

# **Kan tidlig intervensjon forebygge utvikling av alvorlige rusproblemer?**

Terje Ogden

Atferdssenteret – Unirand  
Universitetet i Oslo  
[www.ogden.no](http://www.ogden.no)

# Alder, problemutvikling og tidlig intervensjon

## Barndom

Atferdsproblem

Familieproblem

## Tidlige skoleår

Lav skolemotivasjon

Dårlige prestasjoner

Familieproblem

Dårlige venner

## Ungdom

Kriminalitet

Alkohol og rus

Lav skolemotivasjon

Dårlige prestasjoner

Familieproblemer

Dårlige venner

Skulk

Psykiske vansker

## Voksne

Kriminalitet

Alkohol og rus

Dårlig nettverk

Lav utdanning

Arbeidsløs

Dårlig økonomi

Skilsmisse

Familievold

Psykisk sykdom

Tidlig død

# Risikofaktorer for rusmisbruk

- Barn som eksponeres for rusmidler i mors liv, og barn som har foreldre med rusproblemer og/eller psykiske problemer, barn som utsettes for vold eller omsorgssvikt,
- Dårlig impuls kontroll; spennings søking og positive holdninger til rus,
- Antisosial og aggressiv atferd; vanskelig temperament; ADHD
- Avvisning av prososiale venner og påvirkning fra avvikende venner som oppmuntrer til bruk av rusmidler,
- Skoleproblemer, skulk, negative skoleholdninger og unngår leksearbeid
- Genetisk overført sårbarhet,
- Foreldres tillatende holdninger til rusmidler
- Manglende foreldreferdigheter (uklare forventninger, dårlig tilsyn, straffende oppdragelse, liten interesse for barnets aktiviteter)
- Familiekonflikter og svak foreldre-barn tilknytning.

# Rusforebygging

- Antisosial atferd er antagelig den største risikofaktoren for senere rusmisbruk og underliggende risikofaktorer så vel som virksomme intervensjoner er i stor grad de samme som for rusmisbruk (Rutter, 2005),
- Det er uvanlig at barn kommer i rusbehandling før tenårene; en dansk evalueringsrapport om misbruksbehandling av unge under 18 år viste at 9 av 10 var over 15 år ved innskriving og bare 14 prosent var 13 eller 14 år (Termansen, Dyrvig, Niss og Pejtersen, 2015),
- Forebyggende arbeid i barns 10–12 første leveår er mangelfullt, og internasjonalt er det få tiltak som har vist langtidseffekter,
- Men det finnes unntak; Nurse Family Partnership programmet som iverksettes under graviditet og i barns to første leveår har blant annet dokumentert reduksjon i antall arrestasjoner mellom 11 og 19 år og redusert alkohol-, tobakk- og marijuanabruk mellom 12 til 15 år (Miller, 2015).

# «*Familie for første gang*» (Nurse-Family-Partnership)

- *NFP-programmet* ble utviklet av David Olds i USA på 1970-tallet der målsettingen er å forbedre barns oppvekst og utviklingsvilkår gjennom tidlig innsats blant unge førstegangsfødende mødre og deres familier,
- NFP er testet ut i tre randomiserte kontrollerte evaluerings-studier i USA: The Elmira trial (1977; Olds et al., 1986); The Memphis trial (1988), og The Denver trial (1994),
- Programmet er implementert i 44 stater i USA, i Nederland, Canada, England, Skottland, Nord Irland og Australia og i 2013 hadde i alt 177 517 gravide kvinner deltatt i programmet,
- En norske utprøvingen retter seg mot førstegangsfødende som har behov for ekstra støtte under graviditet og i barnets to første leveår, og omfatter inntil 64 hjemmebesøk.

## «Familie for første gang»

- Målsettingen er å ivareta mor og barns helse under svangerskap, fremme barnets helse og utvikling, og å støtte foreldrene i forhold til helse og fremtidig livssituasjon,
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har inngått en lisensavtale med Universitetet i Colorado om utprøving i to norske områder,
- Utprøvingen i regi av R-BUP øst og sør omfatter 150 familier – 75 i hvert område og varer til barn nr 150 fyller 2 år,
- Områdene har hvert sitt team som består av 4 familiesykepleiere og en veileder samt en halv administrativ stilling til hvert team,
- En pilotstudie vil evaluere gjennomførbarheten av programmet i Norge og legge grunnlag for beslutninger om videre nasjonal implementering.

## Environmental and temperamental correlates of alcohol user patterns in grade 7 students

TORBJØRN TORSHEIM & MARI-ANNE SØRLIE & ASGEIR OLSETH & GUNNAR BJØRNEBEKK

### «FOR MYE FOR TIDLIG»

En survey studie basert på selvrappport fra 3710 elever (75,7%) i 7. klasse i 63 norske grunnskoler (Torsheim, Sørli, Olseth og Bjørnebekk (2015)).

Én av ti gutter (6%) og én av 25 jenter (3,1%) hadde drukket alkohol den siste måneden mens 3,1% av guttene og 0.8% av jentene hadde vært kraftig påvirket

**Table 1.** Prevalence of alcohol user patterns in grade 7 students.

	Boys			Girls		
	Percentage	95% CI	n	Percentage	95% CI	n
Non-user	68.8	(65.8 to 71.6)	1195	83.3	(81.0 to 85.3)	1438
User	22.1	(19.8 to 24.6)	384	12.9	(11.2 to 14.7)	222
Recent User	6.0	(4.9 to 7.5)	105	3.1	(2.3 to 4.2)	54
Recent HED*	3.1	(2.3 to 4.1)	54	0.8	(0.4 to 1.4)	13

Note. \* HED – Heavy episodic drinking.

**Table 3.** Multinomial regression analysis of alcohol user pattern regressed on environmental and individual variables.

Independent variable	User <sub>c</sub>		Recent user <sub>c</sub>		Recent HED <sub>c</sub>	
	Exp (B)	95%CI	Exp (B)	95%CI	Exp (B)	95%CI
Gender	0.59***	(0.48 to 0.72)	0.57**	(0.38 to 0.84)	0.26**	(0.11 to 0.66)
Ethnicity	0.71ns	(0.40 to 1.27)	0.58ns	(0.20 to 1.66)	1.37ns	(0.56 to 3.33)
Friends using alcohol	2.22*** <sub>ab</sub>	(2.00 to 2.46)	3.04*** <sub>a</sub>	(2.66 to 3.48)	3.62*** <sub>b</sub>	(2.95 to 4.44)
Monitoring (SD units)	0.67*** <sub>ab</sub>	(0.60 to 0.75)	0.46*** <sub>a</sub>	(0.39 to 0.55)	0.34*** <sub>b</sub>	(0.24 to 0.49)
BIS (SD units)	0.91ns	(0.82 to 1.00)	0.90ns	(0.73 to 1.12)	0.91ns	(0.64 to 1.29)
BAS Drive (SD units)	1.12*	(1.00 to 1.24)	1.30*	(1.01 to 1.67)	1.17ns	(0.85 to 1.61)
BAS-RR (SD units)	1.02ns	(0.91 to 1.13)	0.95ns	(0.78 to 1.16)	0.83ns	(0.60 to 1.16)

Note. \*\*\*  $p < 0.001$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ , ns non-significant at 0.05 level of significance. Estimates in a row sharing subscripts are significantly different from each other ( $p < 0.05$ ). c. reference category is Non-user. Pseudo R-squared full model = 0.191. BAS-RR: Reward Responsiveness.

For begge kjønn hadde åpenhet og foreldretilsyn en sterk beskyttende effekt på inntak av alkohol, mens venner som brukte alkohol var forbundet med økt bruk. Etnisitet og temperament (BIS & BAS) var ikke signifikante prediktorer



atferdssenteret

## **MODELLER FOR RUSBEHANDLING. EN KUNNSKAPSOVERSIKT**

Christine Hassel Kristoffersen, Per Holth og  
Terje Ogden.

Atferdssenteret, april 2011.



# Forskning om forebyggende tiltak

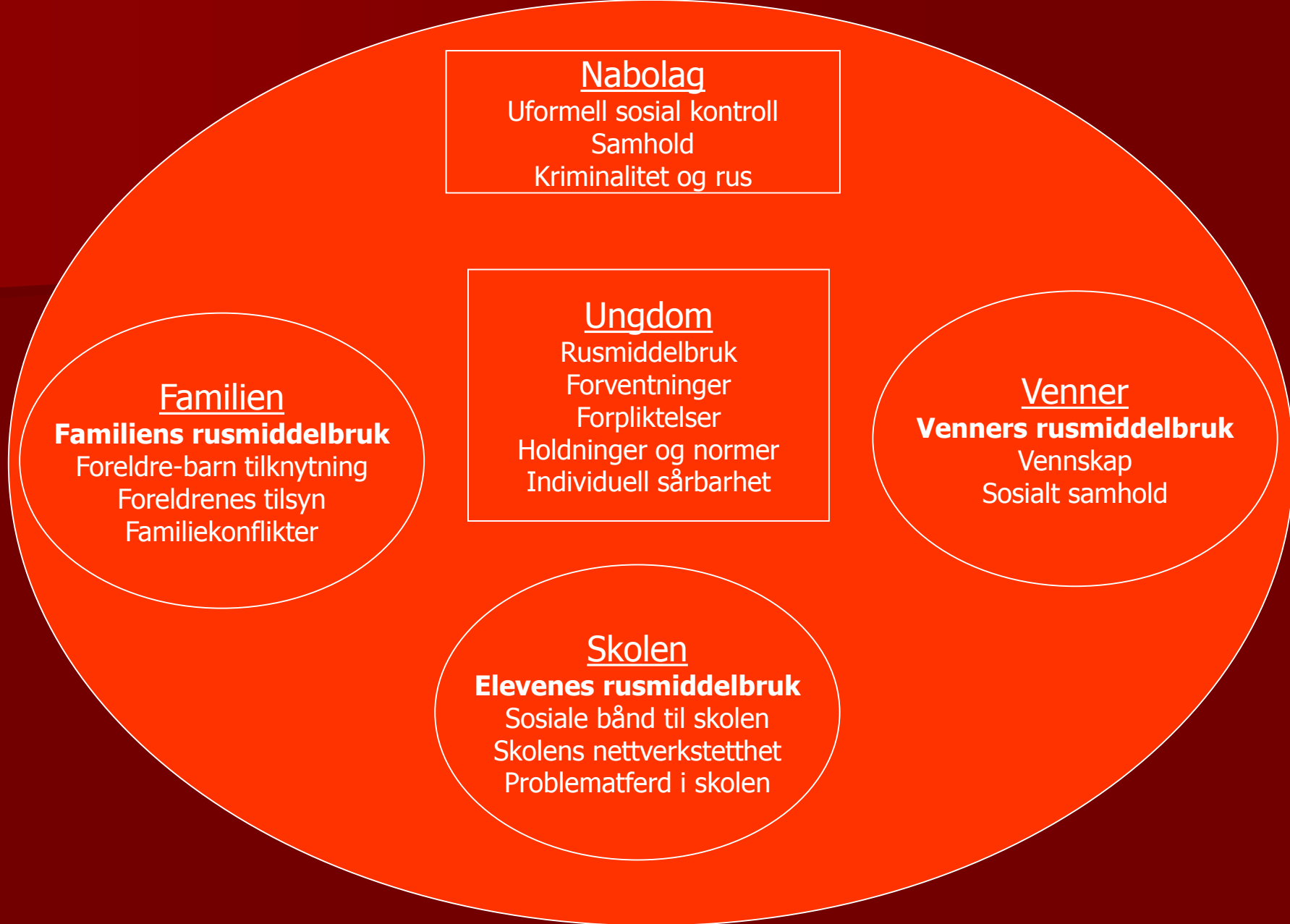
- **Redusert tilgjengelighet**, som fører til mindre rusmiddelbruk for eksempel gjennom institusjonalisering eller foreldretilsyn og høyere priser,
- **Endre konsekvensene av rusmiddelbruk**; når en gjør det umiddelbart mer lønnsomt ikke å ruse seg. Men: positive ruseffekter og anerkjennelse fra andre kommer umiddelbart etter inntak av rusmidler, mens negative konsekvenser følger mye senere,
- **Oppmuntring og bekreftelse av alternativ atferd**: inkludering og tilpasset opplæring i skolen og mestringsmuligheter gjennom strukturert bruk av fritiden,
- **Endringer i barn og unges økologi**: Styrke familiesamhold og oppdragelse preget av varme, støtte og tilsyn; samhold i nabolag; et skoletilbud som fungerer og venner som ikke bruker rusmidler.

## «Behandling nytter»

- Kunnskapsoversikten viser at behandling nytter, og at familierapi bør være førstevalget i åpen behandling,
- Familierapi endrer interaksjon, kommunikasjon og relasjoner – de bidrar til å øke sosial kontroll i familien, styrke foreldrenes tilsyn med sine barn og hjelp til å bryte kontakten med venner som ruser seg,
- Familiebehandling gir gode resultater på tvers av målgrupper, type rusmisbruk, type rusmidler, alder, kjønn og etnisk bakgrunn,
- Tidlig intervensjon i ruskarriérer gir bedre resultater, det vil si når misbruket er lavt og omfatter mindre alvorlige rusmidler; der de fleste starter med alkohol,
- Innslag av psykiske vansker og atferdsproblemer gjør behandlingsarbeidet mer krevende, og farene for frafall større.

## «Virksomme komponenter»

- Motiverende tiltak, opplæring i kognitive og sosiale ferdigheter, samt positive insentiver utpeker seg som særlig lovende,
- Disse tiltakene er imidlertid sjelden benyttet overfor de yngste aldersgruppene, og dreier seg primært om barn som er 13 år eller eldre
- Terapeutisk allianse med barn og foreldre viser at det er en sammenheng mellom behandlingsmotivasjon, gjennomføring av hele behandlingen og gode behandlingsutfall,
- Langtids prognoser forbedres hvis behandlingen starter så snart ungdom gjør sine første misbrukserfaringer (Dennis & Scott, 2007; Rowe, 2012).



Den sosiale kontekstens betydning for ungdoms bruk av rusmidler, etter Ennett mfl., 2008.

# Integrerte modeller: MST + CM

*Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 20:289–313, 2011  
Copyright © Taylor & Francis Group, LLC  
ISSN: 1067-828X print/1547-0652 online  
DOI: 10.1080/1067828X.2011.581974



## **Intensive Quality Assurance of Therapist Adherence to Behavioral Interventions for Adolescent Substance Use Problems**

PER HOLTH

*Norwegian Center of Child Behavioral Development, Oslo, Norway;  
Akershus University College, Lilleström, Norway*

TORBJØRN TORSHEIM

*Norwegian Center of Child Behavioral Development, Oslo, Norway*

ASHLI J. SHEIDOW

*Medical University of South Carolina, Charleston, SC, USA*

TERJE OGDEN

*Norwegian Center of Child Behavioral Development, Oslo, Norway*

SCOTT W. HENGGELER

*Medical University of South Carolina, Charleston, SC, USA*

# Læringsbasert rusbehandling

- *Målsetting:* systematisk utnytte grunnleggende læringsprinsipper for å redusere inntak av rusmidler og øke alternative aktiviteter.
- *Målgruppe:* Ungdom fra 12 år med lavt til moderat og til tungt rusmiddelmisbruk, gjerne kombinert med annen behandling.
- Individuell analyse av rusatferd – hva er typiske foranledninger (triggere) og konsekvenser av å ruse seg?
- Positiv bekreftelse av avhold, der den unge oppnår goder når han eller hun leverer rene urinprøver,
- Psykoedukasjon: praktiske kommunikasjonsferdigheter, sosiale selvhøvelsesferdigheter, unngåelse av "triggere", og å avslå tilbud om rusmidler,
- Involvere familie og venner.

# Integrering av MST og Contingency Management (CM)

- 50% av ungdom henvist til MST i Norge har rusmiddelbruk som en av de tre viktigste henvisningsårsakene,
- Hvordan gjennomføre virksam hjemmebasert rusbehandling av ungdom?
- Integreert MST/CM modell testet i norsk kontekst.

## Integrating Contingency Management Into Multisystemic Therapy

PHILLIPPE B. CUNNINGHAM, PH.D.  
BRAD DONOHUE, PH.D.  
JEFF RANDALL, PH.D.  
CYNTHIA CUPIT SWENSON, PH.D.  
MELISA D. ROWLAND, M.D.  
SCOTT W. HENGELER, PH.D.  
SONJA K. SCHOENWALD, PH.D.

## INTEGRERING AV "CONTINGENCY MANAGEMENT" I MULTISYSTEMISK TERAPI

## EVIDENCE BASE UPDATE

### Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use: Updates and Recommendations 2007–2013

Aaron Hogue

*The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University*

Craig E. Henderson

*Department of Psychology, Sam Houston State University*

Timothy J. Ozechowski and Michael S. Robbins

*Oregon Research Institute*

## DELTAKERE:

60 ungdommer henvist til MST og screenet for rusproblemer  
Av 44 utredet var 40 kvalifisert for deltakelse,

Gj.sn. alder: 15 år 10 måneder,  
26 gutter og 14 jenter,  
4 MST team tilfeldig fordelt på 2 grupper:  
standard MST behandling (n=15) og MST med intensiv kvalitetskontroll (n=25)

- Finally, in an innovative study Holth, Torsheim, Sheidow, Ogden, and Henggeler (2011) experimentally manipulated the intensity of quality assurance procedures to identify strategies to improve adherence to CBT-I and CM interventions incorporated into an MST implementation trial in Norway.

- Clinical staff was randomized to one of two implementation conditions: intensive quality assurance versus workshop only.

- Begge behandlingsbetingelsene førte til signifikant reduksjon i rusmisbruk som dokumentert gjennom urinprøver og selvrappoterter,

- Det var ikke mulig å dokumentere forskjeller mellom behandlingsbetingelsene, dvs om intensiv kvalitetssikring førte til bedre behandlingsresultater.



# Selvkontroll og foreldre monitorering

## Selvkontroll strategier:

- Hvordan fortelle andre at han/hun ikke ønsker å bruke rusmidler,
- Hvordan reagere på 'triggere'
- 'Trigger liste'
- Øve på avvisningsferdigheter
- Unngå situasjoner som leder til rusmisbruk

## Monitorering av rusatferd:

- Konsekvenser av test resultater
- Konsekvenser formidlet av foreldre
- Informasjon om resultater av rusmiddeltesting innen 24 timer
- Rusmiddel/alkohol test

# Veien inn i behandlingssystemet

- De fleste unge henvises eller rekrutteres gjennom barne- og ungdomstjenestene i kommunene som barnevernstjenesten eller psykisk helsevern,
- Inntakskriteriene er som regel atferdsproblemer, noe som øker sannsynligheten for at rusmisbruk også avdekkes,
- Barn og unge med begynnende rusproblemer, men uten atferdsproblemer går ofte «under radaren» og blir sjelden henvist til behandling,
- For å nå ut til flere barn og unge kan det være behov for flere og nye henvisningsrutiner, for eksempel gjennom skolen (skolehelsetjenesten) eller som egenhenvisning eller foreldrehenvisninger,
- Det er også behov for å etablere et lett tilgjengelig tjenestetilbud med virksomme behandlingstilbud til de yngste i alle kommuner.

# Tidlig intervensjon med virksomme tiltak

- Det finnes ikke entydig dokumentasjon på at tidlig intervensjon er virksomt i arbeidet med å forebygge rusmisbruk blant barn og unge,
- Rusmisbruk er et følsomt tema og mange vegrer seg for å ta det opp i forhold til barn eller gripe inn i en tidlig fase av misbruk,
- Hvor tidlig kan en identifisere barn i risiko og hvordan forebygge uten å stemple eller stigmatisere de som er i risiko?
- Det er også vanskelig å identifisere hvem som reelt setter er i risikozonen for senere rusmisbruk da de fleste som får rusproblemer ikke har klare risikoindikatorer på forhånd.

# Kan tidlig intervensjon forebygge utvikling av alvorlige rusproblemer?

- Tidlig intervensjon kan forstås som forebyggende tiltak som iverksettes tidlig i barns liv, eller som problemreduserende tiltak i forbindelse med et begynnende rusmisbruk, særlig hos ungdom,
- Det finnes lite forskning som har fulgt barn fra fødsel til voksen alder for empirisk å kunne studere hvilke risikofaktorer som kan utløse rusmisbruk,
- Det er ikke avdekket unike risikofaktorer for utvikling rusmisbruk og derfor retter forebygging og behandling seg mot et spekter av risikofaktorer, og særlig de som er modifiserbare,
- Universelt forebyggende tiltak virker dårlig for barn og unge med begynnende rusmisbruk, og bør derfor kombineres med mer intensive og omfattende tiltak.

# Læringsbasert rusbehandling (LBR)

- Læringsbasert rusbehandling som hjemmebasert korttidsbehandling har vært utprøvd internasjonalt med gode resultater i forhold til forskjellige klientgrupper med misbruk eller avhengighet,
- Foreløpig har bare noen få studier fokusert på LBR i forhold til ungdommer i tidlig ruskarriere (bl.a. Holth mfl. 2011),
- LBR består av to komponenter: (1) økt oppmerksomhet og oppfølging av rusatferd fra foresatte og bruk av negative og positive konsekvenser for urinprøver, (2) opplæring av barn og unge i selvkontrollstrategier,
- Til tross for oppmuntrende resultater i en norsk og internasjonale studier har det ikke blitt satset på implementering av LBR i større skala.