

# Rapport om døgnbehandling af stofmisbrug



# **Rapport om døgnbehandling af stofmisbrug**

**Morten Hesse**

**Birgitte Thylstrup**

**Sidsel Schrøder**

**Center for Rusmiddelforskning**

**Aarhus Universitet**

**2012**

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2012

Tryk: J & R Frydenberg a/s, København

ISBN:

Center for Rusmiddelforskning

Bartholins Allé 10

8000 Aarhus C

Tlf.: 8716 5313

Fax: 8716 4420

[www.crf.au.dk](http://www.crf.au.dk)

E-mail: [crf@crf.au.dk](mailto:crf@crf.au.dk)

## Indhold

|   |    |
|---|----|
| Forord .....  | 9  |
| Rapportens anbefalinger.....  | 11 |
| Resume .....  | 13 |
| Hvordan anvendes døgnbehandling? .....  | 13 |
| Hvordan går det misbrugere i behandling?.....   | 13 |
| Behandlingseffekt og klienttilfredshed .....  | 14 |
| Klientbeskrivelser af døgnbehandling og opfølgende behandling .....                           | 14 |
| Opbygning af rapporten .....  | 16 |
| Kapitel 1. Nyere undersøgelser af døgnbehandling i Danmark .....                              | 17 |
| Resume .....  | 17 |
| Status for forskning .....  | 17 |
| Kapitel 2. Behandlingsmodaliteter og status.....  | 19 |
| Resume .....  | 19 |
| Baggrund for den aktuelle situation vedrørende døgnbehandling .....                           | 19 |
| Afgrænsning af døgnbehandling .....   | 21 |
| En overordnet forståelsesramme for evaluering af døgnbehandling og opfølgende behandling..... | 22 |
| Status for anvendelsen af døgnbehandling i Danmark .....                                      | 24 |
| Varigheden af døgnbehandlingsforløb.....  | 28 |
| Anvendelse af dagbehandling i forhold til døgnbehandling.....                                 | 29 |
| Kapitel 3. Metode.....  | 31 |
| Resume .....  | 31 |
| Design .....  | 31 |
| Opfølgning .....  | 31 |
| Statistiske metoder .....   | 32 |
| Kapitel 4. Beskrivelse af klientgruppen .....   | 33 |
| Oversigt over kapitlet.....   | 33 |

|  |    |
|--|----|
| Tilsagn til undersøgelsen .....  | 33 |
| Ligner klientgruppen de resterende klienter i døgnbehandling? .....          | 34 |
| Klientgruppens ambulante behandling før det aktuelle behandlingsforløb ..... | 36 |
| Alkohol og stoffer .....   | 37 |
| Boligsituation .....   | 37 |
| Kapitel 5. Opfølgning 6 måneder efter udskrivning fra døgnbehandling         | 39 |
| Resume .....   | 39 |
| Opfølgningen.....  | 39 |
| Sammenligning mellem interviewede og ikke-interviewede klienter .....        | 40 |
| Brug af narkotika og alkohol.....  | 40 |
| Belastningsområder .....   | 41 |
| Baggrundsvariable.....   | 41 |
| Misbrug før og efter døgnbehandlingen .....                                  | 42 |
| Fortsat forskel på opioidbrugere og andre? .....                             | 42 |
| Klienternes sociale netværk .....  | 44 |
| Kriminalitet efter behandlingen .....  | 46 |
| Opfølgende behandling og kontakt til visiterende myndigheder.....            | 47 |
| Fastholder klienterne kontakten til den henvisende myndighed? .....          | 48 |
| Hvilke behandlingstilbud modtog klienterne? .....                            | 49 |
| Hjælper opfølgende kontakt mod tilbagefald? .....                            | 50 |
| Medicinering for psykiske lidelser.....                                      | 51 |
| Kapitel 6. Tilfredshed med behandling .....                                  | 53 |
| Resume .....   | 53 |
| Spørgeskemaet .....  | 53 |
| Tilfredshed med døgnbehandling .....   | 53 |
| Tilfredshed med opfølgende behandling.....                                   | 56 |
| Er behandlingstilfredshed forbundet med misbrug? .....                       | 58 |
| Kapitel 7. Klienternes beskrivelser af døgnbehandlingen .....                | 61 |

|   |           |
|---|-----------|
| Resume .....  | 61        |
| Anvendelse af åbne spørgsmål til undersøgelse af behandlings-<br>tilfredshed..... | 61        |
| Behandlingsmiljø .....  | 62        |
| Sociale faktorer .....  | 64        |
| Behandling .....  | 69        |
| Udbytte af døgnbehandling.....  | 72        |
| <b>Kapitel 8. Klienternes beskrivelser af den opfølgende behandling .....</b>     | <b>75</b> |
| Resume .....  | 75        |
| Oplevelsen af behandlingen .....  | 75        |
| Positiv oplevelse af opfølgende indsats .....                                     | 75        |
| Positivt fravalg af opfølgende indsats.....                                       | 80        |
| Plads til forbedringer.....   | 81        |
| Opsummering af klientbeskrivelser .....   | 87        |
| Litteratur.....   | 89        |





## Forord

Dette er den tredje rapport fra Center for Rusmiddelforskning til Socialministeriet om døgnbehandling af stofmisbrug i Danmark.

Først en stor tak til medarbejdere på de involverede døgninstitutioner for godt samarbejde og stor indsats i forhold til undersøgelsen. En særlig tak til de institutioner, der har bidraget med det store arbejde, som det har været at indsamle de arbejdsbøger, der også er brugt i undersøgelsen. Det sætter vi stor pris på.

Vi vil gerne takke klienterne for deres samarbejde i undersøgelsen – endnu en gang har de været åbne og interesserede i at bidrage til feltet. Endelig en tak til forskningsmedarbejderne Liv Nautrup Heerwagen, Merete Poulsen, Sheila Jones, Karina Holm og Marianne S. Thomsen, som på forskellige tidspunkter har bistået ved indsamling af data.

Til slut også tak til Socialministeriet for at muliggøre denne undersøgelse.



## Rapportens anbefalinger

Det er gennemgående for denne rapports anbefalinger, at de retter sig mod anvendelsen af døgnbehandling. Da de lokale forhold på behandlingsinstitutionerne er forskellige, vil omsætning af anbefalingerne i praksis derfor også være forskellige.

Anbefalingerne skal ses på basis af to overordnede konklusioner:

- Der sker en meget markant reduktion i misbrugsbelastning for den gruppe, som i dag visiteres til døgnbehandling.
- Det lykkes allerede i dag at engagere flertallet af de klienter som udskrives fra døgnbehandling i opfølgende behandling.

Med hensyn til anvendelse af døgnbehandling gives følgende anbefalinger:

- Kommunerne bør sikre sig, at klienternes oplevelse af døgnbehandlingen bliver acceptabel. Til trods for, at de fleste døgnbehandlingsinstitutioner fik rosende ord fra en stor del af klienterne i denne undersøgelse, er der enkelte institutioner, som fik ganske mange kritiske ord. Kvaliteten af behandlingen på en given institution kan variere over tid, og derfor bør man løbende følge op på situationen på de døgnbehandlingsinstitutioner, man samarbejder med.
- Da dagbehandling indgår som et intensivt alternativ til døgnbehandling, bør dagbehandling monitoreres som et behandlingstilbud på linje med døgnbehandling og indgå i evalueringer af det samlede udbud af intensiv behandling for stofafhængige.
- Når kommunerne visiterer klienter til døgnbehandling, bør der være let tilgængelig opfølgning efter døgnbehandlingsforløbet, og der bør investeres ressourcer i at sikre, at kontakten fastholdes i forbindelse med udskrivning. Samtidig er det afgørende, at der etableres en politik omkring fleksibilitet og imødekommenhed over for de klienter, som udskrives fra behandlingen uanset årsag.
- Der bør være et fleksibelt behandlingstilbud til klienterne efter døgnbehandling, som omfatter ambulante tilbud og tilbud uden for almindelig arbejdstid, blandt andet af hensyn til stofafhængige, som påbegynder uddannelse eller arbejde i direkte forlængelse af døgnbehandlingen.

- Til trods for store fremskridt i forhold til reduktion af misbrug efter behandlingen oplever klientgruppen, som har været i døgnbehandling, massive sociale problemer efter endt behandlingsforløb. De største problemer er inden for boligsituation, mangel på uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning. Dette er kerneopgaver for kommunerne, og det er væsentligt, at kommunen derfor arbejder med et langvarigt sigte og engagement i forhold til klienter, der har været i døgnbehandling.
- I lyset af de begrænsede fremskridt, der ses i gruppen med hensyn til social funktion, anbefales det, at man fokuserer på at planlægge rehabiliteringsforløbet med fokus på både bolig, beskæftigelse og efterbehandling.

## Resume

Denne rapport beskriver anvendelse af døgnbehandlingstilbud for stofmisbrug. Det er den tredje rapport fra Center for Rusmiddelforskning i den monitorering af behandlingstilbud for stofmisbrugere, som pågår løbende. Undersøgelsen bag rapporten er udarbejdet i tidsrummet oktober 2010 til januar 2012 og baserer sig på oplysninger fra 165 klienter fra 21 institutioner fordelt på Sjælland, Fyn, Jylland og Bornholm. I alt 131 klienter blev udskrevet inden 1.7.2011 og kunne derfor kontaktes med henblik på opfølgning i form af personlige interviews 6 måneder efter udskrivning fra døgnbehandling. I praksis blev 82 klienter (63%) fulgt op gennem et personligt interview, og status med hensyn til misbrug var kendt på yderligere 24 (18%).

Rapporten er ikke fuldt dækkende for alle kommunale eller private døgnbehandlingstilbud i Danmark. I stedet sættes der fokus på en række problemstillinger inden for behandling af stofmisbrug i døgnbehandlingsregi og opfølgning efter døgnbehandling generelt.

### Hvordan anvendes døgnbehandling?

Over de seneste 2 år har der været et markant fald i anvendelsen af døgnbehandling. Dette kan ikke alene forklares ud fra en ændret sammensætning af det klientel, som søger behandling for et stofmisbrug.

Der ses et sammenfald imellem et stigende fokus på dagbehandling i behandlingen af stofmisbrug i kommunerne og faldet i døgnbehandling, og flere klienter i undersøgelsen nævner da også dagbehandling som et alternativ eller som en mulighed for opfølgning i forhold til deres døgnbehandlingsforløb.

Døgnbehandling fungerer derfor i stigende grad som et kortere forløb, inden klienten kommer i dagbehandling, og kun til de klienter, som ikke kan gå direkte i dagbehandling. Hertil kommer omsorgsbehandling for svært belastede stofafhængige.

### Hvordan går det misbrugere i behandling?

Overordnet blev det fundet, at der var store, og statistisk signifikante forbedringer i stofmisbrug ved seks måneders opfølgningen hos gruppen af stofmisbrugere.

En mindre del af stofmisbrugerne kom helt ud af deres misbrug, og dette inkluderer personer, der har været på metadon eller heroin. Rapporten viser således, at døgnbehandling overordnet virker positivt. Der sker altså en positiv bevægelse både under og efter klienternes døgnbehandling, men der er på den anden side også plads til forbedringer.

### **Behandlingseffekt og klienttilfredshed**

Forskning inden for behandling af stofmisbrug fokuserer i stigende grad på behandlingstilfredshed [1, 2]. Tidligere undersøgelser har vist, at tilfredshed med misbrugsbehandling er forbundet med resultatet af behandlingen [se eksempelvis reference 3, 4].

Det endelige resultat af et behandlingsforløb påvirkes af en lang række faktorer, som behandlingstilbuddet kun i begrænset omfang kan påvirke: den enkelte klients støtte i vennekreds og familie, klientens muligheder på arbejdsmarkedet, tilgængelighed af behandling for fysiske og psykiske sygdomme og adgang til tilfredsstillende boligforhold. Omvendt kan tilfredsheden ses som en direkte afspejling af behandlingstilbuddets relevans for målgruppen. Føler klienterne, at behandlingstilbuddet er tilfredsstillende? Føler klienterne sig hjulpet af behandlingstilbuddet? Føler de, at omfang og type af behandling er passende? Hvis klienterne oplever behandlingstilbuddet som relevant og tilfredsstillende, er det også mere sandsynligt, at de ikke afbryder behandlingen og dermed har mulighed for at få hjælp af behandlingen.

Det vises i rapporten, at behandlingstilfredshed kan ses i klar sammenhæng med effekten af behandlingen. Imidlertid er sammenhængen mellem behandlingstilfredshed og resultat endnu større, når man ser på tilfredsheden med den opfølgende behandling. Set fra et evalueringsperspektiv er behandlingstilfredshed derfor en relevant indikator for behandlingskvalitet.

### **Klientbeskrivelser af døgnbehandling og opfølgende behandling**

I rapporten inddrages klienternes beskrivelser af deres døgnbehandlings- og opfølgingsforløb. Det fremgår, at et døgnophold for mange klienter udgør et positivt miljøskift og er med til at skabe en ro og stabilitet, som støtter dem i at arbejde med deres misbrugsproblemer. Samtidig oplever særlig klienter med hjemmeboende børn ambivalente følelser i forhold til at skulle væk hjemmefra i flere måneder, især når det ikke er afklaret, hvordan

døgnopholdet i praksis kombineres med samvær og pasning af børnene. Behandlingsmiljøet på døgninstitutionen har stor betydning for klienternes tilfredshed med behandlingen, og det vægtes, at klienterne oplever miljøet som venligt, omsorgsfuldt og inkluderende, samt at personalet er tilgængeligt og opsøgende. I forhold til behandlingen udgør struktur og organisering af behandlingen et vigtigt omdrejningspunkt for klienternes overblik og engagement i behandlingsforløbet. Det er vigtigt, at behandlingen fremstår som overskuelig, at klienterne oplever, at den retter sig mod deres individuelle behov, og at der samles op på de tiltag, der sættes i værk. Endelig understreges betydningen af, at klienterne får forklaret behandlingen, så den giver mening, samt at de oplever at have medindflydelse og medansvar i forhold til behandlingsforløbet. Hvad angår de sociale aspekter ved at bo tæt med andre klienter, oplever flertallet det som noget positivt, men at der også er tale om en tilvænningsproces. Dette gælder ikke kun de terapeutiske samfund, hvor man bevidst arbejder med fællesskabet som metode, men også en række institutioner, som refererer til andre traditioner. Det oplevede udbytte af døgnbehandlingen beskrives både som ændringer i klienternes stofbrug, adfærd og sociale kompetencer samt oplevelsen af at have fået redskaber til at håndtere deres livssituation.

I forhold til den opfølgende indsats er det vigtigt, at klienterne efter døgnbehandlingen automatisk tilbydes en form for opfølgende indsats med udgangspunkt i en kontakt eller samtale. Her understreges betydningen af, at kontakten mellem klient og det offentlige er præget af tilgængelighed og tillid, at klienten oplever at have medindflydelse, og at der tages hensyn til hans eller hendes ønsker og behov. Hvad angår selve indsatsen er det væsentligt for klienternes tilfredshed, at den tager højde for deres samlede livssituation, og at de oplever, at der er overensstemmelse mellem deres behov og de behandlingstilbud, der er. Ligeledes er det væsentligt, at den opfølgende indsats og behandling beskrives, så klienterne oplever, at den indeholder et klart og meningsfuldt formål og mål, og at der hurtigt tilbydes anden behandling, hvis det første tilbud viser sig ikke at passe til klienten. Her er det vigtigt, at de involverede instanser prioriterer at kommunikere og koordinere indsatserne, så de er overskuelige og giver mening for klienten.

## Opbygning af rapporten

Rapporten beskriver først overordnede fund og anbefalinger i forhold til de kerneområder, der er undersøgt: Hvordan går det misbrugere i stofbehandling, hvad er udbredelsen af deres stof- og alkoholbrug, hvilke psykiske lidelser har de, og hvor lange er deres behandlingsforløb og deres tilfredshed med forløbene.

Kapitel 1 indeholder en kort redegørelse for nyere danske undersøgelser af døgnbehandling, som danner baggrund for den nærværende rapport.

Kapitel 2 indeholder definitioner af behandlingsbegreber og kommentarer til evalueringsskriterier inden for døgnbehandling og opfølgning. I denne del beskrives også rammevilkår og afgrænsninger for døgnbehandling samt prototypiske behandlingstilbud.

Kapitel 3 beskriver design og metode for undersøgelsen, de udredningsinstrumenter, der er brugt, samt anvendte statistiske analysemetoder.

Kapitel 4 beskriver undersøgelsesgruppen.

Kapitel 5 gennemgår de overordnede resultater fra undersøgelsen. Her beskrives målgruppens stof- og alkoholforbrug samt psykiske symptomer og vanskeligheder. Derudover gennemgås klienternes hospitalskontakter og angivne kriminalitet, anholdelser og fængselsafsoning inden for undersøgelsesperioden.

Kapitel 6 beskriver kvantitative data vedrørende behandlingstilfredshed.

Kapitel 7 beskriver klienternes oplevelser af døgnbehandlingen.

Kapitel 8 beskriver klienternes oplevelser af den opfølgende behandling og indeholder en samlet opsummering af klienternes oplevelser af døgnbehandling og opfølgende indsatser.



## Kapitel 1. Nyere undersøgelser af døgnbehandling i Danmark

### Resume

Dette kapitel gennemgår den aktuelle forskning vedrørende døgnbehandling for stofmisbrug og beskriver status for forskning og monitorering.

### Status for forskning

Der har i de seneste år været gennemført en række undersøgelser vedrørende døgnbehandling af stofmisbrug i Danmark. Vi vil særligt fremhæve undersøgelser, som direkte har haft betydning for fokus i denne rapport.

I 1996 gennemførte Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, den første evaluering af den stoffri døgnbehandling i Danmark. Undersøgelsen af den stoffri døgnbehandling startede i 1994-95 og blev efterfulgt af etableringen af Dansk Registrerings- og Informationssystem (DanRIS-Døgnbehandling, se [www.danris.dk](http://www.danris.dk)) i 2001-2002. I en bekendtgørelse fra 2004 blev det gjort pligtigt for døgninstitutionerne at indsende data til DanRIS, hvis man ønskede at modtage stofafhængige betalt af det offentlige, og stort set alle døgnbehandlingssteder er derfor registreret i DanRIS-Døgnbehandling siden 2004.

En af idéerne med DanRIS var, at de data, som blev registreret i dette system, kunne danne grundlag for en undersøgelse af, hvilke klienter der blev indskrevet i døgnbehandling – hvad kendetegnede deres misbrug og generelle belastningsgrad, og hvordan det gik dem?

Den sidste undersøgelse af stoffri døgnbehandling foretaget fra Center for Rusmiddelforskning er fra 2008, hvor data blandt andet blev sammenholdt med to opfølgingsundersøgelser fra henholdsvis 1998 og 1999. For at kunne sammenligne den aktuelle undersøgelse med de tidligere undersøgelser blev det prioriteret at inkludere mange af de samme fokusområder. Dette gælder forskellige baggrundsoplysninger om klienterne samt oplysninger om forbehandling og tid fra indskrivning til indlæggelse i døgnregi. Som følge af resultaterne i rapporten fra 2008 blev vigtigheden af at betragte døgnbehandling som en parentes i et behandlingsforløb pointeret. Det vil sige, at det blev understreget, at både forbehandling og efterbehandling eller en opfølgende indsats efter klientens døgnbehandling udgør vigtige pa-

rametre for at forstå, hvordan det overordnede behandlingsforløb støtter klientens bedringsproces.

Et af hovedformålene med nærværende undersøgelse var derfor at sætte fokus på tiden før og efter døgnbehandling. Det blev valgt at sætte særligt fokus på klienternes oplevelse af de ydelser, der blev tilbudt i døgnbehandling og ved opfølgningen efter døgnbehandlingen. Dette valg var også baseret på undersøgelsen af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, foretaget af SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd [5]. Rapporten var rekvireret af Servicestyrelsen og indeholder blandt andet en række tværsnitssurveys, herunder en gruppe af tidligere behandlede misbrugere. Rapporten understregede behovet for et øget fokus på opfølgning efter behandling og anbefalede at styrke indsatsen omkring udslusning efter behandling, både i forbindelse med overgang fra døgnbehandling til ambulante behandling og ved afslutning af behandling generelt.

En undersøgelse af ambulante behandling foretaget af Center for Rusmiddelforskning i 2011 viste, at behandlingstilfredshed var forbundet med større reduktion i misbrug – et fund, som også ses i større internationale undersøgelser [6]. En af anbefalingerne i denne rapport var derfor at evaluere behandlingstilbud systematisk ud fra behandlingstilfredshed med anvendelse af en internationalt valideret standard. Som følge af dette inkluderede denne undersøgelse af døgnbehandling og opfølgning efter døgnbehandling et systematisk fokus på klienternes tilfredshed med begge faser i behandlingen.

## Kapitel 2. Behandlingsmodaliteter og status

### Resume

Kapitlet gør status for anvendelse af døgnbehandling i Danmark med hensyn til målgruppe og varighed af behandlingsforløb.

Kommunalreformen har medført ændringer, som ud over en omorganisering af ambulante behandlingsudbydere, også har medført en ændring i opbygning og organisering af døgnbehandlingen inden for eksisterende behandlingstilbud og de nye tilbud, der udvikles i kommunalt og privat regi. Antallet af døgnbehandlingsforløb er forholdsvis stabilt fra 2003 til 2009, hvorimod der fra andet halvår af 2009 ses et dramatisk fald for hvert halve år. Denne gælder for alle grupper af stofmisbrugere fra det ambulante behandlingssystem. I den samme periode er der sket en udbygning af dagbehandlingstilbud i en række kommuner og på flere private behandlingssteder, og det er sandsynligt, at ændringer i brug af døgnbehandling skal ses i lyset af dette nye tilbud.

Faldet i klienthenvisninger sammenlagt med fald i den gennemsnitlige længde af behandlingsforløb siden 1997 peger på, at døgnbehandling i stigende grad anvendes på en ny måde. Det kan både være i form af i højere grad at sende klienter af sted, som vurderes at kunne gennemføre et døgnophold, og at klienter i højere grad tilbydes kortere døgnbehandlingsforløb efterfulgt af dagbehandling, hvis det vurderes, at de ikke kan opnå stoffrihed i ambulante regi.

### Baggrund for den aktuelle situation vedrørende døgnbehandling

Kommunalreformen i 2007 har betydet, at misbrugsbehandling overordnet set har gennemgået en udvikling på mange områder. Den mest gennemgribende forandring er, at den bevilgende og betalende instans, kommunen, er ansvarlig for en lang række andre ydelser såsom beskæftigelsesindsats, henvisning af boligløse til boligtilbud, indsats for hjemløse og forhold omkring indsatsen for mindre børn. Dette betyder, at det er potentielt muligt for kommunerne at koordinere indsatsen med hensyn til misbrugsbehandling med disse øvrige indsatser, og at denne samordning ikke kræver samarbejde på tværs af forvaltningsmæssigt forskellige enheder. Som følge af kommunalreformen var kommunerne i en periode forpligtet til fortsat at aftage de amtslige institutioners tilbud i forhold til ambulante misbrugsbe-

handling. Efterfølgende har et stigende antal kommuner valgt selv at varetage misbrugsbehandlingen og kun at udlicitere behandlingen for enkeltklienter, som eksempelvis tilbydes døgnbehandling.

Nogle kommuner har indgået partnerskaber med nabokommuner eller aftager behandlingsydelser fra nabokommuner. De enkelte kommuner er i henhold til servicelovens § 139 forpligtet til at udarbejde en kvalitetsstandard for kommunens tilbud om social behandling for stofmisbrug efter § 101 i serviceloven. Ifølge servicelovens § 101 skal kommunalbestyrelsen tilbyde behandling i form af enten ambulante, dag- eller døgnbehandling til stofmisbrugere senest 14 dage efter brugerens henvendelse. Det er hensigten, at afgørelsen vedrørende behandlingsindsats bygger på en konkret, individuel helhedsvurdering af klientens behov og situation, og at klienten får en skriftlig, begrundet afgørelse, som indeholder oplysninger om formålet med behandlingsindsatsen, hvad der er bevilget, og hvad der er den forventede varighed af indsatsen samt hensyn til særlige forhold. Fristen kan dog fraviges, hvis en person, der er visiteret til behandling, vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, kommunalbestyrelsen har visiteret til [7].

Der er lokale forskelle på kommunernes visitationssystemer, og initiativet til døgnbehandling kan derfor komme fra forskellige steder. Nogle kommuner varetager selv dele af den ambulante stofmisbrugsbehandling, mens andre kommuner køber behandlingsindsatser fra en ekstern udbyder. Det betyder blandt andet, at de kommuner, der køber behandlingen af en udbyder, lader udbyderen stå for udredningen. Derfor bliver det i praksis ofte udbyderen, som tager initiativ til visitation til døgnbehandling. SFI's undersøgelse viste, at visitationskompetencen, alt efter hvilken behandlingsindsats der visiteres til, kan være placeret forskellige steder, enten hos en visitator eller i et visitationsudvalg på selve behandlingsstedet eller understationeret til et kommunalt behandlingssted fra en myndighedsafdeling. Derudover kan visitationskompetencen ligge uden for behandlingsstedet inden for egen kommune eller i en anden kommune. Undersøgelsen påviste også forskelle i visitators kontakt med klienten. Hvor visitatoren i nogle kommuner ikke havde personlige samtaler med klienterne, havde visitatoren i andre kommuner meget klientkontakt.

## Afgrænsning af døgnbehandling

Døgnbehandlingen er det mest omfattende tilbud til stofmisbrugere og retter sig generelt mod stofafhængige, hvis samlede situation er så belastet, at dagbehandling ikke vurderes at være dækkende. I døgnbehandling behandles klienten ved, at han eller hun tager på en institution, hvor alle klienter overnatter. Her foretages eventuelt afgiftning, og man søger at undgå, at der foregår indtag af stoffer eller alkohol ud over medicin efter ordination. Oftest er formålet med døgnbehandling, at klienten skal ophøre med alt illegalt misbrug og aftrappe al medicinsk behandling for misbrug, såsom metadon eller buprenorphin. Visitation til døgnbehandling sker på baggrund af det forudgående visitationsforløb. Døgnbehandling foregår på godkendte døgninstitutioner under kommunalt tilsyn. Varigheden kan svinge meget, hvilket vil blive gennemgået senere i rapporten.

Døgnbehandling og de afgiftningsforløb, der ofte indgår, kan skelnes fra to andre typer af behandling for stofmisbrug, som typisk leveres med betaling fra kommuner i Danmark:

*Ambulant behandling* kan karakteriseres som et lavintensitetstilbud, hvor sigtet både kan være skadesreduktion eller stoffrihed. Ydelsen ligger på 2-8 gange om måneden og består ofte af rådgivning, samtaleforløb og lægekonsultation og i nogle tilfælde udredning hos psykiater.

I *dagbehandling* ydes en struktureret behandling på samme måde, som man har dagpatienter i psykiatrien. Patienterne møder typisk mandag til fredag, 5-8 timer dagligt, og deltager i et fast skema, som almindeligvis indbefatter gruppebehandling af forskellig slags og aktiviteter såsom sport eller madlavning, som har et pædagogisk/socialt sigte.

|                        |   |
|------------------------|---|
| 1. Ad hoc samtaler*    | Tilbud om samtaler ca. hver 14. dag.                                    |
| 2. Ambulant behandling | Tilbud om samtale mindst 2 gange om måneden og højst 8 gange om måneden |
| 3. Dagbehandling       | Tilbud om samtaler mere end 8 gange om måneden i ambulant regi          |
| 4. Døgnbehandling      | Stoffri døgnbehandling og stabiliserende døgnbehandling                 |

**Figur 1. Forskellige intensiteter i den psykosociale behandling efter Pedersen og Nielsen [7]**

\* Ad hoc samtaler stemmer dog ikke overens med behandlingsgarantiens intentioner, med mindre brugeren har været længere tid i behandling, og stabilisering er det umiddelbare mål for indsatsen.

De ændringer, som kommunalreformen har medført, har, ud over en omorganisering af ambulante behandlingsudbydere, også medført en ændring i opbygning og organisering af døgnbehandlingen, både af allerede eksisterende behandlingstilbud samt i de nye tilbud, der udvikles i kommunalt og privat regi. Der er ikke lavet en oversigt over, hvilke ydelser disse behandlingstilbud rummer, men der er dog nogle grundlæggende ydelser, som går igen de fleste steder: afgiftningsforløb, stabilisering, adfærdsregulering, gruppebehandling og samtalebehandling. Endvidere gælder det alle steder, at klienterne i større eller mindre omfang indgår i det praktiske arbejde i form af rengøring, madlavning og oprydning. Dette tjener til at skabe struktur i hverdagen og til at skabe medansvar blandt klienterne for at få hverdagen til at fungere og til at forberede den enkelte klient på at klare dagligdags gøremål efter døgnopholdet.

### **En overordnet forståelsesramme for evaluering af døgnbehandling og opfølgende behandling**

Døgnbehandling er en meget indgribende behandling. For klienten betyder døgnbehandling, at han eller hun kommer væk fra sin omgangskreds og sin dagligdag. Eventuelle børn kan almindeligvis ikke medfølge, og det samme gælder almindeligvis partneren. Derfor er det normalt kun mennesker med ganske svære misbrugsproblemer, som indgår i døgnbehandling.

Samtidig er døgnbehandling også omkostningstung. Prisen per måned for behandling ligger typisk omkring 45.000 DKK. En række kommuner, som vi kender til, forsøger da også at levere en stepped-care model, hvor man først forsøger at tilbyde en mindre indgribende behandling og så først øger behandlingsintensiteten, når det konstateres, at den mindre indgribende behandling ikke fungerer. Dette kan, sammen med den nedenfor omtalte tendens i retning af mere dagbehandling, være med til at forklare, at der har været et vist fald i anvendelsen af døgnbehandling siden 2009.

Til trods for den relativt store udgift, som er forbundet med døgnbehandling, findes der dokumentation for, at døgnbehandling generelt 'betaler sig selv' for samfundet som helhed igennem reducerede udgifter ved især

kriminalitet, endda sådan, at udgifterne for samfundet er mindre end de er før, så længe behandlingen står på [8].

For klienten og kommunen er målet for døgnbehandling, at klienten skal opleve store, og ideelt set langvarige, forandringer af hans eller hendes livssituation. Antagelsen er, at der i døgnbehandlingsregi sker store forandringer for klienterne igennem de læringsprocesser, der muliggøres i denne form for intensivt behandlingsforløb. Tidligere forskning fra blandt andet Center for Rusmiddelforskning tyder dog på, at effekten af behandlingen er størst umiddelbart efter klientens udskrivning fra døgnbehandling [9].

Dette peger igen på, at effekten af døgnbehandling kun kan være ved, når der foreligger en plan for efterforløbet, for eksempel i form af en struktureret opfølgende indsats efter døgnbehandlingsforløbet, som kan bestå af forskellige former for efterbehandling, tiltag i retning af resocialisering, og støtte til at lære at fungere i samfundet efter behandlingen.

I en undersøgelse fra Center for Rusmiddelforskning blev klienter, der var indskrevet omkring 1997, sammenlignet med klienter, der var udskrevet 2007-2008 [10]. Undersøgelsen baserede sig på personer, der var opiat-afhængige. Tilbagefaldsraten var uændret i perioden. Undersøgelsen viste, at:

- Det i 1997 især var personer, der ikke faldt tilbage til misbrug, som var i behandling i løbet af opfølgingsperioden.
- De som faldt tilbage, gik for en stor dels vedkommende uden behandling, og havde et massivt misbrug i hele opfølgingsperioden.

I 2007-2008 havde tingene forandret sig:

- Efter døgnbehandlingen var klienter i højere grad genindskrevet i ny behandling generelt, en forskel der var særligt markant for klienter der faldt tilbage i misbrug.
- Til trods for at klienterne havde haft tilbagefald i samme grad i 2007-2008 som i 1997, lykkedes det dem i højere grad i 2007 at blive stoffri igen, og langt færre klienter var massivt misbrugende under hele opfølgingsperioden.

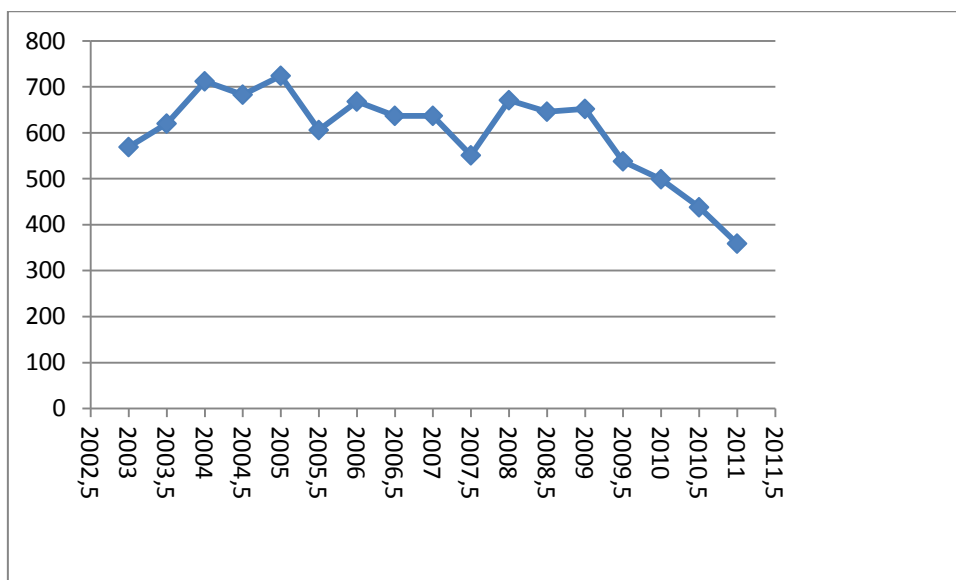
Den opfølgende behandling synes altså at bidrage til, at klienterne bliver stoffri igen, efter at de er faldet tilbage.

Ud fra de data, vi havde til rådighed i den beskrevne undersøgelse, var det ikke muligt at se, om klienterne søgte behandling, fordi de havde haft tilbagefald, eller om de havde søgt behandling, før de fik tilbagefald. Denne usikkerhed åbnede derfor muligheden for, at man kunne undgå nogle klienters tilbagefald ved at have et større fokus på at sikre, at den opfølgende behandling kom i stand umiddelbart efter klienternes afslutning af døgnbehandlingen.

Ud fra denne observation har vi derfor i denne rapport valgt at se døgnbehandlingsforløbet som et hele, hvor vi både med kvantitative data og åbne spørgsmål indsamler information ikke blot om selve døgnforløbet, men også om tiden efter.

### Status for anvendelsen af døgnbehandling i Danmark

DanRIS – 2011 STOF er nu udkommet på Center for Rusmiddelforskning[11]. Da den ikke var tilgængelig på tidspunktet for udarbejdelse af denne rapport, har vi ved hjælp af DanRIS-databasen udtrukket tal for udviklingen inden for anvendelse af døgnbehandling i Danmark (se figur 2 nedenfor).

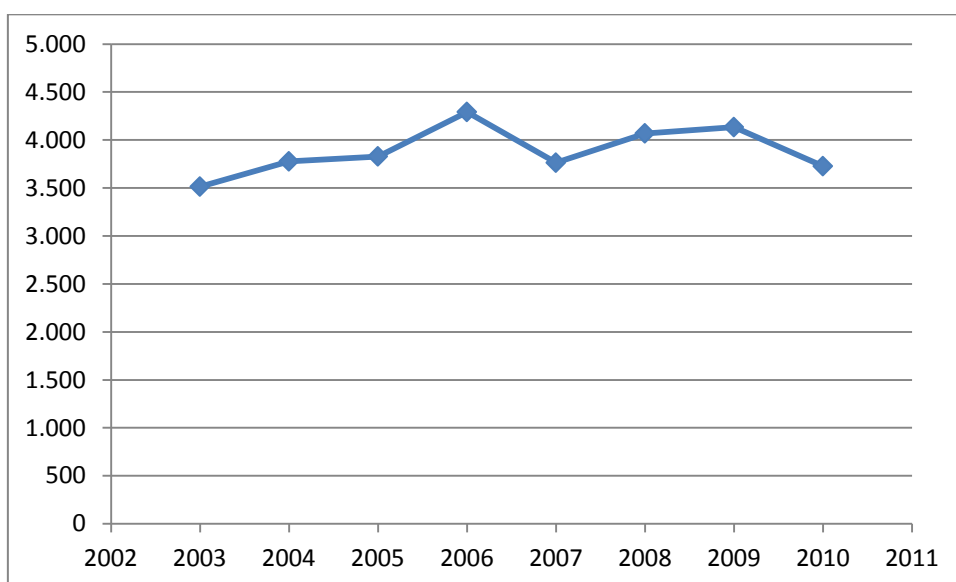


**Figur 2. Antal behandlingsforløb i døgnbehandling 2003-2011**

I figur 2 er antallet af behandlingsforløb opgivet per halvår i perioden 2003 til første halvår af 2011. Et behandlingsforløb skal her forstås som et behandlingsforløb for én klient, som indskrives i behandling. Hvis klienten



afbryder behandlingen og er udskrevet fra behandling i mere end 30 dage, opfattes det næste behandlingsforløb som et nyt forløb. Hvis klienten udskrives af et forløb og indskrives igen inden for 30 dage, regnes det ikke for et nyt forløb. Der kan være tale om overførsel mellem to afdelinger eller om et forløb, som påbegyndes af én institution og videreføres af en anden. Som det ses af ovenstående figur er antallet af behandlingsforløb i døgnbehandling forholdsvis stabilt fra 2003 til 2009 med mindre udsving. Men fra andet halvår af 2009 sker et dramatisk fald for hvert halve år. I første halvår af 2011 er således blot registreret 441 nye forløb. Dette kunne selvfølgelig skyldes, at der efter 2009 er sket et fald i behandlingssøgende stofmisbrugere. Vi har derfor undersøgt udviklingen i antallet af stofafhængige indskrevet i nye forløb i behandling ifølge registeret Stofmisbrugere i Behandling (SIB) (se figur 3 neden for).



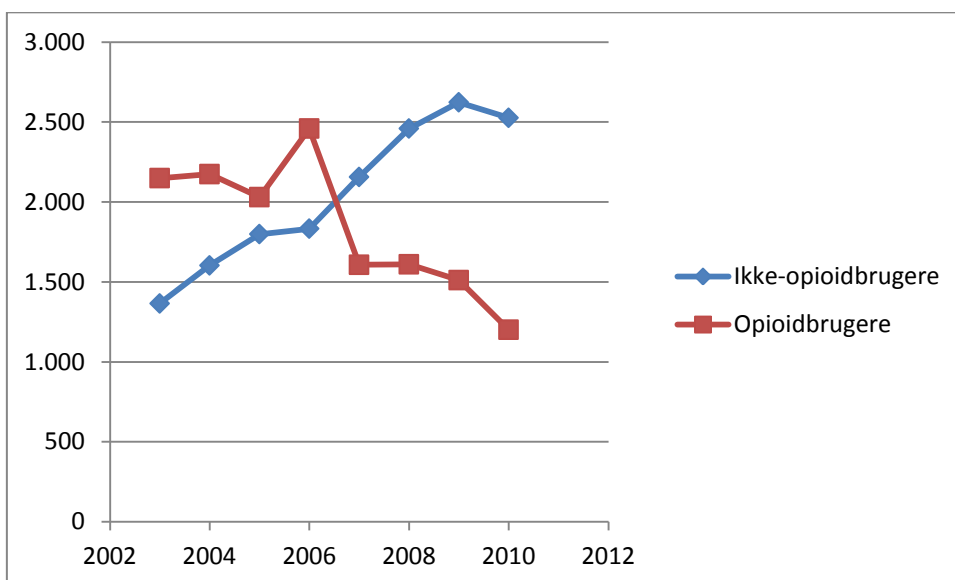
**Figur 3. Antal ambulante behandlingsforløb i Danmark 2003-2010**

Som det ses af figur 3 har der været et langt mindre fald i antallet af stofafhængige, som søgte ambulante behandling fra 2009 til 2010, sammenlignet med faldet i døgnbehandling fra 2009 til 2010. Der ses intet fald fra 2008 til 2009. Udviklingen inden for anvendelse af behandling skal således næppe ses i lyset af et fravær af borgere, som søger behandling for stofmisbrug i Danmark.

Alternativt kunne faldet i antal af behandlingsforløb inden for døgnbehandling skyldes et fald i antallet af opioidafhængige. Denne antagelse

bygger på, at der ses en udvikling imod mindre brug af heroin i samfundet generelt, samt at dette afspejles i ambulante stofmisbrugsbehandling, hvor der generelt ses et fald i behandlingssøgende heroinafhængige. I modsætning til andre rusmidler er succes i ambulante behandling for heroinafhængighed overordnet set meget lav, og klienter med heroinafhængighed har ofte et større behov for døgnafgiftning end klienter med afhængighed af stoffer som hash og kokain, hvorfor de traditionelt også oftere henvises til døgnbehandling.

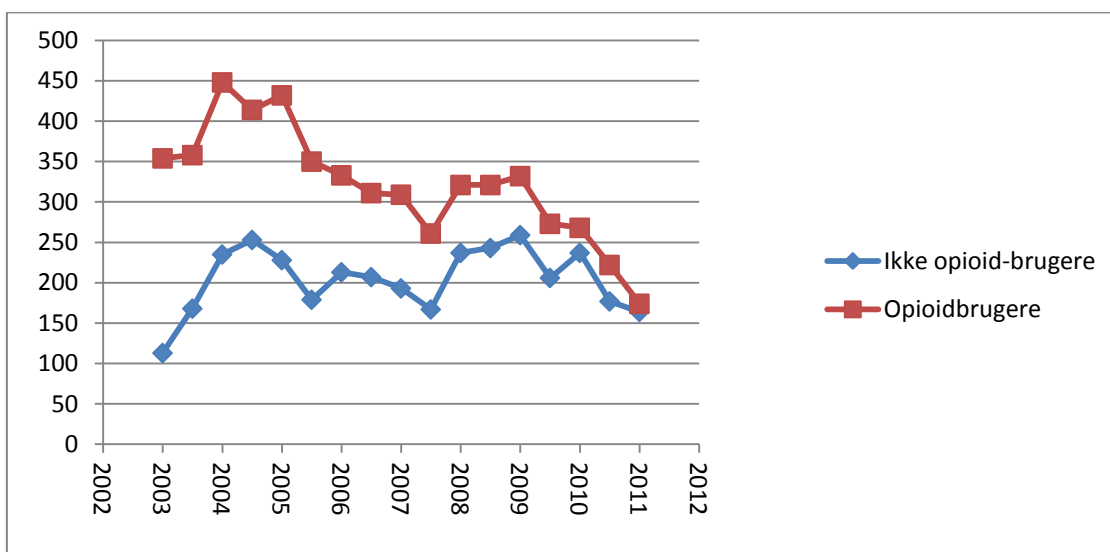
Vi har derfor opgjort udviklingen inden for anvendelse af behandling separat for opioidbrugere og ikke opioidbrugere neden for i figur 4. Det fremgår her, at der siden 2006 har der været en markant stigning i ambulante behandlingsforløb for ikke-opioidbrugere, mens der har været et meget markant fald i antallet af ambulante behandlingsforløb for opioidbrugere.



**Figur 4. Udvikling i antallet af opioidbrugere og ikke-opioidbrugere i ambulante regi (SIB)**

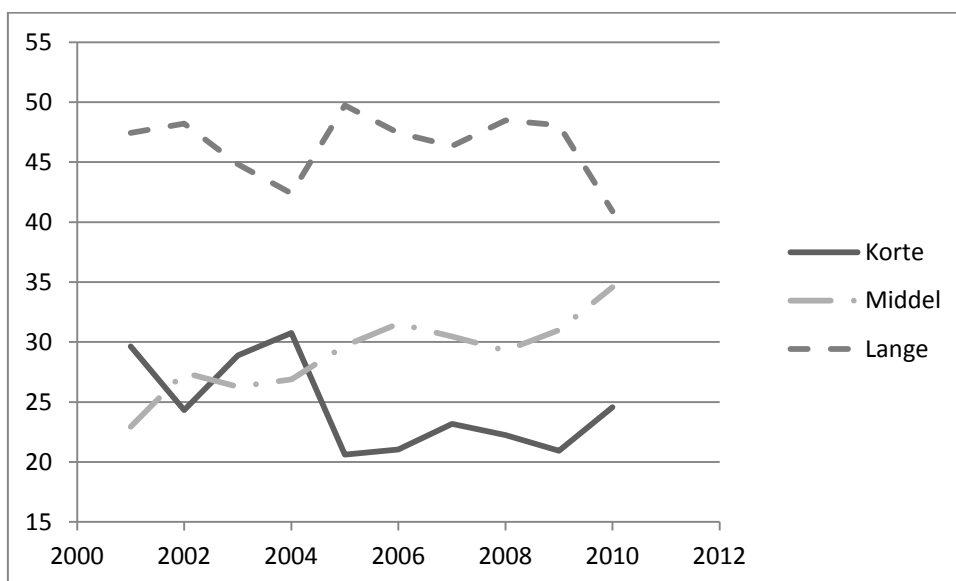
Spørgsmålet er, om det er det markante fald i antallet af ambulante behandlingsforløb for opioidbrugere, der er forklaringen på det markante fald i behandlingsforløb, som viser sig inden for døgnbehandling, altså at den samlede gruppe af opioidmisbrugere er blevet mindre, og at dette afspejles i henvisninger til døgnbehandling. I næste figur 5 ses det, at allerede fra 2005 falder antallet af opioidafhængige i døgnbehandling. Men af figur 5 fremgår også, at udviklingen er helt parallel, når man sammenligner ikke-

opioidbrugere og opioidbrugere efter 2. halvår af 2009. Analysen viser således, at faldet i døgnbehandlingsforløb ikke skyldes fald i henvisning af opioidmisbrugere til døgnbehandling, men at det skyldes et samlet fald i klienthenvisninger. Der er således stærke indikationer på, at der sker et markant fald i brugen af døgnbehandling i perioden fra 2. halvår af 2009, uafhængigt af tilgangen af stofmisbrugere i ambulante regi, og at dette fald ikke kan forklares ved den ændrede sammensætning af populationen af stofmisbrugere i det ambulante behandlingssystem.



**Figur 5. Udvikling i antal døgnbehandlingsforløb opdelt på opioidbrugere og ikke-opioidbrugere**

## Varigheden af døgnbehandlingsforløb



**Figur 6. Varigheden af døgnbehandlingsforløb**

Som før omtalt er den gennemsnitlige længde af dage i behandlingsforløb faldet noget fra 1997 til i dag. Imidlertid dækker denne gennemsnitlige forandring over mere komplekse ændringer i brugen af døgnbehandling i det seneste årti.

Baseret på afsluttede forløb i DanRIS (i alt 14.426 forløb) ses i figur 6 sammensætningen af indskrivningslængderne i døgnbehandling. Grafen viser kun døgnbehandlingsforløb, det vil sige ikke halvvejshuse, afgiftningssteder og behandlingssteder, som yder omsorgsbehandling. Den mørkegrå ubrudte streg illustrerer forløb, der er kortere end 30 dage. Disse kan antages at udgøre en kombination af afbrudte forløb og korterevarende afgiftninger. Den lysegrå streg, som er afbrudt af prikker, illustrerer forløb, der er mellem 30 og 90 dage (korterevarende døgnbehandling). Endelig repræsenterer den stiplede linje andelen af klienter, som har forløb på mere end 90 dage.

Som det ses, falder andelen af meget korte forløb fra 2001 til 2011, mens andelen af forløb, der er mellemlange stiger. Andelen af mellemlange forløb (31-90 dage) steg fra 23 % i 2001 til 35 % i 2011, og der ses et fald i meget korte forløb i 2004-2005, som siden da har ligget på et niveau under 25 %. Dette tyder på, at døgnbehandlingen anvendes på en ny måde. Frem for at sende klienter i døgnbehandling, som ender med næsten at vende i

døren, sender man i højere grad klienter af sted, som magter at forblive på institutionen lidt længere. Vi antager, at et gennemført forløb på under 30 dage har karakter af en afgiftning eller en kort stabilisering. Det kan skyldes, at de korte afgiftninger anvendes i forbindelse med indskrivning i dagbehandling eller et andet stoffrit forløb.

### **Anvendelse af dagbehandling i forhold til døgnbehandling**

Dagbehandling er en behandlingsform, der både kendes fra hospitalsverdenen og misbrugsbehandling. Center for Rusmiddelforskning har tidligere udgivet rapporter om denne type behandling [12, 13]. I dagbehandling deltager klienter eller patienter i behandling i dagtimerne, men overnatter hjemme, og klienterne er almindeligvis også hjemme i weekenderne. Dagbehandling for stofmisbrug kan eksempelvis bestå af gruppeterapi, individuel rådgivning, motionsaktiviteter og andre sundhedsfremmende aktiviteter.

I den samme periode, hvor antallet af klienter i døgnbehandling falder, sker der en udbygning af dagbehandling i en række kommuner, ligesom flere private behandlingssteder begynder at udbyde dagbehandling. Udviklingen i brug af døgnbehandling skal således muligvis ses i lyset af dette nye tilbud. I en række kommuner, som vi har været i kontakt med, omtaler ledere og medarbejdere, at den nye strategi generelt er at tilbyde klienter dagbehandling (intensiv gruppebehandling de fleste af ugens dage), og kun tilbyde kortere døgnbehandlingsforløb, for eksempel i form af kortere afgiftningsforløb efterfulgt af dagbehandling til klienter, som ikke kan opnå stoffrihed i ambulant regi. Enkelte kommuner anvender også afgiftningsture af kort varighed inden dagbehandling.

Udviklingen illustreres blandt andet ved, at nogle af landets største kommuner, København, Aalborg og Esbjerg, ifølge kommunernes hjemmeside tilbyder dagbehandling, og at der i Aarhus kommune tilbydes stoffri behandling i grupper med tidsbegrænsede forløb for hashafhængige, mens der i Odense kommune tilbydes dagbehandling til unge under 25. En række mindre kommuner tilbyder ligeledes dagbehandling.

Den udvikling, der er skitseret ovenfor, har givetvis været en medvirkende faktor til, at der i såvel 2010 som i 2011 er en række døgnbehandlingssteder for stofafhængige, som er lukket, mens andre behandlingssteder har måttet skære i personaleressourcer på grund af fald i klientindtag.

Hvorvidt der er tale om en hensigtsmæssig udvikling afhænger selvfølgelig af, i hvor høj grad det lykkes at få klienter med stofafhængighed til at indgå i dagbehandlingstilbuddene. Dette kan denne rapport ikke svare fyldestgørende på. Dog vil dagbehandling blive berørt i senere i rapporten, da det er et af de behandlingstilbud, som indgår i den opfølgende indsats for en stor del af de klienter, der er omfattet af denne undersøgelse.

## Kapitel 3. Metode

### Resume

Kapitlet gennemgår metoden for opfølgningen af døgnbehandling.

### Design

I alt 21 døgnbehandlingssteder deltog i undersøgelsen. Behandlingsstederne var fordelt over Sjælland, Jylland, Fyn og Bornholm og var blevet kontaktet og spurgt, om de ville deltage i undersøgelsen. Opfølgningen blev foretaget af forskningsassistenter på CRF seks måneder efter klienternes udskrivning fra døgnbehandlingen og består af 63 % af målgruppen. Klienterne blev i første omgang kontaktet for et opfølgningsinterview via de kontaktoplysninger, de havde givet i det oprindelige samtykke til deltagelse i undersøgelsen ved indskrivning i døgnbehandling. Den første kontakt til klienten foregik som regel telefonisk eller via brev. De klienter, som det ikke var muligt at kontakte ad denne vej, og som stadig var i behandling, blev kontaktet gennem deres nuværende behandlingssted. Endelig blev de klienter, der var ophørt i behandling, kontaktet via telefon, brev og efterfølgende opsøgning på bopæl.

### Opfølgning

Interviewet bestod af en kvantitativ del og en mindre del med åbne spørgsmål og var i alt af cirka en times varighed.

Områder, der blev undersøgt, var klienternes a) brug af alkohol, medicin og rusmidler inden for de sidste 30 dage med spørgsmål taget fra ASI, b) oplevede problemer med stoffer og alkohol, c) tilbagefald og klientens søgning om hjælp til at håndtere det, d) boligforhold, e) uddannelsesniveau, f) hovedindtægtskilde, g) begået kriminalitet efter udskrivning.

Flere af undersøgelsesområderne var udformet som time-line follow back interview. Det vil sige, at spørgsmålene omhandlede situationen inden for hver måned siden udskrivning, i dette tilfælde de seks måneder, der var gået siden udskrivning. Disse undersøgelsesområder var: 1) livsbegivenheder samt 2) afdækning af medicinske og socialfaglige behandlingsydelser. Endvidere omhandlede opfølgningen en beskrivelse af klientens aktuelle behandlingssituation og klientens oplevelse af samme, samt klientens til-

fredshed med den opfølgende behandling (her blev brugt Client Satisfaction Questionnaire) [2].

Ydermere blev klienten spurgt om oplevet netværksstøtte samt udfyldning af et netværkskort, der blev brugt til at registrere, hvor ofte klienten så familie, venner, kæreste og bekendte, samt netværkets tilknytning til kriminalitet og misbrug.

De åbne spørgsmål i opfølgingsinterviewet fokuserede på, hvordan klienterne 6 måneder efter udskrivning med deres egne ord beskrev deres oplevelse af døgnbehandlingen, tiden efter døgnopholdet samt den opfølgende behandling. De åbne spørgsmål i interviewet blev optaget og efterfølgende kodet og analyseret ved brug af Qualitative Media Analyzer (QMA), et computerprogram der kan anvendes til kvalitativ interviewanalyse af interview og videoobservationer [14].

## Statistiske metoder

Generelt anvendes i rapporten regressionsmodeller til at undersøge forskelle mellem behandlingssteder og til at undersøge faktorer, som har indflydelse på misbrugsbelastningen ved opfølgningstidspunktet.

I regressionsmodellerne kan der kontrolleres for en række baggrundsvARIABLE. Da ikke alle variable kan antages at følge en normalfordeling<sup>1</sup>, anvendes en række forskellige regressionsmodeller. Mens variable som alder kan antages at følge normalfordelingen, vil variable som antal indlæggninger på hospital eller antal dage stoffri ikke kunne forventes at følge normalfordelingen. Når det er tilfældet, anvendes andre regressionsmodeller for bedre at kunne analysere og beskrive data. herunder logistisk regressionsanalyse (for variable, som har to mulige udfald), og i enkelte tilfælde en kombination af logistisk regression og Poisson regression.

---

<sup>1</sup> Begrebet normalfordeling bruges til at beskrive, hvordan et stort antal statistiske målinger fordeler sig omkring deres gennemsnit.



## Kapitel 4. Beskrivelse af klientgruppen

### Oversigt over kapitlet

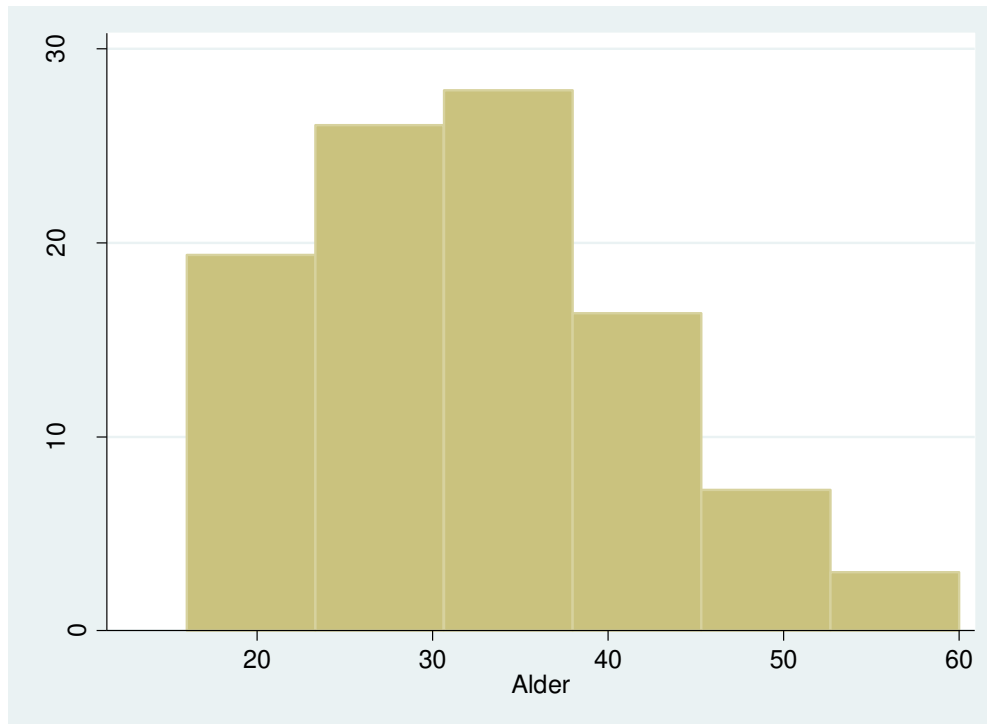
Kapitlet sammenligner gruppen, der indgik i undersøgelsen, med øvrige klienter i døgnbehandling i samme periode. Klienter, der indgår i undersøgelsen, og andre klienter indskrevet i døgnbehandling i perioden, er sammenlignelige i forhold til køn, alder, baggrundsoplysninger og belastningsgrad inden for misbrug og sociale problemer.

Gruppen består af flest mænd, ca. trefjerdedel, med en gennemsnitsalder i starten af 30'erne. Cirka halvdelen af klientgruppen har gennemført døgnbehandlingen.

Siden 2007 er antallet af dage i døgnbehandling faldet, og der er mindre brug af opioder og større brug af cannabis hos klienter, der blev indskrevet i 2010-11. Derudover har klienterne i perioden for denne undersøgelse haft lidt færre indlæggelsesdage set i forhold til klientgruppen i 2007.

### Tilsagn til undersøgelsen

Inden undersøgelsen gav 165 tilsagn om at kunne følges op efter døgnbehandling. Gruppen, der havde givet tilsagn til opfølgning, bestod af 30 kvinder og 135 mænd, altså ca. en femtedel kvinder ud af den samlede gruppe. Gennemsnitsalderen for gruppen var 32,6 år med et span fra 16 til 60.



**Figur 7. Aldersfordeling for klienterne i undersøgelsen**

### **Ligner klientgruppen de resterende klienter i døgnbehandling?**

Af de 165, som havde givet tilsagn, kunne 124 (75 ) spores i DanRIS databasen. Registreringen i DanRIS og SIB giver mulighed for at undersøge, om klienter, der er indskrevet i døgnbehandling i 2010, adskiller sig fra andre indskrevne klienter i 2007 og 2008 ud over opioidmisbrug. Dette er synliggjort i tabel 1 nedenfor.

**Tabel 1. Opfølgingsgruppen sammenlignet med de stofafhængige indskrevet i 2010 og sammenlignet med klienter indskrevet i 2006 og 2007 fra CRF's døgnrapport 2008**

|   | Døgnbehandling<br>2010-11 indskrevne<br>(n=1675) | Opfølgings-<br>gruppen<br>(n=124) | Døgnbehandling<br>2007 indskrevne<br>(n= 1440) |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Kvinder   | 25 %   | 22 %                              | 26 %   |
| Alder i år  | 31,6   | 32,7                              | 33,0   |
| Selvstændig bolig   | 41 %   | 49 %                              | 41 %   |
| Kommer fra fængsel,<br>herberg, hjemløs før<br>behandling           | 17 %   | 16 %                              | 15 %   |
| Uddannelse: 8. klasse<br>eller mindre                               | 16 %   | 16 %                              | 16 %   |
| Tidligere behandlet en-<br>ten ambulantly eller døgn-<br>behandling | 71 %   | 65 %                              |  |
| Tidligere optrådt i Dan-<br>RIS-døgnbehandling                      | 50 %   | 49 %                              |  |
| Gennemført behandling   | 51 %   | 57 %                              | 54 %   |
| Indlæggelsestid   | 84 dage  | 93 dage                           | 137 dage                                       |
| Brugt opioider  | 53 %   | 52 %                              | 65 %   |
| Brugt centralstimulantia  | 50 %   | 53 %                              | 50 %   |
| Brugt cannabis  | 70 %   | 67 %                              | 62 %   |
| Drukket 5+ genstande  | 36 %   | 38 %                              | 38 %   |
| Composite scores <sup>2</sup>                                       |  |                                   |  |
| Alkohol   | 0,23   | 0,26                              | 0,23   |
| Narkotika   | 0,42   | 0,43                              | 0,43   |
| Fysisk helbred*   | 0,35   | 0,43                              | 0,35   |
| Psykisk helbred   | 0,46   | 0,45                              | 0,46   |
| Kriminalitet  | 0,23   | 0,23                              | 0,22   |
| Beskæftigelse   | 0,13   | 0,17                              | 0,14   |
| Forsørgelse   | 0,88   | 0,89                              | 0,83   |
| Familie   | 0,32   | 0,34                              | 0,32   |
| Netværk   | 0,23   | 0,23                              | 0,29   |

Som det ses af ovenstående tabel, viser sammenligningen mellem de to indskrivningsgrupper, at der ikke er nogen signifikante forskelle. Samtidig viser tabellen også, at opfølgingsgruppen i høj grad er sammenlignelig med den øvrige klientgruppe.

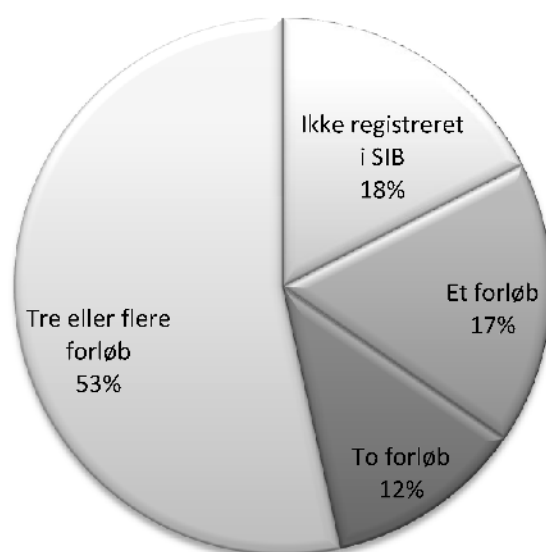
Der er dog flere forskelle, der springer lidt i øjnene, mellem klienter indskrevet i 2007 og 2010. Det ene er antal dage i behandling, hvor klient-

<sup>2</sup> Højere scores indikerer højere belastning.

gruppen indskrevet i 2007 havde 137 dage i døgnbehandling, set i forhold til de 84 og 93 dage i behandling, som henholdsvis den samlede klientgruppe i 2010-2011 og opfølgingsgruppen havde. En anden forskel er en tendens i retning af et fald i klienternes brug af opioider i 2010-11 og en stigning i brug af cannabis. Endelig ses der en markant forskel på klienternes fysiske helbred, hvor opfølgingsgruppen i denne undersøgelse er signifikant dårligere end de to andre klientgrupper. Samtidig er der en tendens i retning af, at lidt flere klienter i opfølgingsgruppen har selvstændig bolig, er i beskæftigelse, har gennemført behandlingen, som har været deres første, og har haft færre indlæggelsesdage set i forhold til hele klientgruppen.

### Klientgruppens ambulante behandling før det aktuelle behandlingsforløb

Af de 165 personer, som gav samtykke til opfølgningen i denne undersøgelse, havde 149 klienter ifølge opgørelsen i SIB været i ambulante behandling før indskrivning i døgnbehandling. Flertallet af klienterne havde været i ambulante behandling flere gange, idet 38 havde været i ambulante behandling én gang før døgnforløbet, 26 havde været indskrevet to gange før, og de resterende havde været i ambulante behandling tre eller flere gange (se figur 8 nedenfor).



**Figur 8. Ambulante forløb før døgnbehandling**

Den gennemsnitlige alder ved første behandlingskontakt med misbrugsbehandling var 26,7 år ifølge SIB. De 131 klienter, som både optrådte i registrene SIB og DanRIS, havde således været i kontakt med misbrugsbehandlingssystemet i gennemsnit 3,9 år før deres nuværende døgnbehandlingsforløb. Da så mange af klienterne i denne undersøgelse er registreret i SIB, kan vi beskrive vores gruppe baseret på denne database.

## Alkohol og stoffer

**Tabel 2. Alkohol og stoffer anvendt (registreret ved mindst ét tidligere ambulante behandlingsforløb)**

|           | <b>Antal</b> | <b>Procent</b> |
|-----------|--------------|----------------|
| Alkohol   | 45           | 30 %           |
| Cannabis  | 87           | 58 %           |
| Heroin    | 51           | 34 %           |
| Kokain    | 34           | 23 %           |
| Amfetamin | 32           | 21 %           |

De fleste klienter havde ifølge SIB et forbrug af cannabis, hver femte et forbrug af amfetamin eller kokain, mens hver tredje brugte heroin. Andelen af klienter, der bruger flere forskellige rusmidler, er noget mindre, end den er ifølge DanRIS (se tabel 1). Dette kan skyldes, at der spørges forskelligt: i DanRIS spørges der til antal dage seneste måned, mens der i SIB spørges til, om stoffet anvendes. Det er derfor sandsynligt, at stoffer, som anvendes sjældent, eller som ikke anses af klienten for at være et problem, ikke vil være rapporteret i SIB.

## Boligsituation

Over halvdelen af klienterne boede for sig selv, overvejende i selvstændig bolig, mens lidt under en tiendedel boede på lejet værelse. Cirka en femtedel boede hos familie eller venner. Lidt under en tiendedel var hjemløse, nogle få var indlagt på institution eller hospital eller boede på herberg, mens to klienter henholdsvis boede i støttebolig eller var i fængsel.

**Tabel 3. Boligsituation**

|                      | <b>Antal</b> | <b>Procent</b> |
|----------------------|--------------|----------------|
| Selvstændig bolig    | 74           | 50 %           |
| Lejet værelse        | 12           | 8 %            |
| Familie/venner       | 33           | 22 %           |
| Støttebolig m.m.     | 1            | 1 %            |
| Herberg              | 5            | 3 %            |
| Fængsel              | 1            | 1 %            |
| Institution/hospital | 5            | 3 %            |
| Hjemløs              | 13           | 9 %            |
| Uoplyst              | 5            | 3 %            |

## **Kapitel 5. Opfølgning 6 måneder efter udskrivning fra døgnbehandling**

### **Resume**

Kapitlet gennemgår resultaterne af opfølgningsundersøgelsen med personlige interviews.

I opfølgningsundersøgelsen blev det fundet, at forbruget af stoffer og alkohol faldt markant i tiden fra før behandlingen til 6 måneders-opfølgningen. Ligesom i undersøgelsen fra 2008 skete tilbagefaldene hurtigere for klienter med opioidmisbrug, om end forskellen ikke var statistisk signifikant. Det store flertal af klienterne havde kontakt til opfølgende behandling og deltog i en række forskellige ydelser. Klienter, der havde oplevet tilbagefald efter behandlingen, tog i vidt omfang kontakt til behandlingssystemet og fik hjælp. Selvom kontakt til visitatoren efter udskrivning fra døgnbehandling ikke forsinker tilbagefald til misbrug, havde det betydning for, om klienten hurtigere fik hjælp til at blive stoffri igen og fik adgang til ny behandling efter tilbagefald.

### **Opfølgningen**

Af de 165 klienter, der havde givet tilsagn til opfølgning under deres behandling, blev 133 udskrevet før 1.8.2011. Klienter, der blev udskrevet senere end 1.8.2011, blev ikke inkluderet i opfølgningen, idet de ikke ville kunne nå at være udskrevet i 6 måneder, før de blev interviewet.

Af de 133 klienter, som var inkluderet i opfølgningen, blev 84 (63 %) interviewet. 23 klienter (18 %) trak deres samtykke tilbage og oplyste, at de ikke ønskede at blive interviewet. Af de resterende var en død, en emigreret, to indsat i fængsel, og 22 kunne enten ikke lokaliseres eller mødte ikke op trods flere henvendelser.

De fleste af interviewene foregik i informantens hjem eller hos familie eller venner (40 %) eller på behandlingssteder, hvor klienterne var i behandling ved opfølgningstidspunktet (49 %). De øvrige interviews fandt sted en række forskellige steder, herunder i Center for Rusmiddelforsknings egne lokaler eller i andre universitetslokaler og på offentlige caféer. Et enkelt interview blev gennemført som telefoninterview.

## Sammenligning mellem interviewede og ikke-interviewede klienter

For at se, om der var forskel på klienter, der blev interviewet, og klienter der ikke blev interviewet ved opfølgningen, gennemførte vi en række sammenligninger af de personer, som kunne interviewes, og de, som ikke kunne, baseret på DanRIS-databasen.

### Brug af narkotika og alkohol

Klienternes brug af narkotika og alkohol fordelt på antal dage inden for de sidste 30 dage sammenlignes herunder mellem interviewede klienter og klienter, som ikke kunne interviewes.

**Tabel 3. Brug af narkotika og alkohol**

|                        | Interviewet |                   | Kunne ikke interviewes |                   | P-værdi |
|------------------------|-------------|-------------------|------------------------|-------------------|---------|
|                        | Middel      | Standardafvigelse | Middel                 | Standardafvigelse |         |
| Alkohol (5+ genstande) | 8,1         | 11,6              | 4,8                    | 9,7               | 0,23    |
| Heroin                 | 6,6         | 11,0              | 4,6                    | 9,2               | 0,44    |
| Metadon                | 10,2        | 13,2              | 7,8                    | 12,4              | 0,99    |
| Andre opiater          | 4,5         | 9,3               | 7,5                    | 13,3              | 0,26    |
| Benzodiazepiner        | 12,6        | 9,8               | 9,8                    | 13,6              | 0,41    |
| Kokain                 | 3,6         | 7,1               | 5,9                    | 10,2              | 0,27    |
| Amfetamin              | 4,2         | 8,8               | 3,1                    | 6,4               | 0,58    |
| Cannabis               | 12,4        | 13,3              | 19,8                   | 14,3              | 0,03    |
| Hallucinogener         | 0,9         | 3,1               | 0,5                    | 2,1               | 0,55    |
| Inhalater              | 0,2         | 0,9               | 0,0                    | 0,0               | 0,33    |
| Blandingsmisbrug       | 16,3        | 13,1              | 13,6                   | 13,2              | 0,41    |

Der ses en signifikant forskel mellem de klienter, som kunne interviewes, og de klienter, som ikke kunne interviewes. Klienter som ikke kunne interviewes havde brugt cannabis flere dage op til opstart i døgnbehandling ( $p < 0,05$ ). Omvendt havde klienter, som kunne interviewes, drukket flere dage, men denne forskel er ikke signifikant. Ydermere havde de klienter, som kunne interviewes, oftere brugt heroin, andre opiater, benzodiazepiner og amfetamin og havde haft lidt flere dage med blandingsmisbrug, men ingen af disse forskelle var signifikante.



## Belastningsområder

Klienternes belastningsområder under ASI sammenlignes herunder mellem interviewede klienter og klienter, som ikke kunne interviewes.

**Tabel 4. Misbrug**

|                    | Interviewet |                    | Kunne ikke interviewes |                    | P-værdi |
|--------------------|-------------|--------------------|------------------------|--------------------|---------|
|                    | Middel      | Standard-afvigelse | Middel                 | Standard-afvigelse |         |
| Narkotika          | 0,44        | 0,20               | 0,47                   | 0,16               | 0,63    |
| Alkohol            | 0,29        | 0,33               | 0,15                   | 0,28               | 0,07    |
| Kriminalitet       | 0,20        | 0,22               | 0,26                   | 0,27               | 0,34    |
| Arbejdstilfredshed | 0,16        | 0,25               | 0,19                   | 0,29               | 0,62    |
| Forsørgelse        | 0,89        | 0,27               | 0,94                   | 0,17               | 0,44    |
| Familie            | 0,32        | 0,31               | 0,35                   | 0,27               | 0,65    |
| Relationer         | 0,21        | 0,25               | 0,21                   | 0,21               | 0,95    |
| Psykiske problemer | 0,44        | 0,26               | 0,52                   | 0,18               | 0,16    |
| Fysisk helbred     | 0,47        | 0,40               | 0,44                   | 0,37               | 0,82    |

Der ses ikke nogen signifikante forskelle på de to klientgrupper, men der ses en tendens i retning af, at klienter, der kunne interviewes, var mere belastede i forhold til alkohol, havde begået noget mindre kriminalitet og havde færre psykiske problemer.

## BaggrundsvARIABLE

Næste tabel viser baggrundsvARIABLE på klienter, der kunne interviewes, og klienter der ikke kunne interviewes.

**Tabel 5. BaggrundsvARIABLE**

|                                       | Interviewet | Kunne ikke interviewes | P-værdi |
|---------------------------------------|-------------|------------------------|---------|
| Egen bolig                            | 68 %        | 58 %                   | 0,388   |
| Varighed af misbrug længere end 10 år | 58 %        | 55 %                   | 0,807   |
| Har børn                              | 8 %         | 7 %                    | 0,791   |
| Bor sammen med partner                | 32 %        | 32 %                   | 0,984   |
| Dansk statsborger                     | 89 %        | 96 %                   | 0,372   |

Igen ses der ingen signifikante forskelle på de to grupper. Det bør dog noteres, at flere af de klienter, der kunne interviewes, havde selvstændig bolig og ikke var danske statsborgere. Det betyder samlet, at der ikke er markan-

te forskelle på de to grupper før døgnbehandlingen. Om der er det efter døgnbehandlingen, kan vi ikke vide.

### Misbrug før og efter døgnbehandlingen

Af de 84 klienter, som blev interviewet ved opfølgning, kunne 61 spores på det konkrete behandlingsforløb i DanRIS, og heraf havde 53 udfyldt Euro-pASI ved indskrivning. Tabellen nedenfor viser brug af forskellige rusmidler før døgnbehandling og ved opfølgning.

**Tabel 6. Alkohol og stofbrug før og efter døgnbehandling**

|                        | Før    |                    | Opfølgning |                    | P-værdi |
|------------------------|--------|--------------------|------------|--------------------|---------|
|                        | Middel | Standard-afvigelse | Middel     | Standard-afvigelse |         |
| Alkohol (5+ genstande) | 8,4    | 11,7               | 3,2        | 8,0                | 0,0004  |
| Metadon                | 10,4   | 13,3               | 2,8        | 8,3                | <0,0001 |
| Heroin                 | 6,7    | 11,1               | 2,0        | 6,6                | 0,0097  |
| Andre opiater          | 4,6    | 9,4                | 0,5        | 2,8                | 0,0041  |
| Benzodiazepiner        | 12,2   | 13,6               | 2,6        | 8,0                | <0,0001 |
| Kokain                 | 3,7    | 7,1                | 0,2        | 0,8                | 0,0005  |
| Amfetamin              | 4,3    | 8,9                | 0,2        | 0,7                | 0,0015  |
| Cannabis               | 12,6   | 13,4               | 4,7        | 9,4                | 0,0001  |
| Hallucinogener         | 0,9    | 3,2                | 0,0        | 0,0                | 0,0391  |
| Inhalater              | 0,2    | 0,9                | 0,0        | 0,0                | 0,1419  |
| Blandingsmisbrug       | 16,6   | 13,3               | 4,5        | 9,7                | <0,0001 |

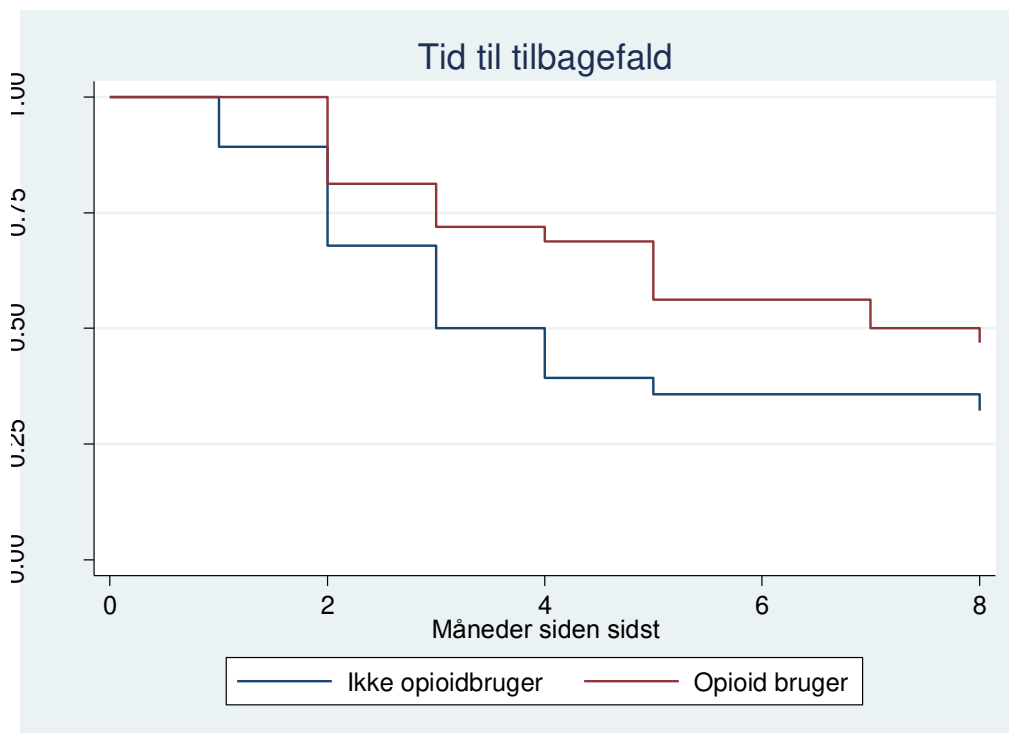
Som det ses af ovenstående tabel falder forbruget ganske dramatisk fra før behandlingen til 6 måneders opfølgning. Faldet er statistisk signifikant for alle rusmidler med undtagelse af inhalater som blev anvendt meget sjældent af denne klientgruppe.

### Fortsat forskel på opioidbrugere og andre?

Undersøgelsen i 2008 viste, at 40 % af de klienter, der ikke havde haft et forbrug af opioider i måneden op til indlæggelse på døgninstitution, havde været stoffri hele året efter udskrivning (+/-5 %). Samtidig sås det, at tilbagefaldene skete hurtigere for klienter med opioidmisbrug [9].

Dette er fortsat tilfældet. Af nedenstående figur 9 ses det, at personer, der ved deres sidste ambulante behandlingsforløb var opioidbrugere, falder hurtigere tilbage i stofmisbrug. Seks måneder efter udskrivning fra døgn-

behandling var to tredjedele af opioidbrugerne faldet tilbage i misbrug, mens det samme var tilfældet for under halvdelen af ikke-opioidbrugerne. Forskellen er dog ikke signifikant ( $p=0,12$ ).



**Figur 9. Tid til tilbagefald efter afsluttet døgnbehandling for opioidbrugere og ikke-opioidbrugere**

Næste tabel beskriver de 84 klienters indkomstsituation ved opfølgningstidspunktet.

**Tabel 7. Indkomstforhold ved opfølgningstidspunktet i opfølgningsgruppen**

|                        |    |      |
|------------------------|----|------|
| Kontanthjælp           | 41 | 49 % |
| Lønnet arbejde         | 13 | 15 % |
| Sygedagpenge           | 10 | 12 % |
| Førtidspension         | 7  | 8 %  |
| SU                     | 5  | 6 %  |
| Arbejdsløshedsdagpenge | 3  | 4 %  |
| Illegale aktiviteter   | 1  | 1 %  |
| Aktiveringsydelse      | 1  | 1 %  |
| Revalideringsydelse    | 1  | 1 %  |
| Andet                  | 1  | 1 %  |
| Ikke besvaret          | 1  | 1 %  |

Som det ses er flertallet af klienterne afhængige af offentlig forsørgelse. Gruppen, der modtager kontanthjælp, arbejdsløshedsdagpenge og førtidspension, udgør således tilsammen 61 % af den samlede gruppe, mens blot 15 % er i lønnet arbejde.

Tabel 8 nedenfor beskriver klienternes boligsituation ved opfølgningstidspunktet. Det skal bemærkes, at betegnelsen 'institution eller støttebolig' i denne sammenhæng også inkluderer halvvejshuse, og at klienter i denne gruppe gennemsnitligt havde et ret lille misbrug.

Samlet set er misbrugere, der har været i døgnbehandling, en gruppe, der fortsat er socialt marginaliseret, til trods for de markante fremskridt hvad angår ændringer i klienternes stofmisbrug. Det store flertal af klienter er uden for arbejdsmarkedet, og op mod halvdelen har en ikke helt stabil boligsituation. Hertil kommer, at yderligere to af klienterne i undersøgelsen afsonede fængselsdom og derfor ikke kunne interviewes ved opfølgningen.

**Tabel 8. Boligsituation ved opfølgningstidspunktet**

|                               |    |      |
|-------------------------------|----|------|
| Selvstændig bolig             | 51 | 61 % |
| Lejet værelse                 | 3  | 4 %  |
| Familie og venner             | 9  | 11 % |
| Hos forældre (hjemmeboende)   | 1  | 1 %  |
| Institution eller støttebolig | 19 | 22 % |
| Mangler at svare              | 1  | 1 %  |

### **Klienternes sociale netværk**

Et andet væsentligt aspekt af klienternes sociale situation er deres sociale netværk. I denne rapport har vi målt social netværksstøtte ved hjælp af netværksskort, som er en metode, som anvendes en del i visse former for psykoterapi. Netværksskortet består af et centrum (klienten) med flere ringe rundt om, og hvor personer anbringes i de forskellige ringe, alt efter hvor tæt de er på klienten. I denne undersøgelse var personer i netværket defineret som venner, bekendte, familie og kæreste, og klientens hyppighed af kontakt til de forskellige personer blev anvendt som indikator for deres nærhed til klienten.

Det er almindeligt at opdele netværksskortet i forskellige dele (lagkagestykker), som eksempelvis livsdomæner. I denne undersøgelse var vi interesserede i at se på henholdsvis kriminelt og misbrugende samt ikke-kriminelt og ikke-misbrugende netværk. Derfor opdelte vi netværksskortet i

fire dele: ikke-misbrugere, misbrugere uden kriminalitet, misbrugere med kriminalitet og kriminelle uden misbrug.

I nedenstående tabel angives netværkets sammensætning for gruppen ved opfølgningen.

**Tabel 9. Netværkets sammensætning ved opfølgningen**

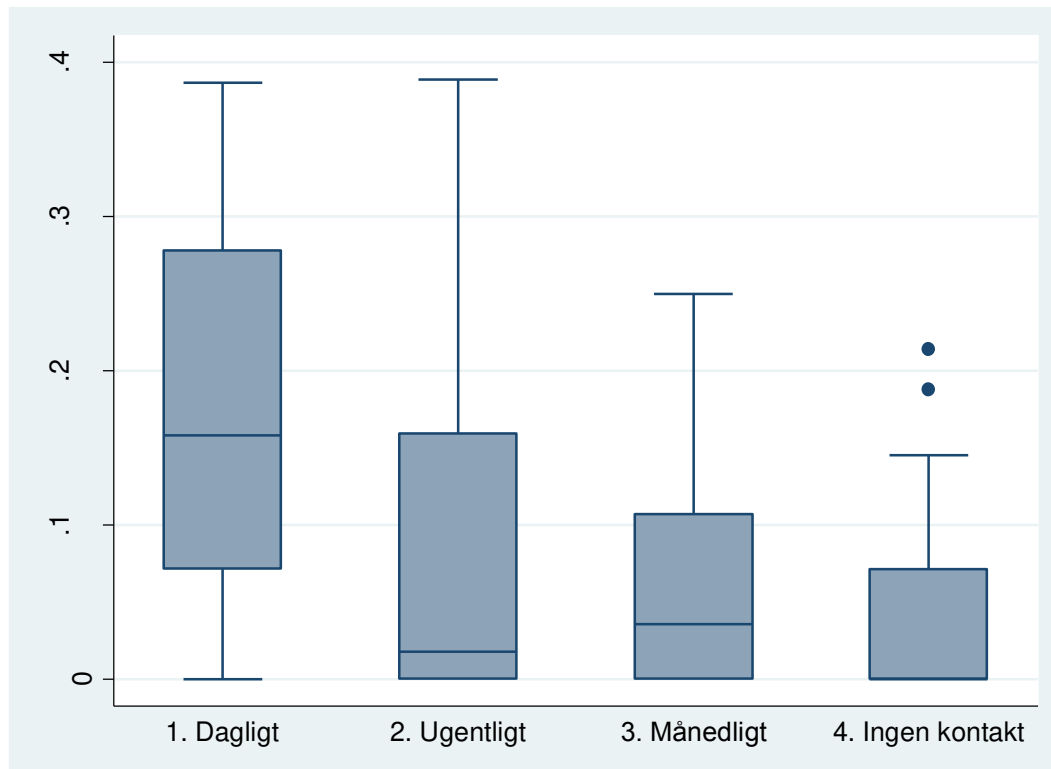
|                              | Gennemsnitligt antal personer | Median <sup>3</sup> | Ser cirka dagligt | Ser cirka ugentligt | Ser cirka månedligt | Ingen kontakt     |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| Ikke-misbrugere              | 12.7                          | 9                   | 65 %              | 30 %                | 4 %                 | 1 %               |
| Misbrugere uden kriminalitet | 2.3                           | 3                   | 19 %              | 16 %                | 25 %                | 40 %              |
| Misbrugere med kriminalitet  | 2.8                           | 0                   | 10 %              | 11 %                | 17 %                | 63 %              |
| Kriminelle uden misbrug      | 0.9                           | 0                   | 5 %               | 5 %                 | 10 %                | <sup>4</sup> 81 % |

For gruppen som helhed gælder, at to ud af tre faktisk har daglig kontakt med mindst én ikke-misbruger. Det gennemsnitlige antal af ikke-misbrugende personer i klienternes netværk er 12.7, og halvdelen af klienterne angiver mindst 9 forskellige personer i deres netværk.

Da disse data ikke indgår i DanRIS, har vi ikke data for gruppen i tiden før behandlingen, så vi kan ikke analysere ændringer i klienternes netværk over tid. Dog giver data fra opfølgningsinterviewet os mulighed for at undersøge sammenhængen mellem, hvem klienterne har kontakt med i deres sociale netværk og deres aktuelle grad af misbrug ved opfølgning. Sammenhængen er illustreret i nedenstående figur.

<sup>3</sup> Medianen angiver, at halvdelen af gruppen har dette antal kontakter eller flere.

<sup>4</sup> Procent bliver ikke 100 på grund af afrunding.



**Figur 10. Belastning af stofmisbrug fordelt efter hyppighed af kontakt med stofbrugende personer**

Som det ses af ovenstående figur er der en klar sammenhæng mellem hyppighed af klientens kontakt med misbrugende netværk og klientens aktuelle misbrugsbelastning. Sammenhængen er stærk og statistisk signifikant ( $p=0.002$ ), hvorimod sammenhængen mellem klientens hyppighed af kontakt med ikke-misbrugere og aktuelle misbrugssituation ikke er signifikant ( $p=0.06$ ). Det har altså en stor betydning, om klienten har social omgang med andre stofmisbrugere.

### Kriminalitet efter behandlingen

Kriminalitet er en væsentlig del af stofmisbrugeres problemer, og en væsentlig del af de omkostninger, som kommer af stofmisbrug, skyldes kriminalitet. Vi har derfor undersøgt, hvor meget kriminalitet klienterne begår efter døgnbehandlingen.

**Tabel 10. Kriminalitet efter døgnbehandlingen**

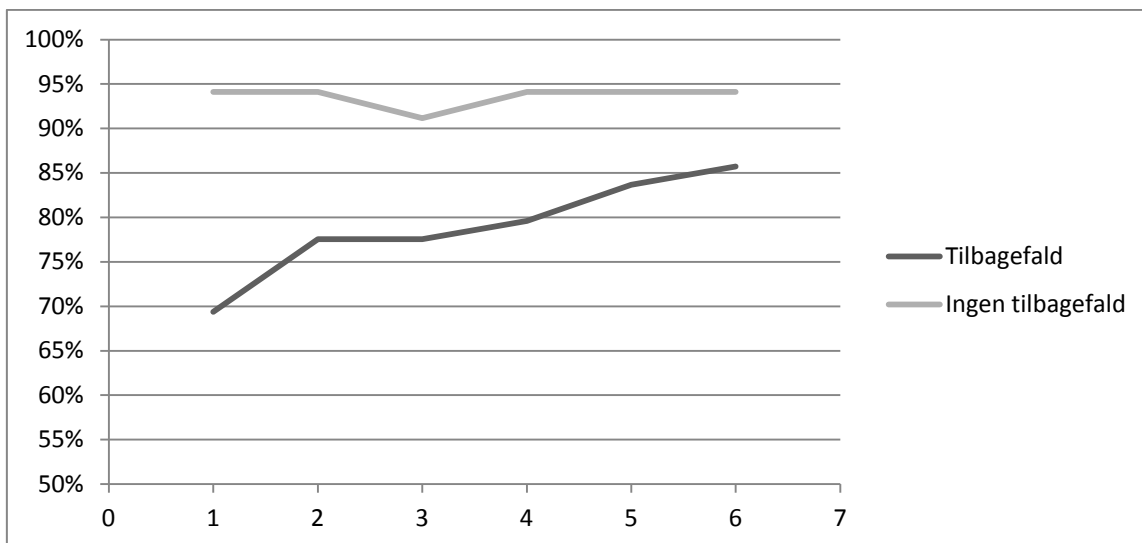
|                                    |    |      |
|------------------------------------|----|------|
| Tyveri                             | 8  | 10 % |
| Stofhandel                         | 11 | 12 % |
| Vold eller røverier                | 6  | 7 %  |
| Mindst én af de ovenstående        | 19 | 23 % |
| Arresteret eller har afsonet straf | 6  | 7 %  |

Tabellen viser, at næsten en fjerdedel af klienterne (23 %) har begået kriminelle handlinger efter udskrivning fra døgnbehandling, enten i form af stofhandel, tyveri, vold og røverier. Tabellen viser også, at mange af klienterne ikke var blevet taget i at begå lovovertrædelser, da blot 7 % var blevet arresteret eller havde afsonet straf i løbet af opfølgingsperioden.

For at se, om udøvelse af kriminelle handlinger hænger sammen med stofmisbrug, analyserede vi for sammenhængen mellem kriminalitet og tilbagefald til stofbrug efter døgnbehandlingen. Ikke så overraskende optræder kriminalitet i tæt sammenhæng med klienternes tilbagefald. Blot 2 af 34 klienter, der ikke har haft tilbagefald, har begået kriminalitet, mens det samme gælder for 17 af 49 klienter, der har haft tilbagefald ( $p=0,002$ ).

### **Opfølgende behandling og kontakt til visiterende myndigheder**

I alt 62 klienter (74 % af undersøgelsesgruppen) havde modtaget en eller anden form for opfølgende indsats. Dette er et væsentligt resultat, fordi det tyder på, at næsten alle, der har været i døgnbehandling, fortsat har kontakt med behandlingssystemet efter endt behandling.



**Figur 11. Andelen af klienter der modtager psykosocial behandling fra behandlingssystemet**

Figur 11 ovenfor viser andelen af klienter, som har en eller anden form for kontakt med behandlingssystemet på et givet tidspunkt inden for opfølgingsperioden på 6 måneder. Kontakten kan være i form af egentlig opfølgning eller gruppesamtaler, dagbehandling, ambulante behandling, eller kontakt med psykolog, læge, socialrådgiver eller en tidligere misbruger som fungerer som behandler. Her ses, at de klienter som ikke har haft et tilbagefald, ligger stabilt, mens der er en stigning i andelen af de klienter, der har haft tilbagefald i denne periode, og som har taget kontakt til behandlingssystemet.

### **Fastholder klienterne kontakten til den henvisende myndighed?**

Blandt de 84 klienter, som blev interviewet, svarede 80 klienter på spørgsmål om kontakt til henvisende myndighed. Heraf havde 58 (71 %) haft kontakt til den henvisende myndighed efter døgnbehandlingen, og 46 (58 %) havde det fortsat på opfølgningstidspunktet. Flertallet af de henviste klienter opretholder således kontakten til den visiterende myndighed, og flertallet har kontakt seks måneder senere.

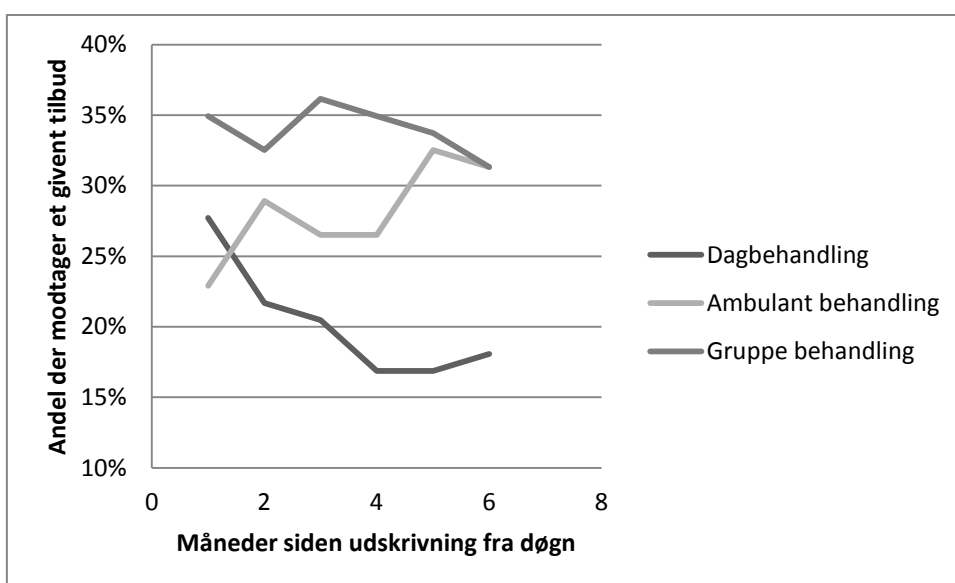
Var der forskel på de klienter, som gennemførte døgnbehandlingen, og de klienter som afbrød den? De fleste klienter som *gennemførte* døgnbehandlingen havde efterfølgende kontakt med den henvisende myndighed, nemlig 43 ud af 56 (77 %). Dog var andelen blandt de klienter, som *afbrød* behandlingen, og efterfølgende fik kontakt med den henvisende myndig-



hed, også stor, idet 15 af de 23 klienter, som havde afbrudt behandlingen, efterfølgende havde kontakt med den henvisende myndighed (65 %). Forskellen er således ikke signifikant mellem de to grupper ( $p=0,29$ ).

### Hvilke behandlingstilbud modtog klienterne?

De fleste af de klienter, som havde kontakt med behandlingssystemet efter døgnbehandling, modtog flere forskellige tilbud. Af de 84 klienter havde 35 % deltaget i dagbehandling efter endt døgnbehandling, og 43% havde deltaget i ambulante samtaler. I alt 44 klienter (53 %) havde deltaget i gruppebehandling efter endt døgnbehandling.<sup>5</sup> Der var således tale om et varieret udbud af opfølgende behandling. Figur 12 neden for viser, hvilke behandlingstilbud de modtog. Procentdelen af klienter, der indgår i forskellige behandlingstilbud, er anderledes end de tal, der er beskrevet ovenfor, fordi figuren viser, hvordan andelen ser ud måned for måned.



**Figur 12. Andelen af klienter, der modtog forskellige behandlingstilbud**

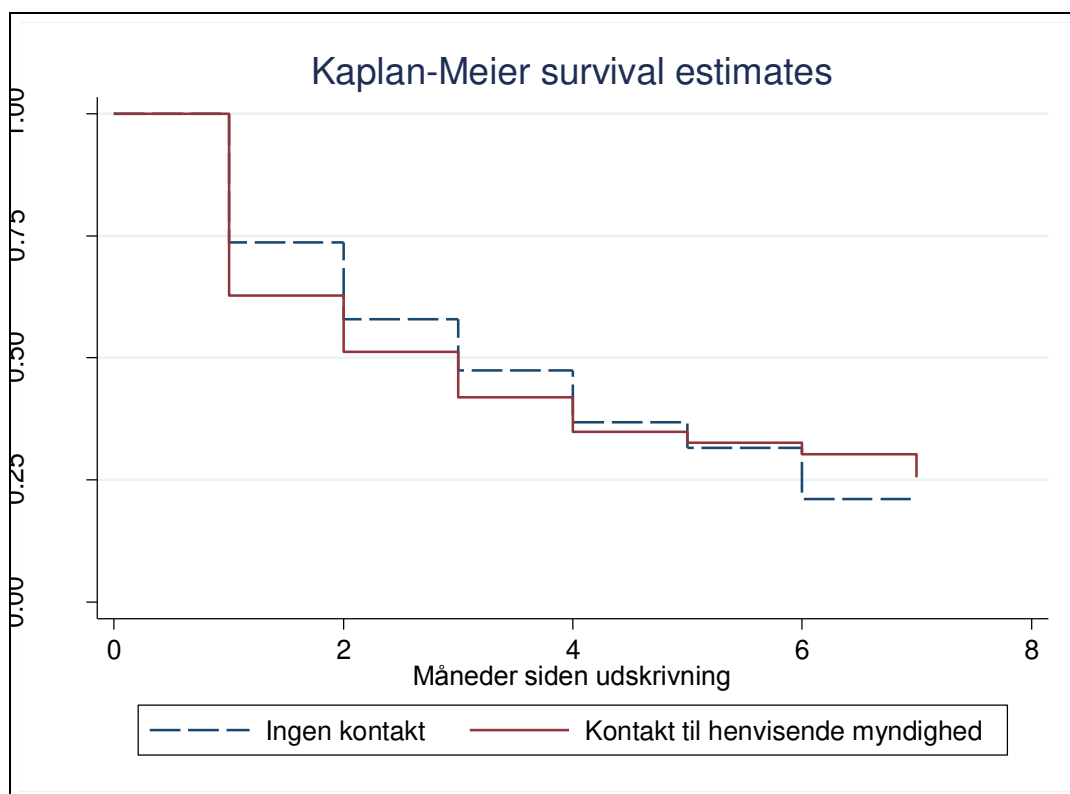
Andelen af klienter, der modtog forskellige typer af behandlingstilbud (ikke gensidigt udelukkende) er illustreret i figuren ovenfor. Umiddelbart efter udskrivning (måned 1) modtog 28 % dagbehandling. Denne andel faldt gradvis, mens andelen af klienter, der modtog ambulante samtaler, steg.

<sup>5</sup> Gruppebehandling kan indgå i både et ambulante behandlingsforløb og et dagbehandlingsforløb. Vi har valgt at inkludere det som et selvstændigt spørgsmål, så vi kunne få et billede af den vifte af tilbud, som klienterne modtog.

Samtidig lå andelen, der modtog gruppebehandling på ethvert givet tidspunkt konstant højt. Samlet set stiger andelen af klienter i behandlingen altså noget, hvilket afspejler, at mange klienter vender tilbage til behandlingen efter tilbagefald.

### Hjælper opfølgende kontakt mod tilbagefald?

Blandt de 58, som havde opfølgende kontakt med de visiterende myndigheder lige efter endt døgnbehandling, havde 32 klienter (55 %) tilbagefald, mens det samme gjorde sig gældende for 7 af de 22 klienter, som ikke havde nogen opfølgende kontakt (32 %). Denne forskel var ikke signifikant ( $p=0,29$ ). Det ses altså ikke, at opfølgende kontakt nødvendigvis forhindrer tilbagefaldet i at ske. Figur 13 nedenfor viser en graf over, hvornår tilbagefaldene sker efter endt døgnbehandling.



**Figur 13. Tid til tilbagefald opdelt på de klienter, som havde kontakt med henvisende myndighed, og de klienter som ikke havde**

I grafen er alle klienter stoffri ved udskrivning (måned 1). Hver gang kurverne falder, er en eller flere klienter faldet tilbage i misbrug. Efter den første måned opdeles grafen på de klienter, som ikke har kontakt til visitato-

ren, og på de klienter som har. Da de to kurver følger hinanden tæt, er det altså ikke sådan, at kontakt til visitatoren tilsyneladende forsinker tilbagefaldet meget. Forskellen på de to kurver er da heller ikke signifikant ( $p=0,95$ ).

Et interessant spørgsmål er i den forbindelse, om det hjælper at have kontakt med visitatoren i forhold til at kunne blive stoffri igen – altså, om det er lettere at komme ud af misbruget igen, når man har haft kontakt til visitatoren og dermed har lettere adgang til ny behandling efter et tilbagefald. Ser vi på de 47 klienter som havde haft tilbagefald, ser vi, at kun 10 ud af 20 klienter (50 %), som slet ikke havde kontakt med den oprindelige visitator, blev stoffri igen, mens 22 ud af de 27 klienter, som havde kontakt med visitatoren blev stoffri igen (81 %). Denne forskel var signifikant ( $p=0,02$ ). Dette fund peger på, at selvom kontakt til visitatoren ikke forsinker tilbagefaldet, så har det betydning for, om klienten hurtigere får hjælp til at blive stoffri igen.

### **Medicinering for psykiske lidelser**

I opfølgningsperioden havde 31 % af klienterne modtaget antidepressiva, 13 % havde modtaget angstdæmpende medicin, mens 24 % havde modtaget medicin for en anden psykisk lidelse. I alt havde 43 % af klienterne modtaget medicinsk behandling for en psykisk forstyrrelse. Til sammenligning angav 57 % af de interviewede klienter i den ambulante undersøgelse at have modtaget medicin for depression, 56 % oplyste, at de havde modtaget medicin for angstlidelse og 19 %, at de havde modtaget medicin for andre psykiske lidelser. Som det fremgår, var der flere klienter i ambulante behandling, der havde modtaget medicin for depression og angstlidelse, set i forhold til de klienter, der blev interviewet i opfølgningsperioden efter endt døgnbehandling.



## Kapitel 6. Tilfredshed med behandling

### Resume

I kapitlet gennemgås de kvantitative data vedrørende behandlingstilfredshed. Der ses på faktorer som er relateret til behandlingstilfredshed, og på sammenhæng mellem behandlingstilfredshed og behandlingsresultater. Klienter med større misbrug og mere kriminel belastning før opstart i døgnbehandling oplevede i højere grad, at døgnbehandlingen mødte deres behov. Dette peger på, at klienter, som var mere belastede, i højere grad oplevede døgnopholdet som et pusterum sammenlignet med deres mere belastede livssituation. Klienternes tilfredshed med behandlingen varierede markant mellem behandlingssteder. De udsagn, som skilte stederne mest fra hinanden, omhandlede i hvilket omfang de forskellige behandlingsprogrammer havde mødt klienternes behov samt spørgsmål om deres overordnede tilfredshed med behandlingen. I forhold til den opfølgende behandling ses en endnu højere grad af tilfredshed, mens variationen mellem tilfredshed med opfølgningen i de enkelte kommuner er mindre og ikke signifikant. Igen var det klienternes overordnede tilfredshed med behandlingen, og hvorvidt de oplevede behandlingen havde mødt deres behov, der adskilte kommunerne. Der var en stærk sammenhæng mellem klienternes tilfredshed med døgnbehandlingen og deres aktuelle narkotikabelastning og en endnu stærkere sammenhæng mellem klienternes tilfredshed med opfølgningen og deres aktuelle narkotikabelastning: Jo mere misbrugende klienten er ved opfølgningen, jo mindre tilfreds er han eller hun med døgnbehandlingen og med opfølgningen.

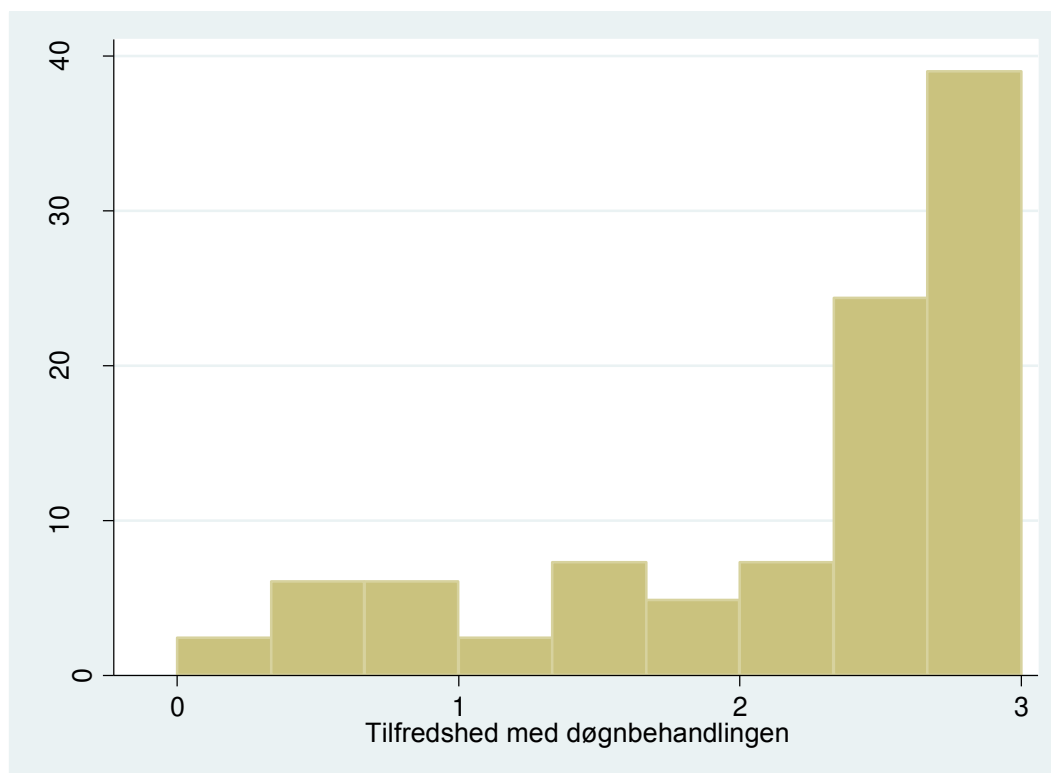
### Spørgeskemaet

Klienternes tilfredshed med døgnbehandlingen og den opfølgende indsats blev målt med Client Satisfaction Questionnaire. Detaljer om skemaet fremgår nedenfor.

### Tilfredshed med døgnbehandling

Flere undersøgelser har påvist, at der ofte er en høj andel af klienter som, uanset typen af behandling, er tilfredse med behandlingen. I nedenstående graf illustreres den generelle tilfredshed med døgnbehandlingen i nærværende undersøgelse (se figur 14 nedenfor). Grafen viser gennemsnittet af

klienternes besvarelser af de 8 items i spørgeskemaet, hvor de højere værdier angiver højere tilfredshed (for beskrivelse af de 8 items, se tabel 11, side 56). Højden på søjlerne angiver, hvor mange der har svaret inden for et givent område. Andelen inden for den højeste tilfredshed er næsten 40 %.



**Figur 14. Tilfredshed med døgnbehandlingen**

Tilfredshed med døgnbehandlingen var forbundet med højere belastning ifølge ASI på stofmisbrug ( $p=0,02$ ) under døgnbehandlingen og på kriminalitet ( $p=0,04$ ). Til gengæld er der en negativ sammenhæng mellem at bekymre sig over sin beskæftigelsessituation og tilfredshed med døgnbehandlingen ( $p=0,04$ ).

Det synes altså som klienter, der var mere misbrugende af stoffer og mere kriminelt belastede, da de indgik i døgnbehandlingen, i højere grad oplevede at døgnbehandlingen mødte deres behov. Det er sandsynligt, at denne klientgruppe, som var mere belastet, i højere grad oplevede døgnopholdet som et pusterum sammenlignet med deres mere belastede livssituation. Modsat er det muligt, at de klienter, som var bekymrede over deres beskæftigelsessituation ved indskrivning i døgnbehandling, vurderer deres tilfredshed med behandlingen på baggrund af de mål, som de havde for-

ventninger om at nå, og som de endnu ikke har indfriet på tilfredsstillende vis.

Samtidig observeres det, at tilfredsheden varierer mellem behandlingssteder (se tabel 11 næste side). Variationen mellem behandlingssteder måles i *rho*, som er en værdi, der går fra 0 (variationen mellem behandlingssteder er ikke større end variationen inden for et behandlingssted) til 1,00 (al variation er imellem behandlingssteder). Hvis en stor del af variationen findes mellem behandlingssteder, så peger det på, at den oplevede kvalitet af behandlingen varierer meget mellem behandlingssteder.

Variationen mellem behandlingssteder er statistisk signifikant ( $\rho=0,22$ ,  $p<0,01$ ). Imidlertid kunne vi konstatere, at vores enlige omsorgshjem i undersøgelsen havde markant lavere tilfredshed end de andre institutioner. Dette kan også ses i lyset af, at denne institution havde patienter med meget svære psykiske vanskeligheder. Fjernes denne institution fra listen, er der imidlertid stadig signifikant forskel på institutionerne ( $p=0,04$ ), se tabel 11 nedenfor.

Det skal dog tages i betragtning, at der var tale om få klienter på hver enkelt institution, hvorfor forskellen nok er signifikant, men ikke beskrivende nok i forhold til antal af klienter på den enkelte institution. Vi skal i det følgende komme nærmere ind på, hvad der gør oplevelsen af døgnbehandlingen mere eller mindre tilfredsstillende, når vi kommer ind på de åbne spørgsmål, som klienterne svarede på omkring deres døgnforløb.

**Tabel 11. Oversigt over udsagn om behandlingskvalitet i spørgeskemaet om behandlingskvalitet**

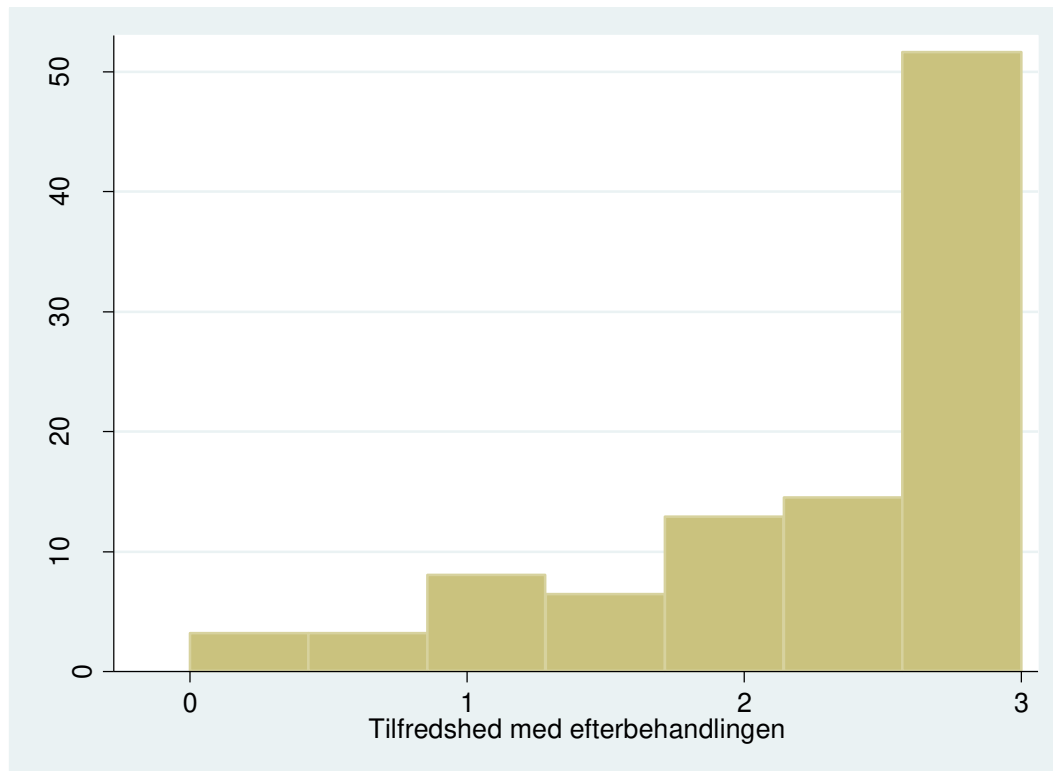
|   | Variation der kan forklares med behandlingssted | P-værdi      |
|---|---|--------------|
| 1. Hvordan ville du vurdere kvaliteten af den behandling, du har modtaget?                  | 0,20  | 0,042        |
| 2. Fik du den slags service, som du ville have?   | 0,16  | 0,079        |
| <b>3. I hvilket omfang har programmet mødt dine behov?</b>                                  | <b>0,24</b>                                     | <b>0,012</b> |
| 4. Hvis en ven havde samme behov for hjælp som dig, ville du så anbefale dette her program? | 0,17  | 0,120        |
| 5. Hvor tilfreds er du med, hvor <u>meget</u> hjælp du har fået?                            | 0,13  | 0,164        |
| 6. Har den behandling, du har fået, hjulpet dig til at klare dine problemer mere effektivt? | 0,18  | 0,022        |
| <b>7. Helt overordnet, hvor tilfreds er du med den behandling, du har modtaget?</b>         | <b>0,32</b>                                     | <b>0,003</b> |
| 8. Hvis du skulle søge hjælp igen, ville du så komme tilbage til dette her sted?            | 0,16  | 0,077        |
| Fuld skala  | 0,27  | 0,009        |

Ser vi på de enkelte items i spørgeskemaet, ses det, at de udsagn som skilte behandlingsstederne mest fra hinanden var spørgsmål 3 (I hvilket omfang har programmet mødt dine behov?) og spørgsmål 7 (Helt overordnet, hvor tilfreds er du med den behandling, du har modtaget?).

### **Tilfredshed med opfølgende behandling**

Nedenstående figur 15 viser klienternes tilfredshed med den opfølgende behandling. Her ses en endnu højere grad af tilfredshed set i forhold til tilfredshed med behandling, mens variationen mellem kommuner er mindre og ikke helt statistisk signifikant ( $\rho=0,22$ ,  $p=0,06$ ). Forskellen på effektstørrelsen i forhold til døgnbehandlingen er dog meget lille.





**Figur 15. Tilfredshed med efterbehandlingen**

Ser vi igen på de enkelte udsagn i det anvendte spørgeskema, er spørgsmål 7, der omhandler den overordnede tilfredshed med behandlingen igen det spørgsmål, der bedst skiller enhederne, i dette tilfælde kommunerne (se tabel 12 nedenfor). Også spørgsmål 3, der omhandler, hvorvidt behandlingen har mødt klientens behov, skiller klart kommunerne. Som vi skal vende tilbage til under de åbne spørgsmål, udgør begge spørgsmål da også et stort tema for klienter, der har deltaget i efterbehandling.

**Tabel 12. Analyse af behandlingstilfredshed**

|   | Variation der kan forklares med kommune | P-værdi      |
|---|---|--------------|
| 1. Hvordan ville du vurdere kvaliteten af den behandling, du har modtaget?                  | 0,15                                    | 0,140        |
| 2. Fik du den slags service, som du ville have?   | 0,18                                    | 0,104        |
| <b>3. I hvilket omfang har programmet mødt dine behov?</b>                                  | <b>0,38</b>                             | <b>0,007</b> |
| 4. Hvis en ven havde samme behov for hjælp som dig, ville du så anbefale dette her program? | 0,16                                    | 0,168        |
| 5. Hvor tilfreds er du med, hvor <u>meget</u> hjælp du har fået?                            | 0,23                                    | 0,031        |
| 6. Har den behandling, du har fået, hjulpet dig til at klare dine problemer mere effektivt? | 0,00                                    | 0,999        |
| <b>7. Helt overordnet, hvor tilfreds er du med den behandling, du har modtaget?</b>         | <b>0,40</b>                             | <b>0,007</b> |
| 8. Hvis du skulle søge hjælp igen, ville du så komme tilbage til dette her sted?            | 0,00                                    | 0,999        |
| Fuld skala  | 0,22                                    | 0,063        |

### Er behandlingstilfredshed forbundet med misbrug?

Et relevant spørgsmål er, om behandlingstilfredshed med henholdsvis døgnbehandling og den opfølgende behandling er forbundet med klienternes aktuelle misbrug. Dette aspekt bliver belyst i tabel 13.

**Tabel 13. Sammenhæng mellem tilfredshed med behandling og narkotikabelastningen ved opfølgningen**

|   | Antal | Spearman korrelation med narkotikabelastning | p-værdi |
|---|-------|--|---------|
| Tilfredshed med døgnbehandling            | 82    | -0,36  | 0,0009  |
| Tilfredshed med den opfølgende behandling | 62    | -0,46  | 0,0002  |

Tabellen viser, at sammenhængen mellem klienternes tilfredshed med døgnbehandling og deres aktuelle narkotikabelastning er stærk. Jo mere misbrugende klienten er ved opfølgningen, jo mindre tilfreds er han eller hun med døgnbehandling. Den stærkeste sammenhæng ses dog mellem

klienternes tilfredshed med den opfølgende behandling og deres aktuelle narkotikabelastning. Igen er det de klienter, som er mest belastede, som er mindst tilfredse med opfølgningen. Man kan også sige mere enkelt, at jo bedre klienten har det, jo mere tilfreds er klienten. Som i CRF's undersøgelse fra 2011 om den ambulante behandling ses altså også her en klar sammenhæng mellem tilfredsheden og belastningen.



## **Kapitel 7. Klienternes beskrivelser af døgnbehandlingen**

### **Resume**

I forbindelse med opfølgningen stillede vi åbne spørgsmål om klienternes oplevelse af døgnbehandlingsforløbet og efterbehandlingsforløbet.

Klienternes beskrivelser støtter konklusionen fra sidste kapitel, at størstedelen var tilfreds med deres døgnbehandlingsforløb. Mange lagde vægt på, at de kom væk fra det vante miljø og sociale omgangskreds, og flertallet beskrev også de positive aspekter, der havde været ved det sociale samvær med andre klienter. Enkelte beskrev de udfordringer, der knyttede sig til det at være social med andre i misbrugsbehandling. Det var gennemgående, at klienterne lagde vægt på kontakt og behandlingspersonalets tilgængelighed, at de blev set og hørt, samt at behandlingen var fleksibel og blev tilpasset til den enkelte klient, samtidig med at den var målrettet og sammenhængende. Andre påpegede betydningen af en højt struktureret og velorganiseret behandling.

### **Anvendelse af åbne spørgsmål til undersøgelse af behandlingstilfredshed**

Ud over den kvantitative beskrivelse af døgnbehandlingsforløbene og klienternes tilfredshed med samme ønskede vi også at få data på, hvad klienterne selv oplevede som væsentligt i forhold til deres døgnbehandlingsforløb og den opfølgende behandling. Vi valgte derfor at stille åbne spørgsmål til klienternes oplevelse af døgnopholdet, positive og negative sider ved opholdet, samt hvilken betydning opholdet havde haft for deres nuværende livssituation. Alle 84 klienter fik stillet disse åbne spørgsmål, men 7 interviews kunne ikke inkluderes af forskellige grunde.

Første skridt i analyseprocessen var ligesom i den ambulante rapport at undersøge, hvilke faktorer der karakteriserede behandlingssteder med henholdsvis høj og lav klienttilfredshed. Vi tog udgangspunkt i de behandlingssteder, hvor minimum to klienter deltog i opfølgningsinterviewene, hvilket blev til 15 døgninstitutioner i alt. Analysen viste imidlertid, at klienternes beskrivelser af deres tilfredshed med behandlingen ikke adskilte de forskellige behandlingssteder lige så signifikant som det fremgår af det kvantitative data (se afsnit om tilfredshed med døgnbehandling side 47). Vi

valgte derfor at fokusere på faktorer, der kendetegnede henholdsvis høj og lav behandlingstilfredshed på tværs af døgnbehandlingsstederne.

## Behandlingsmiljø

Af de 77 klienter, hvis interview om deres døgnbehandlingsforløb indgik i analysen, var der 45, som beskrev det menneskelige og fysiske behandlingsmiljø som en væsentlig faktor i forhold til oplevelsen af behandlingen. De fleste klienter (29) var overvejende positive, 9 var overvejende negative, mens 7 klienter fremkom med en mere ligelig fordeling af positive og negative kommentarer om behandlingsmiljøet.

### *Venligt, omsorgsfuldt og inkluderende*

En vigtig faktor var betydningen af et venligt behandlingsmiljø, hvor klienterne følte sig velkomne og oplevede at blive inkluderede i behandlingen. Dette illustreres i følgende korte udsagn fra en mand i 30'erne:

*Ja, de får dig i hvert fald til at føle dig velkommen, og at du hører til der. Der er ikke nogen sure miner eller noget som helst.*

Andre klienter kommer med mere uddybende beskrivelser af behandlingsmiljøet, hvor de blandt andet pointerede betydningen af, at personalet optrådte omsorgsfuldt. En kvinde i midten af 20'erne beskriver:

*Det var rart, det var ret hjemligt og hyggeligt, og personalet var helt fantastiske[...] meget omsorgsfulde og forstående og meget snakkesalige. Så de var fantastiske.*

Det er kendetegnende, at flere klienter i deres beskrivelse af behandlingsmiljøet sammenlignede personalets tilgang til dem med følelsen af at indgå i en slags familie under døgnopholdet. Dette illustreres i et udsagn fra en mand sidst i 30'erne:

*... Og så de var meget imødekommende [...] de gjorde det mere eller mindre, som at vi blev en del af deres familie og spiste sammen med os og lavede nogle ting sammen med os og var rigtig omsorgsfulde, så det var godt.*

En anden mand midt i 30'erne fortæller:

*Ja, men deres måde at være på... de var fantastiske mennesker, et fantastisk stykke arbejde, de gør for folk. Varmen, altså det er jo ligesom at komme ind i en familie, ikk'. Og for mange misbrugere, der er det jo noget helt nyt, for du lever jo meget isoleret og for dig selv som misbruger. Og så den dér varme, du modtager, og at du bliver gjort opmærksom på, at du er sgu god nok, som du er.*

Som nævnt tidligere var det ikke alle klienter som var positive i deres beskrivelser af behandlingsmiljøet. En mand i starten af 20'erne som forlod institutionen efter tre dage, fortæller om de fysiske rammers betydning for hans oplevelse af døgnbehandling:

*...sådan nedtrykt stemning og kedelige omgivelser og bare, det ligner jo bare en gammel skole. Og så får jeg et værelse på hvad, seks kvadratmeter eller sådan noget. Det er ligesom at sidde i en arrest eller sådan noget. Det var ikke behageligt, overhovedet ikke.*

### *Personalet er tilgængeligt og opsøgende*

I interviewene beskriver klienterne også betydningen af, at personalet er tilgængeligt og opsøgende, samt at der er mulighed for at få hjælp, både i form af samtaler og praktisk støtte, hvor dette er relevant. Et udsagn fra en mand først i 30'erne illustrerer dette:

*Jeg fik rigtig mange gode bekendtskaber deroppe og et rigtig godt forhold til min terapeut. Altså, jeg sad inde på hendes kontor hver dag lige for at snakke i fem minutter, og hvis der ikke lige var noget at snakke om, så drak vi lige en kop kaffe, og det var der altid tid til.*

Det er centralt, at personalets opsøgende indsats indbefatter, at de aktivt arbejder på at engagere klienterne i behandlingen. En mand midt i 20'erne fortæller:

*Jeg havde det meget sådan, at jeg ville ikke belemre andre med mine problemer og sådan - og heller ikke behandlerne, selvom det var det, de var der for. Men [...] der blev hele tiden taget fat i mig og prikket til mig, og jeg blev hevet med til forskellige ting og sådan. Så det synes jeg var rigtig godt. Og så det, at jeg blev mødt på en måde, hvor jeg følte, at jeg turde åbne mig. For det har også været et af mine store problemer.*

Det næste udsagn fra en mand først i 30'erne illustrerer, hvordan personalets opsøgende tilgang også kan spille en vigtig rolle for klienternes fysiske forbedring i løbet af døgnopholdet:

*Så hjalp han[en behandler, forfatterne] mig med alt muligt mærkeligt. Altså, jeg kunne ikke tale og gå og sådan noget der, men så kom han ind hver morgen kl. 6 eller 8 eller hvad fanden det var, og så sagde han 'nu er det op og træne'. Og så var han derinde hele tiden, inde i motionsrummet, og 'kom nu' og sådan noget altså. Og så i løbet af to måneder eller tre måneder, så var jeg helt oppe og havde taget 27 kilo på.*

Endelig viser følgende udsagn fra en mand midt i 30'erne, hvordan personalets opsøgende tilgang og forsøg på at engagere klienterne i behandlingen, ikke nødvendigvis behøvede at være rettet mod en særlig aktivitet, men også kan bestå af en mere generel løbende opmærksomhed:

*Han [en behandler] gik tit nogle runder på hvert værelse og spurgte, hvordan vi havde det og alt sådan noget. Det var ret godt.*

Betydningen af, at klienterne oplevede personalet som tilgængeligt og opsøgende, illustreres også i de klientudsagn, hvor klienterne udtaler sig mere negativt om behandlingen. En kvinde først i 20'erne fortæller for eksempel:

*Jamen, altså jeg synes, at man fik for lidt terapi. Jeg synes, at de var meget dårlige til at sådan at komme, at komme hen til en, og at de egentligt mest brugte tiden på at være på kontoret, altså i stedet for at socialisere med os andre, som man vel bør på døgnbehandling.*

Samlet set viser analysen af klientudsagn, der omhandler behandlingsmiljøet, ikke overraskende, at personalets tilgang til klienterne spiller en stor rolle for klienternes oplevelse af behandlingen og deres følelse af, at personalet er aktivt involveret i deres behandlingsproces.

## **Sociale faktorer**

Næsten halvdelen af klienterne (35 ud af 77) omtaler flere sociale faktorer, der adskiller døgnbehandling fra ambulante behandling. I det følgende gennemgås to sociale faktorer, der gik igen i klientinterviewene: miljøskift og sociale aspekter i selve behandlingen.



## Miljøskift

Ofte er et af argumenterne for, at stofmisbrugere sendes i døgnbehandling, at det vurderes, at klienten har et så massivt misbrug og manglende socialt netværk og støtte, at et ambulante behandlingstilbud ikke vil kunne møde klientens aktuelle behandlingsbehov. Denne rapport viser også, at det udgør en vigtig faktor for klienterne, at døgnopholdet giver dem mulighed for at komme væk fra deres miljø og sociale netværk. Dette illustreres af et udsagn fra en mand midt i 20'erne, som fortæller:

*Det var i hvert fald vigtigt for mig dér i den første tid både at komme væk fra både øl, og så især komme væk fra gamle bekendtskaber og stofferne.*

En anden mand i starten af 20'erne fortæller:

*Sådan en dagbehandling, det var slet ikke noget for mig, jeg havde sgu brug for at komme væk fra gaden. Jeg har levet der hele livet, og det er nærmest det eneste, jeg kender til. Det var sgu den eneste vej for mig.*

Andre klienter understreger i højere grad, hvordan døgnopholdet var med til at give dem ro og stabilitet, og på den måde støttede deres engagement og fokus på behandlingen. For eksempel fortæller en mand sidst i 20'erne:

*Jeg fik fred i mit hoved til at kunne koncentrere mig om, hvad det var, jeg havde gang i [...] min koncentration for at være 100 % med dér, så skal jeg have ro omkring mig, og det havde jeg mulighed for. [...] Det har givet mig lysten til at kæmpe for både at forholde mig clean, men også for at blive et bedre menneske. Jeg har jo aldrig skænket det en tanke før.*

## At være væk fra familien

Samtidig med, at mange klienter fremhæver det positive ved det miljøskifte, der opstår som led i døgnbehandling, beskriver nogle få klienter en ambivalens i forhold til at skulle være væk fra deres hverdag. Dette er mest tydeligt hos de klienter, der har en familie, hvilket kort og rammende beskrives i et udsagn fra en mand først i 30'erne:

*Ja altså...[det svære ved at være i døgnbehandling, forfatterne] [...] at man ikke rigtig havde kontakt til familie og kæreste, og så 'n...*

Samtidig synes det også at udgøre en vigtig del af behandlingen, at den foregår væk fra familien. En mand i midten af 30'erne illustrerer dette i sin beskrivelse af positive aspekter ved at være i døgnbehandling:

*...jeg har forskånet min familie for mine raseriudbrud [...] Jeg har sgu, hvad skal man sige, jeg har budt både min kone og mine børn nok af sådan nogle humørsvingninger. Så jo, det har været rigtig godt, at jeg kunne være isoleret fra min familie på den måde. Det synes jeg.*

Det var i det hele taget kendetegnende, at de klienter der havde hjemmeboende børn, ofte forholdt sig til, hvordan døgnopholdet indvirkede på deres omsorgsrolle over for børnene. En kvinde midt i 30'erne fortæller:

*Altså, hvis man har et almindeligt liv og har børn og familie, så er det svært at tage i behandling, hvis det er at man f.eks. i et halvt år ikke må se sin familie. Det ville jeg ikke have kunnet gøre, altså.*

Samme kvinde fortæller, at det for hende netop var fordi man i behandlingen tog hensyn til at hun havde en søn og lod ham bo på stedet i kortere perioder, at det blev muligt for hende at gennemføre behandlingen. Modsat fortæller en anden kvinde i 30'erne, at sønnens besøg hver weekend både var dejlige, men at hun også oplevede det som stressende og forstyrrende i forhold til at bevare fokus på sit behandlingsforløb. Den samme kvinde endte med at forlade døgnbehandlingens før tid, da samarbejdet med sønnens far om pasningen af sønnen stødte på vanskeligheder, og at hun derfor oplevede at være nødt til at tage hjem og passe sin søn. Der synes således ikke at være en enkel opskrift på, hvordan man i døgnbehandlingens tilgodeser klienternes familierelationer. Et udsagn fra en mand sidst i 30'erne illustrerer vigtigheden af, at der tages individuelle hensyn til klienternes behov for at være i løbende kontakt med familien:

*[Det, forfatterne] ... har været meget individuelt, hvor der blev taget hensyn til familie og børn, så jeg synes, at det har været rigtig godt [...] Jeg fik lov til at tage hjem hver weekend på grund af, at jeg havde børn og sådan nogle ting. Nogle fik lov til at få deres børn ind...[på besøg, forfatterne], når de skulle have weekend. Altså, det var ikke så firkantet – det, der gjaldt for Peter, var ikke nødvendigvis den samme regel for mig. Så det gjorde det meget nemmere at gennemføre behandlingen.*

### *Sociale aspekter i behandlingen*

Det sociale samvær med andre klienter under døgnopholdet udgør en væsentlig faktor for klienternes oplevelse af behandlingsforløbet, hvilket illustreres i dette udsagn fra en kvinde først i 20'erne:

*Døgnophold, så tænkte jeg nærmere psykiatrisk afdeling, hvor man bare kommer ind og sidder på et lille værelse, og ja...Men det var bare helt anderledes, end jeg havde forestillet mig. Det var faktisk rigtig hyggeligt, og det var fedt, at der var så mange andre, der var ligesom jeg.*

Mens det overordnet beskrives som positivt at bo tæt sammen med andre, er der også tale om en tilvænningsproces og en udfordring. Mange klienter skal bryde deres vante isolation og omgås andre mennesker, hvoraf flere kan udvise en problematisk adfærd. En mand i 30'erne fortæller, at han i begyndelsen af behandlingsforløbet oplevede det som en stor udfordring at skulle indgå i tætte sociale sammenhænge, men at han senere i forløbet kom til at se det sociale samvær som en positiv del af behandlingen:

*Det, der særligt var en udfordring, er, at jeg ikke har været vant til at være sammen med så mange mennesker [...] Og jeg skulle trods alt være der, og jeg skulle dele værelse med en. Det har jeg ikke prøvet tidligere, jeg har faktisk ikke prøvet at bo sammen med nogen, og det går slet ikke, tænkte jeg. Men det blev faktisk meget ok at have en at snakke med og en at lære noget bedre at kende.*

Et andet udsagn fra samme klient illustrerer en af grundene til, hvorfor det tætte sociale samvær med andre klienter kan være en udfordring:

*Og der var nogle af de der var der, som havde en måske sådan lidt aggressiv holdning og facon, og det kunne være lidt svært at håndtere, så jeg sådan godt kunne føle mig sådan lidt intimideret.*

Det sociale samvær udfordrer således nogle klienter, fordi de skal omgås mennesker, som har problemer, der for eksempel kan vise sig ved en problematisk adfærd. En mand i 30'erne fortæller, at han oplevede, at nogle af beboerne på behandlingsstedet var for psykisk dårlige til at være der:

*... der var nogle syge mennesker derovre, som faktisk ikke burde være der. De burde have sådan noget lidt mere professionel hjælp. Så ople-*

*vede jeg, hvordan at de behandler psykisk syge dårligt derovre, hvor de bliver skubbet rundt og snakket ned til.*

Modsat beskriver et udsagn fra en anden mand sidst i 20'erne, hvordan de klienter, som havde mere alvorlige psykiske problemer, også kunne opleve det som en udfordring at skulle være social med andre. Han fortæller:

*...Og der var en anden en dernede, også et psykisk tilfælde kan man sige. Og det negative ved det er, at de mennesker bliver jeg nødt til at skal være sammen med, og det har min ADHD svært ved en gang i mellem. Og det er svært for mig, og det er jo ikke, fordi jeg ikke kan lide de mennesker, men det er svært for mig.*

Denne mand fortæller senere i interviewet, at han oplever, at døgnopholdet har gjort ham mere rummelig, og at han lærte at være sammen med andre på en mere konstruktiv måde, blandt andet fordi hans temperament heller ikke længere fyldte så meget. Han understreger i den forbindelse betydningen af, at hans medicinske behandling for ADHD blev reguleret.

Mens det sociale samvær på institutionen ofte har en fremtrædende plads i klientinterviewene, er der også enkelte klienter, som fortæller, at de savnede mere socialt samvær. En mand i 30'erne fortæller for eksempel:

*...man sad meget af tiden alene. Jeg tror også, at det var noget af det, der gjorde, at jeg fokuserede meget på min medicin, for man følte sig meget alene, og det synes jeg ikke var særligt fedt.*

Samlet set viser analysen, at døgnbehandling ofte fungerer som et positivt skift for klienterne og støtter op om deres engagement og motivation for at indgå aktivt i behandlingsprocessen. Nogle få klienter fortæller om deres ambivalente følelser i forhold til at skulle væk fra deres børn, især når det ikke på forhånd er blevet afklaret, hvordan døgnopholdet i praksis kombineres med samvær og pasning af børnene. Hvad angår de sociale aspekter ved selve døgnbehandlingen, oplever flertallet af klienter det som noget positivt, men beskriver også, at der er tale om en tilvænningsproces. Dette gælder ikke kun de terapeutiske samfund, hvor man bevidst arbejder med fællesskabet som metode, men også en række institutioner, som refererer til andre traditioner.

## Behandling

Omkring halvdelen af klienterne reflekterede over proces og indhold i den behandling, de havde gennemgået. Af de 77 klienter var der 43, som kommenterede dette, hvor flertallet (35 klienter) var positive, 7 klienter var negative, og en klient havde både både positive og negative kommentarer.

### *Forståelig og meningsfuld*

Det er vigtigt, at personalet forklarer klienterne, hvad behandlingen går ud på, så det giver mening for klienterne, og så de oplever, at tiltagene i behandlingen er kvalificerede. Dette illustreres af følgende udsagn fra en mand sidst i 20'erne:

*Det gav mening, selvom det er galskab, og man synes, at det er åndssvagt, så giver det faktisk mening. Første gang man hører det, så tænker man 'er du dum i hovedet', men anden gang, så kan man faktisk godt se, at der er mening med den galskab.*

Ud over, at behandlingen forklares, så den giver mening for klienterne, spiller det også en stor rolle, at klienterne føler sig forstået af behandlerne og oplever, at der tages hensyn til deres individuelle behov. En mand i begyndelsen af 30'erne fortæller:

*Jeg var så positivt overasket over det. At der blev taget så meget hensyn til den enkelte, som jeg synes, at der blev gjort, for vi var jo mange forskellige typer derude. Og der var de gode til at sådan, jamen vurdere os forskelligt, individuelt, og tage fat i de problemer, som vi hver især havde. At det ikke bare var skemalagt.*

En anden mand i 30'erne havde følgende beskrivelse af, hvorfor behandlingen ikke gav mening for ham:

*Det var som om, at man skulle brydes ned psykisk, og det var ikke særlig fedt. Det synes jeg i hvert fald ikke.*

### *Medansvar*

Det har betydning for klienternes oplevelse af ansvar for deres egen behandlingsproces, at de oplever, at behandlingen retter sig mod deres indivi-

duelle behov på en måde, hvor de oplever at have medindflydelse. En kvinde på 30 år fortæller:

*Ja, det er meget individuelt det hele. Og det synes jeg er en god ting i stedet for, at man ligesom bare alle sammen bliver skåret over en kam, og at når du har været clean i 30 dage, så må du ligesom... De kigger ligesom meget på, hvornår du er klar til det, og de kører også meget med frihed under ansvar. Så hvis du ikke kan finde ud af det, så mister du det så også. Hvis man kan finde ud af det, så får man også det mere ansvar. Så det synes jeg er en god ting.*

En kvinde i starten af 20'erne fortæller:

*... der lærer man sgu også, at nu må du sgu tage noget ansvar for dig selv. Altså, man får måske også tingene at vide, som de er, samtidig med, at det er meget, meget omsorgsfuldt.*

### *Organisering og struktur*

Døgnbehandling udgør overvejende et skift til en mere rolig og stabil hverdag for klienterne. En central del af denne stabilitet baserer sig på, at klienterne oplever, at behandlingen foregår i faste og trygge rammer, hvor der er struktur på hverdagen, hvor hverdagen har en høj grad af forudsigelighed, og hvor de er aktivt beskæftigede. En mand sidst i 30'erne fortæller for eksempel:

*... det er blandt andet sådan noget som struktur. Jeg skal have struktur. En fast struktur i hverdagen, sådan noget som at vaske tøj, det gør jeg samme dag og sådan, så det bliver rutine for mig.*

Et udsagn fra en anden mand først i 30'erne illustrerer, hvordan organisationen af behandlingen virker positivt både i kraft af den struktur og de rutiner, som klienterne får bygget, men også i kraft af den ro og tryghed, som rutinerne giver klienterne. Han fortæller:

*Jeg kan godt lide det der strukturerede, hvor jeg ved hvad jeg skal hele dagen, hvor der er et program for dagen, men også det, at jeg virkelig bare kunne slappe af.*

En anden mandlig klient i 30'erne beskriver også, hvordan rammerne har skabt tryghed for ham og været en vigtig del af behandlingen:

*De [personalet, forfatterne] kan skabe nogle trygge rammer og hjælpe mig i min afgiftning til, at jeg bare skal være og ikke tage vare på mig selv. Der er en varm seng, og der er mad på bordet, og der er også en form for omsorg hvis jeg har brug for det. Det tror jeg har været rigtig, rigtig vigtigt.*

Udsagn fra andre klienter illustrerer, hvordan manglende struktur og organisering af behandlingen kan påvirke behandlingsforløb negativ, for eksempel et udsagn fra denne mand i starten af 50'erne:

*Det hele, det kan sejle, og der sker ikke noget for os. Vi kan ikke finde ud af det, vi kan ikke komme ud af det, så det er meget ringe [...] Og så er der gennemgående for lidt behandling i det. Der skulle være nogle flere møder og et skema...*

En mand i 40'erne fortæller, hvordan han savnede, at der blev fulgt op på de tiltag, som der blev startet:

*Der blev ikke rigtig fulgt op på de ting, på de opgaver, vi laver, og sådan nogle ting. Vi skulle skrive nogle livshistorier og sådan nogle ting der, og det synes jeg ikke rigtig, at der blev fulgt op på. Og der var nogle, der skrev nogle breve til deres børn, som der ikke blev fulgt op på, og sådan nogle ting. Det var totalt dårligt.*

En kvinde i først i 20'erne fortæller:

*... jeg synes personligt, at der manglede noget behandling. Nogle møder, hvor vi snakkede. Altså, det var meget sjældent, at der var det, og det manglede der lidt.*

Samlet set peger analysen af klienternes oplevelse af behandlingen på betydningen af, at klienterne oplever, at behandlingstiltagene formidles på en måde, hvor de oplever, at behandlingen indeholder en kvalitet og giver mening for dem, samt at den retter sig mod deres individuelle behov. Det forudsætter samtidig, at klienten kan forstå personalets hensigter og planer med de tiltag, der sættes i værk, og at der løbende samles op på de tiltag, der sættes i gang. Mange klienter fremhæver ligeledes betydningen af, at døgnbehandling udgør en mere rolig og stabil hverdag, hvor der er struktur og faste og trygge rammer.

## Udbytte af døgnbehandling

Den sidste del af analysen omhandler det udbytte, som klienterne oplever, at de har fået ud af døgnopholdet, samt hvordan de har oplevet overgangen fra døgnopholdet til deres nuværende situation.

### *Udbytte af behandlingen*

Den positive oplevelse af døgnbehandling, som mange klienter beskriver i denne undersøgelse, hænger ikke overraskende sammen med deres oplevelse af at have fået et positivt udbytte ud af døgnopholdet. Det oplevede udbytte omhandler både ændringer i klienternes stofbrug, adfærd og sociale kompetencer samt oplevelsen af at have fået redskaber til at håndtere deres livssituation. En mand i 30'erne fortæller:

*...man får styr på en masse ting. Man bliver både ligesom forberedt til at komme ud og skulle have et liv igen, men man bliver også forberedt på at skulle have et liv uden stoffer, men også hvad man så ellers skal putte ind i sit liv for ligesom at få det til at fungere, ikke. Og hvad er det, der er gået galt for en før? Altså ud over stofferne, ikke. Og sådan. Så man får en chance for at lade være med at lave de samme fejl igen.*

En anden mand i sidst i 30'erne beskriver, hvordan han både har arbejdet med sit stofbrug og sin kriminelle adfærd i behandlingen:

*For det første så tror jeg ikke, at jeg kunne blive stoffri på gaden. Og for det andet så har jeg haft meget med antisociale træk, som jeg aldrig nogensinde har vidst noget om. Altså, jeg har haft lige så mange problemer med kriminalitet som med stoffer, og det har jeg jo aldrig arbejdet med, så det gjorde vi i rigt omfang derude.*

En anden klient, en mand sidst i 20'erne, beskriver, hvordan han oplever ændringer i sin måde at reflektere over sin adfærd og håndtere udfordringer på:

*Jamen, det har gjort, at jeg er blevet meget mere rummelig. I stedet for at gå kold, hvis jeg får en udfordring, så kan jeg tænke mig til at klare udfordringen. Jeg er blevet meget bedre til at planlægge ting, inden jeg gør det, hvor før, der handlede jeg bare impulsivt, og så skulle det bare gøres, og så endte det for det meste galt. Så klart, det har åbnet mine*



*øjne rigtig meget, og det har fået mig til at tænke over tingene. Så det har gjort rigtig meget for mig, det har det.*

Nogle klienter beskriver også ændringer, der er opstået som følge af døgnopholdet, dog uden at beskrive disse ændringer i detaljer. En mand i 40'erne fortæller for eksempel:

*[De] opgaver, altså jeg lavede og sådan nogle ting, de har gjort, at jeg tænker mere over tingene. Altså, man render jo ellers og bilder sig selv ind at, 'ej men det er fint nok, og du har arbejde' og sådan nogle ting. Og det går fint nok, selvom man render og tager nogle stoffer og sådan nogle ting, ikke. Og det har ligesom gjort, at jeg har indset, at det var noget lort jeg rendte og lavede.*

Også klienter, der i starten oplevede at blive provokeret af behandlingen, beskriver et udbytte efter døgnopholdet, for eksempel denne mand i 40'erne:

*... jeg følte at det var rigtig irriterende og noget rigtig lort. Men når det var rigtig irriterende og noget rigtig lort, så er det fordi, at det var rigtig godt for mig[...]. Det har gjort, at jeg er clean. Jeg har fået mange værktøjer. Som de siger - man har en værktøjskasse i rygsækken, så når der er en eller anden situation så kan jeg finde det frem og bruge det. Det har jeg brugt en del [...]. Før i tiden var jeg overhovedet ikke social, jeg snakkede slet ikke med nogen, ingenting gjorde jeg, det kan jeg sgu gøre nu. Jeg er godt nok ikke den mest sociale, men det går fremad.*

Det er ikke altid behandlingen som helhed, som giver positivt udbytte, men særlige dele af den, ligesom andre dele af behandlingen kan resultere i en oplevelse af negativt udbytte. En kvinde sidst i 20'erne fortæller:

*Jeg synes, at de har været rigtig gode til at håndtere min nedtrapning og min omsorgsbehandling, men træder du ved siden af i den behandling, så bliver du gjort meget forkert. Og jeg trådte ved siden af rigtig mange gange og var faktisk fyldt med endnu mere skyld og skam, da jeg kom herind [til dagbehandling efter døgnopholdet, forfatterne], end jeg havde, da jeg kom derop [på døgnbehandlingsinstitutionen, forfatterne].*

### *Overgang til livet efter døgnbehandling*

Døgnbehandling udgør en afgrænset del af klienternes tilværelse, og overgangen til en tilværelse efter døgnforløbet udgør en vigtig del af behandlingsindsatsen. Et udsagn fra en mandlig klient i 20'erne illustrerer den betydning, som en klar og overskuelig planlægning af det videre behandlingsforløb efter døgnopholdet kan have:

*... det var også, fordi der var en plan, da jeg kom hjem. Det var der ikke sidste gang jeg kom hjem. Der var en plan, jeg vidste, hvad jeg skulle og så videre, så det har været meget positivt, kan man sige.*

Den glidende overgang til livet efter døgnopholdet kan også være i forhold til det sociale netværk, som klienten skal genoptage efter endt døgnbehandling. I det følgende beskriver en mandlig klient midt i 30'erne, hvordan det sociale netværk, som han opbyggede i NA i løbet af sit døgnophold, støttede op om hans behandlingsforløb både under og efter døgnbehandlingen:

*... jeg blev også sikker på, at jeg ville bruge meget af min energi i NA, når jeg blev færdig [...] Altså, jeg tror jo rigtig meget på NA som hjælp, når man kommer ud af behandlingen, og [...] så kendte jeg mange af de mennesker, der var til møderne, i forvejen, og de kunne ligesom støtte mig omkring, at nu var jeg i døgnbehandling. Og det viste mig bare, hvor vigtigt det var at holde fast i det [...], også når jeg blev færdig med døgnbehandlingen. Jeg kunne allerede sådan lidt langsigtet se, hvordan jeg skulle håndtere det, når jeg kom hjem fra døgnbehandling.*

## Kapitel 8. Klienternes beskrivelser af den opfølgende behandling

### Resume

Overordnet er klienterne tilfredse med den opfølgende behandling, og fortæller, at behandlingen møder deres behov og er fleksibel. Når tingene ikke fungerer, er det overordnede mønster, at klienterne henvises til andre tilbud eller sendes tilbage til døgnbehandling. Et mindretal oplevede, at behandlingen ikke fungerede, var utilstrækkeligt koordineret eller ikke tilstrækkeligt seriøs.

### Oplevelsen af behandlingen

En overvejende andel af klienterne mener, at de er blevet tilbudt en form for opfølgende behandling efter døgnopholdet. Af de 63 klienter, der mener at have fået tilbud om opfølgende behandling, er 40 overvejende positive over for det tilbud, de har fået, 16 er negative, og 7 er hverken positive eller negative. Af de 12 klienter, der ikke mener at have fået tilbudt nogen opfølgende behandling, er 3 klienter positive, 4 negative, og 5 er hverken eller. En klient indikerede at være tilbudt behandling, men indgik ikke i nogen behandling, og vurderede derfor ikke forløbet med tilfredshedsskalaer, hvorfor der derfor kun er 62 klienter med i den kvantitative analyse.

Det er ikke muligt for os at sige noget vægtigt om opfølgningen inden for de enkelte kommuner, da kun få kommuner er repræsenteret ved flere end to klienter. Data kan derimod bruges til at sige noget generelt om, hvad der kendetegner klienternes oplevelse af den opfølgende behandling, og hvad klienterne oplever som væsentligt. I det følgende vil vi som det første se på klienternes forklaringer på, hvad der fungerer i den opfølgende behandling. Derefter vil vi beskrive, hvor klienterne oplever, at der er plads til forbedringer.

### Positiv oplevelse af opfølgende indsats

De 40 klienter, der overvejende er positive i forhold til den opfølgende indsats efter døgnopholdet, vægter især et helhedsperspektiv i indsatsen, at indsatsen møder deres behov, og at der er mulighed for at skifte til andre behandlingstilbud.

### *Helhedsperspektiv i den opfølgende indsats*

På grund af klienternes ofte komplekse problematikker er det vigtigt, at der i den opfølgende behandling ydes bred opmærksomhed i forhold til blandt andet klienternes bolig- og familieforhold, job, uddannelse samt deres sociale netværk og psykiske tilstand. En mand midt i 30'erne fortæller for eksempel om den betydning, det havde for ham, at han fik støtte og hjælp til forbedring af sine boligforhold efter afsluttet døgnbehandling:

*Jeg har boet ude ved min far. Han bor ude på landet, og jeg bor på sådan et pulterkammer, hvor jeg ikke rigtig kan have mine børn, så jeg glæder mig helt vildt meget til at få min egen lejlighed...*

Samme mand beskriver, at han fortsat har brug for en mere bredspektret opfølgende indsats, for eksempel hjælp i forhold til at blive aktiveret i hverdagen for at hindre tilbagefald til misbrug:

*Jeg skal i noget jobprøvning, forhåbentlig i nærmeste fremtid, så jeg har noget at stå op til. For det er hårdt. Det er en kamp ikke at få tilbagefald, når det er sådan, at man bare går og laver ingenting, for så er der så megen tid, og så er det jo nemt bare at tage ind til ens gamle netværk. [...] Det er også derfor, at jeg skal begynde i sådan noget stoffri gruppe for at lave noget netværk og for at lære dem bedre at kende, sådan at jeg kan få nogle nye sunde venner.*

En del af helhedsperspektivet i den opfølgende indsats kan også være, at klienterne oplever, at det tilbud, som klienten indgår i, tager udgangspunkt i de områder, som klienten har arbejdet med i døgnbehandlingen. En mand midt i 20'erne illustrerer dette i sin beskrivelse af, hvordan den opfølgende behandling byggede videre på hans døgnbehandlingsforløb:

*Jamen, det [behandlingen i dagcentret, forfatterne] har jo valgt at bygge sådan lidt videre på det, jeg har fra døgnbehandlingen. Altså det med, at der er meget fokus på den sociale del af det, hvor jeg ligesom har skullet lære at være sammen med andre mennesker. Altså, der er jo mange ting i det. Der er selvværd, mindreværd og alt muligt, som jeg har skullet lære at håndtere. Der er også min sociale angst samtidig med struktur og planlægning [...] Altså, jeg har fået det, jeg har bedt om, og det jeg havde brug for.*

### *Opfølgningen møder klientens behov*

Interviewene understreger betydningen af, at klienterne oplever overensstemmelse mellem den opfølgende behandling og deres ønsker og behov. Dette kan både være i forhold til den type af behandling, som klienterne tilbydes, og i forhold til intensiteten af behandlingen. En mand sidst i 20'erne beskriver for eksempel, hvordan han har oplevet en god balance mellem sine behandlingsbehov og den behandling, han modtager ved det lokale misbrugscenter:

*Jeg vil sige, at de samtaler, jeg har med [behandler ved misbrugscen-  
ter, forfatterne], det har jeg det rigtig godt med. Jeg får lukket en masse  
ud, og så...Nej, jeg har egentlig ikke rigtig noget, hvor jeg kan sige, at  
det der, det kunne være gjort anderledes.*

En anden mandlig klient i midten af 30'erne oplever, at man i behandlingen har lyttet til hans ønsker og arbejdet i et tempo, som passede til ham:

*Det har været rigtig godt, og det har foregået i mit tempo. Det har væ-  
ret mine ønsker, der har været i første række. Så det har været rigtig  
godt. Fantastisk.*

En anden mand først i 30'erne fortæller, at det er vigtigt for ham, at den opfølgende behandling kan kombineres med et fuldtidsjob, og påpeger nogle af de udfordringer, han har oplevet:

*Da jeg startede på arbejde, ville jeg ikke have flekstid og sådan noget.  
Jeg ville have 37 timer om ugen, og så skulle jeg så to eftermiddage om  
ugen fra kl. 17-19 i gruppeterapi. Selvom jeg egentlig fik hjælp til det  
og måske godt kunne have snakket med ledelsen på mit arbejde, så ville  
jeg ikke have sådan en overgangsordning. Og det fortrød jeg egentlig  
lidt, fordi det var en udfordring at skulle på arbejde hele dagen og så  
komme ned i gruppeterapi to timer om aftenen.*

### *Alternative tilbud*

Tilfredshed med den opfølgende behandling kan også skyldes, at klienten forinden har været igennem et opfølgende behandlingsforløb, som ikke var tilfredsstillende, men at det er lykkedes at visitere klienten videre til et andet tilbud, som opleves tilfredsstillende. For eksempel beskriver en mand sidst i 30'erne, at han efter døgnopholdet kom til et dagbehandlingssted,

hvor han kun nåede at være i to dage, da han følte sig utilpas ved at være der, og oplevede, at personalet ikke forstod ham. Han fortæller, at han ikke mødte op i behandlingen resten af ugen, og at han derefter blev kaldt til en samtale, hvor han fik tilbudt et andet behandlingsforløb, der viste sig at passe bedre til hans behov:

*...og så blev jeg indkaldt til samtale, hvor de så spurgte: 'Hvad gør vi så?' Fordi jeg var nået at blive aktiv i mellemtiden, fordi jeg var så frustreret over det dér, så jeg sagde 'så kan det kraftedeme også være lige meget det hele...'. Og så tog jeg noget igen, og så eh, så bad jeg om at komme tilbage til [døgnbehandlingen, forfatterne], hvor jeg sådan set har fået et godt udgangspunkt.*

En anden mand først i 30'erne fortæller, at han efter 14 dage i døgnbehandling ikke faldt til på behandlingsstedet, og derfor kom tilbage til det ambulante misbrugscenter, der oprindeligt havde henvist ham til døgnbehandlingen,. Han blev hurtigt hjulpet videre til et nyt døgnbehandlingssted som han blev rigtig glad for, og oplevede således, at:

*...jeg fik hjælp her hos [ambulant misbrugscenter, forfatterne], ikk'.*

Hurtig henvisning til anden behandling, når behandlingen ikke fungerer, synes at være en gennemgående faktor for den overordnede klienttilfredshed med den opfølgende behandling. Forudsætningen for en hurtig reaktion tidligt i forløbet er, at der er en plan for den opfølgende indsats efter klientens afslutning af døgnbehandlingen, og at denne plan udfoldes i en kontinuerlig kontakt og dialog mellem klienten og den instans, der varetager opfølgningen. Dette illustreres i følgende uddrag fra et interview med en mand sidst i 20'erne, som havde en meget positiv oplevelse af samarbejdet med kommunen i forbindelse med opfølgningen efter døgnbehandlingen:

*...men igen, det var også fordi, der var en plan, da jeg kom hjem. Det var der ikke sidste gang, jeg kom hjem. Der var en plan, jeg vidste, hvad jeg skulle og så videre, så det har været meget positivt kan man sige.*

*Interviewer: Hvem var det, der havde lavet den plan for dig?*

*Klient: Det havde min socialrådgiver på kommunen. Hun har faktisk lavet planen hele vejen igennem, og der ligger revalideringsplan, og*

*der ligger jobplan, og...jamen alt det ligger der faktisk bare og har ligget der hele tiden...*

Det er ikke altid, at klienten indgår aktivt i en form for opfølgende indsats. Nogle klienter har i stedet en løbende kontakt til behandlingsstedet samt et stående tilbud om at indgå i nogle af de tilbudte aktiviteter, hvis han eller hun skulle opleve behovet for det. En mand først i 20'erne fortæller for eksempel, at han aktivt fravalgte et tilbud om opfølgende dagbehandling, da han tidligere havde været i et længerevarende gruppebehandlingsforløb og derfor hellere ville fokusere på at få et arbejde og få nye interesser. Det fremgår dog samtidigt af interviewet, at han løbende har kontakt til en behandler på behandlingsstedet og oplever dette som noget positivt:

*...nu er det bare sådan, at jeg ringer herved [til dagbehandlingen, forfatterne], og hvis det er sådan, at jeg har brug for at snakke, så er telefonen altid åben [...] Jeg kan altid ringe, jeg må også godt kigge ud til hende [en specifik behandler på behandlingsstedet, forfatterne]. Altså, den der støtte, den er god at have, fordi jeg så sidder en aften, og det hele brænder på, så tager jeg telefonen og ringer til hende.*

Samlet set forudsætter klienttilfredshed med den opfølgende behandling, at kontakten mellem klient og det offentlige er præget af tilgængelighed og tillid, at klienten oplever at have medindflydelse på handlingsplan eller behandlingsplan og her oplever, at der tages hensyn til hans eller hendes ønsker og behov.

### *Fravær af forventninger*

Klienternes tilfredshed med behandling kan også bero på fravær af forventninger til den opfølgende behandling og/eller, at klienterne udviser en passiv accept af tingenes tilstand. Dette illustreres i følgende udsagn fra en mandlig klient først i 30'erne, som i interviewet fortæller, at han oplever at have alvorlige psykiske problemer:

*Jeg brokker mig ikke. Det gør jeg ikke, altså, fordi jeg ved jo godt, jeg kan ikke forlange alverdens hjælp fra... fordi jeg ved jo godt, at det her er et misbrugscenter. Man får hjælp til ens misbrug - der er*

*ikke nogen, der siger, de skal vide, hvordan ens psyke den er og sådan. De ved jo bare, hvordan en misbruger er, i gåseøjne.*

En anden mand på 30 fortæller:

*Jeg havde ikke nogen forventninger, da jeg kom ind. Jeg forventer sjældent noget positivt ud af ting og sjældent noget negativt ud af ting. Jeg møder bare op til det [...], og så...kommer det negative ind, nå ja, okay så. Jeg bærer ikke nag over tingene. Jeg går heller ikke og glæder mig til så mange ting [...], fordi så bliver man heller ikke skuffet.*

Et udsagn fra en anden mand, som også er i 30'erne, beskriver, hvordan manglende forventninger også kan skyldes, at klienten vælger at have fuld tillid til behandlingen. Denne mand fortæller, at han indgik i den opfølgende behandling uden forbehold, men 'overgav' sig i tillid til, at behandlerne nok 'vidste bedst':

*Jeg ved faktisk ikke engang, hvad man skulle kunne gøre anderledes. Jeg synes, at det har været fint. Jeg sagde, da jeg kom herved, at jeg har fuld tillid til deres fag og deres profession, og jeg kunne ikke selv finde ud af at blive stoffri, så jeg lagde mit liv i deres hænder mere eller mindre, eller hvad man skal sige. Jeg stolede på deres dømmekraft, og jeg ville gerne have al den hjælp, jeg kunne få.*

### **Positivt fravalg af opfølgende indsats**

Det er ikke alle klienter, der på den ene eller anden måde indgår i en opfølgende indsats efter døgnbehandling eller dropper ud, fordi deres liv er for kaotisk. Nogle klienter foretager et aktivt fravalg af opfølgende behandling og oplever dette som noget positivt. For eksempel fortæller en mand sidst i 20'erne, hvordan han tog et aktivt valg om ikke at modtage opfølgende behandling, da han var 'behandlingstræt' og havde behov for at fylde sit liv med noget, der ikke relaterede sig til stofproblematikker. Det fremgår af de øvrige informationer, han gav i interviewet, at han havde et solidt netværk bestående af ikke-misbrugere:

*Jeg traf faktisk et helt bevidst valg om, at det havde jeg ikke lyst til. Jeg var meget sikker i min sag omkring, at jeg hellere ville ud og arbejde. Også fordi at jeg mente, at mit overskud og mit gode mod, det ville jeg måske bare trække ned, og så ville jeg synes, at det var sådan noget*



*'åh, jeg skal i behandling nu', og det ene og det andet, ikk'. Og det ville jeg simpelthen ikke. Jeg var kommet så meget på afstand fra stofferne, så jeg følte mig sikker nok til bare at fise ud i job, mand, og tro på mig selv.*

En anden mand sidst i 30'erne fortæller, at den oprindelige plan med en form for opfølgende behandling efter hans døgnophold ikke blev til noget, da han besluttede at flytte kommune for at komme væk fra sit gamle misbrugsmiljø og tættere på en gruppe af nye stoffrie bekendte fra døgnbehandling:

*Jeg var sgu sådan lidt [...], nu havde jeg været i behandling, ikk', så skulle jeg for fa'n ikke fortsætte i behandling, når jeg kom ud. Så det er jeg sgu egentlig meget glad for, at jeg ikke er kommet.*

Også her fremgår det, at klientens tilfredshed med ikke at have fået nogen opfølgende behandling beror på en oplevelse af at være færdig med behandling og komme videre med sit liv. Således kan det for nogle få klienter være en løsning at søge et nyt socialt netværk frem for at indgå i en behandling, der foregår tæt på deres gamle misbrugsmiljø. Dette illustreres i følgende udsagn fra samme klient, da han fortæller om sine forbehold ved at blive boende i den gamle kommune:

*Jeg vidste bare, at hvis jeg skulle i dagbehandling oppe i [kommunenavn, forfatterne], så ville jeg hurtigt blive træt af det, fordi så skulle jeg ned og stå sammen med de andre narkomaner jeg kender. Så skulle jeg stå her, og så ville de stå her, og så ville jeg stå og glo på dem og jeg ville jo gå ned og snakke med dem, fordi at nogle af dem kunne jeg jo li', så det ville jeg jo ha' været bange for, ikk'.*

### **Plads til forbedringer**

Overordnet set er klienternes manglende tilfredshed med den opfølgende behandling i denne undersøgelse kendetegnet ved en oplevelse af, at kommunen og/eller misbrugscenteret ikke møder klienternes behov. Vi vil i det følgende fokusere på de faktorer, som flest klienter fremhæver.

### *Hurtigere kontakt og indsats*

Det er vigtigt for klienterne, at de efter døgnbehandlingen automatisk tilbydes en form for opfølgende indsats med udgangspunkt i en kontakt eller samtale, efter at de har afsluttet døgnbehandlingen. Det følgende udsagn fra en mand sidst i 30'erne illustrerer, hvordan klienterne kan opleve, at det er uoverskueligt at etablere en kontakt med den instans, der i første omgang forestår den opfølgende indsats:

*Jeg tror, at der kunne være sket en lille smule mere. Måske lidt mere fokus eller opmærksomhed på, hvad man kom tilbage til. Den interesse andre har i ens behandling, det gør stort indtryk. Hvis man mærker, når man ringer til kommunen og siger sådan nogle ting, og også hvis man får sådan et negativt svar, så tænker man: 'Folk er sgu ligeglade med mig' ikk'. 'Så kan jeg sku ligeså godt fortsætte'. Det har gjort et indtryk på mig, jeg er lidt skuffet på en måde.*

Det er ikke ualmindeligt, at klienter, der har haft et tilbagefald lige efter udskrivningen fra døgnbehandling, eller som har forladt behandlingen før tid, oplever, at det har været op til dem selv at henvende sig ved for eksempel et misbrugscenter og bede om at få opfølgende behandling. En mand først i 20'erne fortæller:

*Jamen, jeg valgte at stoppe ved [døgnsted, forfatterne], så det er jo klart, at der ikke har været noget efterbehandling derfra. Men hvis jeg kigger tilbage, så kunne jeg jo godt have brugt, at der var en, der engang i mellem tog en samtale med mig. Men det var ikke lige situationen der, fordi jeg valgte at sige stop, fordi jeg ikke var færdig med stofferne der.*

Klienten havde dog løbende kontakt til misbrugscenteret på interviewtidspunktet. En anden mand på omkring 40 år fortæller ligeledes, hvordan hans tilbagefald efter døgnbehandling afbrød hans kontakt med det offentlige:

*Efter [døgnsted, forfatterne] sker der det, at jeg bliver aktiv, og at jeg tager noget. Jeg tager noget d. 29. december, jeg er aktiv i halvanden måned og søger så hjælp igen.*

En anden, en mand sidst i 40'erne, fortæller, at han tog nogle stoffer på vej hjem fra døgnbehandling og derfor ikke kunne starte i dagbehandling som

planlagt, da den krævede 30 dages stoffrihed. Han fik ikke tilbud om anden opfølgende behandling:

*Jeg fik ikke nogen [opfølgende behandling, forfatterne], fordi jeg ikke havde 30 dages clean. Der var noget tilbud om efterbehandling... Jeg kunne godt tænke mig, for mit eget vedkommende, at man havde holdt lidt øje med mig, at jeg ikke havde muligheden for ligesom at springe til siden. Noget med at tage direkte fra [døgnet, forfatterne] og direkte til efterbehandling.*

### *Mere fleksible behandlingstilbud*

Det er ikke altid, at man som klient oplever, at de behandlingsmuligheder, der tilbydes, passer til ens behov, ligesom der kan være en oplevelse af, at der mangler tilbud om alternative behandlingsmuligheder. En mand midt i 40'erne fortæller, at han efter døgnbehandling fik tilbud om dagbehandling et sted, der var møntet på folk, der arbejdede mod at blive stoffri, og ikke på en som ham, der var stoffri efter et døgnophold:

*Det var gratis mad, følte jeg bare. Og buskort. Det var sådan set bare det, jeg fik ud af det. Så var der en enkelt terapitime i ny og næ [...] ...Men det var også fordi, at det der [behandlingstilbuddet, forfatterne], det er for folk, der gør sig clean.[...] Så jeg havde lært alt det, de prøvede at lære mig. Så det er nok derfor, at jeg ikke synes, at det var så fedt.*

En anden mand sidst i 30'erne fortæller, at der allerede, før han kom i døgnbehandling, var en plan om, at han skulle i halvvejshus efter døgnopholdet. Efter afsluttet behandling havde han dog mere lyst til at komme hjem til sig selv, men tog alligevel i halvvejshus, da det var den plan, der var lagt:

*Jeg ville gerne bare ha' været hjemme, men nu tog jeg ned i det hus der, fordi det var en del af aftalen inden vi kom af sted i behandlingen [...]. Og jeg tror, de...at de lavede den aftale med os for simpelthen at få huset fyldt op med nogen som var stoffri, og for at få deres statistikker sådan lidt op. Så jeg ved det ikke. Fordi, ja...nej, jeg ved det ikke, jeg vil heller ikke sige noget alt for meget negativt om det for, for nogen er det jo selvfølgelig godt, men for mig var det ikke godt.*

Som det fremgår af citatet oplevede klienten ikke, at den oprindeligt plan for opfølgningen gav mening i forhold til hans situation efter døgnbehandlingen, og han oplevede heller ikke, at der var mulighed for at ændre på denne plan. Tillige rejste han i interviewet tvivl om kommunens egentlige bevæggrund for lige at vælge denne form for efterbehandling.

### *Bedre kommunikation mellem opfølgende instanser*

Som nævnt i forbindelse med klienternes positive vurderinger af den opfølgende behandling er det vigtigt, at den indeholder et helhedsorienteret fokus. Dette kræver ikke mindst god kommunikation og koordinering mellem de offentlige instanser, som klienten har kontakt til efter udskrivning fra døgnbehandling. En kvinde sidst i 40'erne fortæller, hvordan hun oplevede, at manglende kommunikation mellem kommunens jobcenter og misbrugscenter førte til et uhensigtsmæssigt aktiveringsforløb umiddelbart efter, at hun lod sig udskrive fra døgnbehandling. Hun fortæller, at hun havde gjort opmærksom på det uhensigtsmæssige i, at hun, som netop udskrevet fra døgnbehandling for alkoholmisbrug, blev sendt i aktivering på en café, hvor hun blev sat til at skænke og servere fadøl på det lokale torv:

*Jeg skulle jo vise, at nu var jeg kommet hjem, og det hele det fungerede og bum, bum, bum... blive sendt ned på torvet og sælge nogle fadbamser, hva'. Når hun [et personale fra jobcenteret, forfatterne] siger, at jeg skal klare det, så må det være sådan, i stedet for at sige 'Hallo, jeg er lige kommet hjem fra behandling, gider I godt at lytte til, hvad jeg helt ærligt siger', ikk'.*

Ifølge kvinden truede jobcenteret hende med at 'lukke for kassen', hvis hun ikke overholdt aktiveringen. Det endte med, at hun søgte dagbehandling for at komme væk fra aktiveringen:

*Ja, jeg fik jo tilbudt det der dagbehandling [lige efter døgnopholdet, forfatterne], men det sagde mig altså ikke rigtig noget. Jeg havde prøvet det nogle gange før, så jeg tænkte bare 'ej'. Men det var mig selv, der tog initiativet til det der dagbehandling for simpelthen at komme væk nede fra torvegrillen. Jeg ringede og sagde 'Kan jeg ikke starte i noget dagbehandling?'. Og jo, det startede på mandag, så...*

Hun når at skænke øl i 14 dage. Klienten fortæller senere i interviewet, at hun nu har fået aftalt med sin misbrugskonsulent, at konsulenten fremover tager med til alle møder med jobcenteret for fremover at undgå lignende situationer.

### *Mere intensiv og kvalificeret behandling*

I lighed med klientberetningerne i den ambulante rapport viser megen kritik af den opfølgende behandling at gå på kvaliteten og intensiteten af de tilbud, der gives. En mand sidst i 20'erne fortæller, at den opfølgende behandling, han modtog i ambulans regi, blot gik på udlevering af medicin, og efterlyste interesse og opmærksomhed fra behandlernes side samt tilbud om professionel psykologisk eller psykiatrisk hjælp:

*Der er ikke så meget kontakt til hinanden, man henter sin medicin, og så går man. [...]. Der er ikke det helt store [...]. Der kunne være flere samtaler med klienterne, de kunne spørge ind til. Når jeg for eksempel ser min kontaktperson dernede, så kunne hun komme hen til mig og spørge 'hvordan går det?' [...] Og det gør de ikke. Det er bare sådan noget 'Hej, hej'. Og de kunne godt spørge ind til 'Jamen, er der noget galt?' eller 'Har du det godt?', 'kører alt på skinnerne, som det skal, eller skal vi hjælpe dig med noget?' [...] Da jeg kom hjem fra døgnbehandling, der skulle jeg helt klart have noget psykologhjælp eller psykiatrisk hjælp, tænker jeg, fordi jeg fik det så dårligt, altså psykisk, da jeg kom hjem derfra. Der kunne de godt være klar med noget hjælp [...] For det har man brug for. Det havde jeg i hvert fald meget brug for, men jeg fik det ikke.*

En anden mand midt i 30'erne havde en forventning om, at målet med døgnbehandlingen og den efterfølgende ambulante behandling var at arbejde hen imod stoffrihed. I stedet oplevede han, at den ambulante behandling havde karakter af medicinsk vedligeholdelse:

*Det har været okay bortset fra, at da jeg startede i behandling, der var det ligesom for at komme ud af misbruget. Og ja, de giver jo metadon eller Subutex, og det er jo ikke, 'at komme ud af misbrug', det er jo næsten det samme. I stedet for at tage heroin og coke, så får man metadon [...] Der er ikke nogen, der tager fat i dig og siger 'Nu har du fået me-*

*tadon i 5 år eller to år, og nu er det på tide, at du også ligesom kommer ud af det ligesom', ikk'.*

En mand på 30 år fortæller, at der i den opfølgende dagbehandling ikke blev samlet op på de ting, der blev sat i værk, og at han generelt oplevede personalet som uprofessionelt og uengageret:

*Jeg synes, at den [dagbehandlingen, forfatterne] er vag. Altså, de overholder ikke de ting og de aftaler, de laver med os, dem overholder de ikke. Hvis de sætter os til en opgave, så bliver den aldrig fremlagt, for det er der ikke tid til, og, jamen altså ja, jeg var ikke glad for at være der. Jeg synes ikke at det var professionelt, på en eller anden måde. Jeg synes, at det var, de var der kun for pengenes skyld nærmest, et eller andet sted følte jeg.*

En kvinde først i 30'erne fortæller, at hun var utilfreds med den efterbehandling, som hun fik i et halvvejshus, fordi hun oplevede, at den var for useriøs:

*[Efterbehandlingen, forfatterne] bestod af to gange to timer om ugen, ikk'. Og det var tit aflyst. Altså, vi var rigtig mange mennesker derude, 16 tror jeg, til de her to eller måske var det tre timer den ene gang. Jeg kan faktisk ikke huske det for at være helt ærlig, men det virkede som enormt kort tid, og tit så fik vi bare lavet den der runde med, 'Nå, men siden sidst har jeg... haft det okay, og jeg har været til to møder, og i øvrigt så...'. Næste. Meget overflade, og det var mere sådan løftet pegefinger, 'Holder du, gør du nu det, du skal?' eller 'Lader du nu være med at gøre det, du ikke skal?' Der var meget fokus på, at nu skal du fandeme gøre det ordentligt, eller det er eddermaneme ikke i orden.*

Klienten endte med at flytte til en anden by, hvor hun fra bekendte havde hørt, at hun kunne få en anden efterbehandling. På interviewtidspunktet var hun flyttet og i en efterbehandling, som hun var meget glad for.

### *Manglende målsætning og fremtidsorientering*

Et andet vigtigt omdrejningspunkt er, at klienterne oplever, at der er overensstemmelse mellem deres egne mål med behandlingen og den behandling, der ydes. En kvinde midt i 40'erne, som går i gruppeterapi i det lokale

misbrugscenter, giver udtryk for, at hun mangler mål med behandlingen og efterlyser fokus på, hvad der skal ske, når hun engang er færdig med forløbet, om end hun er glad for det sociale samvær med de andre klienter:

*...man kan jo ikke sidde i en dagbehandling resten af sin tid, at der ligesom skal arbejdes frem imod nogle mål i forhold til, hvad man vil, og hvad man skal. Og der synes jeg rent faktisk, at der godt kunne blive lagt nogle flere kræfter ind og brugt noget mere energi på det. Det er jeg lidt utilfreds med, for jeg tænker, at det, der ville være mest forebyggende af alt, det er at lægge en god fremtidsplan. [...] Fordi der er mange af dem, jeg sidder med i gruppen, som sidder og ved slet ikke, hvad de skal, og det er noget af det, de snakker om hver dag. Men det er ligesom om, der bliver ikke rigtig taget ordentligt fat i det. Det er sådan noget 'Ja ja, det kan vi gøre, og det kan vi gøre' og det bliver bare ikke rigtig konkret. Det er jeg lidt ked af.*

En kvinde i 20'erne, som går i opfølgende behandling i et dagcenter, fortæller, hvordan hun er nødt til at fortsætte i behandlingen på trods af, at hverken hun eller behandleren på stedet kan se noget formål med det:

*Det [behandlingen, forfatterne] var fint nok, men nu er jeg bare ved at være træt af det. Nu har jeg været i behandling så længe, nu hænger det mig langt ud af halsen, Hun [behandleren på dagcenteret, forfatterne] har også sagt, de kan ikke give mig mere, jeg er kommet så godt ud af det, at jeg skal sådan set bare starte forfra med alle opgaverne. Men [kommunen, forfatterne] har sagt, at hvis jeg ikke er herude to gange om ugen, så får jeg ikke nogen kontanthjælp. Så jeg bliver nødt til at være herude.*

## Opsummering af klientbeskrivelser

Døgnbehandling udgør for mange klienter et positivt miljøskifte, som er med til at skabe ro og stabilitet og støtte deres behandlingsproces. Særlig klienter med hjemmeboende børn kan dog opleve udfordringer ved at være væk hjemmefra, især når det ikke er afklaret, hvordan døgnopholdet i praksis kombineres med samvær og pasning af børnene.

Det er ikke overraskende, at behandlingsmiljøet på døgninstitutionen har stor betydning for klienternes tilfredshed med behandlingen, og at det vægtes, at klienterne oplever miljøet som venligt, omsorgsfuldt og inkluderende, samt at personalet er tilgængeligt og opsøgende. Disse beskrivelser

stemmer godt overens med de faktorer, som klienter i rapporten om ambulantly behandling fra 2011 fremhævede som vigtige i forbindelse med deres tilfredshed med behandlingen.

Struktur og organisering af behandlingen støtter klienternes overblik og engagement i behandlingsforløbet. Det er vigtigt, at behandlingen fremstår som overskuelig og meningsfuld, og at klienterne oplever, at den retter sig mod deres individuelle behov, samt at der samles op på de tiltag, der sættes i værk. Endelig understreges betydningen af, at klienter oplever at have medindflydelse og medansvar i forhold til behandlingsforløbet. Hvad angår de sociale aspekter, der ligger i, at man bor tæt sammen med andre klienter, oplever flertallet det som noget positivt, men at der også er tale om en tilvænningsproces. Dette gælder ikke kun de terapeutiske samfund, hvor man bevidst arbejder med fællesskabet som metode, men også en række institutioner, som refererer til andre traditioner. Det oplevede udbytte af døgnbehandling beskrives både som ændringer i klienternes stofbrug, adfærd og sociale kompetencer samt oplevelsen af at have fået redskaber til at håndtere deres livssituation.

I forhold til den opfølgende indsats er det vigtigt, at klienterne efter døgnbehandling automatisk tilbydes en form for opfølgende indsats med udgangspunkt i en kontakt eller samtale. Her understreges betydningen af, at kontakten mellem klient og det offentlige er præget af tilgængelighed og tillid, at klienten oplever at have medindflydelse, samt at der tages hensyn til hans eller hendes ønsker og behov. Hvad angår selve indsatsen, er det væsentligt for klienternes tilfredshed, at den tager højde for deres samlede livssituation, og at de oplever, at der er overensstemmelse mellem deres behov og de behandlingstilbud, der er. Ligeledes er det væsentlig, at den opfølgende indsats og behandling beskrives, så klienterne oplever, at den indeholder et klart og meningsfuldt formål og mål, og at der hurtigt tilbydes anden behandling, hvis det første tilbud viser sig ikke at passe til klienten. Her er det vigtigt, at de involverede instanser prioriterer at kommunikere og koordinere indsatserne, så de er overskuelige og giver mening for klienten.



## Litteratur

1. Schulte, S.J., P.S. Meier & J. Stirling, Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry*, 2011. 11:64.
2. De Wilde, E.F. & V.M. Hendriks, The Client Satisfaction Questionnaire: psychometric properties in a Dutch addict population. *European Addiction Research*, 2005. 11(4):157-62.
3. Carlson, M.J. & R.M. Gabriel, Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicly funded substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 2001. 52(9):1230-6.
4. Thylstrup, B., Numbers and narratives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2011. 28(5-6):471-486.
5. Benjaminsen, L., D. Andersen & M. Sørensen, *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. 2009. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
6. Hesse, M. & B. Thylstrup, *Ambulant behandling af stofmisbrug*. 2011. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
7. Pedersen, M.U. & M.K. Nielsen, *Behandlingsgaranti og ydelser i dansk stofmisbrugsbehandling*. 2007. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
8. Flynn, P.M., et al., Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 1999. 57(2):167-74.
9. Pedersen, M.U. *Stoffri døgnbehandling 1997 til 2007*. 2009. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
10. Pedersen, M.U., M. Hesse & K. Bloomfield, Abstinence-orientated residential rehabilitation of opioid users in Denmark: do changes in national treatment policies affect treatment outcome? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011. 39(6):582-9.
11. Pedersen, M.U., M.M. Pedersen & S. Villumsen, *DanRIS 2011-STOF*. 2012: Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
12. Sørensen, J.K. & A.M. Dahler-Larsen, *Behandling af unges misbrug af "feststoffer". En evaluering af dagbehandlingen i Grindsted. Et forsøgsprojekt under Center for Misbrug i Ribe Amt*. 2003. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
13. Sørensen, J.K., *Behandling af misbrugere med tilbagefald. En evaluering af den tilbagefaldsbehandling, som Ribe Amt og Esbjerg Kommune har i samarbejde med Kongens Ø*. 2003. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning: Aarhus Universitet.

14. Skou, C.V., *Qualitative Media Analyzer - software for the 21st Century 2004*. Aarhus: Aarhus Universitet.