirkninger og at det derfor er behov for alternative «anticonvulsants». Valproate er et mulig alternativ, men har i liten grad vært gjenstand for systematiske studier.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Alkoholmisbrukere i avrusning
Mål	Redusere ulike abstinensplager ved avrusning
Evalueringsdesign	43 pasienter ble randomisert i to grupper som ved innleggelse i avrusingsavdeling enten fikk 900 mg VPA (n=21) eller 600 mg CBZ (n=22) i 7 dager. Utfallsmålene var dager i behandling, forekomst av «withdrawal seizures» og delirium tremens, endring i abstinensplager (CIWA-Ar og SCL-90-R score), plasmanivå av VPA og CBZ, endring i leververdier, blodtrykk og puls.
Resultater	Dager i behandling: gjennomsnitt 5,48 i VPA- gruppen versus 5,32 i CBZ- gruppen. Grunner for utskrivning var «craving», overføring til andre behandlingsenheter og bivirkninger. CBZ gruppen hadde ingen forekomst av «withdrawal seizures» eller delirium tremens, mens det var ett tilfelle i VPA- gruppen. 33 % av VPA-gruppen oppnådde en plasmakonsentrasjon på et terapeutisk nivå, mens det gjaldt for 82 % av CBZ-gruppen. Abstinensplagene ble signifikant mindre i begge gruppene (p=0,002). Tester på leverfunksjon viste tilsvarende forbedring og blodtrykk og puls normaliserte seg i begge gruppene. Det ble observert færre bivirkninger i VPA-gruppen. I CBZ-gruppen oppsto det to tilfeller av allergiske reaksjoner. Det konkluderes med at VPA har færre bivirkninger enn CBZ. Begge medikamentene førte til en signifikant reduksjon i abstinensplager. CBZ framviste bedre resultater i å forebygge «withdrawal seizures» og delirium tremens. Dette antas å ha sammenheng med for lav dosering (67 % kom ikke opp i terapeutisk dose - viste seg å være underdosert) og det foreslås å heve dosering fra 900 til 1200 mg og at VPA synes å være et lovende alternativ til CBZ i behandling av abstinensplager.
Vurdering	En kvalitetsmessig tilfredstillende studie.

Tabell 2.24

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Nersnæs, Line 1995</i> Livet, kärleken och alkoholen: evaluering av opplysningsprogrammet «Mias dagbok». Et nordisk prosjekt (Danmark, Finland, Norge og Sverige) NAD-publikasjon 30
Tiltak	Rusmiddelundervisning i skolen
Innretting	Undervisningsopplegg i form av en dagbok, hvor den 15 år gamle Mia forteller om sine opplevelser den våren hun går i 8. klasse. 10 leksjoner bestående av et elevark med arbeidsoppgaver og et lærerveiledningshefte. Hver leksjon innledes med at eleven leser Mias dagboksnotater, deretter følger arbeidsoppgaver som hjelper eleven med å bearbeide de spørsmålstillinger som reises. «Mias dagbok» er delt inn i fire hoveddeler: en teoridel, en opplevelsesdel, en persondel og en handlingsdel. I teoridelen behandles fakta om alkohol, alkoholpolitikk og konsekvenser av bruk. Opplevelsesdelen retter seg mot å utnytte og ivareta elevenes egne erfaringer med bruk av alkohol i ulike sammenhenger. Persondelen retter seg inn mot elevenes egne meninger og vurderinger om alkohol, mens praktiseringsdelen har som målsetting å utvikle elevenes handlingsberedskap ved å styrke deres sosiale ferdigheter slik at de i større grad blir bevisst sine valg i situasjoner hvor bruk av rusmidler forekommer.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Skoleelever 13-15 år
Mål	Øke bevisstheten omkring alkoholbruk.
Evalueringsdesign	Førundersøkelsen ble foretatt 3 uker før undervisningen startet, mens etterundersøkelsen fant sted 3 uker etter undervisningen var avsluttet (12 uker etter baseline). I Norge ble det trukket et utvalg på 30 klasser (15 fra bykommuner over 20 000/15 fra mindre kommuner) blant de som hadde meldt sin interesse til Rusmiddeldirektoratet for å delta i prosjektet. Av disse deltok 23 klasser bestående av 553 elever (270 fra «storby»/283 fra mindre kommuner). Det danske utvalget besto av 25 klasser (472 elever) som ble trukket tilfeldig blant skoler som deltok i prosjektet «De sunhedsfremmende skoler», det svenske av 12 klasser (327 elever) og fra Finland 10 klasser (210 elever). Oppfølgingsundersøkelsen etter 12 uker hadde et visst bortfall (Danmark 29 %, Norge 7 %, Sverige 4 % og Finland 3 %).
Resultater	Etterundersøkelsen viste en økning i «alkoholerfaring» sammenlignet med baselineundersøkelsen, tilsvarende økte andelen elever som oppga at de noen gang hadde kjent seg beruset. Det ser ut til å ha vært en viss økning i kunnskapsnivået om alkohol (organiske virkninger, promillegrense etc) og en svak nedgang i de såkalte majoritetsmisforståelser, men ingen endring i holdning til alkoholbruk. Omkring ¼ oppgir at undervisningsopplegget har ført til at de snakker mer med venner om rusmidler enn tidligere, mens en snau femtedel oppgir det samme når det gjelder foreldre. I underkant av halvparten oppgir at de tror undervisningsopplegget har hatt betydning i forhold til framtidig rusmiddelbruk.
Vurdering	En viss effekt på kunnskap om alkohol, ingen positiv effekt på atferdsendring. Kort oppfølgningstid. Utvalgsprosedyre noe tilfeldig.

Tabell 2.25

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Nilsen, Odd 1991.</i> The Tromsø Study: Identification of and a Controlled Intervention on a Population of Early-Stage risk Drinkers. Preventive Medicine 20/1991 <i>Nilsen, Odd og Førde. O.H. 1991.</i> The Tromsø Study: the positive predictive value of gamma-glutamyltransferase and an alcohol questionnaire in the detection of early-stage risk drinkers. Journal of Internal Medicine 229:497-500
Tiltak	Rådgivning fra allmennleger til pasienter med risikofylt alkoholforbruk
Innretting	Tilbud om rådgivning til pasienter med risikofylt alkoholforbruk, identifisert gjennom γ GT og spørreskjema.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Personer med et risikofylt alkoholforbruk
Mål	Reduksjon i alkoholforbruk
Evalueringsdesign	Ut fra helseundersøkelsen i Tromsø i 1986-87 ble det med bakgrunn i verdi på γ GT og svar på 4 spørsmål om alkoholbruk, plukket ut 338 personer som igjen ble randomisert i en kontrollgruppe og to intervensjonsgrupper. Intervensjonene besto i at den ene gruppen fikk en konsultasjon med diskusjon av γ GT-verdi og en informasjonsbrosjyre med råd om endring i drikkevaner. Den andre gruppen gjennomgikk et mer omfattende intervju om alkoholforbruk og senere oppfølging med måling av γ GT.
Resultater	Alle 3 gruppene ble fulgt opp etter 1 år med måling av γ GT. Målingen viste at begge intervensjonsgruppene hadde redusert alkoholinntaket, mens det ikke var noen nedgang for kontrollgruppen.
Vurdering	En kvalitetsmessig god studie.

Tabell 2.26

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Nordal, Karsten 1991</i> Forløpet av alkoholisme. En studie etter 8 år av pasienter innlagt i en A-klinikk A-klinikken Kristiansand
Tiltak	Behandling av alkoholmisbruk
Innretting	Institusjonsbehandling
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Alkoholmisbrukere
Mål	Reduksjon i alkoholforbruk
Evalueringsdesign	107 menn, alle hjemmehørende i Kristiansand, gjennomsnittsalder 42 år, innlagt ved A-klinikken i Kristiansand i 1981, inngikk i en undersøkelse ved SIFA (Krogh, Per, SIFA-rapport 1/88). Ved en etterundersøkelse i 1989 ble 53 av disse intervjuet, fra 22 fikk en opplysninger via et mindre postsendt skjema, 22 var døde, og for de resterende 10 forelå ufullstendige/usikre opplysninger for 3 og 7 var utvandret.
Resultater	Etter 8 år: 13 % totalavholdende siste 12 mnd, 21 % lavere forbruk siste 12 mnd enn i 1981, 36 % stort forbruk, 21 % døde, 9 % manglende/usikker observasjon. For de 21 % med lavt forbruk i 1989 ble det i 1981 registrert få alkoholrelaterte problemer, mange var i arbeid og alkoholkonsumet var 50 % lavere enn for de 107 klientene som helhet. Det angis også resultater for endring i andel trygdede, bedret funksjonsevne og økonomisk situasjon. Det er imidlertid vanskelig å tolke disse resultatene da prosentgrunnlaget (N) varierer. Livshendelser som endring i ekteskapelig status, religiøse opplevelser og nye nære venner, ble angitt å ha stor betydning for redusert alkoholforbruk.
Vurdering	En form for «før-etter» studie med relativt lav metodisk kvalitet.

Tabell 2.27

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Nordlund, Sturla 1978</i> Lokale ølmonopol – virkninger på drikkevanene. Universitetsforlaget, Oslo.
Tiltak	Begrense tilgjengeligheten av øl
Innretting	Innføring av kommunale ølmonopol
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Befolkningen i en kommune
Mål	Redusere forbruket av alkohol i kommunen og omfanget av alkoholskader
Evalueringsdesign	Utviklingen i alkoholforbruket i to kommuner som innførte ølmonopol ble analysert på bakgrunn av intervjuundersøkelser rett før og ett år etter innføringen av ølmonopolet. Kommunale salgstall ble studert i en fireårsperiode etter innføringen av ølmonopol. Utviklingen i salget i landet forøvrig ble brukt som kontrollområde.
Resultater	Forbruket av øl sank noe, særlig det første året etter innføringen av ølmonopol. Det totale alkoholforbruket viste ingen nedgang som følge av innføringen av ølmonopol. Nedgangen i forbruket av øl ble erstattet med noe mer bruk av vin og – særlig – brennevin. Undersøkelser av ungdomsgruppens alkoholvaner viste samme utvikling som den voksne befolkningens. Ordningen med ølmonopol ble godt mottatt av lokalbefolkningen.
Vurdering	Studien mangler en tilstrekkelig god kontrollgruppe, men er ellers av metodemessig god kvalitet.

Tabell 2.28

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Nordlund, Sturla et al 1984</i> Virkninger av lørdagsstengte vinmonopolutsalg. SIFA
Tiltak	Begrense tilgjengeligheten av vin og brennevin
Innretting	Stenge Vinmonopolets utsalg på lørdager
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Hele befolkningen
Mål	Redusere forbruket av alkohol og omfanget av alkoholskader
Evalueringsdesign	Som et forsøk ble det innført lørdagsstengning på Vinmonopolet i 6 byer (eksperimentbyene), mens Vinmonopolets utsalg i 6 andre byer forble lørdagsåpne (kontrollbyene). Det ble både foretatt kundeintervjuer og intervjuer av representative utvalg av befolkningen før og etter at lørdagsstengning var innført. Vinmonopolets salg i eksperimentbyene ble sammenliknet med salget i kontrollbyene, og det samme ble bryggerienes leveranser av øl til salgs- og skjenkesteder i de respektive byer.
Resultater	Intervjuene viste at andelen av befolkningen som var mot lørdagsstengte vinmonopolutsalg økte etter at forsøket var innført. Et halvt år etter at forsøket var igangsatt ønsket et klart flertall i befolkningen at Vinmonopolet skulle holde åpent på lørdager. Alkoholforbruket i eksperimentbyene ble lite påvirket av at Vinmonopolet holdt stengt på lørdager, selv om omsetningen ved Vinmonopolet gikk noe ned. Nedgangen i omsetningen av alkohol totalt, altså både øl, vin og brennevin, ble anslått til 1,2 prosent. Imidlertid fikk lørdagsstengningen konsekvenser for en relativt liten gruppe alkoholproblematikere, noe som førte til en nedgang i enkelte alkoholrelaterte problemer i eksperimentbyene, særlig i helgene (innleggelser til avrusning, husbråk, ordensforstyrrelser).
Vurdering	En kvalitetsmessig god studie.

Tabell 2.29

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Ravndal, Edle 1994</i> Drug abuse, psychopathology and treatment in a hierarchical therapeutic community. A prospective study UiO <i>Ravndal, Edle 1995</i> Psykiske belastninger og frafall blant stoffmisbrukere i behandling («populærverson» av den forannevnte) Rusmiddeldirektoratet, Oslo <i>Ravndal, Edle 1998</i> Psychopatology, Treatment Completion and 5 Years Outcome. (Veksthusklientene fem år etter) Journal of Substance Abuse Treatment Vol 15. No 2 (Stoffmisbruk 2/97)
Tiltak	Institusjonsbehandling
Innretting	Hierarkisk terapeutisk samfunn. 18 mnd behandlingsprogram med 3 hierarkiske faser.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Stoffmisbrukere
Mål	Reduksjon av rusmiddelbruk, sosial rehabilitering
Evalueringsdesign	Undersøkelsen bygger på en prospektiv studie av de 200 første klientene som ble intervjuet for inntak til Veksthuset i Oslo i perioden 1986-88. Gjennomsnittsalderen i utvalget var 27,5 år, andelen kvinner 31 % og deltakerne hadde gjennomsnittlig brukt narkotiske stoffer i noe over 10 år. De fleste var blandingsmisbrukere. I løpet av de siste 6 mnd før de søkte behandling hadde 78 % brukt opiat og 70 % amfetamin. Gjennomsnittlig årlig alkoholforbruk ble beregnet til 26 liter ren alkohol. Gruppen som helhet var preget av problemfylte oppvekstvilkår og psykiske belastninger. Det ble gjort en etterundersøkelse av alle de 200 intervjuede i 1993.
Resultater	Av de 200 som ble intervjuet var det 144 som begynte i behandling. Av disse var det igjen 43 personer (30 %) som fullførte det første året av programmet og 29 personer (20 %) som fullførte hele programmet på 1½ år. Flere kvinner enn menn fullførte (36 % mot 13 %). Det var minst frafall blant kvinner og blant klienter med en utagerende personlighetsstil, noe som etter alt å dømme kan henge sammen med at disse lettere tilpasser seg den konfronterende og gruppeorienterte behandlingen enn mer kontaktskye misbrukere. Etterundersøkelsen i 1993 viste at av de 200 var 24 døde og 1 hadde emigrert. Av de resterende 175 ble 139 intervjuet. En hadde informasjon om at så godt som alle som var døde og 15 av dem som ikke lot seg intervju, hadde hatt (de døde) eller hadde et tungt misbruk. Disse ble derfor tatt med når man så på misbruksprofil. 20 % av gruppa hadde det siste året vært ute av misbruket eller de var i lett misbruk, 25 % hadde et moderat misbruk og 56 % et tungt misbruk. En sammenligning mellom de som fullførte programmet og de som ikke begynte i behandling eller som ikke fullførte, viste at 36 % av de som fullførte var ute av misbruket eller hadde et lett misbruk, mens det samme bare gjaldt 17 % av dem som ikke begynte eller som ikke fullførte programmet.
Vurdering	Metodisk god studie. Liten andel som fullførte behandling.

Tabell 2.30

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Skeie, Guri og Klepp, Knut-Inge 1999</i> Evaluering av undervisningsopplegget «13-18 Alkohol er ikke noe for barn» Johan Throne Holsts institutt for ernæringsforskning, UiO
Tiltak	Holdningskampanje i skolen: «13-18 Alkohol er ikke noe for barn»
Innretting	Foreldremøte der foreldrene skal bli enig om felles regler for elevene i klassen. Det en kommer fram til skal så drøftes i hjemmene. Senere skal læreren ta opp samme tema med elevene i en dobbeltime. Formål: få til en samtale mellom ungdom og foreldre om alkoholbruk, eliminere foreldre som kilde til alkohol for ungdommene og redusere alkoholforbruket.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Foreldre og barn
Mål	Øke bevissthet omkring barn og unges bruk av rusmidler.
Evalueringsdesign	Ti intervensjonsskoler og ti kontrollskoler i Aust-Agder og Nord-Trøndelag. Spørreskjema ble sendt til alle de «valgte» klassene før intervensjonen, nytt spørreskjema 4-6 uker etter det gjennomførte undervisningsopplegget.
Resultater	Intervensjonselevne vurderte opplegget som positivt og mange hadde hatt samtale med foreldre om alkoholbruk. Alkoholbruken syntes stabilisert på kort sikt. Målet om å eliminere foreldre som mulig kilde til alkohol syntes generelt ikke å være oppnådd, selv om det var en liten nedgang i andelen i intervensjonsgruppa som oppga å ha fått alkohol hjemme.
Vurdering	En metodisk god studie, men kort oppfølgingstid.

Tabell 2.31

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Vogel, Patrick A et al. 1997</i> Skills Training and Prediction of follow-up Status for Chronic alcohol Dependent Inpatients Eur. J. Psykiat. Vol. 11 No 1 (51-63)
Tiltak	Institusjonsbehandling
Innretting	«Skill training» som supplement til ordinær behandling
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Alkoholmisbrukere
Mål	Reduksjon i alkoholkonsum
Evalueringsdesign	«Før-etter» undersøkelse av 15 kroniske alkoholmisbrukere innlagt i langtidsinstitusjon
Resultater	De 15 misbrukerne gjennomgikk et 6 ukers «skill training» program midt i et 8 mnd behandlingsopphold i institusjon. Deltagerne viste en signifikant nedgang i SCI — 90 score og tilsvarende økning i «self-efficacy» mht å motstå tilbakefall. Det ble ikke funnet noen signifikant endring i Becks Depression Inventory. En oppfølging av 11 av pasientene 16.5 mnd (snitt) etter utskriving viste at pre-/ posttest mht «self-efficacy scores» predikerte follow-up status(signifikant). «Post-test scores» viste høy korrelasjon med follow-up status ($r=.89$) mens pretest viste moderat korrelasjon ($r=.65$).
Vurdering	Liten studie, vanskelig å trekke slutning om at resultatet kan tilskrives deltakelse i «skill-training» da det mangler kontrollgruppe.

Tabell 2.32

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Watten, Reidulf og Waal, Helge. 2001</i> Avrusing: Fra vilje til medisin. Avrusingstradisjonene i Norge belyst gjennom en forundersøkelse av ultrarask opioidavrusning (UROD) SIRUS, Oslo
Tiltak	Avrusing av stoffmisbrukere
Innretting	Avrusing ved narkose (ultra rask opioidavrusning, UROD)
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Heroinmisbrukere
Mål	Avrusing (som innledning til videre behandling)
Evalueringsdesign	Etterundersøkelse etter 6 mnd der 15 stoffmisbrukere som hadde gjennomgått narkoseavrusing i utlandet ble sammenlignet med en gruppe på 15 som hadde gjennomgått vanlig avrusing i Norge (matchet på kjønn og alder). Med bakgrunn i forskjeller mellom de to gruppene kan det ikke betegnes som en kontrollert studie, men som en klinisk studie hvor vurderingene illustreres gjennom bruk av en sammenligningsgruppe.
Resultater	Etter 6 mnd var 5 av de 15 (33 %) som hadde gjennomgått UROD, stoffrie, mens det samme gjaldt 6 av de 15 (40 %) i sammenligningsgruppen. De fleste klientene omtaler erfaringene fra UROD i positive vendinger. En drøfter fordeler og ulemper ved UROD. Som fordeler pekes det blant annet på positive vurderinger fra klientene, at det er kostnadseffektivt og at det ikke fører til ubehagelige abstinensopplevelser som virker negativt inn på miljøet i institusjonen. Som ulemper nevnes at det kreves høykvalifisert anestesipersonale og at det utstrakte blandingsmisbruket vi har i Norge innebærer en begrensning da UROD er utviklet for opioidmisbrukere.
Vurdering	Den metodiske kvaliteten ved studien er ikke helt tilfredsstillende.

Tabell 2.33

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Wilhelmsen, Britt Unni 1997</i> Development and evaluation of two educational programmes designed to prevent alcohol use adolescents. UiB
Tiltak	Undervisningsprogram om rusmidler. Bergensprosjektet «Unge og rusmidler»
Innretting	To programmer basert på sosial påvirkningstrategi (Highly Role Specified (HRS) og Lower Role Specified (LRS)) med ulik kombinasjon av lærer-/elevstyring. Det rollespesifiserte opplegget var detaljplanlagt, mens det mindre spesifiserte opplegget hadde en rammestruktur som åpnet for større grad av lokal påvirkning. Elevene som skulle være gruppeledere i sine klasser deltok på dagskurs for å få opplæring i å lede smågruppediskusjoner, rollespill og å være normgivende modeller. Lærerne fikk et to-dagers kurs. Med bakgrunn i tidligere erfaring ble det antatt at modellen med mest elevinvolvering ville gi best grunnlag for å endre atferd. Undervisningsopplegg med utgangspunkt i teorier om at atferd påvirkes best gjennom å påvirke kognitive faktorer som styrer atferd. Opplegget hadde som siktemål å styrke sosiale normer om ikke å drikke, holdninger til å la være å drikke og mestring av drikkepress. Det inneholdt 4 tema: 1) lokale tradisjoner for unges drikking, 2) sosiale normer for unges drikking, 3) mestring av drikkepress og 4) holdninger til drikking. Undervisningen hadde ramme på 10 timer fordelt på 5 uker.
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Skoleelever
Mål	Utsette debutalder for alkohol og å redusere eksperimentering med alkohol blant 13–14-åringene. Gi økt bevissthet omkring bruk av rusmidler.
Evalueringsdesign	Spørreskjema ble levert til alle sjuendeklasser ved 12 skoler i Bergen før intervensjonen i skoleåret 1991/92. Skolene ble randomisert i en kontroll og to intervensjonsgrupper med 4 skoler i hver. Etterundersøkelse 6 uker etter intervensjon.
Resultater	Forundersøkelsen viste at 20 % drakk sjeldnere enn hver måned mens 3 % oppga å drikke hyppigere. Ved etterundersøkelsen 6 uker etter programmet, var andelen som drakk sjeldnere enn hver måned gått ned til 15 % i HRS-gruppen. Den tilsvarende andelen hadde ikke endret seg i LRS-gruppen og kontrollgruppen (20 %). I HRS-gruppen ble det ikke registrert noen øking i regelmessig drikking, mens denne andelen hadde økt fra 3 % til 5 % i LRS- og kontrollgruppen (signifikant). Etterundersøkelsen viste også at HRS-gruppen hadde signifikant sterkere normer om ikke å drikke.
Vurdering	En metodisk god studie. Kort oppfølgingstid gjør det imidlertid vanskelig å konkludere mht mer langvarig effekt.

Tabell 2.34

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	I <i>Ødegård, Einar og Amundsen, Arvid (1998)</i> Measuring Special Deterrence Effects on Drug Offenders. Studies on Crime and Crime Prevention.Vol.7 No.2 II <i>Ødegård, Einar (1998)</i> Staffesanksjonen, begrunnelse og legitimitet. Tidsskrift for samfunnsforskning nr 2 vol 39
Tiltak	Fengselsstraff
Innretting	Straffeutmåling ved brudd på narkotikaloggivningen og annen kriminalitet
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Dømte for narkotikalogvbrudd
Mål	Hindre tilbakefall til nye lovbrudd (individualprevensjon av straff)
Evalueringsdesign	I Data fra Strafferegisteret; se på sammenheng mellom straffens lengde og tilbakefall til ny kriminalitet i et utvalg på 1905 norske statsborgere som var dømt til fengsel for brudd på straffelovens § 162 eller legemiddeloven i perioden 1980-1986. II Samme som datasett som i I, men begrenset til de 524 norske statsborgere som var domfelt etter straffelovens §162 i perioden 1980-86 og måling av residiv til nye brudd på § 162 fram til 1994.
Resultat	Studiene viste at eventuell påvist effekt var svært følsom for hvilken metode en valgte for å analysere data. Det konkluderes med at det er metodisk vanskelig å komme fram til en forskningsdesign som kan påvise hvordan straffens lengde eventuelt påvirket sannsynligheten for residiv.
Vurdering	En grundig studie som viser hvor vanskelig det kan være å gi vitenskapelige og forskningsbaserte begrunnelser for denne type tiltak.

Tabell 2.35

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Ødegård, Einar 1996</i> På ulendte veier: evaluering av Stifinnerprosjektet (det 3-årige forsøksprosjektet) SIFA, Oslo.
Tiltak	Behandling under soning i fengsel. Fengselsloven § 12 - «Stifinnerprosjektet»
Innretting	Behandlingsintervensjon under soning. Strukturert program i 4 faser – 2 faser ved fengselet, hver med varighet 3-4 mnd, 1 ved behandlingsinstitusjon (ca 6 mnd) og en siste fase ved etablering utenfor behandlingsinstitusjon (ca 6 mnd).
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Fengselsdømte med rusmiddelproblemer
Mål	Redusere bruk av rusmidler og tilbakefall til kriminalitet
Evalueringsdesign	42 personer, alle menn, ble intervjuet ved inntak i 1992 til 1994. Oppfølgingsintervju ble gjort våren 1996 av 32 (1 var død, 5 vegret og 4 klarte en ikke å oppspore).
Resultater	Utvalget utgjorde en tungt belastet gruppe både mht bruk av narkotika og kriminalitet. Gjennomsnittlig behandlingstid var 62 uker (36 uker utenfor fengslet). På oppfølgingstidspunktet hadde 50 % avbrutt behandlingen, 7 % hadde avsluttet med bakgrunn i kontraktbrudd, 24 % hadde avsluttet etter planen og 19 % var fremdeles i behandling. I perioder var det mye bruk av stoff inne på fengselsavdelingen, dvs at målsettingen om en stoffri fengselsavdeling i liten grad ble oppfylt. Ved oppfølgingsintervjuet hadde et fåtall holdt seg helt borte fra narkotika, men det var relativt få som etter prøveløslatelse hadde gått inn i tungt og vedvarende misbruk. Mens 86 % oppga at de hadde brukt narkotika daglig eller nesten daglig det siste halvår før soning, var denne andelen etter prøveløslatelse redusert til 34 %. 75 % oppga at deltagelsen i prosjektet hadde betydd et positivt vendepunkt i misbrukskarrieren, selv om de ikke hadde sluttet å bruke narkotika. En fant ingen positiv effekt mht reduksjon av kriminell residiv.
Vurdering	Metodisk tilfredsstillende studie med noe kort oppfølgingstid. Vanskelig å trekke konklusjon når det gjelder varig effekt mht rusmiddelmisbruk.

Tabell 2.36

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Ødegård, Einar og Amundsen, Arvid 1998</i> § 12-soning – om effekten av å implantere behandling innefor en straffekontekst Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift nr 1/1998
Tiltak	Soning i behandlingsinstitusjon – Fengselsloven §12 (nå Straffegjennomføringsloven)
Innretting	Innleggelse i behandlingsinstitusjon som alternativ til straff
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Fengselsdømte rusmiddelmisbrukere
Mål	Redusere misbruk av rusmidler
Evalueringsdesign	Undersøkelsen tok utgangspunkt i strafferegisterdata og omfattet personer med norsk statsborgerskap som fikk ubetinget fengselsdom for brudd på legemiddeloven og/eller § 162 i straffeloven i perioden 1980-84. 5,7 % (77 personer) av disse ble overført til behandling i institusjon med hjemmel i fengselsloven § 12. I undersøkelsen utgjorde den første domfellelse i perioden 1980-84 «indeksdommen». Avslutningen av indeksdommen utgjorde startpunktet for analysen mht residiv (evt tidligere dommer ble forstått som individets historie). Oppfølgingstida var 8 år. Domfellelse utgjorde det operasjonelle kriteriet på residiv. Data om faktisk overføring og varigheten av institusjonsoppholdene ble innhentet fra de aktuelle institusjonene. Effekt av overføringene ble analysert gjennom overlevelsesanalyse og tobitregresjon.
Resultater	Innenfor observasjonstiden på 8 år var det en større andel residiv blant dem som hadde § 12 soning i forbindelse med indeksdommen (90 %), enn blant dem uten slik soning (81 %) Det framkom med andre ord ingen positiv effekt mht residiv av § 12 soning. Dette gjaldt også residiv mht narkotikalovbrudd. Studien reiser spørsmålet om hvorvidt motivet for å søke § 12 soning er å komme i behandling eller å få lettere soningsforhold.
Vurdering	Seleksjonsproblem mht motiv for å søke § 12-soning gjør det vanskelig å trekke konklusjoner angående effekten av §12 soning.

Tabell 2.37

Forfatter/tittel på evalueringsrapport	<i>Aas, Henrik 1994</i> Aksjon mot ulovlig spritomsetning SIFA <i>Aas, Henrik Natvig 1996</i> Evaluering av aksjon mot ulovlig spritomsetning SIFA
Tiltak	Informasjonskampanje
Innretting	Aksjon mot ulovlig spritomsetning
Rusmiddelspesifikt	Ja
Målgruppe	Hele befolkningen
Mål	Styrke holdninger mot og begrense omsetning av ulovlig sprit
Evalueringsdesign	«Før-etter» undersøkelse (survey) om folks holdning til og atferd mht bruk og kjøp av illegal alkohol. Det ble foretatt intervjuer av representative utvalg av befolkningen før kampanjen startet, og omlag ett år etter at kampanjen var avsluttet.
Resultat	Etterundersøkelsen viste: – nedgang i andel som oppga å ha drukket hjemmebrent og smuglersprit – nedgang i andelen som oppga å ha kjøpt hjemmebrent, men ikke tilsvarende nedgang når det gjaldt smuglersprit – nedgang i andel som hadde blitt tilbudt hjemmebrent og smuglersprit – forsterking av negative holdninger til ulovlig sprit Evalueringen viste at kampanjen mot ulovlig spritomsetning hadde positiv effekt. Varigheten av effekten er imidlertid usikker.
Vurdering	Metodemessig god studie, men kort oppfølgingstid.

2 Andre norske evalueringsundersøkelser

Agenda 1996

Hjelp uten betingelser. (Samarbeid mellom politi og Sosialtjenesten/Rusmiddeletaten i Oslo om å få tunge stoffmisbrukere inn i hjelpe- behandlingstiltak).

Etterundersøkelse

Agenda

Alfarnes, Svein A. Og Melle, Atle 1993 + 1996

- Behandlingstilbud for rusmiddelmisbrukarar med psykopatologi. Pasientar med dobbeltproblematikk.
- Rusmiddelmisbruk og psykopatologi – forslag til behandlingstiltak for pasienter med dobbelt-diagnose – litteratur studium og spørreskjemaundersøkelse blant «potensielle» DD-pasientar i Møre og Romsdal og blant behandlarar

Fylkessykehuset, Volda

Andersen, Karin og Horten, Sissel 1988

Kvinnerns egenopplevelse av et opphold ved A-klinikken i Kristiansand
A-klinikken Kristiansand

Andersen, Tove et al 1991

Hvordan har det gått?
A-klinikken Kristiansand

Angell, Olav Helge 1995

Misjon eller terapi i rusomsorga? : tradisjon og modernitet i religiøse behandlingsinstitusjonar.
Diakonhjemmets høgskolesenter.

Angell, Olav Helge 1995

Evaluering av Trasopklinikken
Diakonhjemmets høgskolesenter

Angell Olav Helge 1996

Ennå er det håp? Ei evaluering av Pinsevennenes evangeliesenter
Diakonhjemmets høgskolesenter

Angell, Olav Helge 1998

Mellom regnbogen og dei svarte hola: ei framstilling av og etterundersøking ved Sauherad samtun
Diakonhjemmets høgskolesenter

Asplan analyse 1990

Virker det? Evaluering av Statens fond for alkoholfrie overnattings og serveringssteder
Asplan

Bachs, Liliana; Bramnes, Jørgen og Waal, Helge 2001

Buprenorfin i legemiddelassistert rehabilitering – hva vet vi i dag?
Litteraturgjennomgang.
SRI, UiO Relis

Baklien, Bergljot 1985

Holdningskampanjen mot narkotika: evalueringsrapport
NOU 1985:28

Befring, Edvard 1999

Evaluering av MOT (organisasjon av toppidrettsutøvere). En kartlegging av MOTs målsetting, pedagogiske virksomhet og forebyggende resultater i tidsrommet 1994-99.
Institutt for spesialpedagogikk, UiO

Bergersen, Rita 2000

Evaluering av prosjektet Nettverksbygging i den kommunale virkelighet: organisering og utvikling av tiltak på rusmiddelfeltet i kommuner
Høgskolen i Vestfold

Bergsgard, Nils Asle; Bjørnholt, Margunn og Asaserud, Per Anders 2000

Samarbeid om behandlingsplasser for rusmiddelmisbrukere: en evaluering av rusmiddelprosjektet i Telemark, Buskerud og Vestfold
Telemarksforskning Bø

Berild, Sveinung 1993

Ute av misbruket? Etterundersøkelse av klienter ved Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) og poliklinikken ved Rusmiddelavdelingen/Sanderud sykehus.
Østlandsforskning

Berild, Sveinung og Mathisen, Vigdis 1993

Ungdom og rus: evaluering av fem kommunale forsøk på å samordne forebyggende innsats overfor unge rusmiddelmisbrukere
Østlandsforskning

Bjerke, E., Aga, A., Bjørnstad, A. 1991

Effekt av tilbakemelding og selvevaluering på forskrivning av beroligende midler.
Tidskr Nor Lægeforen nr 18

Bjørnelv, Sigrid og Eriksen, Lasse 1990

Etterundersøkelse av alkoholikere innlagt i Solhaugen Rehabiliteringssenter i 1985 og 1986.
Tidsskr Nor Lægeforen nr 7; 110:847-9

Blom, Laila 1989

– Nordlandsprosjektet, evaluering av Sosialmedisinsk poliklinikk
– Nordlandsprosjektet, Fra særomsorg til næromsorg
Nordlandsforskning

Bolstad, Ingeborg 1988

Aksjonen som ble vekk, en evalueringsstudie
Østfold distriktshøgskole

Bødal, Kåre 1982

350 narkoselgere
Universitetsforlaget

Bødal, Kåre, Fridhov I. M. og Hammerlin, Y. 1988

Evaluering av narkotikaaksjonen 1986–87
Justisdepartementet

Callisen, Fred og Bjørgulfen, Siri 2000

Evaluering av Stiftelsen Rus-Netts virksomhet
Østlandsforskning

Christensen, Astrid 1996

«Jenter som kommer og jenter som går». En oppfølgingsstudie av kvinnelige rusmiddelmisbrukere som har vært i behandling på kvinnekollektivet ARKEN i tiden 1992–1993.
SIFA

Dahl, Kjell 1997

Evaluering av boligprosjekt for vanskeligstilte personer med rusproblemer i Lørenskog kommune: lokalt engasjement, miljøarbeid og verdig botilbud gir håp og mestringsmuligheter for rusmiddelmisbrukere: et alternativ til institusjonsopphold?
Diakonhjemmets høgskolesenter

Døhlle, Elsa 1986

Skolen og det primærforebyggende rusmiddelarbeidet: en evalueringsrapport om skolens rusmiddelundervisning
(S.n.)

Eng, Marit 1989

Evalueringsrapport for UNIK-prosjektet: et AIDS-forebyggende og psykososialt støttetiltak for stoffmisbrukere.
Oslo kommune

Engeseth, Magnar 1995

Stoffmisbrukere og deres familier: en langtidsoppfølging
Universitetsforlaget

Espeås, Linda 2000

Tvang overfor rusmiddelmisbrukere. Erfaring ved bruk av §§ 6-2 og 6-2a ved Lade behandlingssenter. Hovedoppgave i psykologi. NTNU

Faye, Sven Erik 1993

Hvordan går det nå?
En etterundersøkelse fra A-klinikken over pasienter behandlet 1990-91
A-klinikken Kristiansand

Frantzsen, Evy 1997

Passe elendig. Ringvirkninger av et metadonprosjekt
Studie av ringvirkninger i misbrukermiljøet i Oslo av forsøksprosjektet med metadon.
Institutt for kriminologi UiO.

Furuholmen, Dag og Schanche Andresen, Arne 1993

Fellesskapet som metode: miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere
Cappelen

Furuli, John og Eilertsen, Stein 2001

Har tvang effekt?
rus & avhengighet 5/2001

Granseth, Gunnar og Ihlen, Bente Marie 1983

Poliklinisk behandling av mannlige alkoholmisbrukere: en eksperimentell utprøving av to polikliniske behandlingsmetoder.
Hovedoppgave i psykologi, UiO

Greaker, Arild og Omland, Torunn 1999

KRAFT: et alternativ innenfor rusmiddelomsorgen. Delrapport 1.
Diakonhjemmets høgskolesenter

Greaker, Arild og Angell, Olav Helge 2000

KRAFT: et alternativ innen rusmiddelomsorgen: Delrapport 2.
Diakonhjemmets høgskolesenter

Hammer, Torild og Ravndal, Edle og Vaglum, Per 1987

Arbeidstrening – en vei ut av misbruk
Evaluering av ISO-prosjektet – arbeidstreningsprosjekt rettet mot ungdom med atferds-/rusmiddelproblemer.
TANO

Hansen, Gunnar Vold 1998

Evaluering av prosjekt ettervern i Fredrikstad
Høgskolen i Østfold

Hauge, Hans 1998

Evaluering av Prosjekt Endelig lørdag i Valdres
Høgskolen i Vestfold

Helgeland, Inger Marie 2001

Ungdom med atferdsvansker – hvordan går det med dem som 30-åring?
Høgskolen i Oslo

Henriksen, Øystein 1990

Sosialdepartementets prøveprosjekt for organisering av tiltak overfor unge rusmisbrukere, evalueringsrapport
Sosialdepartementet

Holm, Tone og Langeland, Helle 1996

En analyse av kampanjen «Stopp dopet, ikke dansingen»
Prosjektoppgave
Institutt for medier og kommunikasjon UiO

Holsten, Fred 1984.

Forløpet ved stoffmisbruk hos ungdom. En etterundersøkelse
SIFA

Horverak, Øyvind; Nordlund, Sturla og Rossow, Ingeborg 2001

Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk
SIRUS

Hovland, Arild og Storvoll, Elisabet 1997

På rett kjø! «Scared straight» – Ullersmo-prosjektet 1992–96
NOVA

Hvistendal, Ellen og Haslund, Else 1986

«PRO–NILLE». Hvordan gikk det med de alkoholmisbrukende kvinner innlagt i A-klinikken i tiden 1982-1985.

A-klinikken Kristiansand

Jacobsen, Dag Ingvar 1995

Virker det? En etterundersøkelse ved Loland behandlingssenter og A-klinikken
Høgskolen i Agder

Jenssen, Tor 1983

Etterundersøkelse av 99 pasienter ved SKN
Hovedoppgave i psykologi
SIFA

Johansen, Oddbjørn og Braathen, Espen 1997

«Vi innrømmer at vi var maktesløse overfor alkohol, og at vi ikke lenger kunne mestre våre liv» en evalueringsstudie av Minnesota-klinikken Bjerketun, med spesiell vekt på institusjonens samarbeid med Namsos kommune og Nord-Trøndelag fylkeskommune
Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget

Johansen, Oddbjørn 2000

Livskvalitet – «Det er å ha det som andre folk, det»: en evalueringsstudie av Holdeplassen, et tiltak for unge rusmiddelmisbrukere i Trondheim
Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget

Johnsen, Jon og Nygaard, Elizabeth 1995

Effekter av behandling
En utredning om effekten av ulike behandlingsmetoder (internasjonalt)
Samfunnsøkonomiske aspekter ved alkoholistbehandling
Rusmiddeldirektoratet/SHD

Jørgensen, Mette Kristin 1996

Ungdom, alkohol og forebygging: en evalueringsrapport av KOLON musikkteater
Hovedoppgave
Institutt for sosiologi, UiO

Karlsen, Cecilie 1995

En evaluering av stiftelsen Leons familiehjemsvirkosomhet
Diakonhjemmets høgskolesenter

Kongsgården, Petter og Ljosland Waale, Hanne 1995

Notodden kameratklubb: evaluering av en institusjon for rusmiddelmisbrukere
Telemarksforskning, Notodden

Kongsvik, Trond Øystein 1994

Behandling for alkoholavhengighet, endringer i alkoholbruk, self-efficacy (S-e), kontrollplassering og psykiske symptomer, samt prediksjon av drikking i en oppfølgingsperiode.
Hovedoppgave i psykologi
NTNU

Kongsvik Trond; Nossum Gunnar og Solberg, Geir 1997

«Stopp Heimbrenten» HB-aksjonen i Nord-Trøndelag
Nord-Trøndelagforskning

Kongsvik, Trond og Johansen, Oddbjørn 1999

Aksjon «Stopp heimbrent'n» Telefonsurvey om prosjektet og holdning til hjemmebrent i Nord-Trøndelag
Nord-Trøndelagforskning

Kristensen, Øistein 1989

Prognostiske faktorer ved behandling av alkoholisme
A-klinikken Kristiansand

Kristensen, Øistein 1998

A-klinikk og behandling av stoffmisbrukere
Kan en korttids intensiv institusjonsbehandling med familiestøtte beregnet på alkoholavhengige også være til hjelp for intravenøse stoffmisbrukere? En etterundersøkelse tolv måneder etter fullført fire ukers behandling ved A-klinikken i Kristiansand.
Tidsskr Nor Lægeforen 1998, 20;118:3175

Kristensen, Øystein 2000

Vedlikeholdsbehandling av opioidavhengige
Tidsskr Nor Lægefor 2000, 30;120:3816

Kristiansen, Lill og Rusånes, Bjørge 1992

Akuttetatsens prosjekt for bostedsløse med spesielle problemer. Intern evalueringsrapport
Rusmiddeletaten, Oslo kommune

Kristoffersen, Ragnar 1999

Promilleprogram i friomsorgen
Om deltakerne og deres erfaringer
KRUS

KUF, BFD 2000

Vurdering av program og tiltak for å redusere problematferd og utvikle sosial kompetanse: innstilling fra faggruppe oppnevnt av KUF og BFD.

Kummen, Liv 1989

Håpløse gravide eller hjelpeløse praktikere? Evaluering av Ullevålsteamet, en rådgivende virksomhet rettet mot tiltaksapparatets arbeid med sosialt belastede gravide i Oslo kommune.

Hovedoppgave

Institutt for sosiologi, UiO.

Kvalvaag, Heidi M. 1996

Forebyggende arbeid overfor «bekymringsungdom»: en evaluering av V13 i Bergen
Diakonhjemmets høgskolesenter

Kvam, Mette Kleive 1999

Strukturert bevegelses- og uttrykksterapi i behandling av kvinnelige rusmiddelmissbrukere: rasjonale og terapeutisk effekt.

Hovedoppgave i psykologi

NTNU

Landvik, Lill Kari 1990

Visst nyttet det: en evalueringsrapport av Fossumkollektivets virksomhet perioden 1983-88

Stiftelsen Fossumkollektivet

Lie, Gro Th. 1999

Selbu-ungdommene før, under og etter hjelpetilørighet til kollektivet: en retrospektiv forløpsundersøkelse

HEMIL-senteret

Lien, Renate Storetvedt og Nilssen, Even 2000

Bruk av tvang i behandlingen av voksne rusmiddelmissbrukere

SEFOS

Malmin, Gunnar 1989

Vurderingsrapport Lions Quest-programmet: et læremiddel for 4.-6. kl.

Pedagogisk senter, Sandefjord

Malmin, Gunnar 2001 og 2002

«Det er mitt valg» – Vurdering, Delrapport 1,2 og 3
Pedagogisk senter, Sandefjord

Moen, Espen; Ernø, Morten og Andersen, Terje 1984

Norges største alkoholeksperiment

Fagoppgave

BI

Myklebust, Vidar 1994

Starten på eit Veksthus i Møre og Romsdal

Møreforskning

Möklebust, Øyvind og Arnesen, Elizabeth 1996

Evalueringsrapport: oppfølging av rusklienter
Oslo kommune

Nilsen, Bente 1991

Evalueringsrapport: prosjekt vedrørende særskilt innsats for ungdomsmiljøene i Oslo sentrum.

Uteseksjonen i Oslo

Nilssen, Even 1999

Tvangens forvaltning

Sosialtjenestens anvendelse av sosialtjenestelovens § 6-2

SEFOS

Nordal, Karsten 1988

En studie av Minnesota modellen

A-klinikken Kristiansand

Nordlie, Ole 1984

Ølmonopol – alkoholkonsum og holdninger blant ungdom i Tromsø

SIFA

Nordlund, Sturla 1974

Drikkevaner og vinmonopolutsalg

Universitetsforlaget

Ohm, Helene og Jensen, Thor Øyvind 1997

Stiftelsen Bergensklinikkene: en evaluering etter fem års drift

SEFOS

Pettersen, Janne 1988

Evalueringsrapport: forebyggende rusmiddeltiltak ved Kvaløysletta ungdomsskole.

FORUT

Pro-senteret 2001

Prosjekt «Sprøyterom»: evalueringsrapport

Pro-senteret, Oslo kommune

Ramvi, Ellen og Helgesen, Svein 2002

Foreldrestyrte foreldregrupper, bevisstgjøring omkring rusmiddelbruk.

Rogalandforskning

Ravndal, Edle; Hammer, Torild og Vaglum, Per 1984

Arbeid i sted for rus? En evaluering av et arbeidstreningsprosjekt for unge rusmiddelmissbrukere

Universitetsforlaget

Ravndal, Edle 1993

Virker behandling? En oversikt over behandlingsresultater for stoffmisbrukere i Norden og internasjonalt.
Nordnark

Ravndal, Edle og Vaglum, Per 1997

Betydningen av psykopatologi hos narkomane i metadonbehandling. En prospektiv undersøkelse. SIFA og Institutt for medisinske atferdsfag UiO.

Riktor, Mona 1992

Hvordan kom Lions Quest inn i norsk skole? En analyse av læreplanprosessen bak valget av undervisningsprogrammet Lions Quest som ledd i lærernes etterutdanning.

Hovedoppgave

Institutt for pedagogikk, UiO.

Ringstad Elin; Grimshei, Christian og Håvorsen, Denisa 1995

Evalueringsrapport for kampanjen «Stopp dopet – ikke dansing»

Uteseksjonens i Oslo

Rogalandsforskning/IGOR/Sverre Nesvåg 1999–2000

Rusmiddelpolitikk i arbeidslivet – utviklingsarbeid, diverse publikasjoner. Ikke tradisjonelle før-etter studier, men utvikling og dokumentasjon av ulike former for intervensjoner som tar sikte på bevisstgjøring omkring bruk av rusmidler i arbeidslivsrelaterte situasjoner.

Rogalandsforskning

Rugkåsa, Marianne 1998

En oase i ørkenen: en organisasjons- og evalueringsundersøkelse i Holmenveien 7 – korttidsinstitusjon for rusmiddelmisbrukere

Diakonhjemmets høskolesenter

Rugkåsa, Marianne og Angell, Olav Helge 1998

Innvandrere i rusmiddelbehandling: erfaringer og utfordringer,

Diakonhjemmets høskolesenter.

Rusmiddeletaten 1992 + 1995

– Evalueringsrapport for prosjektet metadonbehandling av HIV-positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt 1. juni 1991–1. juni 1992

– Evalueringsrapport HIV-met.

Rusmiddeletaten, Oslo kommune

Rusmiddeletaten 2001

Kvalitet og kvalitetsmålinger i behandling av rusmiddelmisbrukere

Rusmiddeletaten, Oslo kommune.

Rønningen, Grete Eide 2000

– Evaluering av Prosjekt Hysj: et prosjekt i forebygging av rusmiddelproblemer i lokalsamfunnet (i samarbeid med Borgestadklinikken) Borgestadklinikken

– Evaluering av Prosjekt Hysj: et prosjekt i forebygging av rusmiddelproblemer i lokalsamfunnet ved Holtan Ungdomsskole, Borre kommune

Høgskolen i Tønsberg

Sandvig, Anders jr. 2000

Tvang i Tyrili

En undersøkelse av plasseringer etter Lov om sosiale tjenester §§ 6-2 og 6-2a i perioden 1995-99.

Tyrili forskning og utvikling

Sárfi Eva 1991

Jenter i motvind: en evaluering av kvinnekollektivet Arken

Diakonhjemmets høskolesenter

Skog, Ole-Jørgen; Horverak, Øyvind; Nordlund, Sur-la og Nordstrøm, Thor 1993

Vurdering av konsekvenser av ulike endringer i omsetningsform og priser på alkohol i Norge.

SIFA

Skretting, Astrid 1997

Evalueringsrapport for prosjektet i Oslo Del 1, Etablering, inntak av pasienter og forhold til øvrige behandlingstiltak.

SIFA

Skutle, Arvid og Iversen, Erik 1997

Rusmiddelbruk blant ungdom og unge voksne: utprøving og evaluering av en modell for lokalsamfunnsbasert forebyggende arbeid.

UiB

Smith-Solbakken, Marie og Lie, Terje (red) 1999

Piller på aveier. Prosjekt i Sandnes kommune med målsetting om å redusere utilsiktet bruk og illegal omsetning av vanedannende legemidler.

Rogalandsforskning

Solli, Egil 1994

Evalueringsrapport for trafikksikkerhetsaksjonen i Nord-Trøndelag

Nord-Trøndelagsforskning

Solliakollektivet. 1988
Evalueringsrapport 1970-87
Sentralrådet for narkotikaproblemer

Sundfær, Aase, 1986
Hva skjer med gravide rusmiddelmissbrukere?
Sentralrådet for narkotikaproblemer

Sundfær, Aase 1992
Fra rus til mening
Barnevernets utviklingssenter

Sundfær, Aase 1999,
Ung og lovende
Rusmiddeldirektoratet

Sæther, Oddrun 1992
Fossumkollektivet en evalueringsrapport
Sosial- og helsedepartementet

Søderstrøm, Ruth et al. 1996
Evaluering av studio 4's ettervern
Prosjektoppgave
Høgskolen i Akershus

Taksdal; Arnhild, 1995
Kvinnerettet rusbehandling. Rapport fra prosjektet
«Evaluering av kvinnerettede tiltak i rusmiddel-
sektoren».
SEFOS samt Rusmiddeldirektoratet/SHD 1997

Thomassen, Per Ole 1998
Evaluering av utviklingsprogrammet for rustiltak i
bydelene URUS:
Agenda

Tjersland, Odd Arne 1995
Misbrukere før, under og etter kollektivopphold
Rusmiddeldirektoratet

Torp, Ole André 1991
Behandling ved Blå Korshjemmet på Eina: en et-
terundersøkelse
Diakonhjemmets høskolesenter

Tungland, Else 1998
Behandling, hjelper det? : evaluering av 4 behand-
lingsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere
Rogalandsforskning

Utviklingspartner 1998
Evaluering av Aids-informasjonsbussen
Utviklingspartner

Utviklingspartner 1999
Beskrivelse og vurdering av prøveprosjektet Felt-
pleien.
Utviklingspartner

Utviklingspartner 2000
Evaluering av Rusmiddeletatens private og kom-
munale institusjonsbaserte akuttiltak
Utviklingspartner

Vaglum, Per 1979
Unge stoffmissbrukere i et «terapeutisk samfunn».
Forløp under og etter behandling. En klinisk psy-
kiatrisk undersøkelse.
Universitetsforlaget

Vassbotn, Veronica 2001
Et vernet botilbud for rusmissbrukere i en sammen-
hengende kommunal tiltakskjede
Høgskolen i Bodø

Vederhus, John Kåre 1995
Hvordan går det med brukerne etter opphold på
Blå Kors Halveishus, og hva har oppholdet betydd
for dem? En etterundersøkelse av brukere ved Blå
Kors Halveishus i perioden 1991-93
Høgskolen i Agder

Vetvik, Einar og Omland, Turid, 1995
KRAFT – veien tilbake til samfunnet?
Diakonhjemmets høskolesenter

Vetvik, Einar og Kvalvaag, Heidi 1997
En modell for forebyggende arbeid med ungdom i
problemer: en evaluering av arbeidet ved Kirkens
kontaktsenter i Bergen
Diakonhjemmets høskolesenter

Welde, Hege Renée 1999
Klinikkopphold for alkoholmissbrukere: en evalue-
ring
Hovedoppgave i psykologi NTNU

Winther, Rigmor 1999
Spesialpedagogiske tiltak for rusmiddelmissbruke-
re: en beskrivelse og drøfting av det spesialpeda-
gogiske opplegget ved to behandlingskollektiver
Hovedoppgave i pedagogikk NTNU

Walby, FA et al. 2000
Bruk av metadon i behandlingen av heroinavhen-
gige psykotiske pasienter.
Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:195-8

Welle-Strand, Gabrielle 1992

Evalueringsrapport for prosjektet Metadonbehandling av HIV-positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt.
Oslo kommune

Welle-Strand, Gabrielle 1998

Tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere etter §§ 6-2, 6-2a og 6-3 i lov om sosiale tjenester. Evaluering fra akuttinstitusjonen Ullevål.
Akuttinstitusjonen Ullevål

Wallin Weihe, Hans-Jørgen 1990

Påvirkingsprogram for promilledømte, en gjennomgang og evaluering av norske og internasjonale erfaringer.
Hovedoppgave
Norsk lærerakademi, Bergen

Waal, Helge; Schanche Andresen, Arne og Kaada, A.K. 1981

Kollektiver. Hverdag og virkninger.
Universitetsforlaget

Waal, H; Blix, O; Krook, A og Olsen, H 1999

Bruk av metadon i behandlingen av opioidavhengighet
Tidsskr Nor Lægefor 119:237-41
Beskrivelse av utviklingen i Norge.

Østby, Lene 1994

Annerledes liv: en brukerevaluering av prosjektet metadonbehandling av HIV-positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt.
Akuttinstitusjonen Ullevål

Østmoe, Harald 1993

Overdoseteamet: en evaluering av noen sider ved virksomheten til prosjekt Oppsøkende helseteam.
Hovedoppgave
Institutt for pedagogikk, UiO

Ådnanes, Marian og Andrews, Therese, 1995

Evaluering av «Samlet plan for utviklingsprosjekt innen sykdomsforebyggende arbeid»
Hemil

Aasen, Bodil et al 1996

En undersøkelse av opplevelse og effekt for brukere av familieprogrammet ved A-klinikken i Kristiansand
A-klinikken Kristiansand



