



International Research Institute of Stavanger

www.irisresearch.no

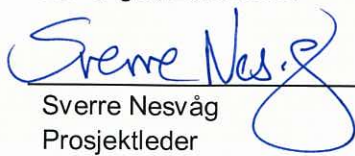
**Sverre Nesvåg, Agathe Backer-Grøndahl,
Fanny Duckert, Øystein Enger, Gard Huseby
og Pål Kraft**

Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering.

Rapport IRIS – 2007/021

Prosjektnummer: 720 2020
Prosjektets tittel: Kunnskapsoppsummering - tidlig intervensjon
Oppdragsgiver(e): Sosial- og helsedirektoratet
Forskningsprogram:
ISBN: 978-82-490-0511-6
Gradering: Åpen

Stavanger, 20.02.2007

	20/2-07		20/2-07
Sverre Nesvåg Prosjektleder	Sign.dato	Terje Lie Kvalitetssikrer	Sign.dato

	17/02-07
Gottfried Heinzerling Senterleder (Samfunns- og næringsutvikling)	Sign.dato

Forord

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har IRIS hatt ansvaret for å gjennomføre en kunnskapsoppsummering om effekter av tiltak for tidlig intervensjon på rusfeltet.

Ansvarlig for gjennomføringen av oppdraget har vært IRIS ved forskningsleder Sverre Nesvåg, og med forskningsleder Terje Lie som intern kvalitetssikrer.

Arbeidet med kunnskapsoppsummeringen er gjennomført av Sverre Nesvåg, med viktige bidrag fra Øystein Enger (Kompetansesenteret, Rogaland A-senter), Gard Huseby og Fanny Duckert (Universitetet i Oslo), når det gjelder kapittel 4 om rådgivningsintervensjoner, inkludert intervensjoner basert på Motivational Interviewing-metodikk, og psykoterapeutiske intervensjoner, og Agathe Backer-Grøndahl og Pål Kraft (Universitet i Oslo / Change Tech AS) når det gjelder kapittel 5 om teknologibaserte intervensjoner.

Kunnskapsoppsummeringen bygger på norsk og internasjonal forskningslitteratur, publisert i rapporter, bøker og vitenskaplige tidsskrift.

Vi vil takke Sosial- og helsedirektoratet for et interessant oppdrag og samtidig takke de ansatte ved biblioteket ved SIRUS, som har gitt oss god service i arbeidet med å skaffe fram den aktuelle litteraturen på kort varsel.

Stavanger, 20.02. 2007

Sverre Nesvåg, prosjektleder

Innhold

INNLEDNING	4
1.1 Oppdraget	4
1.2 Utvalgte tema	4
1.3 Tema som er dårlig dekket	6
2 TIDLIG INTERVENSJON	7
2.1 Hva er tidlig intervensjon?	7
2.2 Rusmiddelbruk og risiko	8
2.3 Uklar begrepsbruk i litteraturen	9
3 TIDLIG INTERVENSJON OVERFOR BARN OG UNGE.....	10
3.1 Teoretisk grunnlag.....	11
3.2 Intervensjoner mot barn i førskolealder	12
3.3 Intervensjoner mot barn i skolealder	13
4 TIDLIG INTERVENSJON OVERFOR VOKSNE	16
4.1 SBU 2001 og NOU 2003:4	16
4.2 Korte intervensjoner med tidlig intervensjon som mål	17
4.3 Litteratursøk	18
4.4 Rådgivning rettet mot risikofyllt alkoholbruk.....	20
4.5 Motivational Intervention som metode i tidlig intervensjon	21
4.6 Psykoterapi som tidlig intervensjon	22
4.7 Vilkår for implementering av tidlig intervensjonstiltak overfor voksne.....	24
5 TEKNOLOGIBASERTE INTERVENSJONER.....	27
5.1 Teknologisk baserte alkoholintervensjoner.....	27
5.2 Litteratursøk	28
5.3 Deskriptive og eksplorerende studier	28
5.4 Effektstudier	31
5.5 Konklusjon	33
6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	34
7 REFERANSER.....	35

Innledning

Sosial og helsedirektoratet arbeider med å lage en nasjonal strategi for tidlig intervensjon på rusområdet. I den forbindelse har direktoratet bedt IRIS om å utarbeide en oppsummering av forskningsbasert kunnskap om effekter av tiltak for tidlig identifikasjon og intervensjon på rusmiddelområdet.

1.1 Oppdraget

I bestillingen fra direktoratet var det satt opp syv kriterier for å beskrive oppdraget. Direktoratet ønsket at kunnskapsoppsummeringen skulle dekke både alkohol og illegale rusmidler, både tidlig identifikasjon og intervensjon, problemer tidlig i livet og tidlig problemutvikling uavhengig av livsfase, både selektive og indikative tiltak, evidensbasert og annen kunnskap, både norsk og internasjonal litteratur, og tiltak på mange arenaer og overfor mange målgrupper.

Etter hvert som vi begynte å orientere oss i forskningslitteraturen, viste det seg at begrepet tidlig intervensjon brukes svært vidt og ofte svært upresist. Det har vært en umulig oppgave å favne hele feltet innenfor rammene for oppdraget. Vi har derfor valgt å konsentrere kunnskapsoppsummeringen om noen helt sentrale målgrupper og metodiske tilnærminger, der det også foreligger et omfattende forskningslitteraturgrunnlag.

Det har også vist seg å være et for vidtfavnende arbeid å søke i gjennom alle de former for dokumentasjon som omhandler tidlig intervensjon. Vi har foretatt en avgrensning til forskningsbasert kunnskap, publisert i rapporter, bøker og vitenskaplige tidsskrift.

1.2 Utvalgte tema

Den første målgruppen vi søkte etter var barn og unge. Her viste det seg at det helt i det siste er utgitt to bøker som bygger på et meget solid kunnskapsgrunnlag. Den ene (Ferrer-Wreder m.fl. 2005) er utarbeidet av de to svenske instansene Statens Institusjonsstyrelse og Institutt for utvikling av sosiale metoder ved Sosialstyrelsen. Boka er på nesten 500 sider og bygger på en grundig gjennomgang av en stor mengde forskningslitteratur. Bare litteraturlista i boka er på 74 sider og inneholder over 1100 referanser. I boka gis det detaljerte gjennomganger av 34 ulike program med forslag til videre lesning for hver av dem.

Den andre boka (Tolan m.fl. 2007) er utarbeidet av en amerikansk forskergruppe. Boka gir en teoretisk og metodisk innføring i forebyggings- og tidlig intervensjonsstrategier og program, som er valgt ut og videreutviklet som en del av et program, kalt Center for Substance Abuse Prevention's Predictor Variables Initiative.

Det ga liten mening å forsøke å lete fram og gjennomgå mer forskningslitteratur enn det som presenteres i disse bøkene. Vi har derfor, i kapittel 3 i denne rapporten, valgt å

presentere hovedpoengene fra disse to bøkene, uten å selv gå igjennom primærstudiene som ligger til grunn for de to bøkene.

Deretter foretok vi et mer åpent litteratursøk med ulike varianter og kombinasjoner med "early intervention" som søkeord, uten å være på jakt etter spesifikke målgrupper eller metoder. Det meste av den litteraturen som vi da kom fram til, er den litteraturen som er presentert i tidligere norske og svenske kunnskapsoppsummeringer på rusfeltet (NOU 4/2003 og SBU 2001, publisert som bok på engelsk; Berglund et.al 2003). Det meste av dette handler om tidlig intervensjonsmetoder rettet mot risikofylt alkoholbruk hos voksne.

For å oppdatere og tematisere denne litteraturen noe mer enn tidligere kunnskapsoppsummeringer, foretok vi to spesifikke søk; ett rettet mot tidlig intervensjonsmetoder i form av rådgivning og ett rettet mot psykoterapeutiske metoder med tidlig intervensjon som formål. Resultatene av disse spesifikke litteraturgjennomgangene presenteres i kapittel 4.

I Cochrane-samarbeidet er det to viktige kunnskapsoppsummeringer under arbeid som begge følger opp tidligere kunnskapsoppsummeringer på dette området. Begge handler om tidlig intervensjon i forhold til risikofylt (hazardous) alkoholbruk, en om slike metoder i sykehus-settninger ("Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards") og en tilsvarende i primærhelse-settninger ("Brief interventions for excessive drinkers in primary care health settings"). I NOU 2003 etterlyses det mer kunnskap om "hvordan en optimal behandlingsinnsats (på dette feltet) bør utformes." Det er ikke klart når disse kunnskapsoppsummeringene vil bli publisert, men når de foreligger vil de kunne bringe mer spesifikk kunnskap om betydningen av konteksten for intervensjonene. Det er viktig, om en skal implementere slike intervensjonsmetoder i større skala.

Det siste målrettede søket vi foretok, var etter litteratur om ulike teknologibaserte kommunikasjonskanaler for forebygging og tidlig intervensjon. Vi mente det kunne bidra til å utvide det kunnskapsgrunnlaget som tradisjonelt er presentert for forebyggende og tidlig intervensjonerende arbeid. Grunnlaget for dette var blant annet erfaringer som er gjort med bruk av elektroniske kommunikasjonskanaler på andre områder, som for eksempel røykeslutt-programmet Happy Ending (Kraft 2006).

Slike kommunikasjonskanaler viser seg i stor grad å være prøvd ut på studenter, og dermed har vi gjennom denne kunnskapsoppsummeringen funnet litteratur som retter seg mot en aldersgruppe som ellers har vært lite omtalt i forhold til tidlig intervensjon på rusfeltet. Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen presenteres i kapittel 5.

Slik arbeidet har blitt utført, framstår de tre resultatkapitlene som nokså selvstendige papers, som godt kan leses og brukes uavhengig av hverandre. Ulempen er at det kan forekomme en del dobbelt omtale av de samme temaene og at formatet er relativt forskjellig. Det selvstendige formatet gjør også at vi har valgt å gjengi referansene gruppert for hvert av de fire kapitlene. Det vil gjøre det lettere for leseren å finne fram til de aktuelle referansene under hvert tema.

1.3 Tema som er dårlig dekket

Det feltet som synes dårlig dekket i den foreliggende forskningslitteraturen, er tiltak og metoder rettet mot både alkoholbruk og bruk av illegale rusmidler blant ungdom fra 15 til 20 år.

I Cochrane-samarbeidet er det gjennomført en review om tiltak rettet mot illegal rusmiddelbruk blant unge under 25 år (Gates m.fl. 2007): Sammendraget viser hvor begrenset forskningslitteraturen er på dette området: “Seventeen studies, 9 cluster randomised studies, with 253 clusters, 8 individually randomised studies with 1230 participants, evaluating four types of intervention: motivational interviewing or brief intervention, education or skills training, family interventions and multi-component community interventions. Many studies had methodological drawbacks, especially high levels of loss to follow-up. There were too few studies for firm conclusions. One study of motivational interviewing suggested that this intervention was beneficial on cannabis use. Three family interventions (Focus on Families, Iowa Strengthening Families Program and Preparing for the Drug-Free Years), each evaluated in only one study, suggested that they may be beneficial in preventing cannabis use. The studies of multi component community interventions did not find any strong effects on drug use outcomes, and the two studies of education and skills training did not find any differences between the intervention and control groups.”

Forfatterne konkluderer da også slik: “There is a lack of evidence of effectiveness of the included interventions. Motivational interviewing and some family interventions may have some benefit. Cost-effectiveness has not yet been addressed in any studies, and further research is needed to determine whether any of these interventions can be recommended.”

Det er flere reviews på planleggingsstadiet innen Cochrane-samarbeidet, som kan få fram noe mer kunnskaps på dette feltet. En handler om “Motivational interviewing for the prevention of alcohol and alcohol-related problems in young people”. En annen om “Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs abuse in children under 18”. Og en tredje om “Social norms interventions for the prevention of alcohol misuse in young people”. Når disse studiene foreligger, bør disse gjennomgås og tilføyes den kunnskapsoppsummeringen vi presenterer her.

2 Tidlig intervensjon

2.1 Hva er tidlig intervensjon?

I forhold til en hver problemutvikling vil det alltid være et mål å gripe inn så tidlig som mulig, og helst før problemene i det hele tatt har begynt å vise seg (forebyggende arbeid). Ja, helst før de prosesser starter som kan lede til at problemer kan komme til å utvikle seg (helsefremmende arbeid). I så måte vil begrepet tidlig intervensjon gi mest mening om vi brukte det om tiltak som settes i verk for å styrke de prosesser som beskytter mot at problemer kan komme til å oppstå, men det er ikke slik begrepet tidlig intervensjon som regel forstås.

Tiltak som settes i verk før en definert problemutviklingsprosess kan observeres, omtaler vi som **universelle** tiltak, eller primæforebyggende tiltak. Dette er tiltak som, som regel, retter seg mot grupper eller befolkninger uten noen kjent forhøyet risiko. Slike tiltak ligger utenom rammen for denne kunnskapsoppsummeringen.

Begrepet tidlig intervensjon bruker vi om tiltak som settes inn tidlig i en definert problemutviklingsprosess.¹ Vi kan tenke oss tre faser i en slik utviklingsprosess:

Første fase er når det er mulig å observere at de beskyttende prosessene rundt en gruppe personer er svekket og det kan identifiseres faktorer som representerer en risiko for at problemer kan begynne å utvikle seg. Grunnlaget for å identifisere slike faktorer eller prosesser, vil være etablert kunnskap om slike faktorer eller prosesser. Dette gir grunnlag for å sette inn det som i litteraturen, omtales som **selektive** tiltak. Selektive tiltak forstås altså som tiltak rettet mot en definert gruppe med identifiserbar forhøyet risiko for en problemutvikling.

Den neste fasen i en problemutvikling er når det er mulig å observere at definerte personer har begynt å utvikle en konkret atferd som etablert kunnskap tilsier gir en forhøyet risiko for definerte problemer. Dette gir grunnlag for å sette inn det som i litteraturen omtales som **indikative** tiltak, det vil si tiltak som rettes mot personer på en indikasjon om begynnende risikofylt atferd.

Den tredje fasen i en problemutvikling er når det kan observeres symptomer på at definerte problem faktisk har oppstått. I litteraturen gjøres det ofte en grenseoppgang

¹ Dette omtales ofte som sekundærprevensjon, selv om også dette begrepet ofte brukes på en lite presis måte. For eksempel brukes det av og til om alle former for behandling, mens begrepet tertiærforebygging da brukes om tiltak for å forebygge følgeskader av et problem, det vil skadereduserende tiltak. På grunn av den uklare begrepsbruken har vi i denne rapporten unngått begrepene primær, sekundær og tertiær forebygging.

her, mellom **tidlig intervensjon** overfor risikofylt atferd og **behandling** overfor oppståtte problem. I en del av litteraturen (se for eksempel Ferrer-Wreder m.fl. 2005) trekkes grensen mellom tidlig intervensjon og behandling ved det punkt i en problemutvikling der kriteriene for å sette en diagnose er oppfylt. Når det kan settes en diagnose er tiltakene ikke lenger å betrakte som tidlig intervensjon, men som behandling. I praksis vil det imidlertid være glidende overganger mellom det vi vil kalle tidlig intervensjon og det vi vil kalle behandling. Dette kommer vi tilbake til i flere av resultatkapitlene.

2.2 Rusmiddelbruk og risiko

Bruk av rusmidler kan representere en risiko for tre ulike typer av problem. Både forebyggende tiltak, tidlig intervensjonstiltak og behandlingstiltak vil måtte tilpasses hvilke typer problemrisiko målgruppens atferd representerer:

1. **Risiko for skader** i forhold til helse (sykdom og ulykker) og ytelse (som for eksempel produktivitet i arbeidslivet eller forpliktelser overfor familie og venner). Dette kan være risiko for skader som følger av egenskaper ved selve stoffene eller skader som følger av atferden ved bruk av stoffene. Det kan være skader i forbindelse med en enkelt gangs bruk eller risiko som følger av bruk over tid. Og ikke minst; Det kan være skader som rammer den som bruker stoffet eller det kan være skader på nære andre (familie, barn) eller for et større fellesskap (for eksempel en arbeidsplass).
2. **Risiko for avvik** fra normer. Det vil si i hvilken grad man bruker feil type rusmidler, til feil tid, på feil sted, i feil mengder og/eller av feil grunner, sammenlignet med hva som anses som akseptabelt i den referansegruppen man forholder seg til. Igjen vil slik risiko kunne oppstå ved en enkelt gangs bruk eller over tid og være en risiko både for den som bruker stoffet og for omgivelsene. Avvik fra normer ved bruk av rusmidler fører ofte til stigmatisering, og videre til marginalisering og ekskludering. Dette kan igjen ha alvorlige konsekvenser både for brukeren og omgivelsene.
3. **Risiko for avhengighet**. Avhengighet kan vurderes på alle nivå, fra et sosiokulturelt, via et kognitivt og emosjonelt psykologisk, til et nevrofysiologisk nivå. Et sentralt element er i hvilken grad brukeren opplever at rusmidlene gir nødvendige gevinster i forhold til viktige behov og at det er lite annet enn rusmidler som synes å gi de samme gevinstene. På samme måte som for 1 og 2, er avhengighet ikke et spørsmål om et enten eller (slik diagnosesystemene lett gir inntrykk av), men et spørsmål om grader og konsekvenser i forhold til skader og avvik. Ofte er risikoen for avvik brukt som viktigste argument for forebyggende og tidlig intervensjonstiltak, men som oftest representerer skade og avvik betydelig mer aktuelle og ødeleggende former for risiko ved bruk av rusmidler.

Dette er en oppdeling i ulike typer risiko som både bygger på et folkehelseperspektiv og et diagnostisk perspektiv på rusmiddelproblemer. Ut fra et folkehelseperspektiv dekkes risiko for både akutt (en gangs) og kronisk (bruk over tid) skader, og risiko direkte knyttet til egenskaper ved stoffene og risiko knyttet til atferden ved bruken av stoffene.

Slik vi her har delt opp risikoen dekker både diagnosesystemenes begrep avhengighet, ICD 10 – systemets diagnose skadelig bruk og DSM IV – systemets diagnose abuse (som både inkluderer skade og avvik). Men samtidig unngår vi diagnosesystemenes tendens til skarpe skiller mellom hva som regnes som normal bruk og hva som er patologisk bruk. Slike skiller er viktige i forhold til beslutninger om behandlingsinnsatser, men kan bety et hinder for å sette inn tidlige intervensjonsinnsatser overfor atferd som ikke oppfyller diagnosesystemenes krav til å sette en diagnose.

2.3 Uklar begrepsbruk i litteraturen

I den litteraturen vi skal gjennomgå, er ikke alltid begrepsbruken like presis. Det kan ofte skape vanskeligheter i forhold til om de tiltak som beskrives og evalueres er tidlige intervensjonstiltak, slik vi her har definert det. Det er særlig tre typer uklarheter som lett oppstår:

For det første er det i mange tilfeller vanskelig å få klarhet i om tiltakene settes i verk på et universelt, selektivt eller indikativt grunnlag. Særlig gjelder dette tiltak rettet mot barn og unge. I NOU 2003:4 finner vi for eksempel at tiltak rettet mot alle barn og unge i skolen er kategorisert som selektive tiltak. Det samme er et tiltak som fastsatte aldersgrenser for kjøp eller bruk av rusmidler. Dette er ikke i tråd med vår definisjon og vi har derfor ikke gått inn på slike tiltak uten at de spesifikt retter seg mot barn og unge med en definert forhøyet problemrisiko. Verken i den norske eller den svenske kunnskapsoppsummeringen finner vi faktisk omtalt et eneste selektivt eller indikativt tiltak rettet mot barn og unge. Men også i den andre litteraturen om tiltak rettet mot barn og unge er det ofte vanskelig å avgjøre hvilket nivå tiltakene kan sies å være på. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 3.

For det andre er det ofte utydelig om tiltakene som omtales, er rettet inn mot tidlig intervensjon eller om de primært retter seg mot korte intervensjoner (brief interventions), uten i utgangspunktet å avklare om de har tidlig intervensjon som målsetting. Problemet her er at tidlig intervensjon sier noe om målsettingen mens kort intervensjon sier noe om metoden. I praksis er dette som regel ikke et problem fordi de aller fleste korte intervensjoner nettopp er utviklet som tidlig intervensjonstiltak, men det trenger nødvendigvis ikke å være slik. Vi kan godt tenke oss at det, for eksempel ut fra kost-nytte hensyn, kan være utviklet korte intervensjoner rettet mot personer med en mer etablert problematikk. Dette er et tema vi kommer tilbake til både i kapittel 4 og 5.

Den tredje typen uklarhet i litteraturen er knyttet til uklart beskrevne metoder som gis ulike betegnelser. Vi har for eksempel forsøkt å skille mellom rådgivning (counseling) og psykoterapi, både ut fra kriterier for hvilken utdanningsbakgrunn de som står for tiltaket har og ut fra om vi kan si at tiltaket forutsetter en terapeutisk prosess. Det er ikke sikkert at dette skillet alltid er like fruktbart og det er i alle fall ikke alltid like tydelig i litteraturen. Vi har allikevel forsøkt å dra et slikt skille ved å omtale rådgivningslitteraturen og psykoterapi-litteraturen noe atskilt i kapittel 5. En type tiltak som befinner seg i et grenseland, er tiltak med metoder som bygger på motivational interviewing. Disse er også omtalt i kapittel 4.

3 Tidlig intervensjon overfor barn og unge

I dette kapittelet presenteres hovedinnholdet i to svært solide og omfattende kunnskapsoppsummeringer, som nylig er publisert. Dette gjelder de to redigerte bøkene vi introdusert i kapittel 1.2; Ferrer-Wreder m.fl 2005 og Tolan m.fl. 2007.

Av disse er det Ferrer-Wreder som gir den mest omfattende oversikten. Boka omhandler et stort antall program som har som mål å redusere problematferd, inkludert bruk av rusmidler i ung alder, og som fremmer barn og unges sosiale utvikling. Boka er delt i tre deler; en introduksjonsdel med en analyse av det samlede kunnskapsgrunnlaget og den aktuelle debatten om forebyggende arbeid overfor barn og unge. En del med eksempler på program, delt inn i tre kategorier ut fra om de har familien, skolen eller lokalsamfunnet som arena. I boka har en bare tatt med program som er skikkelig vitenskaplig evaluert. I en siste del gis det en detaljert beskrivelse av 34 ulike program med forslag til videre lesning om hver av dem.

Boka redigert av Tolan m.fl. er enda noe mer faglig dyptpløyende i forhold til teori og metode for tiltak rettet mot barn og unge. Den er enda tydeligere i kunnskapsgrunnlaget og mer anvendelig for den som er ut etter å få et grunnlag for å utvikle egne tiltak rettet mot barn og unge. I boka presenteres et mindre sett av program som har gjennomgått systematiske kunnskaps- og erfaringsbaserte forbedringer. Disse forbedringene har man kommet framtil ved å enten prøve programmet ut på en utvidet målgruppe, tillagt nye kunnskapsbaserte komponenter og/eller prøvd ut nye implementeringsmetoder. Hele tiden er forbedringsarbeidet fulgt av et ”sterkt” evalueringsdesign med randomisering, multiple respondentgrupper og multiple måletidspunkt og metoder. Målet har vært å både styrke enkeltprogrammene men også å kunne vinne generaliserbar kunnskap på tvers av enkeltprogram.

Begge bøkene omhandler sammensatte og ofte omfattende program rettet mot barn fra 0 til 14 år (før- og grunnskolealder), og deres familier. Begge bøkene bygger på et utviklingspsykologisk og sosialt økologisk perspektiv. Selv om boka til Tolan m.fl. heter Preventing Youth Substance Abuse, er både kunnskapsgrunnlaget og de programmene som omtales i begge bøkene, mer generelt orienterte mot risiko for problematferd og individuell/relasjonell feilutvikling på ulike alderstrinn.

Den største svakheten med begge bøkene, i forhold til vårt oppdrag, er at det ofte er vanskelig å skille mellom tiltak som har universell forebygging som mål, og det som kan kalles tidlige intervensjonstiltak på selektivt eller indikativt nivå.

Vi har valgt å presentere materialet fra de to bøkene parallelt, både for å undersøke i hvor stor grad de bygger på et felles kunnskapsgrunnlag, men også fordi flere av programmene som omtales, er felles i de to bøkene. Dette skaper noe problem fordi Ferrer-Wreder velger en arena-perspektiv i sin gjennomgang, mens Tolan deler sin gjennomgang opp etter barnas alder. Vi har funnet det enklest å bruke alder som grunnlag for disponeringen av gjennomgangen.

3.1 Teoretisk grunnlag

I den første delen av boka til Ferrer-Wreder m.fl. gis det en brei innføring i teori og kunnskapsgrunnlaget for tiltak rettet mot barn og unge. Selv om bokas tittel bruker begrepet prevensjonsprogram, er det primært selektive og indikative tiltak og program som omtales. I boka brukes da også disse begrepene slik vi gjorde i kapittel 2; Selektive tiltak omtales som tiltak rettet mot grupper som en ut fra tilgjengelig kunnskap, vil vurdere har en forhøyet risiko for utvikling av problematferd. Indikative tiltak defineres som tiltak rettet mot individer som allerede har indikasjoner på begynnende problematferd. Det er i samsvar med de kriterier vi har lagt til grunn for å definere tidlig intervensjon. I boka dras det også en grense mot behandling som er definert å være tiltak som oppfyller kravene til ulike typer diagnoser i diagnosesystemene.

Videre i introduksjonskapittelet drøftes spørsmålet om tiltak bør rettes mot spesifikke former for problematferd eller mer generelt mot problemutvikling og -atferd. Det argumenteres for at det i så unge aldersgrupper gir liten mening å rette tiltakene mot spesifikke typer atferdsproblem, fordi i denne alderen er barn og unge i en rivende utvikling der det ikke kan avgjøres hvilken type problematferd som kan vise seg å bli den mest uttalte. Det vises også til at det er et solid kunnskapsmessig belegg for å hevde at ikke-spesifikke eller -kategoriske intervensjoner gir den beste effekten. Dette er tiltak og program som mer generelt retter seg mot å styrke generelle beskyttelsesfaktorer og prosesser, og som søker å forhindre en videre utvikling av risikoprosesser knyttet til barnet og dets omgivelser.

I gjennomgangen av det generelle teorigrunnlaget for å kunne utforme effektive tiltak og program, vises det til fem ulike perspektiv:

1. Sosial læringsteori med vekt på den modellæring som skjer uten at barnet selv gjør seg egne erfaringer i forhold til atferden. Dette kan gjelde alt fra forventninger knyttet til enkelthandlinger til læring av hele livsstiler og verdsett.
2. Operant betinging med vekt på hvordan barn synes å lære mer av forsterkning gjennom belønning, mens straff i liten grad synes å påvirke atferden ut over den perioden som straffen er aktiv i.
3. Risiko og beskyttelsesfaktorer i forhold til barns utvikling. Begrepet resilience er aktuelt men da forstått som en type av mer skjulte beskyttelsesfaktorer som det ikke er lett å få øye på i en situasjon der barnet ellers er i en svært risikofyllt livssituasjon.
4. Kunnskap med utgangspunkt i de tre teoretiske perspektivene ovenfor må tilpasses og forstås ut fra de særegne forhold som er knyttet til ulike faser i barns utvikling. Dette stiller også store krav til "timingene" i forhold til når i forhold til barns og unges alder det er rett og sette inn ulike tiltak og program.
5. I et siste punkt trekker boken inn betydningen av å se barn og unges utvikling i relasjon til omgivelsene. Ulike deler av omgivelsene spiller en ulik rolle i ulike faser.

Også i Tolan m.fl. er det utviklingspsykologi og økologisk familieteori (Bronfenbrenner 1986) som utgjør det teoretiske fundamentet. Ut fra en gjennomgang av et massivt

kunnskapsgrunnlag defineres de fire mest sentrale og gjensidig relaterte beskyttende prosessene som tiltak og program må rettes mot å styrke:

1. foreldreinvolvering og familiefungering
2. evnen til selvregulering (som er et mer dekkende og dynamisk begrep enn de oftere brukte ”selvkontroll” og ”impulskontroll)
3. sosial kompetanse
4. barnehage/skoletilknytning og skoleprestasjoner.

På samme måte som hos Ferrer-Wreder legges det stor vekt på å forstå hvordan disse prosessene arter seg på ulike trinn i barns og unges utvikling. Resultatmålene i evalueringer av effekter av tiltak vil dermed være i hvilken grad ulike enkelttiltak og program bidrar til å styrke disse prediktorene for en utvikling som hindre en framtidig problematisk bruk av rusmidler eller annen problematferd.

Langt sterkere enn hos Ferrer-Wreder, legger Tolan m.fl. vekt på betydningen av gode implementeringsstrategier for å kunne oppnå gode effekter. I Tolan brukes erfaringene fra implementeringen av et program kalt FAST (Families And Schools Together) til å formulere fire generelle krav til en god implementering: For det første må en starte med et program som alt i utgangspunktet har en skikkelig kunnskapsforankring. For det andre må en faktisk legge inn de innsatser som kunnskapsgrunnlaget viser er nødvendige for å få effekt av programmet. For det tredje må programmet tilpasses lokale behov, men på en slik måte at de sentrale komponentene for å få effekt, ikke endres. Og for det fjerde må implementeringen ha et langsiktig, utviklende og gradvis forsterkende perspektiv. Alt for ofte ser vi at evalueringer av effekter av ulike typer program eller metoder, ikke skiller mellom hva kan skyldes programmet eller metoden som sådan, og hva som skyldes måten programmet er implementert på (Allred 2005). I så måte burde boka til Tolan m.fl. være et forbilde for alle som vil foreta evalueringer og reviews av både forebyggings-, tidlig intervensjons- og behandlingstiltak.

I den andre delen av bøkene til både Ferrer-Wreder og Tolan presenteres en målrettet kunnskapsoppsummering, med bruk av noen utvalgte program som eksempler på særlig godt dokumenterte og effektive intervensjoner. I gjennomgangen av programmene har Tolan m.fl. valgt en inndeling etter målgruppens alder. Dette er i tråd med kunnskapen om hvordan forståelsen av beskyttelsesprosesser er avhengig av fasene i barns utvikling. Flere av eksempelprogrammene er de samme som er omtalt i Ferrer-Wreder.

3.2 Intervensjoner mot barn i førskolealder

De effektive programmene rettet mot de yngste barna kombinerer tiltak mot barna selv og mot deres familier. I Ferrer-Wreder omtales programmene som ”tidlig familieintervensjon”. Effektive program innen denne kategorien bygger i stor grad på tilknytningsteori foreldre-barn. Det er to typer effektive program; de som baserer seg på observasjon, dialog og rådgivning på familiens hjemmearena og de som er rettet inn mot å stimulere barns intellektuelle utvikling. Ferrer-Wreder omtaler et amerikansk program (Nurse-Family Partnership) og et Nederlandsk program av samme type. I

Norge vil obligatorisk hjemmebesøk fra helsesøster og oppfølging fra helsestasjon være et tilsvarende universelt tiltak, mens arbeid for eksempel etter Marte Meo metoden, som oftest vil foregå på det samme selektive grunnlaget som programmene omtalt hos Ferrer-Wreder.

Hos Tolan omtales et program som Ferrer-Wreder har kategorisert som ”sen familieintervensjon” (familier med barn i skolealder), som spesielt velegnet for familier med barn i alderen 3 – 5 år. Dette gjelder programmet Incredible Years Series sine moduler rettet mot samspillstrening for foreldre og førskolelærere. Dette er program som har dokumentert gode effekter i forhold til alle de fire sentrale prediktorvariablene; foreldrefungering, styrket tilknytning til barnehagen, styrket sosial kompetanse og selvreguleringsferdigheter.

Tolan omtaler også et program, Project STAR (Steps to Achieving Resilience) som er et indikativt program rettet mot barn i familier med lite materielle og intellektuelle ressurser. Også dette programmet benytter seg av de samme metodene som Incredible Years Series, men mer direkte rettet mot barn og familier der problematferden allerede er etablert. I forhold til Bronfenbrenners nivå-tenkning har programmet dokumentert effekt på mikro og meso-nivå (individuell og familie) selv når de vanskelig livsvilkårene ellers (exo- og makro-nivå) ikke endres.

Spesielt interessant i vår sammenheng er når disse programmene er rettet inn mot familier med rusmiddelmisbrukende foreldre. De vurderes å være ”lovende” også i slike tilfeller, men det synes vanskelig å oppnå effekter særlig lenge etter intervensjonen. Dersom barn skal tillates å vokse opp i slike familier, betyr det at slike familier må følges opp over lang tid om barnas utviklingsbehov skal kunne sikres. Ferrer-Wreder legger også stor vekt på at mer universelt rettede hjemmebesøk-tiltak er meget effektive for tidlig identifikasjon av rusproblematikk i familien. Men tidlig identifikasjon vil selvsagt igjen stille krav om å følge opp slike familier om barns behov skal kunne sikres.

I en norsk sammenheng synes det å være et godt grunnlag for å utnytte denne kunnskapen. Norske helsestasjoner er et etablert tilbud rettet mot familier og det faglige innholdet i norske barnehager er i stor grad rettet inn mot å styrke barns intellektuelle utvikling og sosial kompetanse/selvregulerings-ferdigheter. Selektive og indikative tiltak vil derfor kunne bygge på dette tilbudet, forsterket gjennom spesifikke innsatser og tettere samarbeid mellom de instanser som alt har den grunnleggende kompetansen som kreves.

3.3 Intervensjoner mot barn i skolealder

Hos Ferrer-Wreder er intervensjonene mot barn i skolealder delt i familierettede program, skolerettede program og lokalsamfunnsrettede program. Dette er noe underlig, fordi effektive program både retter innsatsen mot å styrke samspillet i familien og barnas kompetanse og ferdigheter på skolearenaen.

Under overskriften ”sen familieintervensjon” omtaler Ferrer-Wreder to kategorier av program; de som er rettet mest mot foreldreundervisning som DARE, og de som har

mer familierapeutisk karakter som Incredible Years Series, Funksjonelle Familier terapi, FFT, og Multisystemisk terapi, MST. Av disse er særlig basismodulen i Incredible Years Series som består av en serie undervisnings/trenings-workshops med familiegrupper (selektivt nivå), godt dokumentert som meget effektiv. Det samme er de mange variantene av FFT og MST. MST er også svært utbredt og godt evaluert i Norge (Ogden 2001). Dette synes å være av de mest effektive programmene/modellene på et indikativt nivå.

Særlig interessante i forhold til foreldre med rusmiddelproblemer synes programmene Guiding Good Choices og Strengthening Families Program, SFP, å være. Det første av disse er spesielt rettet mot å rådgi foreldre i spørsmålet om unges bruk av rusmidler, når det begynner å bli et aktuelt tema i familien. SFP er et mer sammensatt og svært godt utviklet program, som omtales og anbefales både i Ferrer-Wreder og Tolan. Det retter seg mot tema som å styrke familiens interne bånd og bånd mot lokalsamfunnet (hindre marginalisering), lære foreldre å utvikle en dialog som balanserer omsorg, grenser og unges behov for selvstendiggjøring, bedre kommunikasjons- og konflikthåndteringsferdigheter, og gi kunnskap om barn og unges utvikling. Dette synes å være et av programmene på selektivt nivå, som har best dokumentert effekt.

Et generelt funn er at de mest effektive programmene er de som ikke bare nøyer seg med undervisning, men som også legger vekt på trening i utvikling av gode samspillsferdigheter. Programmene involverer alltid både familie og skolearenaen, og i noen grad også lokalsamfunnsarenaen. Men hos Ferrer-Wreder er skole og lokalsamfunn omtalt for seg.

Gjennomgangen av de skolebaserte programmene er delt i to kapitler. Det første handler om individrettede program, mens det andre handler om skolemiljørettede program. De effektive individrettede programmene bygger i stor grad på kunnskapen om de viktige prediktor-variablene vi har nevnt, og da særlig utvikling av sosial kompetanse og bedring av skoleprestasjoner. Gode program er de som inneholder tiltak som voksen og peer-basert veiledning for bedre skoleprestasjoner og læring og trening i forhold til det som omtales som "livskunnskap", det vil si sosial kompetanse, problemløsningsevne, sosial perspektivtaking (kunne ta den andres perspektiv) og utvikling av selvkontroll.

I denne kategorien er program som det svenske Socioemosjonell Trening (SET) og det europeiske Class 2000. Det nevnes også noen godt evaluerte amerikanske program med mye av det samme innholdet, så som de relativt universelt rettede programmene Promoting Alternative Thinking Strategies (PATH) og Life Skills Training. Her er det også mange norske eller norsk-importerte universelle program som bygger på mange av de samme elementene.

Også de effektive miljøprogrammene er i stor grad rettet mot å utnytte skolen (vennegjengen, klassen, hele skolen) som arena for utvikling av sosial kompetanse. Et eksempel på effektive program er flere varianter av anti-mobbe-program. Slike program er imidlertid relativt universelle i sin karakter og selektive/indikative program er det svært få av. Et interessant unntak er det såkalte Student Assistance Program, som er bygd opp etter samme lest som de langt mer vanlige Employee Assistance Programs som vi finner i amerikansk og internasjonalt arbeidsliv. Disse programmene er imidlertid ikke skikkelig evaluerte.

På lokalsamfunnsnivå er det nesten utelukkende universelle tiltak og program som omtales. Som eksempel på program som er mer rettet mot det selektive nivået, omtales Communities that Care (CTC) og Social Development Model (SDM). Av størst relevans i vår sammenheng er tiltak som har som mål å utvikle lokalsamfunnsarenaer for utvikling av barn og unges sosiale kompetanse. I så måte vil slike tiltak kunne støtte mer selektive og indikative tiltak i familie og skole.

I Tolan omtales flere mer selektivt og indikativt orienterte program rettet mot familier og barn i skolealder. For aldersgruppen 6-8 år omtales tre program; SAFE Children (Schools and Families Educating Children) som er et selektivt program rettet mot familier i inner city miljø, Early Risers Skills for Success, som er et indikativt program rettet mot barn med aggressiv atferd og Strengthening Families Program (SFP) som vi alt har omtalt.

Et viktig mål med disse programmene er å intervenere overfor høyrisiko barn og familier i overganger fra barnehage til skole. Det vises her til forskning som har påvist at barn i slike overganger kan utvikle seg fra å en normal forekomst til et sterkt forhøyet forekomst av psykopatologi på svært kort tid. Innholdet i programmene er mye av de samme som omtalt for SFP, men særlig Early Risers programmet er et mer omfattende indikativt program, med lang oppfølgingstid og elementer som flere ukers sommerprogram flere år på rad. Dette vil nok være et programnivå som måtte hatt sin forankring i barnevernet, om det skulle kunne implementeres i Norge.

For aldersgruppen 9-14 år omtales to program; Coping Power Program rettet mot utvikling av sosial kompetanse, og Familias Unidas som er et MST-variant program rettet mot Hispanic familier i inner city miljø. Også disse programmene er ganske omfattende og har moduler rettet mot alle de prediktor-variablemene vi har omtalt tidligere.

Som denne gjennomgangen viser, gir de to bøkene, redigert av Ferrer-Wreder m.fl. og Tolan m.fl., et meget solid og helt oppdatert kunnskapsgrunnlag for utforming av tidlig intervensjonsprogram rettet mot barn og unge. Hovedvekten legges på program som styrker de beskyttelsesprosesser som man vet er de aller viktigste ut fra forskning basert på utviklingspsykologisk og familieøkologisk teori. Spørsmålet er da mer om vi i Norge er i stand til å oppfylle de krav til implementering av slike program, som Tolan m.fl. har formulert.

4 Tidlig intervensjon overfor voksne

I både norske og utenlandske kunnskapsoppsummeringer om effekter av tiltak på rusfeltet, er det egne kapitler om tidlig intervensjonstiltak rettet mot risikofylt alkoholbruk hos voksne. I Berglund m.fl. 2003, som bygger på den svenske kunnskapsoppsummeringen fra 2001 (SBU 2001), er det et eget kapittel om "Interventions against hazardous alcohol consumption – secondary prevention of alcohol problems." I den norske kunnskapsoppsummeringen (NOU 2003) er det et eget avsnitt, "7.3.1 Miniintervensjoner mot risikofylt alkoholbruk". Den norske oppsummeringen er basert på den svenske SBU-rapporten og en skotsk kunnskapsoppsummering.

I dette kapitlet starter vi med å presentere hovedkonklusjonene i den svenske og norske kunnskapsoppsummeringen. Deretter presenterer vi funnene fra et oppdatert litteratursøk på dette samme området, men med spesiell oppmerksomhet rettet mot fire tema:

- Litteratur om det som på engelsk omtales som counseling, rådgivning
- Litteratur om motivational interviewing – metodikk i forhold til tidlig intervensjon
- Litteratur om psykoterapeutisk metodikk i forhold til tidlig intervensjon
- Litteratur om vilkår for å kunne implementere tidlig intervensjonstiltak mot risikofylt alkoholbruk blant voksne

4.1 SBU 2001 og NOU 2003:4

I Sverige er det gjennomført en grundig evidensbasert kunnskapsoppsummering om all behandling av alkohol- og narkotikaproblemer (SBU 2001). Dette er svært grundig gjennomgang av litteratur fra 1966 til 1999. De tar for seg i alt 139 randomiserte kontrollerte studier.

I publiseringen av denne kunnskapsoppsummeringen i Berglund m.fl. 2003, er det et eget kapittel om tidlig intervensjon rettet mot risikofylt alkoholbruk, skrevet av Mikko Salaspuro. Denne gjennomgangen bygger på 27 kontrollerte, randomiserte studier. Studiene omhandler intervensjoner gjennomført både i primærhelsetjenesten og ved sykehus.

Konklusjonen fra denne gjennomgangen viser at av 25 studier med god metodisk kvalitet, var det 18 studier som viste signifikant god effekt på reduksjon i alkoholforbruket. To av studiene viste også nedgang i antall sykehusdager og en viste nedgang i nye tilfeller av skader og behov for sykehusinnleggelser. I 12 av studiene var det mulig å kalkulere en nedgang i både absolutt og relativ nedgang i risiko for alkoholrelaterte skader og sykdom. Flere studier kunne også dokumentere nedgang i

alkoholrelatert sykefravær. To studier hadde en svært lang oppfølgingstid (10-16 år). En av disse viste også effekter i form av redusert alkoholrelatert mortalitet etter så lang tid, mens den andre studien ikke kunne vise slike langtidseffekter.

Den norske kunnskapsoppsummeringens avsnitt om miniintervensjon rettet mot risikofylt alkoholbruk, og dermed altså med tidlig intervensjon som mål, bygger på den svenske og i tillegg en skotsk oppsummering av 24 oversiktsartikler av varierende metodisk kvalitet. Det konkluderes med at det foreligger 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. Det vises til at det er noe variasjon i forhold til hvor stor andel av pasientene som reduserer sitt alkoholforbruk til lavere risikonivå. Den norske oppsummeringen peker imidlertid på at det er usikkert hva som er den beste settingen og den beste utformingen av slike tiltak. Det vises også til at det er usikkert om effektene av slike tiltak er varige eller om de bør gjentas med visse mellomrom for å oppnå mer varig effekt.

4.2 Korte intervensjoner med tidlig intervensjon som mål

Både i den svenske og den norske kunnskapsoppsummeringen er det såkalte ”brief interventions”, korte intervensjoner, som er utgangspunktet for tidlige intervensjonstiltak rettet mot risikofylt alkoholbruk blant voksne. Utgangspunktet er altså mer intervensjonsmetodene, enn målsettingen med dem. Ved en gjennomgang av litteraturen ser man imidlertid at det ofte er noe uklart hva som faktisk ligger i begrepet ”kort intervensjon”. Det er allikevel noen fellestrekk ved de forskjellige intervensjonene det har blitt forsket på, og som kan anses som definerende kriterier.

For det første har korte alkoholintervensjoner som siktemål å redusere alkoholbruk fra et høyt og helseskadelig til et moderat nivå, og dermed redusere forekomsten av alkoholrelaterte negative konsekvenser som for eksempel alkoholrelaterte sykdommer, vold og trafikkulykker (Moyer & Finney, 2004/2005). Målgruppen er først og fremst personer som har et høyt alkoholforbruk og som er i fare for å utvikle avhengighet. Personer som allerede møter de diagnostiske kriterier for alkoholavhengighet er ikke målgruppen for korte intervensjoner, og vil bli rådet til å søke ytterligere og mer intensiv hjelp. Dermed vil korte intervensjoner som regel av tidlig intervensjon som mål.

Korte alkoholintervensjoner starter gjerne med en kartlegging av alkoholforbruket, for eksempel ved å bruke AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) (Gordon, Maisto, McNeal, Kraemer, Conigliaro et al., 2001) eller andre kartleggingsinstrumenter. Ved en slik kartlegging kan man identifisere i hvilken grad personen har et skadelig alkoholforbruk (for eksempel AUDIT-skåre ≥ 8). Basert på kartleggingen får man gjerne individuell tilbakemelding og råd, som i seg selv kan motivere alkoholbrukere til å redusere forbruket sitt (Moyer & Finney, 2001).

Prinsippene som ligger til grunn for motiverende intervju eller samtale (Miller, Sovereign & Krege, 1988) er også ofte inkludert i korte alkoholintervensjoner. Disse prinsippene er 1) empatisk og optimistisk rådgivning, 2) å gjøre brukeren bevisst på

diskrepans mellom et ønskelig mål med tanke på alkoholatferden og den faktiske situasjonen, og 3) å øke brukerens mestringstro ved å identifisere alternative, realistiske måter å bevege seg fra den faktiske situasjonen mot det ønskede målet (Miller et al., 1988).

Disse tre prinsippene finner vi også igjen i akronymet FRAMES, som har blitt foreslått å stå for de virksomme og definerende mekanismene i korte alkoholintervensjoner (Miller, 1996). Med **F**eedback forstås kartlegging av og individuell tilbakemelding om alkoholforbruket; **R**esponsibility for change innebærer at ansvaret for å endre alkoholforbruket ligger hos brukeren selv; **A**dvice vil si at intervensjonen må inkludere et direkte råd om endring, gjerne sammen med en **M**enu av ulike alternative måter å oppnå endring. Disse rådene bør gis på en **E**mpatisk og optimistisk måte, og til slutt bør korte intervensjoner øke brukerens **S**elf-efficacy, dvs. mestringstro.

I en meta-analyse gjennomført i 2002 undersøkte man effekten av 1) korte intervensjoner sammenlignet med kontrollgrupper, og 2) korte intervensjoner sammenlignet med forlenget/utvidet behandling (Moyer et al., 2002). I denne studien fant man signifikante forskjeller i alkoholrelaterte mål når man sammenlignet intervensjonsgrupper med kontrollgrupper. Signifikant lavere gjennomsnitt i de avhengige alkoholrelaterte målene ble observert i intervensjonsgruppene enn i kontrollgruppene. Effektstørrelsene var små til medium. Videre fant man ingen signifikante forskjeller i de alkoholrelaterte målene mellom kort intervensjon og forlenget behandling, med unntak av alkoholforbruk ved 3-6 måneders oppfølging.

Resultatet til Moyer støttes i Shakeshafts artikkel (Shakeshaft et al., 2002) der effektivitets-forholdet mellom brief intervention og kognitiv atferdsterapi er fokus. Begge gruppene forbedrer seg på en rekke faktorer, ukentlig konsum, høykonsumdager og generelle problemer. Siden kort intervensjon (KI) er mer kostnadseffektivt enn kognitiv adferdsterapi (KAT) vil KI være å foretrekke, med KAT som et supplement hvis det skulle være nødvendig med mer behandling.

Disse resultatene støtter opp under antagelsen om at korte intervensjoner har en effekt på alkoholbruk og konsekvenser av alkoholbruk, og at slike intervensjoner er like effektive som mer utvidet behandling av alkoholbruk i ikke-avhengige populasjoner, det vil si i de tilfeller der tidlig intervensjon er et mål.

4.3 Litteratursøk

Grunnlaget for en oppfølging av dette området innen tidlig intervensjon, har vært litteratursøk i Pubmed, Google Scholar, Psycinfo, ISI Web of Knowledge og Cochrane biblioteket. Litteraturlister fra aktuelle artikler er også blitt gjennomgått.

Ettersom søket skulle dekke all litteratur som tar for seg begrepene 1) counseling eller psykoterapi, 2) tidlig intervensjon eller brief interventions og 3) rusproblematikk, ble det brukt så mange synonymer på begrepene som mulig i søkene. En generell formel for søket var (Psykoterapi) ELLER (counseling) OG/ELLER (tidlig intervensjon) OG/ELLER (early intervention) OG (rusproblematikk).

Litteraturen skulle være fra 1990 fram til i dag. Både original og reviewartikler har blitt tatt med. Beskrivende studier, bok-kapitler, artikler som har fungert som manualer til ulike intervensjoner eller studier med enten manglende kontrollgruppe, ikke-randomisert eller på andre måter manglende metodikk, har vært tatt med om de var relevante og har kunnet bidra med å klargjøre noen av begrepene som er tatt for seg i dette kapitlet.

Studier som ikke har vært peer-reviewed har blitt ekskludert.

Om alle begrepene skulle forekomme i enten tittel, nøkkelord, innholdsfortegnelse eller abstract, førte det til flere tusen treff i de fleste søkemotorer. Skulle alle begrepene forekomme i kun tittel, ble det ingen relevante treff.

Om kriteriene ble satt til treff fra gruppe 1 *eller* gruppe 2 pluss treff i gruppe 3 i tittel, kom to grupper med studier frem:

1) Studier som omhandlet psykoterapi eller counseling og alkohol/rusproblemer og 2) studier som omhandlet tidlig intervensjon og alkohol/rusproblemer. Det måtte så vurderes om treffene fra psykoterapi eller counseling + rus kunne defineres som tidlig intervensjon og om treffene fra tidlig intervensjon + rus kunne defineres som psykoterapi eller counseling.

Påfallende mange studier har ikke gode kontrollgrupper, mangler ofte pretest + posttest eller kontrollgrupper. Derfor blir således mange av slutningene i beste fall spekulative. Det er vanskelig å si noe sikkert, det er vanskelig å generalisere, det er vanskelig å si om intervensjonene i det hele tatt har virket, hvordan de har virket og om virkningene vil være varige eller gå over etter kort tid.

Det er ikke alltid like lett å få klarhet i hva tiltakene eller metodene har bestått i. For eksempel er counseling-begrepet svært diffust og metoder som omtales som psykoterapeutiske, er ikke alltid psykoterapi i en streng fortolkning, men bruker psykologiske teorier.

Kort intervensjon brukes der selve intervensjonen er kortvarig, noe som igjen gir rom for ulike definisjoner. Det kan være alt fra en 5 minutters sesjon til rundt åtte sesjoner à 45-90 minutter.

Etter at litteratursøket var gjennomgått og vurdert, var det noe over 40 publikasjoner som ble ansett som relevante. Ikke alle er presenter her, da noen allerede er tatt for seg i andre meta-analytiske studier som så har vært utgangspunktet for dette kapitlet.

Sosial og helsedirektoratet bruker følgende inndeling for å vurdere metodene i studier som legges til grunn for vurdering av kunnskapsgrunnlaget på ulike områder:

Nivå 1a) Metaanalyser og/eller systematiske oversikter

Nivå 1b) Minst ett randomisert kontrollert forsøk

Nivå 2a) Minst en godt utformet kontrollert studie uten randomisering

Nivå 2b) Minst en annen type godt utformet kvasieksperimentell studie

Nivå 3 Godt utformede ikke eksperimentelle beskrivende studier, som sammenlignende studier, korrelasjonsstudier og case studier

Nivå 4 Rapporter eller oppfatninger fra ekspertkomiteer, og/eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter

Av de noe over 40 studiene som har vært utgangspunktet for dette kapittelet, er det fem review/meta-studier. De fleste av de øvrige er studier på nivå 1B og 2. Det er også med flere eksplorerende og deskriptive studier i vårt utvalg. I gjennomgangen av har vi brukt metodenivå som et av kriteriene for hvordan vi har vurdert de resultatene som presenteres.

4.4 Rådgivning rettet mot risikofylt alkoholbruk

Begrepet rådgivning eller counseling defineres som oftest svært vidt, for eksempel slik: "A generic term that is used to cover the several processes of interviewing, testing, guiding, advising, etc. designed to help an individual solve problems, plan for the future, etc." (s. 169 Reber 1995).

Også i den litteraturen vi har gjennomgått finner vi mange måter å bruke begrepet på. Et sentralt og gjennomgående trekk, er imidlertid den grunnholdningen som bør prege rådgivning i den form vi her ser på: "Therapeutic empathy as a counseling style" (Salaspuro, s.1, 2004). Det norske begrepet rådgivning vil da være et dekkende begrep, forutsatt at vi kjenner grensen mot en paternalistisk holdning i kontakten mellom rådgiver og råd-mottaker.

Rådgivning har som regel form av en korttids intervensjon med et begrenset antall sesjoner, oftest fra en til fire eller flere. Innholdsmessig skal rådgivningen inneholde en vurdering, en veiledning med innslag av opplæring, ofte støttet av selvhjelpsmanualer (Heather 1995 i Emmen et al, 2004). Rådgivning som korttids intervensjon er og beskrevet av Fleming og Manwell (1999) med fem essensielle trinn; vurdering og direkte tilbakemelding på alkoholbruk, forhandling og målformulering, atferdsmodifiserende teknikker, selvhjelpsmanualer og til slutt oppfølging med forsterkning. Prinsippene som vi tidligere har omtalt under akronymet FRAMES, er her helt sentralt.

Slik vi har gjengitt det fra den svenske og norske kunnskapsoppsummeringen, er korttids intervensjon, i form av rådgivning, et effektivt tiltak for å redusere alkoholforbruk hos høykonsumenter av alkohol eller personer med et risikofylt høyt forbruk av alkohol. Om problemutviklingen har nådd en grad av alkoholavhengighet, vil korttids intervensjon som et første tiltak kunne virke som en fasiliterende prosess, eksempelvis til henvisning til mer tradisjonell behandling (Emmen, Schippers, Bleijenberg, Wollersheim, 2004).

Det er rimelig å forstå korttids intervensjoner i form av rådgivning, som tidlig intervensjon tiltak. Siden slike tiltak retter seg mot personer som bruker alkohol på en

måte at det antas å gi, eller har gitt alkoholrelaterte helseproblemer eller skader, gis tilbudene om rådgivning som oftest på et indikativt nivå.

4.5 Motivational Intervention som metode i tidlig intervensjon

Motivational Interviewing (MI) er en målrettet, pasient orientert samtalemetode for å motivere til atferdsendring og samtidig bistå ved endringsprosesser. Fire kliniske prinsipper er underliggende; utrykke empati, utvikle diskrepans, rulle med motstand og støtte selvopplevd kapasitet. MI benyttes i forhold til endring av ulike typer problematferd, som rusmisbruk, spilleavhengighet, nikotinavhengighet, endring av spisevaner og fysisk aktivitet (www.bergenclinics.no)

Som en hovedavgrensning til tradisjonell psykoterapi, der hensikten kan være å søke mer dyptgripende endringer hos pasient eller klient, kan MI sees på som rådgivning, eller counseling der endring av handlingsmønstre og atferdsendringer er det sentrale.

Brief Motivational Interventions (MI) eller korttids motiverende intervensjon er en underkategori av korttids intervensjon med vekt på å øke bevisstheten om alkoholrelaterte problemer og styrke motivasjon for endring (Emmen, Schippers, Bleijenberg, Wollersheim, 2004). Prosedyrene som beskrives i studier som undersøker korttids MI refererer ofte til Miller og Rollnick (1991). Systematisk bruk av kommunikasjonsferdigheter som ansvarliggjøring av pasienten, bruk av refleksjon heller enn argumentasjon, uforkning av ambivalens med mer, beskrives. Denne systematiske forankringen i en kommunikasjons metodisk tilnærmingen skiller MI fra andre korttids intervensjoner.

I følge Emmen et. al (2004) definerer også korttids MI seg som en sub kategori av korttidsintervensjoner ved sin vektlegging på å øke bevisstheten av alkoholrelaterte problemer og fremme motivasjon for endring. Korttids intervensjon kan kun tilrettelegge for og naturlige endringsprosesser som ikke ville inntruffet eller vært forsinkede (ibid).

Teoretisk vektlegger korttids MI bevissthet omkring problemer relatert til risikofylt alkoholbruk. Dermed kan korttids MI ha et fortrinn der effekten av risikofylt alkoholbruk tydeliggjøres for pasienten, som for eksempel i et akuttmottak. Monti, Colby, Barnett, Spirito, Rohsenow, Myers, Woorlard og Lewander (1999), fant signifikant skadereduserende effekt av korttids MI mot standardisert behandling i akuttmottak.

En studie av hvordan ambivalens virker inn på effekt, viste at når deltakerne har liten motivasjon for endring, oppnås det ikke effekter av MI (Collins og Carey 2005). Også andre studier viser tilsvarende manglende effekt av korttids MI der det er manglende motivasjon for endring hos deltagere (Walker, Roffman, Stephens, Berghuis og Kim 2006).

4.6 Psykoterapi som tidlig intervensjon

For å fylle ut bildet av hvilke metoder som brukes i tidlig intervensjon, var vi også opptatt av å finne fram til litteratur om intervensjoner som bruker andre mer psykoterapeutiske metoder. Det ga et ganske brokete bilde av ulike sider ved det å drive med tidlig intervensjon og også et brokete bilde av mulige intervensjonsmetoder. Vi velger derfor å først presentere en del enkeltartikler med studier som ikke nødvendigvis henger så godt sammen, for så å foreta en vurdering av hvilken rolle ulike psykoterapeutiske metoder kan ha i tidlig intervensjon.

4.6.1 Enkeltstudier

Longitudinell studie

Wutzke og medarbeidere (Wutzke et al., 2002) kommer med et viktig bidrag, nemlig om kort intervensjon har en effekt etter svært lang tid. Post-tester blir gjerne gjennomført 9-12 måneder etter pre-test, sjelden blir oppfølging over flere år gjennomført. Forfatterne av denne studien finner en reduksjon i alkoholforbruk etter 9 måneder, men ikke etter 10 år.

Det kan dermed se ut som om kort intervensjon har en ”kort” effekt, og at oppfølgingsintervensjoner kan hjelpe til å få effekten til å sitte i lengre tid.

Rekruttering til studier

Aaltos artikkel (Aalto 2000) omhandler hvem som blir med og hvem som ikke blir med i en kort intervensjon når det gjelder behandling av alkoholproblemer. Kvinner, unge, personer som drikker mye, røyking og fysisk aktivitet var variabler som påvirket om subjekter sa seg villig til å bli med i en intervensjonsgruppe.

Særlig kvinner og unge var mindre villige til å bli med. Dette kan bety at visse befolkningsgrupper av ukjente årsaker ikke lar seg så lett overtale til å bli med på behandling, og indikerer at spesielle motivasjonsfaktorer spiller inn. For å få med disse gruppene burde det vurderes om visse motivasjonsstrategier skal settes inn for å få dem med på behandlingsopplegg.

Kombinasjon av psykoterapi og medisiner

Zweben (2001) argumenterer for en kombinerende av medisiner samtidig som man går i korttids psykoterapi, da man kan se en interaktiv effekt av medisiner og psykoterapi for behandling av alkoholproblemer.

Randomisering av grupper, hva påvirker?

Adamson et al. (2005) tar for seg spørsmålet om hvorvidt det har noe å si om pasientene kommer i den behandlingsgruppen de ønsker seg, eller får den formen for terapi de kunne tenke seg. Pasientene fikk spørsmål om hvilken type terapi de kunne tenke seg, Motivational enhancement therapy (MET), Non-directional reflective listening (NDRL) og ingen behandling. Pasientene ble deretter tilfeldig plassert i en av de tre gruppene.

Det ble så undersøkt om det var noen forskjell mellom dem som fikk den behandlingen de ville ha og de som ikke fikk det. Det viste seg at MET-metoden var den mest

effektive, og at de to siste var like effektive i å behandle alkoholproblemer. Det viste seg også at det ikke var noen signifikante forskjeller mellom dem som fikk den behandlingen de ville ha og de som ikke fikk det. Dette indikerer at det ikke nødvendigvis vil påvirke eksperimentgruppene om man ikke får bli med på det opplegget man helst vil eller ikke.

Locus of control

Figurelli og medarbeidere (Figurelli et al., 1994) tar for seg begrepet "locus of control" i terapi for alkoholbruk. Locus of control er et psykologisk begrep som handler om hvorvidt man selv har kontroll over en situasjon eller ikke, i dette tilfellet om alkoholforbruket er betinget av årsaker man selv kan gjøre noe med.

Forsøkspersonene skiftet oppfatninger om locus of control etter en kognitiv orientert preintervensjon i den retning at man selv har bedre kontroll over alkoholforbruket. Det er ikke signifikante forskjeller i stoffbruk eller alkohol, men i riktig retning. Et lite utvalg kan se ut til å skjule faktiske forskjeller.

Gruppeterapi

Marshall og medarbeidere (Marshall et al., 2005) setter fokus på familiens betydning når det gjelder å kunne påvirke folk med alkoholproblemer.

Resultatene er prelimnære og det er en pilotstudie, men den gir håpefulle resultater når det gjelder å inkludere familien i en terapisisituasjon. Tilbakemeldinger fra personer som var med i studien kan tyde på at selve konteksten eller prosessen der informasjon blir presentert er viktigere enn hva som faktisk blir presenteret og diskutert når det gjelder å fasilitere forandring.

I en studie av Collins og medarbeidere (Collins et al., 2005) blir en 30 minutters diskusjon med en terapeut/forsker (pro-kontra om alkoholforbruk) undersøkt opp mot en gruppe der det ble kommunisert skriftlig om alkoholforbruk. Ingen av gruppene var signifikant forskjellig på drikkemønster/forbruk etter to uker posttest.

Det er ingen støtte i denne studien for at en så kort intervensjon skal virke aleine.

Hensikten med Andreassons et al. (2002) artikkel var å finne eventuelle forskjeller mellom to typer behandling for alkoholrelaterte problemer. En gruppe bestod i kartlegging pluss fire behandlingssesjoner med kognitiv atferdsterapi. Den andre gruppen fikk en kartleggingssamtale pluss en rådgivende samtale. Begge gruppene minsket alkoholforbruket signifikant, men det var ingen forskjeller mellom gruppene. Gruppen som fikk mer terapi var imidlertid mye mer fornøyd med behandlingen enn gruppen som kun fikk en samtale.

McNally og Palfai (2003) fokuserer på at de fleste korttidsintervensjoner rettet mot collestudenter som drikker for mye, baserer seg på den kognitive dissonans som oppstår når en blir bevisst sitt eget drikkemønster i forhold til hva som er normen. De ville videre undersøke om hvilken norm som var mest effektiv vil redusere alkoholforbruk. (Kognitiv dissonans brukes om det ubehag som oppstår når det er en uforenlig forskjell mellom tanker og atferd). McNally og Palfai sammenlignet diskrepans mellom eget forbruk og det man selv mener er fornuftig i forhold til eget

forbruk ("self norm") og det andre i samme miljø mener er fornuftig ("peer norm"). Det viste seg at å fokusere på forskjell mellom egne normer og atferd kan være mer effektivt enn å fokusere på forskjeller mellom atferd og andres normer når det gjelder å bedre drikkemønster. Det kan forklares med at collegestudenter gjerne overestimerer hvor mye og ofte andre drikker, jamfør Barnett et al (2004).

4.6.2 En vurdering av psykoterapeutiske metoder i tidlig intervensjon

Hensikten med denne delen av oppsummeringen var å klargjøre psykoterapiens plass i tidlig intervensjon mot rusproblemer.

Sentrale spørsmål var om psykoterapeutiske metoder har bidratt til å effektivisere tidlig intervensjon, hva er det som virker, hvor godt virker det, hvor lenge vil det virke og hvordan man antar at det virker.

Det første spørsmålet blir besvart positivt, psykoterapi er å foretrekke fremfor "vanlig behandling" uten en spesifikk teoriforankring. Det er imidlertid vanskelig å si hva slags faktorer som spiller inn, da behandling av bakenforliggende faktorer som er antatt å ligge til grunn for rusproblemer, har uklar eller ingen effekt.

Når det gjelder psykoterapi som tidlig intervensjon mot rusproblemer så vil lengden på intervensjonen være av mindre betydning. En effektiv behandling kan begrense seg til å vare fra fire til åtte ganger. Dette er viktig i et kost/nytte perspektiv, da man vil kunne like effektivt behandle mennesker med en kort intervensjon som en dyrere lengre intervensjon.

Miljøet rundt den som har rusproblemer ser ut til å ha stor betydning. Med god støtte fra partner eller miljø vil behandlingseffekten kunne styrkes. Medisinering i kombinasjon med psykoterapi kan, i noen tilfeller, ha en positiv interaktiv effekt.

Det er begrenset i hvor stor grad litteraturen etter 2000 kan kaste mer lys over psykoterapi som tidlig intervensjon, enn det som er gjort i den svenske kunnskapsoppsummeringen (SBU 2001). Et viktig bidrag er imidlertid den longitudinelle studien til Wutzke og medarbeidere (2002) som viser at varigheten av effekten ser ut til å avta som en funksjon av tid. Det kan dermed være nødvendig med videre oppfølging for å bevare effekten av behandlingen.

4.7 Vilkår for implementering av tidlig intervensjonstiltak overfor voksne

NOU 4/2003 viser til huller i kunnskapen om hvordan tidlig intervensjons innsatser bør utformes. Helsetjenester har vært vurdert som et kontaktpunktet så å si hele befolkningen bruker. Fastleger og førstelinje helsetilbud er sentrale, "*GPs are in a key position to screen the population for problem drinking*" (s. 551 Hansen, de Fine Oliverius, Beich og Berfod, 1999). Andre, for eksempel Hungerford, Pollock & Todd (2000), har brukt akuttmottak (emergency departments ED) som utprøvningsarena for tidlig identifikasjon og intervensjoner.

Noen studier beskriver tidlig intervensjon i anvendt spesialiserte helsetilbud. Begrunnelse for forebyggende aktiviteter her er at livsstils relaterte faktorer som kosthold, røyking, aktivitet eller mosjon og alkoholbruk påvirker risiko for komplikasjoner under og etter kirurgiske inngrep. Dersom slike forhold ikke er undersøkt, og pasienten ikke er informert om denne risiko, mener blant andre Møller og Tønnesen (2001) slikt tilbud bør gis som en del av det forberedende arbeidet innenfor spesialisthelsetjenestene.

Implementeringsforskning peker på ulike faktorer som fremmer og hemmer tidlig intervensjon i helsesystemer. Barrierer for tidlig identifikasjon og intervensjon er mangler i kunnskap og ferdigheter, knapphet på tid, økonomiske forhold, helsevesenets organisering, manglende profesjonell anerkjennelse og hjelp til å diagnostisere. Faktorer som fremmer tidlig identifikasjon/intervensjon er samfunnsbevissthet om alkoholrelaterte helseproblemer, støtte fra rusfaglige spesialiserte miljøer, samt tilgjengelige diagnostiske prosedyrer, rådgivnings teknikker og treningsprogrammer for tidlig intervensjon (Barbor & Higgins-Biddle, 2000). I tillegg må problemstilling omkring tidlig identifikasjon/intervensjon aktualiseres på ulike nivå, begreper som risikofylt alkoholbruk (risky-drinking) må forstås som meningsfulle og nyttige så vel i kliniske miljøer, helsefaglige systemer og i befolkningen. Forskning antyder at begrepet risikofylt alkoholbruk er lite kjent og dermed ikke forstått som atskilt fra alkohol avhengighet (ibid).

4.7.1 Kunnskap og ferdigheter

Basert på den litteraturen som ligger til grunn, synes det som om kunnskap, veiledning, trening og praktiske positive eksempler er nødvendig både i forhold til holdninger til og gjennomføring av dette arbeidet (Barbor & Higgins-Biddle, 2000, Johansson, Bendtsen & Åkerlind 2002, Arthur, 2001, Barnett , Monti, Cherpitel, Bendtsen, Borges, Colby, Nordquist Johansson 2003).

Undervisning om rusmisbruk har liten plass i de medisinske (Bendtsen og Åkerlind, 1999) og helsefaglige (Arthur, 2001) utdanninger. Helsepersonell trenger nødvendigvis ulik oppfølging avhengig av deres bakgrunnskunnskap og rolle i dette arbeidet. I tillegg er det avgjørende for innsatsen å forstå hensikten og nytten av sitt bidrag (Barnett et al 2003). Johansson et al 2002 hevder sykepleiere er en uutnyttet ressurs i dette arbeidet, og mener og at de bør trygges på at en aktiv rolle ikke forstyrrer pasient relasjonen.

4.7.2 Tilpasning til systemet.

Ved innføring av ulike tidlig identifikasjon/intervensjons systemer er det lagt stor vekt på å tilpasse arbeidet til de eksisterende rutiner og oppgaver i det aktuelle helsesystemet, noe som har ført til vellykkede gjennomføringer (Barnett et al, 2003, Barbor & Higgins-Biddle, 2000, Hungerford, Pollock og Todd 2000). Leger i allmennpraksis tar i større grad i bruk kartleggings- og korttidsintervensjon - pakker om de presenteres i personlig møte med faglig redegjøring (Hansen, de Fine Olivarius, Beich & Barfod, 1999).

Implementert som fast rutine i allmennpraksis, er det funnet en redusert effekt av korttidsintervensjon i forhold til allmenne råd fra lege ved tre års oppfølging (Aalto et al 2000). Ulike forhold diskuteres, blant annet om effektiviteten reduseres som følge av at det ikke er spesielle forskningsbetingelser knyttet til intervensjonen.

Det er sprikende funn på hvordan det er å tematisere alkohol i møte pasient-behandler. Pasienter responderte positivt på råd om livsstil i følge (Bendtsen og Åkerlind, 1999) og var nøytrale eller positive til spørsmål om egen alkoholbruk (Barnett et al 2003). Ferguson, Ries & Russo (2003) finner at leger vurderte pasientens benektning og lav motivasjon for endring som den største barrieren i forhold til å behandle risikofylt alkoholbruk og alkoholavhengighet. Alto og Sillanaukee (2000) påpeker viktigheten av å tilpasse tilbudet til alle grupper i befolkningen, og også kjønntilpasset.

For få blir spurt om sin alkoholbruk i møte med helsetjenesten (D'Amico, Paddock, Burnam & Kung (2005). De fleste som blir spurt er unge menn med høy utdanning, større grad av helseproblemer, psykiske lidelser og vurdert til å være problemdrikker. Videre er oppfølging etter identifisert problembruk for lav, både korttidsrådgivning og viderehenvisning til spesialisert behandling (ibid).

De Cochrane-reviewene som nå er under utarbeidelse om korttidsintervensjoner i primærhelsetjeneste-settninger og i sykehus-settninger, vil kunne bidra til bedre kunnskap om hva som skal til for å implementere de tidlige intervensjonstiltak som forskningen faktisk viser er effektive.

5 **Teknologibaserte intervensjoner**

Kartlegging (screening) av alkoholvaner og tidlige intervensjoner er viktige virkemidler for å kunne stoppe eller moderere uheldig alkoholforbruk hos personer i forskjellige populasjoner. I denne forbindelse har det skjedd en viktig utvikling av såkalte korte intervensjoner (brief interventions) og kombinasjoner av kartlegging og korte intervensjoner (screening and brief interventions). Forskning har funnet støtte for positiv effekt av slike alkoholkartlegginger og intervensjoner (se for eksempel Moyer, Finney, Swearingen & Vergun (2002) for meta-analyse av korte intervensjoner, jfr. kapittel 4.2).

I utviklingen av korte alkoholintervensjoner har man dratt nytte av den økte bruken av teknologi i hverdagen, som for eksempel bruk av datamaskiner, intra- og internett og mobiltelefon. Ved å benytte seg av slike teknologiske virkemidler kan alkoholintervensjoner (og andre typer intervensjoner) distribueres til flere mennesker på en enkel og kostnadseffektiv måte, som stort sett oppfattes som lite truende av brukeren.

I denne delen av rapporten vil vi gi en oppsummering av forskning som finnes på feltet teknologisk baserte korte alkoholintervensjoner.

5.1 **Teknologisk baserte alkoholintervensjoner**

I forbindelse med en stadig økt bruk av teknologiske midler som datamaskin og internett i hverdagen, har man i løpet av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet sett en utvikling der man benytter seg av teknologiske virkemidler i forbindelse med distribusjon av informasjon om fysisk og mental helse, atferdsendring og terapi – inkludert korte alkoholintervensjoner (Squires & Hester, 2002).

Korte alkoholintervensjoner levert via et dataprogram eller internett vil si at man implementerer prinsippene som ligger til grunn for korte intervensjoner i et automatisert program. Brukeren presenteres for og følger programmet i et teknologisk, automatisert format, og det er ingen kontakt med en terapeut eller lignende.

Flere fordeler er forbundet med teknologisk baserte, framfor ”ansikt-til-ansikt”-baserte intervensjoner (Hester & Miller, 2006):

- Økt kostnadseffektivitet pga. liten eller ingen terapeutisk involvering
- Personlig tilbakemelding kan bli presentert umiddelbart og på en visuelt forståelig måte for brukeren
- En minimering av skjeve terapeut – klientforhold
- Lettere og mer komfortabelt å svare på sensitive spørsmål

Et alternativ til ansikt til ansikt – intervensjoner kan også være intervensjoner levert via post. I en randomisert studie (Moore, Soderquist, & Werch, 2005) sammenlignet man

en internettbasert intervensjon med den samme intervensjonen gjennomført via post. Man fant reduksjon i alkoholforbruk over tid, men ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Det har dessuten blitt påpekt at det er en fordel dersom programmet er tilgjengelig 24 timer i døgnet (Linke, Brown, & Wallace, 2004), og at man kan nå ut til flere mennesker enn ved regulære ansikt-til-ansikt-intervensjoner (Fingfeld-Connett, 2006).

Et problem er allikevel at man med en internettbasert intervensjon utelukkende når ut til populasjonen av datamaskin- og internettbrukere, samt at det kreves et visst nivå på leseferdigheter og kjennskap til bruk av de teknologiske midlene. Dette kan eliminere potensielle viktige populasjoner (Fingfeld-Connett, 2006). Her er det allikevel viktig å påpeke at andelen innbyggere som har privat pc og internettilgang, øker jevnt. I Norge i 2005 var disse andelenene henholdsvis 83 og 74 % (Statistisk sentralbyrå, 2006). Videre vil et slikt tilbud om teknologisk baserte intervensjonsprogram i første omgang supplere, ikke erstatte, eksisterende tilbud. Et hovedmål innen forebyggings- og intervensjonsfeltet må være at man må ha ulike kanaler, slik at man kan nå alle.

Studenter er blitt sett på som den ”perfekte” målgruppen for maskin- og internettbaserte intervensjoner. I denne populasjonen er det en høy forekomst av ”binge” drikking. Studenter er jevnt over svært kompetente i bruk av datamaskin og internet, og de bruker disse teknologiske hjelpemidlene jevnlig. Teknologisk baserte alkoholintervensjoner har derfor i stor grad vært rettet mot studenter, men det er allikevel flere intervensjoner som er åpne for den generelle populasjonen. Til tross for at man i økende grad bruker datamaskiner med intra- og internet på stadig flere arbeidsplasser, har det vært lite forskning på teknologisk baserte alkoholintervensjoner på arbeidsplasser.

5.2 Litteratursøk

Hensikten med denne delen av litteraturgjennomgangen var å få en oversikt over forskning som er gjort på teknologisk baserte alkoholintervensjoner. Litteratursøk ble foretatt i tre databaser: PsychInfo, Medline, og ISI Web of Science. Ulike kombinasjoner av søkeordene: 1) ”brief intervention”, intervention, ”early intervention” og screening, med 2) alcohol, og 3) internet, pc, web, cd-rom og technology, ble brukt. En gjennomgang av titler og sammendrag resulterte i en liste på 30 artikler som ble ansett som relevante for litteraturgjennomgangen. Ved nærmere lesing ble denne listen revidert ytterligere og bare de artikler som blir ansett som relevant i forhold til det oppgitte tema er inkludert her.

5.3 Deskriptive og eksplorerende studier

Med det siktemål å finne ut om nettbasert alkoholterapi har potensialet for å nå skjulte populasjoner, ble baselinekarakteristika hos 172 nederlandske brukere av en nettbasert intervensjon sammenlignet med 172 klienter i regulær ansikt-til-ansikt-terapi (Postel, De Jong, & Hein, 2005). Resultatene viste at blant de nettbaserte brukerne var det signifikant flere kvinner, brukerne hadde signifikant høyere utdanning, var oftere i

arbeid og var dessuten eldre enn klientene i ansikt-til-ansikt-terapien (Postel et al., 2005). Forfatterne konkluderer med at man ved hjelp av nettbaserte intervensjoner kan nå ut til "nye" populasjoner av problemdrikkere, da kvinner, høyt utdannede, eldre og folk i arbeid er grupper som har vist seg å være vanskelig å nå i regulær ansikt-til-ansikt-terapi.

Deskriptive data om brukere og brukernes egne vurderinger av kvaliteten på programmet ble undersøkt i en studie av et nettbasert intervensjonsprogram; Try Our Free Drinking Evaluation (Cunningham, Humphreys and Koski-Jannes, 2000). Internettsiden hadde mer enn 500 "hit" i måneden, men i studien ble de sittende igjen med 214 personer som fylte ut et frivillig spørreskjema om programmet og ga en beskrivelse av sitt eget alkoholforbruk. Av disse var 58 % kvinner og det er en langt høyere andel enn det en ellers når med andre intervensjonsmetoder. Gjennomsnittsalder var 33,8 år (SD=12,6) og flesteparten var fra Canada eller USA. 47,2 % hadde en AUDIT-skåre som indikerte alkoholproblemer (AUDIT $\geq$ 8), men hele 70,1 % rapporterte selv at de ikke hadde et alkoholproblem.

Når det gjelder deltakernes evaluering av alkoholprogrammet, syntes 56 % at tilbakemeldingen de fikk i programmet var veldig eller ekstremt verdifull (Cunningham et al., 2000). Flere problemdrikkere enn ikke-problemdrikkere var overrasket over hvor mye de drakk i forhold til andre. Videre tydet analysene på at programmet var virkningsfullt for personer med et jevnlig inntak av alkohol, og mindre virkningsfullt for episodiske problemdrikkere.

Lignende resultater ble funnet i en studie av internettsiden www.alcoholcheckup.com. (Lieberman, 2004). 1455 personer brukte siden og fylte ut ulike spørreskjema fra 2001 til 2003. Av disse ble 1207 identifisert som alkoholmisbrukere, hvorav 52,8 % var menn og gjennomsnittsalderen 34,8 år.

De som ble identifisert som alkoholmisbrukere var signifikant mer fornøyd med programmet enn ikke-misbrukerne (Lieberman, 2004). Normativ tilbakemelding, dvs. tilbakemelding om hvor mye en drikker sammenlignet med nasjonale standarder, ble av alkoholmisbrukere evaluert som den mest overraskende og nyttige informasjonen. Det ble videre funnet at de alkoholmisbrukerne som var motivert til å endre alkoholforbruket sitt, syntes programmet var mer nyttig enn de som var mindre motivert. Disse resultatene tyder på at dette alkoholprogrammet når ut til målgruppen, at det generelt oppfattes som virkningsfullt, men at den viktigste faktoren i programmet – i følge brukerne – var den normative tilbakemeldingen.

En lignende studie ble gjort på en kartleggings- og intervensjonsside på internett: www.alcoholscreening.com (Saitz, Helmuth, Aromaa, Guard, Belanger & Roesenbloom, 2004). I løpet av en periode på 14 måneder var 39 842 personer inne på siden og fylte ut spørreskjema om eget alkoholforbruk. Når det gjelder kjønn på brukerne skiller denne studien seg fra de ovennevnte – bare 33 % av brukerne av intervensjonen var kvinner. Gjennomsnittsalderen i denne studien var 32 år (SD=11), og 90 % ble identifisert som risikobrukere av alkohol, mens 71 % av disse hadde en AUDIT-skåre over eller lik 8.

I denne studien undersøkte man nærmere hvem som benyttet seg av valgene ”learn more” og ”get help” etter den personlige tilbakemeldingen på alkoholbruk (Saitz et al., 2004). Resultatene viser at signifikant flere av potensielle alkoholmisbrukere- eller avhengige benyttet seg av disse valgene enn de som ble identifisert som risikobrukere. Risikobrukerne benyttet seg av valgene oftere enn de som ble identifisert som ikke-risikobrukere.

Down Your Drink er en annen internettside som gir tilbud om nettbasert alkoholintervensjon (Linke et al., 2004). Dette alkoholprogrammet er noe utvidet sett i forhold til de ovennevnte, og varer i seks uker. I en studie av denne intervensjonen fant man at 1319 personer registrerte seg på siden, men at 61,8 % av disse fullførte uke en og bare 6 % fullførte ut uke seks. Resultatene fra studien viste at gjennomsnittlig alkoholkonsum sank fra 33 til 23 standard alkoholenheter (AE) i uken. Det er allikevel risikabelt å trekke slutninger om effekten av studien, da det ikke er kontrollert for potensielle bakenforliggende variabler i studien.

Tilbakemelding fra brukerne som fullførte hele programmet var positiv; de opplevde at programmet var støttende og lite patroniserende (Linke et al., 2004). Av de som ikke fullførte programmet ga 37 % tilbakemelding. En dominerende tilbakemelding var at intervensjonen tok for lang tid. Samtidig var det flere som hadde en intensjon om å fullføre programmet senere.

En tre måneders oppfølgingsstudie har blitt gjennomført på alkoholintervensjonen Check Your Drinking, som også er et nettbasert program (Cunningham, Humphreys, Kypri, & Mierlo, 2006). Brukere av et internettbasert røykeprogram ble invitert til å delta i denne studien via email. 388 personer ble rekruttert, hvorav 97 fullførte programmet. I tråd med tidligere funn viser resultatene av denne undersøkelsen at problembrukere av alkohol syntes tilbakemeldingen som ble gitt var nyttigere, mer overraskende og mer presis, enn de som ikke var problemdrikkere. Det ble også målt en reduksjon i alkoholkonsum på oppfølgingstidspunktet. Reduksjonen var større blant dem som opplevde en helserisiko forbundet med sitt alkoholforbruk. Det er viktig å påpeke at man også her, pga. det kvasiekperimentelle designet, ikke kan være sikker på om reduksjonen i alkoholkonsum skyldes intervensjonen eller andre, bakenforliggende variabler.

En lignende studie har blitt gjennomført i en studentpopulasjon i Sverige (Bendtsen, Johansson, & Åkerlind, 2006). Intervensjonen bestod av spørsmål om alkoholvaner og negative konsekvenser av å drikke, samt muligheter for personlig tilbakemelding og svare på et evalueringsskjema. 1685 studenter (44 % av de spurte) deltok, hvorav 44 % var kvinner.

Resultatene av analysene viste at det var en stor kjønnsforskjell i gjennomsnittlig ukentlig alkoholkonsum; menn drakk tre ganger så mye som kvinner blant de deltakerne som ble identifisert som risikodrikkere (Bendtsen et al., 2006). Denne kjønnsforskjellen viste seg å være mye mindre for episodisk ”binge” drikking.

Videre viste resultatene at 70 % av deltakerne syntes programmet var lett å bruke og at tilbakemeldingen var lett å forstå (Bendtsen et al., 2006). 30 % av kvinnene og 20 % av mennene rapporterte at rådene ville komme dem til nytte, og 8 % av kvinnene

rapporterte at de ville endre alkoholvanene sine som følge av intervensjonen, mens det tilsvarende tallet for menn var 3 %. Videre ble det funnet en signifikant, dog svak, korrelasjon mellom intensjonen om å endre atferd og faktisk endring i alkoholbruk.

Oppsummering

Disse deskriptive og eksplorerende studiene tyder på at internettbaserte korte alkoholintervensjoner når ut til et bredt lag av befolkningen. I de fleste studiene var en uvanlig høy andel av brukerne kvinner, sett i forhold til andelen kvinner i regulær alkoholterapi. Det viser at man med nettbaserte alkoholintervensjoner når ut til nye grupper av mennesker, som kan trenge hjelp.

Videre viser resultatene fra disse studiene at en stor andel av de som har deltatt i studiene/bruker internettsiden har et alkoholproblem i følge AUDIT og andre kartleggingsinstrumenter. Gjennomgående finner man også at mange av disse ikke oppfatter å ha et alkoholproblem selv. Videre viser funnene at de som blir identifisert som problembrukere av alkohol og som er i fare for å utvikle avhengighet, oppfatter intervensjonene som mer nyttige enn de som ikke er problemdrikkere. Informasjon om hvor mye man drikker, sammenlignet med andre, oppfattes som overraskende og spesielt nyttig.

Kunnskapen fra disse studiene er viktige og nyttige med tanke på hvem vi kan nå og hvem som finner intervensjonene nyttige. Det er allikevel flere begrensninger knyttet til disse studiene. De fleste benytter seg av bekvemmelighetsutvalg og dermed begrenses generaliserbarheten av resultatene. Videre sier studiene lite eller ingenting om effekten av intervensjonene på alkoholbruk og opplevde negative konsekvenser av alkoholbruk. For å få kunnskap om dette må man bruke randomisert kontrollgruppedesign. I det følgende vil vi gå igjennom studier med et slikt design.

5.4 Effektstudier

Effekten av en nettbasert alkoholintervensjon, og særlig effekten av normativ tilbakemelding, ble undersøkt i en studentpopulasjon (Neighbors, Larimer, & Lewis, 2004). Intervensjonen målte deskriptive normer, dvs. deltakernes oppfatning av alkoholforbruket til den typiske student, egen alkoholatferd og sosiale grunner for å drikke alkohol. Effekten av intervensjonen, og da spesielt den normative tilbakemeldingen, samt muligheten for at sosiale grunner for å drikke alkohol kunne moderere effekten av normativ tilbakemelding på alkoholforbruk, ble undersøkt ved 3- og 6-måneders oppfølging.

252 studenter som ble identifisert som storforbrukere av alkohol, ble ved randomisert tilordning fordelt på intervensjons- (n = 126, 76 kvinner, 50 menn) og kontrollgruppe (n = 126, 72 kvinner, 54 menn) (Neighbors et al., 2004). Deltakerne i intervensjonsgruppa fikk normativ personlig tilbakemelding via datamaskin umiddelbart etter baselinemåling av egen alkoholforbruk, mens deltakerne i kontrollgruppa ikke fikk slik tilbakemelding.

Resultatene viste at det var en signifikant forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppa når det gjaldt redusert alkoholforbruk ved 3- og 6-måneders oppfølging (Neighbors et al., 2004). Effektstørrelsene var små til medium. Videre fant man at det var en signifikant større reduksjon i oppfattet alkoholforbruk blant andre studenter (dvs. deskriptive normer) i intervensjonsgruppa sammenlignet med kontrollgruppa, med medium til store effektstørrelser. Forskerne fant også at intervensjonen så ut til å virke bedre for de som var motivert til å drikke pga. sosiale faktorer, men denne effekten var bare til stede ved 3-måneders oppfølging.

Støtte for hypotesene ble altså funnet, og studien viser at korte alkoholintervensjoner levert via datamaskin har en effekt på alkoholforbruk, og at normativ tilbakemelding er en viktig faktor i denne sammenheng.

Effekt av kartlegging og kort intervensjon i en studentpopulasjon ble også funnet i en dobbelblind randomisert studie (Kypri, Saunders, Williams, McGee, Langley, Cashell-Smith, et al., 2004). 104 studenter (50 % kvinner) ble randomisert til intervensjons- eller kontrollgruppe. Deltakere i begge gruppene rapporterte alkoholatferd og frekvens av personlige problemer og akademiske problemer. Intervensjonen bestod av en webbasert måling og personlig tilbakemelding, mens kontrollgruppen fikk en informasjonsbrosjyre om alkoholbruk. Oppfølgingsmålinger ble gjort etter 6 uker og 6 måneder.

Ved seks ukers oppfølging rapporterte deltakerne i intervensjonsgruppa signifikant mindre alkoholbruk sammenlignet med kontrollgruppa (Kypri et al., 2004). Begge gruppene rapporterte reduksjon i hvor mye de drakk i en typisk "drikkesituasjon" både ved 6 ukers og 6 måneders oppfølging. Deltakerne i intervensjonsgruppa rapporterte færre personlige problemer både ved 6 uker og 6 måneder, selv om alkoholforbruket ikke var signifikant forskjellig mellom de to gruppene. Det ble også rapportert færre akademiske problemer i intervensjonsgruppa enn i kontrollgruppa ved både 6 uker og 6 måneders oppfølging.

MyStudentBody.com er en annen internettside som tilbyr et intervensjonsprogram til collegestudenter (Chiauzzi, Green, Lord, Thum, & Goldstein, 2005). I en randomisert studie ble 265 studenter fordelt på en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe, med 50 % kvinner i hver gruppe. Intervensjonsgruppa brukte et interaktivt nettbasert program (MSB: Alcohol) som inkluderer personlig, normativ tilbakemelding og motivasjons- og mestringselementer, mens deltakerne i kontrollgruppa leste forskningsbaserte artikler om konsekvensene av høyt alkoholbruk 1 gang i uka i 4 uker. Målinger ble gjort ved baseline, postintervensjon og ved tre måneders oppfølging.

Reduksjon i mengden alkohol og hvor hyppig studentene drakk ble observert i begge gruppene. Videre fant man at intervensjonen hadde signifikant positive effekter på kvinner, vedvarende problemdrikkere og de som var lite motiverte til å endre alkoholvanene sine (Chiauzzi et al., 2005).

Støtte for effekten av e-CHUG, en annen internettbasert alkoholintervensjon for studenter, ble også funnet i en randomisert studie (Steiner, Woodall, & Yeagley, 2005). I et 2 (tid) x 2 (gruppe) x 2 (kjønn) mixed faktor repetert ANOVA-design, fant man en kryssende interaksjonseffekt mellom tid og gruppe; deltakerne i eksperimentgruppa reduserte sitt alkoholforbruk over tid, mens deltakerne i kontrollgruppa økte sitt

alkoholforbruk. Videre fant man at kvinnenenes alkoholforbruk var lavt og stabilt, og at den observerte endringen i alkoholbruk hos eksperimentdeltakerne først og fremst skyldtes endring i mennenes alkoholbruk.

Som studiene ovenfor indikerer, er det først og fremst gjort effektstudier i studentpopulasjoner. The Drinker's Check-up er en teknologisk basert alkoholintervensjon som finnes både som Windows-program og internettside og som tilbys utover studentpopulasjonen (Squires & Hester, 2004; Hester, Squires, & Delaney, 2005). I en randomisert studie undersøkte man effekten av Windows-programmet i en "Umiddelbar treatment"-gruppe sammenlignet med en 4 ukers "Ventelistegruppe" (Hester et al., 2005). 61 personer ble randomisert til enten Umiddelbar- eller Ventelistegruppa. Av disse var 52 % menn og gjennomsnittsalderen var 45,2 år (SD = 9,4). Alle deltakere hadde AUDIT-skåre over eller lik 8.

Resultatene fra studien viste at det var en signifikant reduksjon i alkoholbruk fra baseline til 4 uker, samt fra 8 uker til 12 måneder, men ikke fra 4 til 8 uker for begge grupper (Hester et al., 2005). Videre fant man at reduksjonen i Umiddelbargruppa fra baseline til 4 uker, var signifikant større enn endringen i Ventelistegruppa. Man fant allikevel ikke en signifikant større reduksjon i Ventelistegruppa enn Umiddelbargruppa fra 4 til 8 uker. Begge grupper viste stor reduksjon i alkoholbruk og alkoholrelaterte konsekvenser fra 8 uker til 12 måned.

Oppsummering

Effektstudiene som er gjort på korte internettbaserte alkoholintervensjoner viser at slike intervensjoner har en effekt på alkoholbruk og negative konsekvenser av høyt alkoholbruk. En begrensning ved disse studiene er at majoriteten av disse er gjort i studentpopulasjoner og vi kan dermed bare generalisere til denne populasjonen. Studien av Drinker's Check-up indikerer allikevel at slike intervensjoner vil ha en effekt også i andre, eldre populasjoner.

5.5 Konklusjon

En gjennomgang av forskningslitteraturen viser en positiv utvikling med tanke på teknologisk baserte alkoholintervensjoner. Deskriptive og eksplorerende studier viser at man når ut til nye grupper som tradisjonelt har vært underrepresentert i regulær alkoholterapi. De som har et høyt og problemfylt alkoholforbruk og de som har økt risiko for å utvikle alkoholavhengighet synes slike korte teknologisk baserte intervensjoner, er nyttige. Effektstudiene støtter opp om dette ved å vise signifikante forskjeller i alkoholatferd og opplevde alkoholrelaterte problemer over tid.

6 Konklusjoner og anbefalinger

Denne kunnskapsoppsummeringen har vist at det er to områder der vi rår over et meget solid kunnskapsgrunnlag for å kunne sette inn tidlige intervensjonstiltak. Bøkene redigert av Ferrer-Wreder m.fl. og Tolan m.fl. gir et meget solid kunnskapsgrunnlag for tidlig intervensjonstiltak rettet mot barn i barnehage og grunnskolealder, og deres familier. På samme måte gir den omfattende forskningen og tidligere kunnskapsoppsummeringer et tilsvarende solid grunnlag for tidlig intervensjonstiltak rettet mot risikofylt alkoholbruk blant voksne.

På begge disse områdene bør det videre arbeidet nå konsentreres om å formidle dette kunnskapsgrunnlaget til aktører i barnehage, skole, PP-tjeneste, barnevernstjeneste, sosialtjeneste, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenester rettet mot barn og unge, og mot voksne som kan tenkes å ha et risikofylt alkoholforbruk. Derne st bør kunnskapsgrunnlaget kunne brukes til å utvikle gode faglige retningslinjer og prøve ut gode organisasjonsmodeller for slike tiltak. Her bør det utviklings- og implementeringsarbeidet som er rapport i Tolan m.fl. kunne gi viktige bidrag til hvordan et slikt arbeid kan legges opp.

I denne kunnskapsoppsummeringen har vi også vist det store potensialet som ligger i å utvikle digitalt baserte tidlige intervensjoner, rettet mot ulike målgrupper. Her er det alt i gang et utviklings- og forskningsarbeid, som kan vise seg å gi nye muligheter for kostnadseffektiv tidlig intervensjon overfor store befolkningsgrupper.

Den absolutt største svakheten i dagens kunnskapsgrunnlag for tidlig intervensjon finner vi i forhold til unge i aldersgruppen over 15 år. Det gjelder både i forhold til bruk av illegale rusmidler og i forhold til utvikling av risikofylte alkoholvaner (akutt risiko og risiko ved bruk over tid). Sett på bakgrunn av den voldsomme økningen i alkoholforbruket i denne aldersgruppen (særlig blant jenter) og den klare økningen i antall brukere av illegale rusmidler (særlig cannabis), er dette svært urovekkende.

Digitalt baserte tiltak vil nok kunne være effektive overfor en del av denne målgruppen. For eksempel bør det ligge store muligheter i å utnytte det enorme nye dataspillmarkedet. Men det er åpenbart et stort behov for metodeutvikling på dette området. Her vil det være behov for tiltak som kan kommunisere med ungdom på nye måter og nye arenaer, og gjennom nye kanaler. Det vil dermed også være behov for å utnytte en kombinasjon av helse- og sosialfaglig kompetanse, kompetanse på ungdomskultur og kompetanse innenfor kommunikasjon og media på nye og innovative måter.

7 Referanser

Referanseliste - Kapittel 1 - 3

Allred, K. (2005): Rammevilkår for forebyggingsaktører i frivillig sektor. Rogalandsforskning, rapport 2005/072.

Berglund, M, Thelander, S. & Jonsson, E. (2003): Treating Alcohol and Drug Abuse. An Evidence Based Review. Weinheim: Wiley-VCH

Bronfenbrenner, U. (1986): Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742

Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C., Tubman, J. & Adamson, L. (2005): Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt. Stockholm: Gothia

Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. & Foxcroft, D. (2007): Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 Issue 1

Kraft, P. (2006). The Digital Therapy Developer - the coming together of psychology and technology. A description of a construction tool for developing digital, interactive and individualised lifestyle change and patient support interventions. Psykologisk institutt, UiO.

NOU 2003:4 Forskning på rusfeltet. En oppsummering av effekt av tiltak.

Ogden, T. (2001): Updating the Norwegian MST Clinical Trial. Center for Research in Clinical Psychology. Univ. of Oslo.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001): Behandling av alkohol och narkotikaproblem – En evidensbaserad kunnskapssammanställning. Volym 1 (nr 156/1). 2001.

Tolan, P., Szapocznik, J. & Sambrano, S. ed.(2007): Preventing Youth Substance Abuse. Science-Based Programs for Children and Adolescents. Washington DC: American Psychological Association.

Referanseliste - Kapittel 4

Aalto, M. m.fl. (2000): Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: A 3-year randomized, controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol 24(11) Nov 2000, 1680-1686.

Aalto M, Sillanaukee P. (2000): Compliance rate and associated factors for entering an alcohol brief intervention treatment programme. *Alcohol* 2000 Jul-Aug;35(4):372-6.

Adamson, Simon J; Sellman, J. Douglas (2005): Dore, Glenys M. Therapy preference and treatment outcome in clients with mild to moderate alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*. Vol 24(3) May 2005, 209-216.

Andreasson, Sven; Hansagi, Helen; Osterlund, Bill (2002): Short-term treatment for alcohol-related problems: Four-session guided self-change versus one session of advice-A randomized, controlled trial. *Alcohol*. Vol 28(1) Aug 2002, 57-62.

Arthur, D. (2001): The Effects of the Problem-Based Alcohol Early-Intervention Education Package on the Knowledge and Attitudes of Students of Nursing. *Journal of Nursing Education* Vol 40, no 2

Babor, Thomas F; Higgins-Biddle, John C. (2000): Alcohol screening and brief intervention: Dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*. Vol 95(5) May 2000, 677-686.

Barnett NP, Monti PM, Cherpitel C, Bendtsen P, Borges G, Colby SM, Nordqvist C, Johansson K. (2003): Identification and brief treatment of alcohol problems with medical patients: an international perspective. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003 Feb;27(2):262-70.

Barnett, Nancy P; Tevyaw, Tracy O'Leary; Fromme, Kim; Borsari, Brian; Carey, Kate B; Corbin, William R; Colby, Suzanne M; Monti, Peter M. (2004): Brief Alcohol Interventions With Mandated or Adjudicated College Students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol 28(6) Jun 2004, 966-975.

Bendtsen P, Akerlind I. (1999): Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol Alcohol*. 1999 Sep-Oct;34(5):795-800.

Berglund, M, Thelander, S. & Jonsson, E. (2003): Treating Alcohol and Drug Abuse. An Evidence Based Review. Weinheim: Wiley-VCH

Cisler, Ron A; Barrett, David; Zweben, Allen; Berger, Lisa K. (2003): Integrating a Brief Motivational Treatment for Problem Drinkers in a Private Outpatient Clinic: Client Characteristics, Utilization of Services and Preliminary Outcomes. *Alcoholism Treatment Quarterly*. Vol 21(3) 2003, 1-21.

Collins, Susan E; Carey, Kate B. (2005): Lack of effect for decisional balance as a brief motivational intervention for at-risk college drinkers. *Addictive Behaviors*. Vol 30(7) Aug 2005, 1425-1430.

D'Amico EJ, Paddock SM, Burnam A, Kung FY. (2005): Identification of and guidance for problem drinking by general medical providers: results from a national survey. *Med Care*. 2005 Mar;43(3):229-36.

Emmen, Maria J; Schippers, Gerard M; Bleijenberg, Gijs; Wollersheim, Hub. (2004) Chapter: The Motivational Drinker's Check-Up: A Brief Intervention for Early-Stage Problem Drinkers. In Cox, W. Miles (Ed); Klinger, Eric (Ed). (2004). *Handbook of*

motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment. (pp. 389-407). xxii, 515 pp. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd..

Ferguson L, Ries R, Russo J. (2003): Barriers to identification and treatment of hazardous drinkers as assessed by urban/rural primary care doctors. *J Addict Dis.* 2003;22(2):79-90.

Figurelli GA, Hartman BW, Kowalski FX Jr. (1994): Assessment of change in scores on personal control orientation and use of drugs and alcohol of adolescents who participate in a cognitively oriented pretreatment intervention. *Psychol Rep.* 1994 Oct;75(2):939-44.

Fleming M, Manwell LB. (1999): Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Res Health.* 1999;23(2):128-37.

Hansen LJ, Olivarius N, Beich A, Barfod S. (1999): Encouraging GPs to undertake screening and a brief intervention in order to reduce problem drinking: a randomized controlled trial. *Fam Pract.* 1999 Dec;16(6):551-7.

Hungerford DW, Pollock DA, Todd KH. (2001): Acceptability of emergency department-based screening and brief intervention for alcohol problems. *Acad Emerg Med.* 2000 Dec;7(12):1383-92.

Johansson, Kjell; Bendtsen, Preben; Akerlind, Ingemar. (2002): Early intervention for problem drinkers: Readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol and Alcoholism.* Vol 37(1) Jan-Feb 2002, 38-42.

Marshall, James P; Kimball, Thomas G; Shumway, Sterling T; Miller, Marianne McInnes; Jeffries, Vivian; Arredondo, Rudy. (2005): Outcomes of a Structured Family Group in an Outpatient Alcohol/Other Drug Treatment Setting. *Alcoholism Treatment Quarterly.* Vol 23(4) 2005, 39-53.

McNally, Abigail M; Palfai, Tibor P. (2003): Brief group alcohol interventions with college students: Examining motivational components. *Journal of Drug Education.* Vol 33(2) 2003, 159-176.

Moyer, Anne; Finney, John W; Swearingen, Carolyn E; Vergun, Pamela. (2002): Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction.* Vol 97(3) Mar 2002, 279-292.

Miller, W.R. og Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour.* New York: Guilford Press

Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, Woolard R, Lewander W. (1999): Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999 Dec;67(6):989-94.

Moller AM, Tonnesen H. (2001): Smoking and alcohol intake in surgical patients: identification and information in Danish surgical departments. *Eur J Surg*. 2001. Sep;167(9):650-1.

NOU 2003:4 Forskning på rusfeltet. En oppsummering av effekt av tiltak.

Reber, A. (1995) Dictionary of Psychology, London: Penguin

SBU – Statens beredning för medisinsk utvärdering (2001): Behandling av alkohol och narkotikaproblem – En evidensbaserad kunnskapssammanställning. Volym 1 (nr 156/1). 2001.

Shakeshaft, Anthony P; Bowman, Jenny A; Burrows, Sally; Doran, Christopher M; Sanson-Fisher, Rob W. (2002): Community-based alcohol counselling: A randomized clinical trial. *Addiction*. Vol 97(11) Nov 2002, 1449-1463.

Walker, D.D., Roffman, R.A., Stephens, R.S., Berghuis, J. & Kim, W. (2006): Motivational Enhancement Therapy for Adolescent Marijuana Users: A Preliminary. Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 74, no 32 s 628-632

Wutzke, Sonia E; Conigrave, Katherine M; Saunders, John B; Hall, Wayne D. (2002): The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: A 10-year follow-up. *Addiction*. Vol 97(6) Jun 2002, 665-675.

Zweben, Allen. (2001): Integrating pharmacotherapy and psychosocial interventions in the treatment of individuals with alcohol problems. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. Vol 1(3) 2001, 65-80.

Referanseliste - Kapittel 5

Bendtsen, P., Johansson, K., & Åkerlind, I. (2006). Feasibility of an email-based electronic screening and brief intervention (e-SBI) to college student in Sweden. *Addictive Behaviors*, 31, 777-87.

Chiauzzi, E., Green, T. C., Lord, S., Thum, C., & Goldstein, M. (2005). My Student Body: A high risk drinking prevention web-site for college students. *Journal of American College Health*, 53, 263-274.

Cunningham, J. A., Humphreys, K., & Koski-Jannes, A. (2000). Providing Personalized assessment feedback for problem drinking on the internet; A pilot project. *Journal of Studies on alcohol*, 61, 794-798.

Cunningham, J. A., Humphreys, K., Kypri, K., & vanMierlo, T. (2006). Formative evaluation and three-month follow-up of an online personalized assessment feedback intervention for problem drinkers. *Journal of Medical Internet Research*, 8.

Fingfeld-Connett, D. (2006). Web-based treatment for problem-drinking. *Journal of psychosocial nursing*, 44, 20-27.

- Gordon, A. J., Maisto, S. A., McNeal, M., Kraemer, K. L., Conigliaro, R. L., Kelley, M. E., et al. (2001). Three questions can detect hazardous drinking. *The Journal of Family Practice*, 50, 313-320.
- Hester, R. K., Squires, D. D., & Delayne, H. D. (2005). The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 159-169.
- Hester, R. K., & Miller, J. H. (2006). Computer-based tools for diagnosis and treatment of alcohol problems. *Alcohol Research & Health*, 29, 37-40.
- Kypri, K., Saunders, J. B., Willimans, S. M., McGee, R. O., Langley, J. D., Cashell-Smith, M. L., et al. (2004). Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomized controlled trial. *Addiction*, 99, 1410-1417.
- Lieberman, D. Z. (2003). Determinants of Satisfaction with an Automated Alcohol Evaluation Program. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 677-682.
- Linke, S., Brown, A., & Wallace, P. (2004). Down your drink: a web-based intervention for people with excessive alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 29-32.
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21, 835-842.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251-268.
- Moyer, A., & Finney, J. W. (2004/2005). Brief interventions for alcohol problems. Factors that facilitate implementation. *Alcohol Research and Health*, 28, 44-50.
- Moore, M. J., Soderquist, J., & Werch, P. (2005). Feasibility and efficacy of a binge drinking prevention intervention for college students delivered via the internet versus postal mail. *Journal of American College Health*, 54, 38-44.
- Moyer, A., Finney, W. J., Swearingen, C. F., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.
- Neighbors, C., Larimer, M. E., & Lewis, M. A. (2006). Targeting misperception of descriptive drinking norms: Efficacy of a computer-delivered personalized normative feedback intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 424-447.
- Postel, M. G., DeJong, C. A. J., & DeHaan, H. A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *American Journal of Psychiatry*, 162, 2393.
- Saitz, R., Helmuth, E. D., Aromaa, S. E., Guard, A., Belanger, M., & Roesenbloom, D. L. (2004). Web-based screening and brief intervention for the spectrum of alcohol problems. *Preventive Medicine*, 39, 969 – 975.
- SIRUS (2006). RusStat: Rusmiddelstatistikk på nett. URL (12.11.2004): <http://statistikk.sirus.no/sirus/index.jsp>

Sosial- og Omsorgsdepartementet (2006). *Statusrapport om rusmiddelsituasjonen*.

Squires, D. D., & Hester, R. K. (2002). Development of a computer-based, brief intervention for drinkers: the increasing role for computers in the assessment and treatment of addictive behaviors. *The Behavior Therapist*, 25, 59-65

SSB (2006). URL (13.11.2006): <http://www.ssb.no/emner/07/02/30/medie/>

Steiner, J., W. Woodall, W. G., & Yeagley, J. A. (2005). *The E-Chug: A Randomized, Controlled Study of a Web-Based Binge Drinking Intervention with College Freshman*. Poster Presentation, Society for Prevention Research.

Lenker til internettbaserte korte alkoholintervensjoner:

Alcohol checkup: <http://www.alcoholcheckup.com>*

Centre for Addiction and Mental Health, Personalised Alcohol Use Feedback: <http://www.notes.camh.net/efeed.nsf/newform>*

CHOICES Substance Abuse Prevention Program at Western Connecticut State University: <http://www.wcsu.edu/choices/>

CopingMatters: <http://www.copingmatters.stanford.edu/>*

Down Your Drink: <http://www.downyourdrink.org.uk/main.php>

Drinker's Check-Up: <http://www.drinkerscheckup.com/>

e-CHUG: <http://www.e-chug.com/>

myStudentBody.com: <http://www.mystudentbody.com/login.asp>

Alcoholscreening.org: <http://www.alcoholscreening.org>

* finner ikke server pr. 11.11.2006