

Brug ASI-scores til at finde dem, der har brug for psykiatrisk behandling

Folk, der kommer i behandling for misbrug, besvarer ASI-spørgsmål (Addiction Severity Index) i mange af landets kommuner og i private døgnbehandlingsinstitutioner. De mange spørgsmål giver forskerne nogle tal på, hvilke stoffer klienterne har brugt, og hvilke andre problemer, de oplever inden for forskellige livsområder. Dette er hjælpsomt for løbende at forstå og overveje, hvordan vi bedst kan imødekomme stofbrugernes problemer. Men kan spørgsmålene også bruges i behandlingen?

AF BIRGITTE THYLSTRUP, MORTEN HESSE OG KIM BLOOMFIELD

Thomas McLellan, som udviklede ASI i 1980'erne, sagde for nogle år siden, da han var på konference i Odense, at det, som han kalder et evidensbaseret udredningsværktøj, det kalder socialarbejderne for "papirarbejde". Hvis ASI-spørgsmålene mest betragtes som papirarbejde, så vil det rigtige være at holde op med at stille dem og måske finde nogle andre spørgsmål, som kunne fortælle os det, som er vigtigt og nyttigt at vide. Vi ved, at de, der får behandling for et misbrug, ofte har en række andre alvorlige problemer. Nogle har dårligt helbred, nogle er dybt involveret i kriminalitet, rigtig mange er uden for arbejdsmarkedet, og mange har problemer med familie og sociale

relationer. Men hvis ASI-spørgsmålene faktisk kan hjælpe os til at se, hvem der har brug for hvad, så kan de måske være et værktøj til at sikre, at flere får den rigtige hjælp.

Der kan dog være gode grunde til at være forbeholden over for, hvor nyttige ASI-spørgsmålene er. De bliver besvaret, når klienterne lige er på vej ind i behandlingen – nogle steder inden afgiftningen er gennemført, men altid mens klienten er i en sårbar fase i overgangen mellem et liv med misbrug og et liv i behandling. Det er ofte stressende omstændigheder, der gør, at man søger behandling – disse stressende omstændigheder kan være overstået, når man først er i gang med behandlingen, og svarene på spørgsmålene kan derfor være meget anderledes. Man kunne også

Figur 1: ASI-spørgsmålene til psykiatriske symptomer

Der indgår 10 spørgsmål i skemaet

SPØRGSMÅL	SVARMULIGHEDER
1. Har du inden for de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet dig selv som deprimeret? Oplevet håbløshed, skyld, tristhed, tungsindighed, manglende interesse for alt, manglende evne til at få dagligdagen til at fungere, ukontrollabel gråd o.lign.	Ja/Nej
2. Har du inden for de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet svær angst? Oplevet anspændthed, slet ikke at kunne slappe af, dig selv som opfarende og urimelig o.lign.	Ja/Nej
3. Har du inden for de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet svære koncentrationsproblemer? Oplevet store problemer med at koncentrere dig, svære problemer med at huske og forstå informationer o.lign.	Ja/Nej
4. Har du inden for de sidste 30 dage på noget tidspunkt oplevet hallucinationer? Oplevet at se ting, der ikke er der, høre stemmer o.lign.	Ja/Nej
5. Har du inden for de sidste 30 dage på noget tidspunkt oplevet at miste kontrollen over egen aggressive/voldelige adfærd? Oplevet at være voldelig og ikke kunne styre dine aggressioner.	Ja/Nej
6. Har du inden for de sidste 30 dage på noget tidspunkt fået ordineret medicin for psykiske problemer? Fået ordineret medicin af praktiserende læge, psykiater, læge knyttet til misbrugscentret. Kryds også ved JA, hvis du har fået ordineret medicin, men ikke taget den.	Ja/Nej
7. Har du inden for de sidste 30 dage på noget tidspunkt haft selvmordstanker? Haft seriøse overvejelser om at tage dit eget liv.	Ja/Nej
8. Har du inden for de sidste 30 dage på noget tidspunkt forsøgt selvmord? Inkluderer såvel mere diskrete og måske ikke så alvorligt mente selvmordsforsøg som meget tydelige og alvorligt mente selvmordsforsøg	Ja/Nej
9. Hvor mange dage inden for de sidste 30 dage inden indskrivelsen på institutionen har du oplevet de i spørgsmål 1-8 nævnte problemer?	Skriv antal dage
10. Hvor besværet eller bekymret har du været af disse psykiske eller følelsesmæssige problemer de sidste 30 dage? De problemer, der skal tages i betragtning, er dem, du svarede på i spørgsmålet ovenfor.	0 = ikke bekymret 1 = ubetydeligt bekymret 2 = moderat bekymret 3 = betydeligt bekymret 4 = meget bekymret
11. Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for disse psykiske/følelsesmæssige problemer?	0 = ikke vigtigt 1 = ikke særlig vigtigt 2 = noget vigtigt 3 = særdeles vigtigt 4 = meget vigtigt

Den samlede score fås som følger:

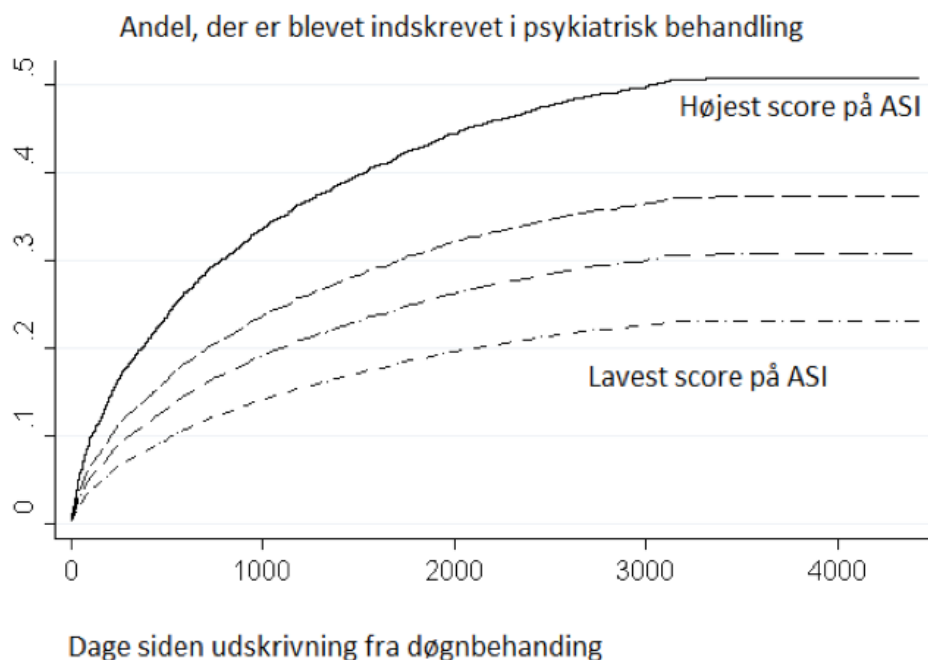
Alle spørgsmål besvaret med "Ja" (spørgsmål 1-8): 1 point

Spørgsmål 9 divideres med 30

Spørgsmål 10 og 11 divideres med 4

Summen divideres med 11

Altså får man en score på 0,00, hvis man svarer "Nej" til 1-8, svarer 0 dage i spørgsmål 9, ikke er bekymret for psykiske eller følelsesmæssige problemer, og ikke synes det er vigtigt at få behandling for denne slags problemer. Svarer man "Ja" til 1-8, 30 dage i spørgsmål 9, og at man er meget bekymret, og at behandling er meget vigtigt, så får man en score på 1,00.



Figur 2: Sammenhæng mellem ASI-psykiatrisk score og senere psykiatrisk behandling

tænke sig, at nogle klienter vil overdrive deres problemer, når de svarer på spørgsmålene ved indskrivning i behandling, fordi det er et råb om hjælp, eller fordi de ønsker, at personalet hurtigt udleverer abstinensdæmpende medicin i passende doser.

Undersøgelse af værdien af ASI-spørgsmål om psykiske symptomer

I en undersøgelse, som netop er blevet publiceret (1), har vi derfor set på, om den del af ASI-spørgsmålene, som omhandler psykiatriske problemer inden for den sidste måned, kan bruges til at identificere de klienter, som senere kommer i psykiatrisk behandling, og de klienter, som senere begår selvmord. Hvis man allerede efter udfyldningen af ASI kan se, om en klient har en høj eller lav risiko for selvmord eller for at få brug for psykiatrisk behandling, bliver det i højere grad muligt at tilbyde relevant behandling, der fokuserer på disse problemer samtidig med misbrugsbehandlingen, samt sørge for, at der bliver iværksat behandling og opfølgning på klientens psykiske problemer, når klienten ikke længere er i misbrugsbehandling.

I undersøgelsen brugte vi de mænd og kvinder, som i perioden 2000–2010 havde været indskrevet på én af de døgninstitutioner, som indgår i DanRIS, et nationalt register over misbrugsbehandling, og som havde udfyldt ASI-skemaet.

Vores undersøgelsesdesign

Vi sammenkoblede DanRIS-databasen med psykiatri-

ske indlæggelser i den centrale database over hospitalsindlæggelser i Danmark ("LPSYPOP", som er en del af Landspatientregisteret), og med dødsårsagsregisteret. Derefter undersøgte vi, om de, der havde højere score på ASI-spørgsmål om psykiatriske problemer havde større risiko for at få psykiatrisk behandling eller for at begå selvmord. Vi inkluderede alle typer af kontakt med psykiatrisk behandling, både skadestuer, ambulant behandling og indlæggelse på sengeafsnit.

Selv mord blev defineret som intentionel selvskade som den primære dødsårsag (ud fra ICD-10 koderne X60-X84).

I de statistiske analyser kontrollerede vi for, om klienterne tidligere havde været i behandling i psykiatrien, køn, alder, andre ASI-skalaer inden for de sidste 30 dage, og hvor længe klienterne var i døgnbehandlingen.

Hvad fandt vi?

Af de 5.825 klienter, som var indskrevet i perioden, var der 1.769 klienter, der senere kom ind i psykiatrisk behandling, og 27, som begik selvmord.

For psykiatrisk behandling var det sådan, at forskellen på den laveste og højeste ASI-score svarede til, at risikoen for psykiatrisk behandling var knap 3,5 gang højere ved en ASI-score på 1,00 end ved en ASI-score på 0,00. Derudover viste det sig, at de unge havde mindre risiko for at komme i psykiatrisk behandling, de mere kriminelt belastede havde mindre risiko for psykiatrisk behandling, og de mere alkohol-



belastede havde større risiko. Endelig var et længere forløb i døgnbehandling forbundet med mindre risiko for psykiatrisk behandling.

Sammenhængen mellem ASI-psykiatrisk score og senere psykiatrisk behandling er illustreret i Figur 2: Vi opdelte her klienterne i fire lige store grupper efter psykiatriske symptomer fra lavest til højest. Blandt den fjerdedel, der havde den laveste score på psykiatriske symptomer, var der efter cirka 12 år cirka 20%, der havde været indskrevet i psykiatrisk behandling – blandt den fjerdedel med den højeste score var det over halvdelen.

For selvmord var forskellen på at score 0,00 på psykiatriske symptomer og at score 1,00 endnu større: Risikoen for selvmord var 11 gange højere, sammenlignet med gruppen, der scorede 0. Denne sammenhæng er illustreret i Figur 3 på samme måde som med de psykiatriske behandlinger.

I Figur 3 er det igen tydeligt, at der er stor forskel på dem, der scorer højt på ASI, og dem, der scorer lavt. Antallet af selvmord er ikke stort, og selv blandt den gruppe, der scorer højest på skalaen, er det mindre end 8 promille, som ender med at begå selvmord i løbet af de 12 år.

Man kan faktisk bruge ASI spørgsmålene

Samlet set peger resultaterne på, at vi ved at bruge ASI-spørgsmålene kan få kontakt med en gruppe af klienter, som for en stor dels vedkommende vil få brug for psykiatrisk behandling. Når man ved, hvem klienterne er, kan man igangsætte en behandling, allerede mens de er i misbrugsbehandling, og på den måde undgå, at de skal gå længe og få det dårligere og dårligere, før de endelig en dag kommer i kontakt med det psykiatriske system – og måske endda ender med at tage livet af sig.

Her er der mange modeller – man kan lave nærmere udredning og udbyde samtalebehandling på misbrugscenteret, medicinering af eksempelvis angst eller depression, man kan henvise til behandlingspsykiatrien, eller man kan have særlige tilbud til gruppen af dobbeltdiagnosticerede patienter. Én af artiklerne i dette nummer af STOF handler om et sådant tilbud, nemlig Modelcellen på Stolpegården. ■

(1): Thylstrup, B., Bloomfield, K. og Hesse, M. (2018): Incremental predictive validity of the Addiction Severity Index psychiatric composite score in a consecutive cohort of patients in residential treatment for drug use disorders. *Addictive Behaviors*. 76 (1): 201-207. Epub 2017 Aug 22.v

Figur 3: Sammenhæng mellem ASI-psykiatrisk score og selvmord

