

# Stoffri døgnbehandling

1997 til 2007

TIDEN FØR, UNDER OG  
DET FØRSTE ÅR EFTER (1998 OG 2008)



# **Stoffri døgnbehandling**

**1997 til 2007**

**TIDEN FØR, UNDER OG  
DET FØRSTE ÅR EFTER (1998 OG 2008)**

Mads Uffe Pedersen

Center for Rusmiddelforskning  
Aarhus Universitet  
2009

© forfatteren og Center for Rusmiddelforskning 2009  
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København  
ISBN: 978- 87-89029-73-9

Center for Rusmiddelforskning  
Nobelparken, bygning 1453  
Jens Chr. Skous Vej 3  
8000 Århus C  
Tlf.: 89 42 69 30  
Fax: 89 42 69 35  
[www.crf-au.dk](http://www.crf-au.dk)  
E-mail: [crf@crf.au.dk](mailto:crf@crf.au.dk)

## **Forord**

Først og fremmest tak til de 340 og 300 klienter, som med 10 års mellemrum har gjort det muligt at gennemføre denne undersøgelse. Desuden tak til døgninstitutionerne for deres åbenhed og samarbejdsvilje og deres aktive rapportering af data til DanRIS. Tak til forskningsmedarbejderne Saara Talonpoika, Anne-Marie Espensen, Michael Fehsenfeld, Marianne Bækbøl og Helle Dahl for deres arbejde med at indsamle data, og endelig tak til velfærdsministeriet som har muliggjort denne undersøgelse.



# Indhold

<b>Overordnet kort sammenfatning og konklusion .....</b>	<b>9</b>
<b>Detaljeret sammenfatning.....</b>	<b>13</b>
<b>Indledning.....</b>	<b>21</b>
<b>1. Tilbagefald efter afsluttet stoffri døgnbehandling i et internationalt perspektiv .....</b>	<b>23</b>
<i>DARP (1970'erne).....</i>	<i>24</i>
<i>TOPS (1980'erne).....</i>	<i>24</i>
<i>DATOS (1990'erne).....</i>	<i>25</i>
<i>To nordiske undersøgelser.....</i>	<i>26</i>
<i>Det nye årtusinde .....</i>	<i>28</i>
<b>2. Design og metode .....</b>	<b>29</b>
<i>Anvendte definition på stoffrihed.....</i>	<i>29</i>
<i>Hvor mange blev interviewet og genfundet i registre.....</i>	<i>31</i>
<i>Statistiske metoder .....</i>	<i>32</i>
<b>3. Kan de to evalueringer sammenlignes? .....</b>	<b>33</b>
<i>Døgnbehandling 793 indskrevne 1996-7 .....</i>	<i>34</i>
<i>Døgnbehandling 956 udskrevne i 2007 .....</i>	<i>34</i>
<i>Sammenfatning.....</i>	<i>38</i>
<b>4. Tilbagefald efter afsluttet behandling .....</b>	<b>39</b>
<i>Sammenfatning.....</i>	<i>43</i>
<b>5. Hvilken betydning har betingelser, der går forud for behandlingen for forskellene i tilbagefald? .....</b>	<b>45</b>
<i>Køn og alder .....</i>	<i>45</i>
<i>Boligforhold før indlæggelse .....</i>	<i>45</i>
<i>Grunduddannelse.....</i>	<i>46</i>
<i>Typer af stoffer indtaget op til indlæggelse .....</i>	<i>46</i>
<i>Generelle belastning før indlæggelse .....</i>	<i>50</i>
<i>Forbehandling og tid fra indskrivning til døgnbehandling .....</i>	<i>52</i>
<i>Sammenfatning.....</i>	<i>53</i>
<b>6. Har døgnbehandlingen i sig selv ændret sig? .....</b>	<b>55</b>
<i>Planlagt gennemførelse af program .....</i>	<i>58</i>
<i>Behandlingsmetoder/ ideologier.....</i>	<i>60</i>
<i>Behandlerne – køn, alder, uddannelse, anciennitet.....</i>	<i>64</i>
<i>Sammenfatning.....</i>	<i>66</i>
<i>Behandling .....</i>	<i>67</i>
<i>Narcotics Anonymous (NA) .....</i>	<i>69</i>
<i>Lønnet arbejde .....</i>	<i>76</i>
<i>Sammenfatning.....</i>	<i>78</i>
<b>8. At være stoffri på metadon/buprenorphin.....</b>	<b>79</b>
<b>9. Alkoholproblemer og tilbagefald .....</b>	<b>81</b>
<b>Litteratur .....</b>	<b>83</b>





## Overordnet kort sammenfatning og konklusion

Stoffrihed betragtes af de fleste som det ultimative mål i behandlingen af stofafhængighed. Det er blandt professionelle, der arbejder med stofafhængige, lige så klart, at det kan være særdeles vanskeligt for rigtig mange stofafhængige at fastholde sig selv i stoffrihed efter et afsluttet behandlingsforløb. I denne rapport er i alt 640 stofafhængige fulgt i året, efter de har forladt stoffri døgnbehandling i henholdsvis 1998 (340 klienter) og 2008 (300 klienter). Disse to grupper er alle repræsentative for deres tid, mens der dog i løbet af de sidste 10 år ses visse betydningsfulde ændringer i såvel målgruppen for stoffri døgnbehandling (de stofafhængige) som i den behandling, de tilbydes.

I 1996-7 var langt de fleste klienter, der blev indlagt i stoffri behandling på en døgninstitution, opioidforbrugere (90%) – heraf næsten alle heroinafhængige. I dag er dette reduceret til to ud af tre (65 %). Dette ved man både fra danske og internationale undersøgelser har betydning for, hvor mange der forbliver stoffri. Heroin-/opioidafhængige har således langt vanskeligere ved at fastholde sig selv i såvel behandling som i stoffrihed efter stoffri behandling. Dette ses også i denne undersøgelse, hvor omkring 23 % af de heroinafhængige såvel i 1998 som i 2008 havde været stoffri i hele året efter, de var blevet udskrevet fra døgnbehandling. Blandt de stofafhængige, som ikke havde et forbrug af heroin (og andre opioider), var det i 2008 derimod 40 %, som havde været stoffri i hele året efter udskrivning. Dette kunne ikke vurderes for 1998, idet vurderingsgrundlaget var for lille. Andelen, der fastholder stoffrihed, kan ikke ses som hverken bedre eller dårligere, end hvad der er fundet i internationale undersøgelser.

Selvom der ikke var forskel i andelen af stoffri heroinafhængige i 1998 og 2008 (23 % i begge grupper), kunne der dog identificeres andre betydningsfulde forskelle. For det første har de heroinafhængige, der oplevede tilbagefald, signifikant færre episoder med tilbagefald i 2008, end det var tilfældet i 1998. De var således også tidsmæssigt kortere tid i tilbagefald end i 1998.

I rapporten diskuteres det, hvad der kan forklare blandt andet ovenstående resultater. Disse forklaringer kan deles op i a) tiden før den stoffri behandling, b) tiden under den stoffri behandling og c) tiden efter den stoffri behandling.

Ad a) udover forbruget af heroin kunne også forbruget af mange forskellige typer stoffer før indlæggelse forudsige tilbagefald efter udskrivning (Multiple Drug Use). Derudover kunne klienternes økonomiske og psykiske belastning og konflikter med sociale netværk før indlæggelse forudsige tilbagefald. Endelig gik det dårligt efter udskrivning for de klienter,

der blev sendt i døgnbehandlingen mindre end 1 måned efter, de var indskrevet i ambulant behandling, mens det gik bedre for dem, der først blev indlagt nogle måneder efter, de var indskrevet i ambulant behandling. Dette diskuteres i rapporten.

Ad b) Gennemførelse af program forudsiger i meget stærk grad stoffrihed efter udskrivning. Samtidig er andelen, der gennemfører programmet, steget markant gennem de sidste 10 år. I 2008 var det næsten halvdelen (49 %) af dem, der gennemførte programmet, der var stoffri hele året efter udskrivning, mens det samme kun var tilfældet for 18 % af dem, der afbrød før planlagt. Nogenlunde samme billede fandt man i 1998. Også indlæggelseslængden forudsiger stoffrihed efter udskrivning (jo længere tid indlagt, desto bedre) – dog ses dette mere i 1998 end i 2008. Indlæggelseslængden er gennem de seneste 10 år reduceret med i gennemsnit 2 måneder (også for heroinafhængige). Dette har som vist ikke betydet, at der var færre stoffri i 2008 end i 1998.

Hvilken behandlingsideologi/metode der anvendes forklarer ikke, hvor mange der er stoffri hele det første år efter udskrivning. Der opdeles her i Minnesota/12-trin (M12); Terapeutisk Samfund (TS) og Socialpædagogiske institutioner (SPI). Klienterne fra SPI ser dog ud til at falde hurtigere tilbage end klienterne fra de øvrige institutioner, og de har flere episoder med tilbagefald, hvilket først og fremmest ses de sidste 4 måneder af opfølgingsåret. Dette kan ikke umiddelbart forklares med flere belastede klienter, men det kan måske forklares med færre, der gennemfører og mindre brug af selvhjælpsgrupper. Resultatet diskuteres, og de tre institutionstyper defineres.

Behandlerne i 2008 er betydeligt bedre uddannede end i 1998, og deres anciennitet og alder er højere. Der kan ikke ses nogen sammenhæng mellem behandlerkarakteristika og tilbagefald blandt opioid- (eller heroin-) forbrugere, men der kan i 2008 ses en positiv sammenhæng mellem at have en diplomgivende efteruddannelse og stoffrihed blandt ikke opioidforbrugende klienter. Altså: Jo mere efteruddannelse til behandlerne, desto mindre tilbagefald blandt ikke-opioidforbrugere (primært hash-, amfetamin- og kokainforbrugere).

Ad c) Af de opioidforbrugere, der havde tilbagefald, var det 79 % fra 2008-gruppen, der kom i behandling efter udskrivning fra døgninstitution, mens det samme var tilfældet for 64 % fra 1998. Dette kan være en væsentlig del af forklaringen på, hvorfor opioidforbrugere i 2008 har færre episoder med tilbagefald og derfor også holder sig længere tid ude af misbrug end i 1998.

Af dem, der var knyttet til Anonyme Narkomaner/NA i året efter udskrivning, havde 57 % været i tilbagefald, mens det var 80 % af dem, der *ikke* havde været knyttet til NA, som havde været i tilbagefald året efter udskrivning. Et lignende billede ses med lønnet arbejde. Jo mere lønnet arbejde, desto mindre tilbagefald. Betydningen af tilknytning til NA og lønnet arbejde diskuteres i rapporten (i 2008 er det i øvrigt færre, der har lønnet arbejde end i 2007. Kilde DanRIS 2008).

For spørgsmål til resultaterne anbefales det at læse rapporten.

*Konklusion:* Behandling af opioid-/heroinforbrugere er en stor udfordring for behandlingssystemet. Endnu vigtigere end vedvarende stoffrihed er det her at fokusere på reduktion i forbruget og maksimering af perioder med stabilitet (stoffrihed/reduceret forbrug). Her er ikke mindst et let tilgængeligt behandlingssystem afgørende. Derimod synes forbruget af andre typer stoffer i højere grad at være påvirkeligt af forskellige kvaliteter i misbrugsbehandlingen, og her synes vedvarende stoffrihed at være et mål, der er noget mere opnåeligt. Klienternes belastning før indskrivning synes afgørende for, hvor godt det går dem efter udskrivning. Det er derimod vanskeligt at vurdere betydningen af de forskellige ideologier/metoder, der tilbydes. Det er dog væsentligt, at klienterne oplever succes i behandlingen – en succes der bl.a. kan måles ved at vurdere, hvor mange der gennemfører behandlingen som planlagt. Strukturerede aktiviteter efter udskrivning (f.eks. NA og arbejde) kan uden tvivl være tilbagefaldsforebyggende, men de er ikke nødvendigvis behandlende, behandlingsformidlende (for dem, der får tilbagefald) eller egnede til de mest belastede.



## Detaljeret sammenfatning

1. 340 stofafhængige i stoffri døgnbehandling fra 1996-7 og 300 fra 2007-8 blev vilkårligt udvalgt og anmodet om at deltage i en opfølgingsundersøgelse. Disse benævnes i det følgende 1998-gruppen og 2008-gruppen, som refererer til opfølgingsperioden (selvom de typisk blev interviewet lidt senere).
2. Fra 1998 var 6 døde, mens 10 var døde og 2 emigreret fra 2008. Henholdsvis 84,1 % fra 1998-gruppen og 82,3 % fra 2008-gruppen af herboende levende blev genfundet. 64 % fra 1998 og 60 % fra 2008 blev direkte interviewet. Resten blev genfundet i registrene SIB (Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling) og DanRIS-Døgn (Center for Rusmiddelforsknings register over stofmisbrugere i døgnbehandling).
3. Til interviewene blev der anvendt European Addiction Severity Index (EuropASI) og forskellige *time-line follow-back skemaer*. Time-line follow-back metoden blev bl.a. anvendt, fordi det ikke altid er muligt at interviewe klienterne præcist et år efter, de har afsluttet døgnbehandlingen. I en del tilfælde er der således gået op til halvandet år, efter de har afsluttet behandlingen, før interviewet er blevet gennemført. Det er altid nemmere at få denne gruppe af interviewpersoner til at deltage i et interview, når de aktuelt er stoffri. Med time-line follow-back metoden minimeres denne positive bias. Desuden kan man med denne metode ofte se, om bestemte hændelser kom før eller efter et givent tilbagefald.
4. Begge grupper (1998 og 2008) er repræsentative for deres tid, men adskiller sig over tid. Den største forskel er, at der i 2008 er færre opioidforbrugere og Multiple-Drug-Users (MDU) i stoffri døgnbehandling end i 1998, og at indlæggelsestiden i gennemsnit er blevet forkortet med 2 måneder pr. klient. Til gengæld er gennemførelse som planlagt steget fra 37 % i 1996-7 til 57 % i 2007-8.
5. Tilbagefaldsmålne, der blev anvendt, var følgende: a) konstant stoffri det første år efter udskrivning, b) hvor mange i tilbagefald for hver enkelt måned det første år efter udskrivning, c) tid i tilbagefald det første år og d) tid før første tilbagefald det første år.
6. Tilbagefald blev defineret som et forbrug af psykoaktive stoffer eksklusive alkohol. Til de psykoaktive stoffer henregnedes også ordineret sub-

stitutionsmedicin og beroligende medicin (helt primært benzodiazepiner). Forbrug af psykofarmaka regnes ikke for tilbagefald. Indtagelse af substitutionsmedicin og alkohol belyses i særskilte afsnit. Det vises, at disse stort set ikke påvirker vurderingerne af tilbagefald.

7. Af de 281 (af 334) genfundne fra 1998 havde 23,5 % været stoffri hele det første år efter, de havde forladt behandlingen, mens det samme var tilfældet for 27,8 % af de 237 (af 288) genfundne fra 2008. Forskellen er ikke signifikant.
8. Ved alene at fokusere på de direkte interviewede – som i lige høj grad var udtryk for den tid, de kom fra – ses der en signifikant langsommere tilbagefaldsrate i 2008 end i 1998 (Survivalanalyse, log-rank  $p=.03$ ). 7 måneder efter udskrivning begynder kurverne dog at nærme sig hinanden. Dette betyder også, at der for 2008-gruppen gik signifikant længere tid inden første tilbagefald, end det var tilfældet for 1998-gruppen ( $p=.01$ ), og at 1998-gruppen var længere tid i tilbagefald det første år efter udskrivning end 2008-gruppen ( $p=.0008$ ).
9. Resultatet analyseres og diskuteres i forhold til 1998- og 2008-gruppernes a) sammenlignelighed/betingelser op til indlæggelsen, b) behandlingen og dens karakter og c) i forhold til de aktiviteter der finder sted efter udskrivning (med særligt fokus på *behandling* efter udskrivning, kontakt til *Narcotics Anonymous (NA)* og *lønnet arbejde*).
10. Der var signifikant flere opioidforbrugere indskrevet i 1996-7 end i 2007-8. Opioidforbrugere klarer sig i alle internationale undersøgelser dårligere end klienter, der er afhængige af andre typer stoffer. Dette er også tilfældet i denne undersøgelse. Således er det fra såvel 1998 som 2008 omkring 23 % af opioidforbrugerne, der har været stoffri gennem hele året efter udskrivning, og deres tilbagefaldskurve er med undtagelse af de første to måneder efter udskrivning helt sammenfaldende.
11. Andelen, der er stoffri af opioidforbrugerne til hver en tid (måned for måned) de første 12 måneder efter udskrivning, er dog konstant ca. 10 % højere for 2008-gruppen end for 1998-gruppen. Når de opioidforbrugere, der har haft tilbagefald på et eller andet tidspunkt, isoleres, så ses det, at signifikant flere fra 2008-gruppen de første 9 måneder har stoffri episoder end i 1998. De, der har været i tilbagefald, har således også været i signifikant kortere tid i tilbagefald end i 1998 ( $p=.01$ ). Dette kunne skyldes, at behandlingssystemet er blevet bedre til at fasthol-

de/genindskrive opioidforbrugere, der har haft tilbagefald efter udskrivning. Således var det af de opioidforbrugere, der havde tilbagefald, 79 % fra 2008-gruppen, der inden for det første år kom i behandling efter udskrivning fra døgninstitution, mens det samme var tilfældet for 64 % fra 1998 ( $p=.02$ ).

12. Af dem, der *ikke* havde haft et forbrug af opioider i måneden op til indlæggelse på døgninstitution, havde omkring 40 % været stoffri hele året efter udskrivning ( $\pm 5\%$ ). Dette er alene udregnet på 2008-gruppen, idet der var for få ikke-opioidforbrugere i 1998. For dem, der gik i tilbagefald, gik der i gennemsnit 1,8 måned til det første tilbagefald for opioidforbrugerne, mens der for ikke-opioidforbrugerne gik 3,2 måneder ( $p=.03$ ).
13. MDU (Multiple-Drug-Use) før indlæggelse forudsiger i stærk signifikant grad tilbagefald efter udskrivning. Dog er forbrug af opioider helt afgørende for denne forudsigelseskraft.
14. Af generelle belastninger (på områderne stoffer, alkohol, kriminalitet, arbejde, økonomi, familie, socialt, psykisk og fysisk målt med EuropASI Composite Score) forudsiger den generelle stofbelastning, den økonomiske belastning, psykiske belastning og konflikter med sociale netværk tilbagefald.
15. Tiden, der går fra indskrivning i ambulant behandling til indlæggelse på døgninstitution, kan måske forudsige tilbagefald. Af de klienter, som havde været indskrevet i mindst 3 måneder før døgnbehandling, var 35 % stadig stoffri 1 år efter udskrivning; af de klienter, som havde været indskrevet i omkring 2 måneder før påbegyndelse af døgnbehandling, var 22 % fortsat stoffri 1 år efter udskrivning, mens det af de klienter, der havde været indskrevet i mindre end 1 måned, før de kom i døgnbehandling, kun var 14 %, der fortsat var stoffri 1 år efter. Det har dog ikke endnu været muligt at finde præcise ind- og udskrivningsdatoer for alle klienterne, og resultatet må derfor betragtes som foreløbigt.
16. Gennemførelse af program forudsiger i meget stærk grad stoffrihed efter udskrivning. Af de 82,3 % genfundne fra 2008 var det således 49 % af dem, der havde gennemført programmet, der havde været stoffri hele året, mens det samme var tilfældet for 18 % af afbryderne. Den samme stærke sammenhæng fandtes i 1998. Gennemførelse af program er med andre ord også i 2008 en meget stærk indikator for, hvordan det kommer

til at gå klienterne efter udskrivning. Forøgelsen i andelen, der gennemfører programmet, synes således at være en stærk begrundelse for, hvorfor det på mange områder går bedre for klienter i stoffri behandling i 2008 end i 1998. Survivalkurverne for ”gennemførere” og ”afbrydere” fra henholdsvis 1998 og 2008 ligner da også fuldstændigt hinanden.

17. Også indlæggelseslængde forudsiger stoffrihed efter udskrivning – dog i højere grad i 1998 end i 2008. Samtidig må det konstateres, at indlæggelseslængden er skåret betragteligt ned siden 1998, uden dette har givet dårligere resultater. Dette diskuteres i rapporten.
18. Samtlige undersøgelsesdeltagere opdeles i dem, der er blevet behandlet på Minnesota-institutioner (M12), Terapeutiske Samfund (TS) og Sociopædagogiske institutioner (SPI). Disse defineres i rapporten. Enkelte er blevet behandlet på religiøst funderede institutioner. Denne gruppe er dog for lille til, at der kan udtrages noget mere sikkert om tilbagefald. SPI findes kun i 2008 (i 1998 var det alene M12 og TS).
19. Survivalkurverne for de tre ideologier/metoder placerer sig næsten oven i hinanden. Med andre ord har lige mange fra de tre typer institutioner været stoffri hele året. Tæt på signifikant flere klienter fra SPI er dog faldet tilbage inden for den første måned efter udskrivning end klienter fra M12/TS ( $p=.07$ , for opioidforbrugerne signifikant flere/ $p=.04$ ). Der til kommer, at signifikant flere klienter fra SPI institutionerne er i tilbagefald i månederne 10-12 end klienter fra M12/TS (for opioidforbrugerne signifikant flere i månederne 8-12). Dette kan ikke forklares med andelen af opioidforbrugere er højere på SPI eller andre klientrelaterede belastninger. Der gives to væsentlige bud på forklaring af disse forskelle, og det diskuteres, hvorvidt man kan give døgninstitutionerne ansvaret for, hvor mange der er i tilbagefald 8-12 måneder efter afsluttet behandling.
20. For ikke-opioidforbrugere ses der ingen signifikante forskelle mellem de tre institutionstyper, men det er fortsat mere end dobbelt så mange fra SPI, som er i tilbagefald i de første og sidste måneder af året efter udskrivning (der indgår dog relativt få personer i denne analyse).
21. To væsentlige forklaringer på tilbagefald i starten og slutningen af de første år efter udskrivning blandt klienter indskrevet på SPI er antageligt, at a) færre af klienterne på SPI gennemfører programmet som planlagt (41 % mod 63 % fra 2008-gruppen/ $p=.001$ ), hvilket måske i særlig



grad forklarer tilbagefaldet lige efter udskrivning, og b) færre fortsætter efter udskrivning i selvhjælpsgrupper (32 % mod 76 %/ $p < .0000$ ), hvilket måske særligt forklarer den større andel i tilbagefald fra SPI i den sidste del af året efter udskrivning.

22. Andelen, der afbryder, er helt samstemmende med samtlige klienter udskrevet fra SPI og M12/TS for hele år 2007 (fra SPI 315 klienter og fra M12/TS 933 klienter. Kilde: DanRIS-Døgn). Det ser dog ud til, at andelen af klienter fra SPI, der gennemfører behandlingen som planlagt, stiger i 2008.
23. Af dem, der var knyttet til NA i året efter udskrivning, havde 57 % været i tilbagefald, mens det var 80 % af dem, der *ikke* havde været knyttet til NA, som havde været i tilbagefald året efter udskrivning (388 interviewede samlet for 1998 og 2008). For klienter knyttet til NA gik der i gennemsnit 6,4 måneder inden første tilbagefald, mens der for dem, der ikke var tilknyttet NA, gik 3,3 måneder. For hver enkelt måned er det lidt under halvt så mange hver måned, der er i tilbagefald, som har kontakt til NA, som af dem, der ikke har kontakt til NA. Mønsteret er det samme i 2008, som det var i 1998.
24. NA's betydning for tilbagefald efter udskrivning er dog mere kompleks end ovenstående indikerer. Dette diskuteres i rapporten. Således konkluderes det bl.a., at NA hverken er "behandlende" eller "behandlingsformidlende", og at der er tale om en forholdsvis selekteret medlemsgruppe. Alligevel er der næppe tvivl om, at NA forebygger tilbagefald blandt en ikke ringe andel af stofafhængige i stoffri døgnbehandling. Dertil kommer, at signifikant flere klienter i 2008 knytter kontakt til NA efter udskrivning, end det var tilfældet i 1998.
25. Behandlerne i 2008 er betydeligt mere veluddannede end i 1998. Der ses således næsten en fordobling af behandlere med socialfaglige uddannelser; mere end en fordobling af behandlere med diplomgivende efteruddannelse/terapeutuddannelser og en stærk forøgelse af ancienniteten inden for misbrugsbehandlingsområdet. Endelig er behandlernes gennemsnitsalder steget signifikant, mens fordelingen af mandlige og kvindelige behandlere er den samme.
26. Samlet for de to evalueringer findes der, at jo højere anciennitet blandt behandlerne, desto lavere tilbagefald de første 6 måneder efter udskrivning ( $p < .01$ ), hvorefter signifikansen forsvinder. Det samme er tilfældet

for diplomgivende efteruddannelser ( $p < .05$ ). Når der kontrolleres for opioidforbrug, forsvinder denne sammenhæng dog. Det diskuteres om, opioidforbrugere nærmest kan betragtes som resistente over for behandlingsmæssige kvaliteter. Her fremhæves det dog, at 20-25 % stoffri opioidforbrugere gennem hele året efter udskrivning ikke nødvendigvis er noget dårligt resultat.

27. Ovenstående betyder, at man ikke mindst i 2008 kan se en positiv sammenhæng mellem diplomgivende efteruddannelsesaktiviteter og stoffrihed blandt ikke-opioidforbrugende klienter ( $p = .008$ ). Altså: Jo mere efteruddannelse til behandlerne, desto mindre tilbagefald blandt ikke-opioidforbrugere.
28. Fra 1998-gruppen rapporterer 54 % at være i behandling igen inden for det første år efter udskrivning. Denne gruppe ( $n = 117$ ) er i gennemsnit indskrevet i ny behandling (eller aldrig udskrevet) i 8,1 måned (median 11 måneder) det første år efter udskrivning. Fra 2008-gruppen er det 55 %, der har været indskrevet inden for det første år, efter de blev udskrevet. Denne gruppe ( $n = 94$ ) har været indskrevet i 7,5 måneder (median 8 måneder) i året efter udskrivning.
29. Eftersom flere var stoffri i 2008, må ovenstående betyde, at flere af dem, der var i/havde haft tilbagefald, kom i behandling i året efter udskrivning. Af de opioidforbrugere, der havde tilbagefald, var det da også – som tidligere nævnt – 79 % fra 2008-gruppen, der kom i behandling efter udskrivning fra døgninstitution, mens det samme var tilfældet for 64 % fra 1998 ( $p = .02$ ). Dette inkluderer alene de interviewede. Dette tal er dog næppe mindre, idet de ikke-interviewede netop blev identificerede, fordi de kom i behandling efter udskrivning.
30. Dette kan naturligvis udgøre end del af forklaringen på, hvorfor relativt flere af 2008-gruppens opioidforbrugere var stoffri hver enkelt måned efter udskrivningen, og at de var færre måneder i tilbagefald end i 1998. Behandlingssystemet synes altså at være blevet bedre til at fastholde/nyindskrive de opioidforbrugere, der går i tilbagefald. Måske har behandlingsgarantien også en betydning for dette.
31. Flere fra 2008-gruppen havde lønnet arbejde end 1998-gruppen (39 % mod 27 %,  $p = .009$ ). Det er dog ikke mindst de ikke-opioidforbrugende klienter, der skaber denne forskel. Af dem, der havde lønnet arbejde in-

den for det første år, havde 45 % tilbagefald i samme periode, mens det var 76 % for dem, der ikke havde lønnet arbejde ( $p < .000001$ ).

32. De interviewedes arbejdsforhold kan opdeles i a) de, der aldrig kom i arbejde efter udskrivning ( $n=263$ , 68 %), b) de, der på et tidspunkt har arbejde, men mister det ( $n=29$ , 8 %); c) de, der fik arbejde, og som ikke mistede det ( $n=51$ , 13 %) og d) de, der har arbejde hele året efter udskrivning ( $n=43$ , 11 %). Dette er samlet for 1998 og 2008.
33. De, der altid har arbejde, og de, der får arbejde, og som ikke mister det, er primært mænd ( $p.01$ ), har mere end 8. klasse som deres højeste uddannelsesniveau ( $p.01$ ), sjældnere i metadonbehandling før stoffri døgn ( $p.02$ ), de er mindre økonomisk belastede før indlæggelsen ( $p.004$ ) og mindre fysisk belastede før indlæggelse ( $p.04$ ). De har også langt hyppigere haft arbejde, før de blev indskrevet i stoffri døgnbehandling ( $p.0007$ ).
34. Det konkluderes, at lønnet arbejde primært er noget, man opnår, enten på grund af længere tids stoffrihed eller på grund af kontakter til arbejdsmarkedet før indlæggelsen. Lønnet arbejde kan dog af den grund udmærket have en tilbagefaldsforebyggende kraft. De fleste af dem, der har arbejde lige efter udskrivning, eller får det nogle måneder efter, fastholder således deres arbejde resten af året. Gruppen, der har stabilt arbejde efter udskrivning, er dog relativt lille og selekteret.
35. Kan man ikke være stoffri, selvom man er i substitutionsbehandling? Det kan man naturligvis – det afhænger af definitionen på stoffrihed. Det gør dog ikke den store forskel i vurderingen af tilbagefald. Hvad angår stoffrihed hele året, betyder det intet, eftersom man jo altid kommer i substitutionsbehandling efter stoffri behandling, fordi der har været tilbagefald. For tiden indtil første tilbagefald betyder det derfor heller intet. Hvor mange, der er stoffri hver enkelt måned, kan dog godt påvirkes af en sådan definition. Målt for hver enkelt måned ses det således, at mellem 0-5 % flere kan betegnes som stoffri, når der alene fokuseres på opioidforbrugere.
36. Et problematisk forbrug af alkohol blev ikke inkluderet som et kriterium for tilbagefald. For 2008-gruppen var det mellem 10 til 14 %, der hver måned havde et problematisk forbrug af alkohol (mindst 35 genstande om ugen). Langt de fleste, der har et problematisk forbrug af alkohol, har dog samtidig et forbrug af såvel illegale som legale stoffer. Der er

således mellem 0-3 % flere i tilbagefald for hver måned, hvis et problematisk alkoholforbrug indregnes som kriterium for tilbagefald.

## Indledning

Center for Rusmiddelforskning har i 13 år fulgt den stoffri døgnbehandling af nogle af de mest stofafhængige i Danmark. Med de mest stofafhængige henvises der ikke mindst til heroinafhængige og efter årtusindeskiftet i stigende grad personer, der er afhængige af centralstimulerende stoffer (først og fremmest kokain og amfetamin). Undersøgelsen af den stoffri døgnbehandling startede i 1994-95 med planlægningen af en evaluering af indsatsen på de daværende syv største døgnbehandlingsinstitutioner i Danmark. Herefter fulgte i 2001-2 etableringen af Dansk Registrerings- og Informations-System (DanRIS-Døgn, se [www.danris.dk](http://www.danris.dk)) som det ved en bekendtgørelse fra 2004 blev gjort pligtigt for døgninstitutionerne at indsende data til, hvis man ønskede at modtage stofafhængige betalt af det offentlige. Endelig har vi i 2008 gentaget en opfølgingsundersøgelse med præcis samme metoder som to opfølgingsundersøgelser, der blev gennemført i 1998 og 1999.

Det er disse to opfølgingsundersøgelser, som i det følgende skal sammenlignes med opfølgingsundersøgelsen fra 2008. For at optimere resultaternes validitet inddrages desuden Sundhedsstyrelsens register ”Stofmisbrugere i Behandling” (SIB) og DanRIS-Døgn. Med inddragelse af disse databaser bliver det muligt at identificere dem, der er blevet genindlagt og dermed haft tilbagefald inden for et år efter, de har forladt døgninstitutionen.

I sammenligningen af resultaterne fra opfølgingsundersøgelserne skal data fra før, under og efter døgnbehandlingen sammenholdes og diskuteres. Det er således ikke kun behandlingen og dens udkomme, som inddrages, men også forskelle i målgruppe, forbehandling/tid inden indlæggelse på døgninstitution, efterbehandling, selvhjælpsgrupper og meget mere – alle faktorer, som kan være en del af forklaringen på eventuelle forskelle i tilbagefaldsrater.

Rapporten opbygges på den måde, at først gennemgås meget kort internationale studier af tilbagefald efter afsluttet stoffri døgnbehandling. Dernæst gives der en kort beskrivelse af den metode, der er blevet anvendt i denne undersøgelse. I tredje afsnit skal det vises i hvor høj grad undersøgelsesgrupperne er repræsentative for deres tid og i hvor høj grad de kan sammenlignes over tid. Herefter følger en gennemgang af, hvor mange der har tilbagefald efter afsluttet stoffri døgnbehandling og hvordan dette tilbagefaldsmønster ser ud. De sidste afsnit (5-9) vil blive en analyse/diskussion

af, hvordan disse resultater kan forklares, og hvilke betydninger de kan tillægges. Denne diskussion er opdelt i følgende afsnit:

5. Hvilken betydning har betingelser, der går forud for behandlingen for forskellene i tilbagefald? (herunder ikke mindst forskelle i den målgruppe, der henvises)
6. Har døgnbehandlingen i sig selv ændret sig? (længde, gennemførelse, metoder, behandlernes uddannelse, erfaring mv.)
7. Har klienternes aktiviteter efter den stoffri døgnbehandling ændret sig? (med særligt fokus på efterbehandling, Narcotics Anonymous og lønnet arbejde).
8. At være stoffri på metadon/buprenorphin
9. Alkoholproblemer og tilbagefald

## 1. Tilbagefald efter afsluttet stoffri døgnbehandling i et internationalt perspektiv

Siden midten af 90'erne har der været stor opmærksomhed på effekten og kvaliteten af den stoffri døgnbehandling i Danmark. Der er mange forklaringer på denne opmærksomhed: For det første er stoffri behandling af de mest belastede stofafhængige i Danmark næsten synonymt med stoffri døgnbehandling; for det andet regnes den stoffri behandling for et af de dyreste tilbud, der kan gives en stofafhængig; for det tredje har de metoder, der anvendes på disse døgninstitutioner, været kritiseret siden 80-90'erne, og for det fjerde – og på trods af kritikken – er anvendelsen af den stoffri døgnbehandling nærmest eksploderet siden slutningen af 90'erne (fra ca. 10 døgninstitutioner i midten af halvfemserne til 37 i 2001-2 (Kilde: Dansk Registrerings- og Informations-System/DanRIS-Døgn). Antallet af døgninstitutioner, der tilbyder stoffri behandling, har ikke ændret sig siden (nogle er dog lukket, mens nye er blevet etableret)

I 1996 startede Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, den første evaluering af den stoffri døgnbehandling i Danmark.

*Evalueringsgruppen fra dengang vil i rapporten blive kaldt for 1998-gruppen, mens den nye evalueringsgruppe vil blive kaldt for 2008-gruppen.*

Evalueringen i 1999 viste, at mellem 20-25 % af de stofafhængige, der blev indskrevet på døgninstitutionerne, fortsat var stoffri ét år efter, de havde forladt døgninstitutionen (behandlingsår 1996-7 og opfølgingsår 1998, se Pedersen 1998a, 1998b, 1999a, 1999b og 2000). Dertil kom, at omkring 40 % af undersøgelsesgruppen konstant kunne betragtes som stoffri. Materialet muliggjorde desuden forskellige analyser af risiko for tilbagefald sammenholdt med tid til tilbagefald og meget mere (ibid). Ved kontrol af forskellige risikofaktorer for tilbagefald viste dette resultat sig ikke at være forskelligt fra de resultater, der på daværende tidspunkt blev beskrevet i den internationale forskningslitteratur<sup>1</sup> (se Simpson et al. 1979, Simpson, 1984, Berglund et al. 1991, Hubbard et al. 1991, Ravndal & Vaglum 1994, Anglin et al. 1998, Hubbard et al. 1998). Hvert tiår har således haft sin store amerikanske undersøgelse. Disse er kort beskrevet nedenfor.

---

<sup>1</sup> Som var stærkt præget af de tre store nationale amerikanske projekter DARP for 70'erne; TOPS for 80'erne og DATOS for 90'erne og derudover to større nordiske projekter (SWEDATE og et norsk projekt).

### *DARP (1970'erne)*

Den største undersøgelse af behandlingen af stofmisbrugere er uden tvivl DARP. Således blev i alt næsten 44.000 stofmisbrugere registreret i årene 1969 til 1974. De 44.000 fik tilbudt fire behandlingsformer – henholdsvis metadonvedligeholdelse (MV), døgnbehandling ud fra det terapeutiske samfunds model (Phoenix House)(TC=Terapeutisk Samfund. *Senere i denne rapport forkortet som TS*), ambulantly stoffri behandling (ASB) og endelig afvænnning (AV). Follow-up undersøgelsen startede i 1974, hvor 6.402 stofmisbrugere blev udvalgt, således at variabler som køn, alder, race, tid i behandling m.fl. var ligeligt fordelt på MV, TC, ASB og AV grupperne. Endelig var der en gruppe, som blev kaldt for ”Intake Only” (IO), som blev registreret, men som aldrig kom i egentlig behandling. Denne gruppe skulle fungere som en slags kontrolgruppe. Som egentlig kontrolgruppe i klassisk eksperimentel forstand kan den ikke betragtes, hvilket Simpson da heller ikke gør.

83 % af de 6.402 blev lokaliseret. 73 % blev geninterviewet efter at have underskrevet et informeret samtykke. Stofmisbrugerne blev kontaktet 1, 3, 6 og 12 år efter behandlingens påbegyndelse. Der var fortrinsvis tale om opioidmisbrugere (nogen præcis andel opgives ikke). Det er i første omgang TC gruppen (døgnbehandlingsgruppen), som skal være i fokus.

I DARP-undersøgelsen fandt man, at 28 % af de stofmisbrugere, der havde været i døgnbehandling, fortsat var stoffri 1 år efter udskrivelsen. Dette tal er alene udregnet på de 73 %, der deltog i undersøgelsen. Hvis der alene vurderes ud fra dem, der deltog, ville det være 26 % fra 1998-gruppen, der var stoffri 1 år efter udskrivelsen.

### *TOPS (1980'erne)*

I årene 1979, 80 og 81 blev i alt 11.750 stofmisbrugere registreret TOPS. I 1984-artiklen har man foreløbigt opgjort 1 års opfølgningen på 3.745 stofmisbrugere. Behandlingsformerne blev som i DARP-projektet kategoriseret som MV, TC, ABS, AV samt ikke-behandlingskategorien IO.

Der var en lang række problemer forbundet med at sammenligne TOPS og 1998-gruppen – ikke mindst de to følgende:

- 1) Mange af de stofmisbrugere, der deltog i TOPS, forblev i TOPS-programmet i opfølgningsperioden. En stor gruppe blev ganske vist udskrevet fra TOPS, men overgik til lignende behandlingstilbud andre steder. De fleste synes altså at være i rimelig intensiv behandling også i opfølgningsperioden. Dette påpeger Hubbard et al. da også som havende væsentlig indflydelse på resultaterne. 1998-gruppen var dog også i nogen udstrækning i ambulantly behandling efter udskrivelsen. Ca. 6 % fra 1998-



gruppen var efter udskrivelsen på et hvilket som helst måletidspunkt i fornyet stoffri behandling (sædvanligvis ny døgnbehandling).

2) I TOPS ser det ud til, at kun 55,5 % er heroinmisbrugere. For 1998-gruppen var dette gældende for omkring 90 %. Dette er en helt afgørende forskel. En række undersøgelser – heriblandt to nordiske (Ravndal & Vaglum 1998, Berglund et al. 1991) – viser, at amfetaminmisbrugere, som ikke misbruger heroin, er signifikant lettere at behandle end heroinmisbrugere. Dette skal også senere vises i denne rapport's afsnit 5. I TOPS blev 17,6 % placeret i grupperne marijuana/alcohol og minimal use. I 1998-gruppen kunne ”kun” 1 % placeres i disse kategorier.

Man fandt, at jo mere de stofafhængige var i behandling i opfølgingsperioden, desto bedre gik det dem. Resultaterne var ellers konsistente med DARP-resultaterne. Hvis vi alene vurderer heroinmisbrugerne, ses det, at 34 % af heroinmisbrugerne 1 år efter døgnbehandlingens (officielle) ophør fortsat var stoffri. Her har Hubbard et al. dog alene medtaget de stofmisbrugere, der mindst har været indskrevet i 90 dage. Også i TOPS ser det ud til, man kun har beskæftiget sig med dem, der direkte har deltaget i interviewene. Dette fremgår ikke direkte, men det kan ses ved, at der er meget detaljerede stof-oplysninger på alle opfølgingsdeltagerne. Med en sådan opgørelsesmetode har 32 % af de stofafhængige, som indgår i 1998-gruppens 1 års opfølgning, været stoffri siden udskrivelsen (de har været indlagt mindst 90 dage, er heroinmisbrugere og svarer alle på et 25-siders spørgeskema). Altså heller ikke her nogen forskel mellem de danske og udenlandske resultater.

### *DATOS (1990'erne)*

I alt 10.010 stofmisbrugerne blev i 1991-1993 registreret i DATOS. De undersøgte behandlingsformer var i DATOS som i DARP og TOPS (MV, TC, ASB og AV). Dog undersøgte man også et korttids døgnbehandlingskoncept. Også denne behandlingsmetode viste sig at have effekt, dog fandt man stadig, som i alle andre undersøgelser, en stærk sammenhæng mellem behandlingens længde og stofmisbrugsmønster efter udskrivelsen.

3.000 stofmisbrugere deltog i en opfølgingsundersøgelse 12 og 24 mdr. efter behandlingsafslutning. Der er dog igen en række problemer med at sammenholde dette projekt med 1998-gruppen. For det første var det foretrukne stof nu ikke mere heroin, men kokain. Nogle af grupperne bestod således af så få heroinmisbrugere, at disse ikke selvstændigt indgik i opfølgingsvurderingen. Af hele gruppen var kun godt 10 % afhængige af heroin alene. Mere end hver tredje var afhængig af kokain alene, og 50-60 % af stofmisbrugerne opgav alkohol og kokain som de psykoaktive stoffer, de primært var afhængige af. Alkohol var det næstmest foretrukne stof.

Den skelnen, der blev anvendt mellem "tunge" og "lettere" stofmisbrugere, var, om de anvendte crack-kokain eller powder-heroin. Det blev konkluderet, at heroinmisbruget siden TOPS-undersøgelsen var blevet markant mindre, men at det var afløst af et tiltagende kokainmisbrug.

Foruden at misbruget var anderledes i DATOS, var stofmisbrugerne også ældre, der var flere kvinder, og stofmisbrugerne var generelt bedre uddannede. Disse tre variabler har i de fleste undersøgelser vist sig at påvirke behandlingseffekten.

### *To nordiske undersøgelser*

SWEDATE (1980'ernes Sverige): Denne undersøgelse involverede 7 døgnbehandlingseinheder for unge stofmisbrugere og 14 døgnbehandlingseinheder for voksne. Det er ikke altid muligt at adskille disse to grupper i undersøgelsen.

De registrerede stofmisbrugere var alle dem, som var indlagt på de pågældende enheder i tidsrummet mellem foråret 1982 og slutningen af 1983. 1.656 såvel unge som voksne blev registreret, 1.164 besvarede et spørgeskema (70 % af de registrerede voksne og 78 % af de unge). De stofmisbrugere, der ikke blev interviewet, var dem, der gik efter få dage (det samme problem vi har haft og i store træk samme besvarelsesprocent på indskrivningsskemaer)

Den planlagte tid i døgnbehandling var på mellem 1 og 2 år. 40 % gennemførte denne langtidsbehandling. Her skal dog fremhæves, at de fleste voksne var i behandling på frivillig basis, mens dette til gengæld ikke var tilfældet for de unge. Det er netop ungegruppen, som får gennemførelsesprocenten op på 40 %.

To tredjedele af de voksne var mænd, for de unge var det halvt af hver. Gennemsnitsalderen for de voksne var 28, for de unge 18. I året op til indlæggelsen havde stofmisbrugerne følgende stoffer som deres hovedstof (dominerende stof): 31 % hash; 18 % opiater; 46 % amfetamin og 6 % andet.

Stofmisbruget for denne gruppe var altså af en anden karakter end det stofmisbrug, vi ser i 1998-gruppen, hvor omkring 90 % var heroinmisbrugere. Forfatterne fremhæver, at det ikke er almindeligt i Sverige at skelne mellem "hårde" og "bløde" stoffer, hvorfor der ikke i opfølgingsopgørelsen er skelnet mellem heroin, amfetamin og hash. Denne disposition giver naturligvis store problemer med sammenlignelighed.

Til opfølgingsundersøgelsen blev der udvalgt 493 stofmisbrugere. Udvalgelseskriteriet var "tid indlagt". Af de 493 blev 389 interviewet 1 år efter udskrivelsen (79 %). 11 af de 493 var døde (2,2 %). En vigtig pointe er, at intet mindre end 60 % af undersøgelsesdeltagerne i opfølgingsperioden

deltog i en eller anden form for tvungen efterbehandling (som ikke nærmere defineres).

37 % af de interviewede havde et år efter udskrivelsen ikke misbrugt alkohol, benzodiazepiner og i begrænset omfang brugt alkohol. Hvis samme udregningsprocedure anvendes for 1998-gruppen, får vi, at 29 % er stoffri 1 år efter udskrivelsen – altså kun 8 % mindre (og her er der primært tale om heroinafhængige). I betragtning af at den svenske gruppe misbruger andre stoffer end den danske gruppe, og at hele 60 % indgår i en eller anden tvungen form for efterbehandling, er forskellen mellem 1998-gruppen og den svenske gruppe bestemt ikke overvældende. Samtidig gør også svenskerne opmærksom på, at hash- og amfetaminmisbrugerne hyppigere forblev stoffri end heroinmisbrugerne (uden dette dog udspecificeres).

Det overordnede resultat var, at 10 % af den svenske population 1 år efter udskrivelsen a) ikke havde stofmisbrugsproblemer, b) ikke indgik i nogen tvungen efterbehandling, c) var socialt integreret og d) ikke havde behov for hjælp og støtte fra social- og sundhedssystemet.

En norsk undersøgelse fra 90'erne: Ravndal og Vaglum fulgte 200 stofmisbrugere fra deres forsamtale med henblik på indlæggelse på en Phoenix House institution i Oslo til 5 år efter denne samtale. 24 af de 200 var døde. Dette svarer til 12 % på 5 år, hvilket igen svarer til 2,4 % pr. år. Disse 24 havde alle været i stofmisbrug.

Efter 5 år kunne der indhentes pålidelige data om misbrug fra 178 (89 %) – heri inkluderet de 24 døde. I året op til 5-års opfølgningsinterviewet havde 10 % af de 178 (n=18) været helt stoffri (no use), mens andre 10 % havde taget stoffer 2-3 gange i løbet af året før interviewet (light use).

De 200 stofmisbrugere havde ved første kontakt en gennemsnitsalder på 27,5 år, 31 % var kvinder og 69 % mænd, 78 % var opiatmisbrugere, mens 70 % misbrugte amfetamin.

Ved at sammenligne den norske opgørelsesmetode med den, der blev anvendt på 1998-gruppen, gives der følgende resultater.

**Tabel 1.1 Den danske og norske undersøgelse**

Undersøgelse	Opfølgning efter første kontakt	No use	Light use	I alt
Norske	5 år	9 %	9 %	18 %
Danske (CRF)	1 år	19 %	5 %	24 %

Som det ses er opfølgningsundersøgelsen gennemsnitligt henholdsvis 5 år og 1 år efter første kontakt.

### *Det nye årtusinde*

I forbindelse med evalueringen sidst i 90'erne blev opmærksomheden på den stoffri døgnbehandling intensiveret. Måske delvis på grund af denne opmærksomhed blev der i år 2000 indført en organisatorisk og juridisk godkendelsesordning, hvilket i 2001 blev efterfulgt af etableringen af monitoreringssystemet DanRIS-Døgn. Det blev ved bekendtgørelse obligatorisk at tilmelde sig for døgninstitutionerne i 2004 (hvis de ønskede klienter henvist fra det offentlige).

Den nye opfølgningsundersøgelse vil ligeledes blive sammenholdt med internationale undersøgelser. Således er der i en Cochrane opgørelse fra 2006 af Smith et al. fundet, at tiden fra udskrivning til første forbrug af stoffer (eksklusive alkohol) for 3-måneders behandlingsforløb havde en median på 60 dage og for 6-månedersforløb en median på 101 dage. Med median menes, at der for 50 % af klienterne, der havde modtaget et 6-måneders forløb, gik under 101 dage før første tilbagefald, mens der for de andre 50 % gik mere end 101 dage.

Nye undersøgelser viser også, at stoffrihed efter udskrivning synes at være stærkt afhængig af, om der er opioider indblandet i den stofafhængiges forbrug. Undersøgelser har således vist, at opioidbrugere hyppigere ikke møder op til behandling, hyppigere afbryder behandlingen før planlagt og i højere grad falder tilbage i stofmisbrug inden for det første år efter udskrivning (se Downey et al. 2003). Som nævnt var det for 1998-gruppen omkring 90 %, der havde haft et forbrug af opioider i måneden op til indskrivning, mens det samme er tilfældet for 65 % i 2007 (kilde: 1998-evalueringen og DanRIS-Døgn). Dertil kommer, at der skal tages højde for en række andre faktorer, som kan ses i sammenhæng med gennemførelse af behandling og tilbagefald efter udskrivning (se Pedersen 2005 og 2007 og Pedersen & Hesse 2007).

I 2008 muliggjorde Velfærdsministeriet at gennemføre en opfølgning på den stoffri døgnbehandling hvert tredje år. Denne undersøgelse er den første af disse undersøgelser. Undersøgelsen vil blive opdelt i a) en opfølgningsundersøgelse som kan sammenlignes med opfølgningsundersøgelsen fra 1998 og b) en registersamkøring af Sundhedsstyrelsens SIB-register (Stofmisbrugere I Behandling) og Center for Rusmiddelforskningens DanRIS-Døgn (Dansk Registrerings- og Informations-System). DanRIS-Døgn indeholder pr. 1/1 2009 11.955 indskrivninger og har som nævnt siden 2004 været obligatorisk for døgninstitutionerne at indrapportere til.

## 2. Design og metode

For at forstå resultatet er det nødvendigt med en kort gennemgang af nogle af de betingelser, der ligger til grund for vurderingen.

### *Anvendte definition på stoffrihed*

Eftersom der er tale om stoffri behandling, er det også i det følgende stoffrihed, som skal anses som det primære succeskriterium. Stoffrihed defineres som afholdenhed fra alle typer af illegale stoffer. Desuden anses det ikke for stoffrihed, hvis klienten modtager metadon (eller anden substitutionsmedicin) – heller ikke selvom der ikke forbruges illegale stoffer. Begrundelsen for dette er, at hvis der påbegyndes en behandling med substitutionsmedicin, så er det udtryk for, at et tilbagefald har fundet sted. Et forbrug af benzodiazepiner betragtes ikke som stoffrihed – heller ikke selvom det er ordineret. Dette kriterium kan altid diskuteres, men er næppe meget forskelligt fra institutionernes egne kriterier. Materialet muliggør dog en skelnen mellem stoffrihed med og stoffrihed uden substitutionsmedicin. Dette skal analyseres og diskuteres i afsnit 8..

Alkohol inddrages ikke i første omgang, men analyseres og diskuteres dog senere i afsnit 9. Et problematisk forbrug af alkohol skal altså ikke i første omgang defineres som tilbagefald (det blev det heller ikke i det tidligere citerede Cochrane-review).

Endelig kan en person udmærket være stoffri, selvom vedkommende modtager psykofarmaka mod psykisk lidelse.

At indtage heroin (eller andre stoffer, herunder hash) én gang i løbet af året efter udskrivning betragtes som tilbagefald. Dette opgøres dog ikke kun for hele året, men også pr. måned. En klient kan altså have haft et tilbagefald i én måned, men ellers være stoffri i 11 måneder. For at vurdere dette skal der skelnes mellem følgende mål:

*”afholdenhed fra psykoaktive stoffer det sidste år efter udskrivning”*  
Intet tilbagefald det sidste år. Dem bliver der færre og færre af i løbet af året.

*”afholdenhed fra psykoaktive stoffer til hvert et målepunkt (pr. måned)”*

Klienten kan godt have haft et tilbagefald i måned 3, men igen være stoffri i måned 10. Dette siger noget om stoffri perioder. Dem kan der blive færre eller flere af i løbet af året.

Derudover vurderes også antal måneder i tilbagefald og tiden fra udskrivning til første tilbagefald.

Til at muliggøre dette må der anvendes en ”*time-line follow-back*” metode<sup>2</sup>. I denne metode gennemgår den interviewede og forskeren tiden fra udskrivning fra stoffri døgnbehandling frem til 1 år efter udskrivning. Ikke kun stof- og alkoholforbruget analyseres på denne måde, men også tiden i efterbehandling, lønnet arbejde, selvhjælpsgrupper mm.

”*Time-line follow-back*” metoden blev også anvendt, fordi det ikke altid er muligt at interviewe klienterne præcist et år efter, de har afsluttet døgnbehandlingen. I en del tilfælde er der således gået op til 1½ år, efter de har afsluttet behandlingen, før interviewet er blevet gennemført. Det er altid nemmere at få denne gruppe af interviewpersoner til at deltage i et interview, når de aktuelt er stoffri. Med *time-line follow-back* metoden minimeres denne positive bias. Et *time-line* interview, der går længere tilbage end 1½ år, er dog ikke optimalt.

En anden begrundelse for at anvende ovenstående definition på og opgørelse af stoffrihed er, at den er sammenlignelig med opgørelsen i 1998. I det hele taget er undersøgelsesmetoderne i de to evalueringer i store træk sammenlignelige (i 1996-97 blev der dog ikke anvendt EuropASI ved indskrivning).

For at validere datamaterialet så meget som muligt indhentes der data om de to udtrukne grupper på to forskellige måder:

- 1) *Ved direkte interview*. Det har dog ikke været muligt hverken at finde eller få alle til at medvirke i et direkte interview. Det er fra denne gruppe *time-line follow-back* metoden kan anvendes.
- 2) *Registerdata*. Fra Sundhedsstyrelsens SIB og DanRIS-Døgn er det muligt at spore klienter, som det ikke har været muligt at få fat i, eller som vi ikke ellers har informationer om. En indskrivning i disse eller manglende udskrivning inden for 2 måneder efter afsluttet døgnbehandling skal betragtes som værende udtryk for tilbagefald. Fra klienter, der er fundet i registre, foreligger der ikke *time-line* data.

---

<sup>2</sup> *Time-line follow-back* metoden er en meget anvendt interviewmetode ikke mindst inden for stof- og alkoholforskning (se f.eks. Sacks et al. 2003, Tirado et al. 2008 og Morgenstern et al. 2008), men også inden for community-forskning (Tsemberis et al. 2007) og forskning i psykiatriske tilstande (se f.eks. Nelson et al. 2002).

For de direkte interviewede er det *selvrapporteringen*, der afgør om klienten vurderes til at have været i tilbagefald. Svagheder og styrker ved denne metode kan altid diskuteres, men at undersøgelsesdeltagerne skulle ”lyve” eller under-/overdrive mere i 1998 end i 2008 virker ikke sandsynligt. Vores erfaring er da også, at stofafhængige over for forskere næppe under-/overdriver mere end andre danskere ville gøre, hvis de blev spurgt om eksempelvis deres alkoholforbrug.

#### *Hvor mange blev interviewet og genfundet i registre*

Der er tale om to evalueringer, hvor det undersøgte opfølgingsinterval foregår med 10 års mellemrum (overvejende 1998-perioden og overvejende 2008-perioden).

I 1998 blev 340 indskrevne på de daværende 7 største og vel også mest kendte behandlingsinstitutioner udvalgt til at blive kontaktet med henblik på en vurdering af tilbagefald inden for det første år efter udskrivning. Disse havde alle været i stoffri døgnbehandling i 1996-7. Af de 340 var 6 døde (1,8 %) inden for det første år, efter de havde forladt behandlingen. Af de resterende 334 findes der interviewdata fra 215, som direkte kan sammenlignes med 2008 evalueringen (64 % af de levende). Af de resterende 119 blev 36 interviewet i forbindelse med en efterbehandlingsundersøgelse fra 1999. De havde alle haft tilbagefald inden for det første år efter udskrivning (time-line follow-back data foreligger dog ikke). Dertil kommer, at yderligere 31 kunne genfindes i SIB, som aldrig udskrevet eller genindskrevet inden for det første år efter udskrivning fra døgnbehandling. I alt foreligger der altså sikre data på tilbagefald fra 282 af de 334 levende inden for det første år efter udskrivning (*svarende til 84,1 % af de herboende og levende*).

I 2008-evalueringen blev 300 stofafhængige, indskrevet i stoffri døgnbehandling i 2006-7 og udskrevet i 2007-8, anmodet om at deltage i en undersøgelse af tilbagefald efter afsluttet behandling. Af disse var 10 døde inden for det første år efter udskrivning (3,3 %). Derudover viste 2 sig at være emigreret. De resterende 288 blev forsøgt kontaktet godt et år efter, de havde afsluttet behandlingen. 172 af disse deltog i et direkte interview (60 %). Af de resterende 116 blev 59 genfundet i SIB. Denne gruppe var enten ikke udskrevet inden for de første 2 måneder efter, de havde forladt døgnbehandling, eller også var de genindskrevet inden for det første år efter døgnbehandlingens afslutning. Dertil kommer, at 6 blev genfundet i DanRIS som værende genindskrevet i stoffri døgnbehandling engang i løbet af 2008. I alt foreligger der derfor sikre data om 237 levende herboende et år

efter, de er blevet udskrevet fra stoffri døgnbehandling (*svarende til 82,3 % af de herboende og levende*).

Hvorvidt de forskellige samples er repræsentative for deres tid, og om de to grupper kan sammenlignes, skal der vendes tilbage til i afsnit 3.

#### *Statistiske metoder*

Til opgørelse af tilbagefald anvendes der såkaldte survivalanalyser, hvor survivaltime er antal dage til genindlæggelse efter udskrivning, mens den censorerende variabel er genindlagt/ikke genindlagt. Med denne metode kan materialet fra 1998-gruppen sammenlignes med materialet fra 2008-gruppen for forskellige grupper (f.eks. opioidafhængige, stofafhængige med ustabile boligforhold, stofafhængige der kommer fra fængsel osv.). Til at identificere prædiktorer for tilbagefald anvendes udover ovenstående survivalanalyser også *logistiske regressionsanalyser* (ved analyse af kategoriale variable), *multiple regressionsanalyser* (ved analyse af sammenhænge mellem kontinuerte variable) og forskellige multiple modeller, hvor f.eks. kategoriale data kan sammenholdes med kontinuerte data.

Derudover anvendes der forskellige basale statistiske metoder herunder deskriptiv statistik, T-test og forskellige simple parametriske og non-parametriske metoder til vurdering af forskellige bivariate sammenhænge.



### 3. Kan de to evalueringer sammenlignes?

*a) Er de to evalueringer repræsentative for deres tid (kan de sammenlignes med den tid, de foregår i)?*

1998-evalueringen blev planlagt i 1994-95 og inkluderede de syv antageligt største døgninstitutioner, som på daværende tidspunkt havde specialiseret sig i behandling af stofafhængige (Kongens Ø, Egeborg, Projekt Menneske, Hjulsøgaard, Kråsiglund, Gunderuplund og Opbygningsgården). På dette tidspunkt eksisterede der dog også andre mindre døgnenheder, som havde specialiseret sig i behandling af stofafhængige, men de udgjorde en mindre andel af det samlede tilbud om stoffri døgnbehandling til de mest belastede stofafhængige. Dertil kom, at nogle stofafhængige på dette tidspunkt blev behandlet på alkoholbehandlingsinstitutioner, på andre typer døgninstitutioner eller i familiepleje. Der findes intet overblik over disse behandlingstilbud. De syv var derfor dengang de mest kendte og mest veldefinerede døgninstitutioner, der havde specialiseret sig i stoffri døgnbehandling til de mest belastede (helt primært heroinafhængige). De fire af dem eksisterer stadig. Netop i midten/slutningen af 90'erne og herefter blev nogle af de døgnbehandlingsinstitutioner, der i dag er de største, etableret. Det gælder bl.a. Midtgården, Sct. Ols, Moesgaard, Springbrættet, Alfa-Fredensborg og mange flere. Klienter fra de fleste af disse deltager i 2008 evalueringen.

Fra juli 1995 til juli 1997 blev i alt 793 stofafhængige registreret som indskrevet på ovenstående syv døgninstitutioner. Det er, som antydnet ovenfor, ikke muligt med sikkerhed at vurdere, hvorvidt denne gruppe var et repræsentativt udtræk af stofafhængige indskrevet i dansk stoffri døgnbehandling på daværende tidspunkt, men det skal påstås, at den udgjorde langt de fleste af de mest belastede stofafhængige, som dengang blev tilbudt stoffri døgnbehandling, og det er ligeledes indsatsen på disse syv institutioner, som er mest sammenlignelig med døgnbehandlingen i dag.

653 af de 793 var registreret, som udskrevet den 1. juli 1997. Som tidligere nævnt, blev 340 af disse tilfældigt udtrukket og anmodet om at deltage i en opfølgingsundersøgelse. I tabel 4.1 ses repræsentativiteten for opfølgingsgruppen i forhold til de 793 registrerede.

**Tabel 3.1 340-opfølgingsgruppen sammenlignet med de 793 stofmisbrugere, der deltager i evalueringen i 1996-97**

	Døgnbehandling 793 indskrevne 1996-7	Opfølgings- undersøgelsen 340 udskrevne	Resterende 453 i døgnbehandling i 1996-7
Kvinder	28 %	28 %	28 %
Alder	30,4	30,0	30,7
Gennemført som planlagt	37 %	36 %	38 %
Indlæggelsestid	204 dage	207 dage	201 dage
Selvstændig bolig	45 %	44 %	46 %
Herberg, fængsel, gaden	19 %	20 %	19 %
8. klasse eller mindre	19 %	20 %	18 %

Som det ses, er opfølgingsundersøgelsens 340 på ingen af ovenstående variable forskellig fra de 453 øvrige, som blev registreret indskrevet på de syv døgninstitutioner i løbet af de to år. De 340 er med andre ord repræsentative for de stofafhængige, som blev indskrevet i 1995-97 på de syv institutioner på ovenstående variable.

2008-evalueringen blev planlagt i 2007. Der deltager i alt 28 døgninstitutioner, som har udskrevet klienter i sidste halvdel af 2007 og starten af 2008. Disse indrapporterer alle data til DanRIS-Døgn. Der findes flere døgninstitutioner i Danmark, men disse er små og/eller har ikke udskrevet klienter i det anførte tidsrum. Der blev tilfældigt udvalgt 300, som blev anmodet om at deltage i opfølgingsundersøgelsen. I tabel 4.2 ses repræsentativiteten for opfølgingsgruppen i forhold til registreret udskrevne i stoffri døgnbehandling i 2007.

**Tabel 3.2 300-opfølgingsgruppen sammenlignet med de stofafhængige indskrevet i 2006 og 2007**

	Døgnbehandling 956 udskrevne i 2007	Opfølgings- undersøgelsen 300 udskrevne	Resterende 656 udskrevet i 2007
Kvinder	24 %	22 %	25 %
Alder	32,2	31,6	32,4
Gennemført som planlagt	57 %	58 %	57 %
Indlæggelsestid	137	150 dage	131 dage
Selvstændig bolig	44 %	45 %	44 %
Herberg, fængsel, gaden	15 %	14 %	16 %
8. klasse eller mindre	16 %	17 %	15 %

Der findes ingen signifikante forskelle mellem opfølgingsgruppen i 2008 og klienter, der udskrives fra stoffri døgnbehandling i 2007. Den eneste forskel, der springer lidt i øjnene, er antal dage i behandling. Forskellen er

dog ikke signifikant, og andelen af klienter, der gennemførte behandlingen som planlagt, er da også helt den samme.

Dertil kommer, at vi i 2008 er i stand til at se, hvorvidt undersøgelsesgruppen adskiller sig fra andre udskrevne i 2007 på belastning i stof- og alkoholforbrug, kriminalitet, psykiske og fysiske problemer, sociale og arbejdsmæssige problemer (EuropASI belastningsscore). Dette er ikke tilfældet. De 300 udtrukne kommer således ikke i nærheden af signifikante forskelle i belastning sammenlignet med andre udskrevet i 2007.

Påstanden er derfor, at de to evalueringsgrupper er et rimeligt repræsentativt udtryk for den klientgruppe, som kom i stoffri døgnbehandling i henholdsvis 1996-97 og 2007.

*b) Kan de indskrevne fra 1998 og 2008 sammenlignes med hinanden (er de sammenlignelige over tid)?*

Selvom de to evalueringsgrupper er et ganske udmærket udtryk for deres tid, betyder dette ikke, at de også er sammenlignelige på tværs over tid. Som det ses i nedenstående tabel, har der på nogle områder fundet en udvikling sted i såvel målgruppe som behandlingsrammer fra 1996-97 til i dag. Dette skal i det følgende uddybes.

**Tabel 3.3 Indskrevne i 1996-97 sammenlignet med indskrevne i 2007\***

	Baseline 1996-7-indskrevne n=793	Baseline 2007-indskrevne n=1440
Køn	28 %	26 %
Alder	30,4	33,0
Selvstændig bolig	45 %	41 %
Herberg, fængsel, gaden	19 %	15 %
8. klasse eller mindre	19 %	16 %
Opioid-forbrug <sup>1</sup> 30 dage før ind	88 %	65 %
CSS <sup>2</sup> forbrug 30 dage før	40 %	50 %
Indlæggelsestid – udskrevne	204 dage	137
Gennemførelse af program – udskrevne	37 %	57 %

<sup>1</sup> Heroin, metadon og/eller andre opiater

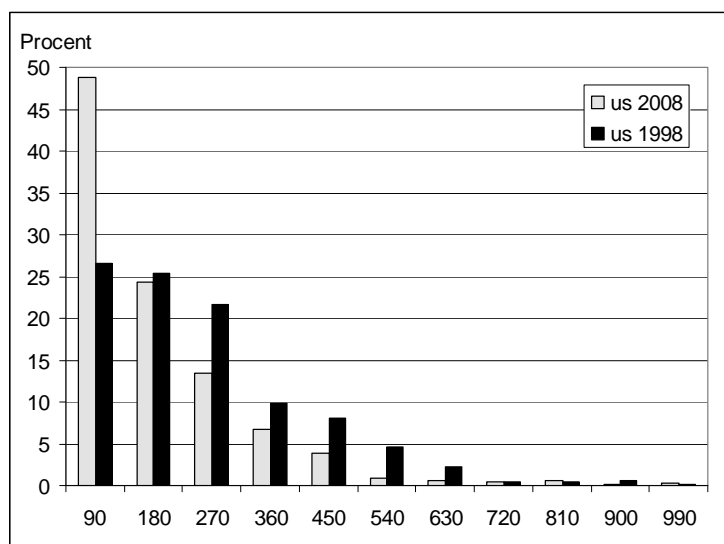
<sup>2</sup> CSS=Centralstimulerende stoffer (amfetamin, kokain/crack, ecstasy)

\*Præcis den samme forskel mellem 1996-97 indskrevne og 2007 udskrevne, som er vist i ovenstående tabel 4.2 findes i de to evalueringsgrupper på 340 og 300.

Noget kunne tyde på, at de, der indskrives i stoffri døgnbehandling i dag, er en smule ældre; lidt flere dengang kom fra herberg, fængsel eller gaden, mens lidt flere fra 1998 til gengæld også havde en selvstændig bolig. Lidt

flere fra 1998 havde en 8. klasse som deres højeste uddannelse. Til gengæld findes der en ret stor forskel i deres forbrug af stoffer i måneden op til indskrivningen. I 1996-97 var det således 88 %, som havde haft et forbrug af opioider, mens dette er tilfældet for 65 % i dag. Dette kan der gives følgende forklaring på. Fra DanRIS data ses det således, at der fra 2004 til og med 2007 har fundet en signifikant reduktion sted i forbruget af heroin og metadon i måneden op til indskrivning, hvilket må betyde, at reduktionen i heroin ikke skyldes øget metadonbehandling i måneden op til indskrivningen. Det kunne så måske forklares med et øget forbrug af subutex (Buprenorphin), men tendensen synes også her faldende (tæt på signifikant). På samme tid ses der – ligeledes i DanRIS – en signifikant stigning i forbruget af amfetamin/ecstasy (og andre centralstimulerende stoffer undtaget kokain) og storforbrug af alkohol i måneden op til indskrivning. For andre typer stoffer (kokain, hash, benzodiazepiner mm.) ses ingen forskel. Dette kunne altså tyde på, at forbruget af stoffer i øjeblikket ændres væk fra opioiderne over mod de centralstimulerende stoffer (kombineret med alkohol). Dette har ikke umiddelbart betydet mindre stofbelastning (EuropASI), psykiatrisk eller fysisk belastning, men i det samme tidsrum er der dog set en reduktion i kriminalitet og økonomisk belastning.

Også behandlingsrammerne har ændret sig. Antal dage i behandling er således blevet betragteligt beskåret – fra 204 dage i 1996-97 til 137 dage i 2007. En gennemsnitlig reduktion i behandlingstid på mere end 2 måneder. I nedenstående figur er indlæggelsestiderne opdelt i 3-måneders intervaller.



**Figur 3.1 Histogram med oversigt over indskrivningslængde for de to undersøgelsergrupper opdelt i 3-måneders intervaller**

Samtlige undersøgelser af tilbagefald synes at finde en stærk sammenhæng mellem indlæggelseslængde og stoffrihed (Simpson 1984 og 1986, Hubbard et al. 1984 og 1991, Hendrix 1990:87, Berglund et al 1991, Etheridge et al. 1997, Hubbard et al. 1997, Anglin et al. 1997, Ravndal & Vaglum 1998 og Pedersen 1999b).

Når 3-måneders opdelingen er blevet valgt, er det, fordi den var central i 1998-evalueringen og byggede på Simpson, som anså behandlingslængder på mindre end 90 dage, som havende ringe effekt på stofmisbruget, mens behandlingslængder på mindst 90 dage kunne ses i et nærmest lineært forhold til stoffrihed efter udskrivelsen (Simpson 1984:33).

I 1998-evalueringen fandt vi da også, at af de stofafhængige, der havde været indlagt i mere end 15 måneder, havde 60 % været helt stoffri det første år efter udskrivelsen. Af de stofmisbrugere, der havde været indlagt i mindre end 90 dage, havde kun 8 % været stoffri det første år efter udskrivelsen.

Man kunne derfor med god ret være bekymret for at den stærkt reducerede indlæggelseslængde kunne medføre øget tilbagefald. Dette skal belyses i afsnit 4 og 6.

At gennemføre et program som planlagt synes også at være af signifikant betydning for tilbagefald efter udskrivning. Således blev det i 1998 fundet, at 17 % af dem, der afbrød behandlingen, forblev stoffri uden tilbagefald det første år efter udskrivning, mens det samme var tilfældet for 47 % af dem, der gennemførte programmet som planlagt. Stigningen i procent der gennemfører behandlingen kunne måske opveje den kortere indlæggelses-tid.

Man kan også diskutere, om ikke den reducerede indlæggelseslængde i sig selv medvirker til en højere gennemførelsesprocent (det er nemmere at gennemføre en kort end en lang indlæggelse), og man kan også diskutere om gennemførelse af program i dag er blevet et konkurrenceparameter mellem institutionerne og dermed kunstigt pustet op. Det sidste ikke mindst, fordi monitoreringssystemet DanRIS har betydet, at de enkelte døgninstitutioner på internettet kan følge med i hinandens gennemførelsesprocent. I hvor høj grad gennemførelse af program også i 2008 forudsiger stoffrihed/tilbagefald skal ligeledes belyses i afsnit 6.

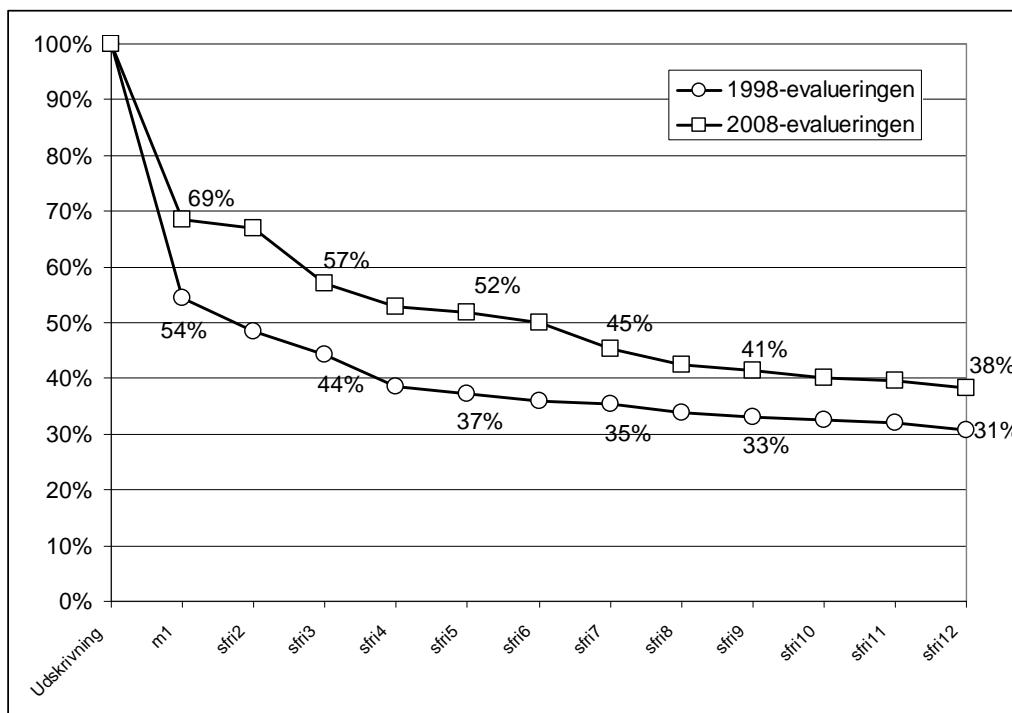
## *Sammenfatning*

Både 1998 og 2008-grupperne er repræsentative for deres tid. 1998- og 2008-grupperne ser desuden ud til på en række områder at være sammenlignelige med hinanden. F.eks. er de næsten lige gamle; de har næsten samme kønsfordeling; boligforholdene er tæt på at være de samme, og klienternes folkeskolegrundlag er tæt på det samme. Til gengæld er de hvad angår forbrug af stoffer mindre sammenlignelige. Ganske vist er langt de fleste stadig massivt misbrugende af ”hårde” stoffer, men de centralstimulerende stoffer og alkohol ser i dag ud til at spille en større rolle, mens opioidernes rolle nedtones (selvom de stadig anvendes hyppigt). De to grupper er heller ikke særligt sammenlignelige, hvad angår behandlingsforløb. Således er indlæggelseslængden i dag meget kortere end i 1996-97, mens langt flere til gengæld gennemfører behandlingen som planlagt. Om disse forskelle kan forklare forskellene i effekt skal belyses i afsnit 6.

#### 4. Tilbagefald efter afsluttet behandling

Som det i det foregående er vist, var såvel andelen af direkte interview som de genfundne i andre databaser næsten den samme for de to undersøgelser (64 % og 60 % interviewede og 84,1 % og 82,3 % genfundne i alt). Dette betyder, at forskellene i andelen med tilbagefald kun i meget begrænset omfang kan tilskrives, at der er fundet flere klienter i den ene gruppe end i den anden. Man kunne selvfølgelig påstå, at de resterende, som ikke er genfundet, er meget forskellige for de to grupper. De resterende 15,9 % og 17,7 %, som det ikke har været muligt at finde oplysninger om, er dog ikke mere forskellige fra hinanden end 1998 og 2008-grupperne generelt er forskellige fra hinanden. Af de 281 (af 334) genfundne fra 1998 havde 76,5 % haft et tilbagefald inden for det første år efter, de havde forladt behandlingen (23,5 % stoffri), mens det samme var tilfældet for 72,2 % af de 237 (af 288) genfundne fra 2008 (27,8 % stoffri). Forskellen er ikke signifikant.

Hvis der alene fokuseres på de interviewede (215 fra 1998 og 172 fra 2008), kan der tegnes nedenstående graf (survivalanalyse).



**Figur 4.1 Stoffri i opfølgingsperioderne 1998 og 2008 for 215 og 172 direkte interviewede**

I figur 4.1 er andelen af klienter, som har haft tilbagefald i året efter udskrivning, vist grafisk. Graferne bygger på time-line follow-back interviewene.

I kurven ses det, at 69 % af de interviewede fra 2008-gruppen fortsat er stoffri 2 måneder efter udskrivning, mens det samme er tilfældet for 54 % fra 1998-gruppen. Det er specielt de første 6-7 måneder, at forskellen mellem de to grupper består, herefter begynder den delvist at forsvinde. Efter 12 måneder er 38 % af de interviewede fra 2008-gruppen fortsat stoffri, mens det samme er tilfældet for 31 % af de interviewede fra 1998-gruppen. De to kurver er set som en helhed statistisk signifikante (Survivalanalyse, log-rank  $p=0.03$ ). Det er, som det også ses, især i starten, de er forskellige, derfor bliver den samlede forskel på, hvor mange der har haft tilbagefald i løbet af det første år efter udskrivning blandt de henholdsvis 84,1 % og 82,3 % genfundne, heller ikke signifikant

Andelen med tilbagefald kan opstilles på en lidt anden måde, som vist i tabel 4.1. Det ses også, at forskellen mellem de to grupper bliver mindre, jo længere tid der går.

**Tabel 4.1 Andelen af stoffri uden tilbagefald**

	Stoffri 1998 evalueringen	Stoffri 2008 evalueringen	P. værdi
Udskrivning	100 %	100 %	
1. Måned	54 %	69 %	0,004
2. Måned	48 %	67 %	0,0002
3. Måned	44 %	57 %	0,01
4. Måned	39 %	53 %	0,005
5. Måned	37 %	52 %	0,004
6. Måned	36 %	50 %	0,005
7. Måned	35 %	45 %	0,05
8. Måned	34 %	42 %	0,09
9. Måned	33 %	41 %	0,09
10. Måned	33 %	40 %	0,12
11. Måned	32 %	40 %	0,13
12. Måned	31 %	38 %	0,11

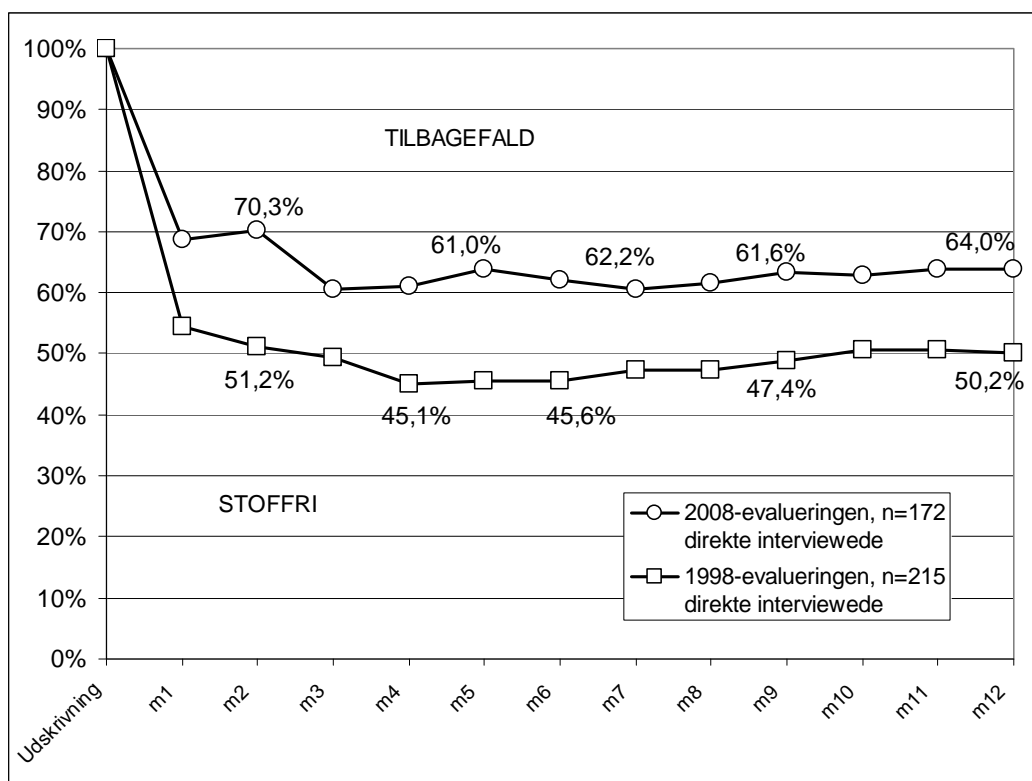
I tabellen ses det, at efter 7 måneder forsvinder den statistisk signifikans<sup>3</sup>. Forskellen vedbliver dog med at være tæt på signifikant, men det må konstateres, at som tiden går, udlignes forskellen mellem de to grupper.

<sup>3</sup> Den almindeligt accepterede signifikansgrænse er 0,05, hvilket betyder, at der er 5 % risiko for, at forskellen mellem de to målepunkter er tilfældig.



Som nævnt er det 64 % og 60 % af klienterne, der har deltaget i de direkte interviews. Graferne er derfor uden tvivl for positive. Vi ved jo, at efter 12 måneder er det for de 281 (af 334) genfundne fra 1998 23,5 %, der havde været stoffri hele året, mens det samme var tilfældet for 27,8 % af de 237 (af 288) genfundne fra 2008. Hvis samtlige de, der ikke er genfundet (15,9 % fra 1998 og 17,7 % fra 2008) havde været stoffri hele året, så havde 36,6 % fra 1998 været stoffri, mens det samme er tilfældet for 40,1 % af klienterne fra 2008. Det er naturligvis for positiv en vurdering. Af dem, der ikke er genfundet, er det uden tvivl et flertal, der er i tilbagefald (vi ved f.eks., at en del i opfølgingsperioden har boet på forsorgshjem), men der er også klienter, som ikke har ønsket at medvirke, fordi de mener deres liv på stoffer er et overstået kapitel, og som derfor ikke ønsker at blive konfronteret med deres tidligere liv. At betragte en tredjedel af dem, der *ikke* er genfundet, som stoffri vil være en nogenlunde rimelig vurdering (og bestemt ikke konservativ). *Det vil i så fald betyde, at 25 % fra 1998 og 29 % fra 2008 har været stoffri hele året.*

Tilbagefaldsraten kan også udregnes på en anden måde, nemlig ved at vurdere ”afholdenhed fra psykoaktive stoffer til hvert et målepunkt (pr. måned)”. I nedenstående figur er det vist, hvor mange der for hver en given måned er stoffri af de klienter, der deltog i de direkte interview.



**Figur 4.2** Andel stoffri hver måned i opfølgingsperioderne 1998 og 2008 for 215 og 172 direkte interviewede

Af de interviewede er det for 2008-gruppen mellem 60 og 70 %, der er stoffri til enhver given tid. For 1998-gruppen er det mellem 40 og 50 %, der er stoffri til hver en given tid. Ved at estimere ud fra metoden i note<sup>4</sup> findes det, at omkring 45 % af alle 334 klienter fra 1998-gruppen er stoffri hver måned (+/-5 %), mens omkring 58 % af alle 288 fra 2008-gruppen er stoffri til hver en tid (+/-5 %). Andelen, der er stoffri for hver måned for de interviewede fra 1998 og 2008 grupperne, er signifikant forskellig for hver enkelt måned.

Dette er jo en noget mere positiv måde at vurdere tilbagefald på. Til gengæld kan de, der er stoffri i måned 9, jo udmærket have haft et tilbagefald tidligere, og de kan udmærket været stoffri, fordi de igen er blevet indskrevet i stoffri behandling.

For at vurdere tilbagefald i forhold til internationale undersøgelser skal der sluttelig ses på, hvor lang tid der går fra udskrivning til det første stof indtages. Som tidligere nævnt blev der i en Cochrane opgørelse fra 2006 af Smith et al. Fundet, at tiden fra udskrivning til første forbrug af stoffer (eksklusive alkohol) for 3-måneders behandlingsforløb havde en median på 60 dage og for 6-månedersforløb en median på 101 dage. Med median menes der, at 50 % af undersøgelsesdeltagerne havde haft et tilbagefald tidligere end 101 dage, mens 50 % havde haft tilbagefald senere end 101 dage (eller slet ikke haft tilbagefald). Såvel 1998 som 2008-gruppen arbejder helt overvejende med forløb på mindst 6 måneder. For 1998-gruppen var medianen for de direkte interviewede 30 dage (50 % tilbagefald tidligere end 30 dage efter udskrivning), mens den for 2008-gruppen var på 165 dage. Som vist i både figur 3.1 og tabel 3.1 var 2008-gruppen specielt forskellig fra 1998-gruppen de første 2 måneder (og lidt mere moderat forskellig de første 6-7 måneder, hvorefter forskellen forsvinder). Det er denne forskel, der slår igennem ved denne udregning. Til gengæld kan man sige, at 1998-gruppen – med denne udregningsmetode, som ikke kunne vurderes i 1998 – klarede sig usædvanligt dårligt i et internationalt perspektiv, mens 2008-gruppen umiddelbart klarer sig udmærket. Det skal dog fremhæves, at svarprocenten på 60 % betyder, at resultatet utvivlsomt er for positivt, men der kan med rimelig ret påstås, at andelen i tilbagefald i dag meget godt harmonerer med udenlandske undersøgelser.

---

<sup>4</sup> Der regnes igen med at en tredjedel af dem, der ikke er genfundet i registre eller har deltaget i interview er stoffri. Derudover isoleres de, der har været i tilbagefald på et eller andet tidspunkt, og det udregnes, hvor mange af dem der er stoffri hver måned (26,2 % fra 1998 og 40,1 % fra 2008). Hermed kan der gives et estimat for, hvor mange der ca. er stoffri hver måned.

## *Sammenfatning*

Umiddelbart ser det jo ud til, at andelen af tilbagefald er mindre i dag, end den var i 1998. I hver fald er survivalskurven signifikant mere positiv. Det er dog især de første måneder efter udskrivning, at forskellen består. Senere minimeres forskellen, hvilket betyder, at den samlede andel, der har haft tilbagefald, ikke signifikant adskiller 1998 fra 2008, når alle genfundne inddrages. Andelen, der er stoffri til hver en tid, synes til gengæld at være signifikant højere i 2008 end i 1998, og tiden inden første forbrug af stoffer efter udskrivning synes også at være signifikant længere for 2008-gruppen. Det kunne jo betyde, behandlingen var blevet bedre, men det kunne jo også skyldes en række andre faktorer. Det er dette, som resten af denne rapport skal omhandle.



## 5. Hvilken betydning har betingelser, der går forud for behandlingen for forskellene i tilbagefald?

I det følgende skal det undersøges, hvorvidt følgende faktorer har betydning for de forskelle i tilbagefald, som er blevet fundet mellem 1998 og 2008 grupperne.

- Køn og alder
- Boligforhold før indlæggelse
- Grunduddannelse
- Stofforbrug før indlæggelse (herunder substitutionsbehandling)
- Generel belastning
- Tid før indskrivning og forbehandling

### *Køn og alder*

Hverken køn eller alder ser ud til at spille nogen rolle i risiko for tilbagefald. Forskellen mellem 1998- og 2008-evalueringen er derfor også helt uændret, efter at der er kontrolleret for køn og alder. At de stofafhængige, som kommer i døgnbehandling i 2007, er en smule ældre end i 1996-7, og at der var lidt flere kvinder i 1996-7, synes derfor umiddelbart at være uden betydning for resultatet.

### *Boligforhold før indlæggelse*

At være i besiddelse af en selvstændig bolig ved indskrivning, kan generelt set ikke ses i signifikant sammenhæng med tilbagefald efter udskrivning. Dog ses, at 8-10 % flere af de stoffri 2-3 måneder efter udskrivning havde en selvstændig bolig før indskrivning end de, der er/har været i tilbagefald. Dette er dog ikke signifikant. Af dem, der blev direkte interviewet, var der ingen signifikant forskel i, hvor mange der havde en selvstændig bolig op til indskrivning, og det er derfor heller ikke overraskende, at de signifikante forskelle mellem 1998- og 2008-evalueringen består uændret, selvom der kontrolleres for selvstændig bolig før indskrivning.

Af de direkte interviewede var der 17,5 % fra 1998-gruppen, der kom fra fængsel, herberg eller pensionat, mens det samme var tilfældet for 11,5 % fra 2008-gruppen. Forskellen er ikke signifikant, men som i alle andre opgørelser havde lidt flere i 1998 denne slags ustabile boligforhold end i 2008. Der ses en tendens til, at de, der havde ustabile boligforhold før indskrivning, også klarer sig dårligere efter udskrivning – men tendensen er ikke signifikant. De forskelle, der her kan identificeres, betyder dog ikke noget for forskellene i tilbagefald mellem 1998- og 2008-grupperne. For-

skellene består således helt uændret, selvom der kontrolleres for, om den stofafhængige kom fra fængsel, herberg eller gaden.

### *Grunduddannelse*

18,4 % af de direkte interviewede fra 1998-gruppen havde højst 8 års skoleuddannelse ved indskrivning, mens det samme var tilfældet for 14,1 % for de direkte interviewede fra 2008-gruppen. Forskellen var ikke statistisk signifikant. Der ses ikke noget, der bare nærmer sig en statistisk signifikant sammenhæng mellem grunduddannelse og tilbagefald, og grunduddannelse har derfor heller ingen betydning for forskellene i tilbagefald mellem 1998- og 2008-evalueringen.

Foreløbig kan altså hverken køn, alder, boligforhold eller grunduddannelse op til indlæggelse forklare forskellene i tilbagefald mellem 1998- og 2008-grupperne. Stofforbruget op til indskrivning er dog i denne sammenhæng noget mere interessant, hvilket i det følgende skal være i fokus.

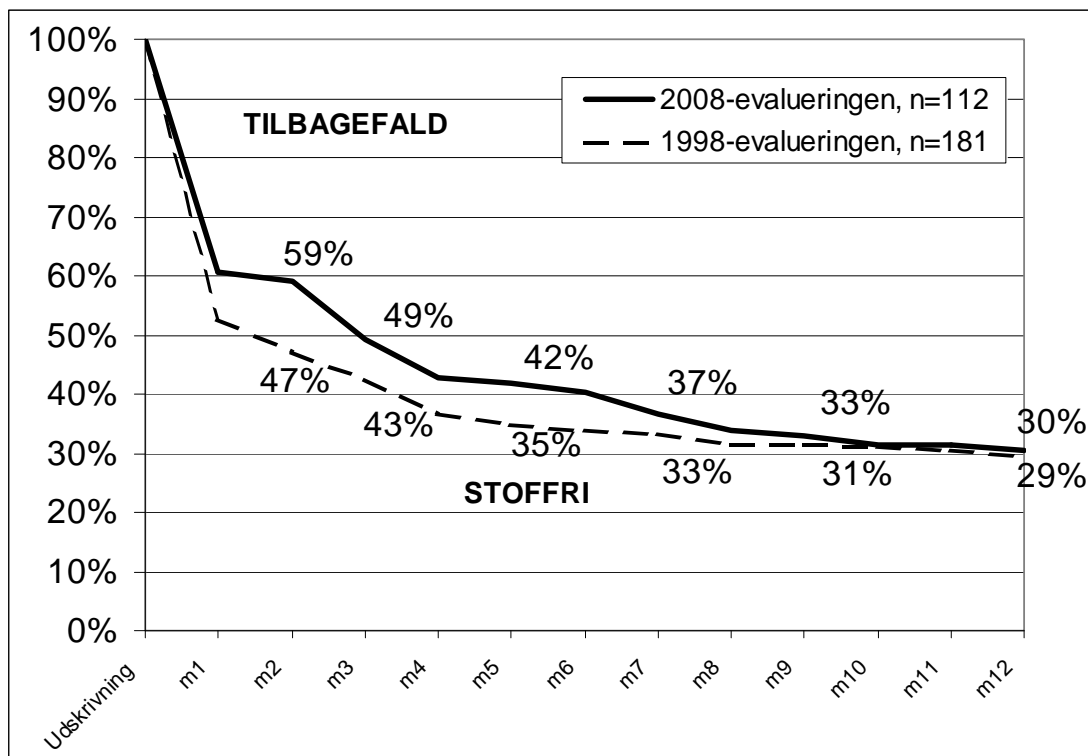
### *Typer af stoffer indtaget op til indlæggelse*

Det umiddelbart mest påtrængende spørgsmål er, at om det er vanskeligere at forhindre personer, der har et forbrug af opioider end personer, der ikke har et sådant forbrug, i at få tilbagefald efter afsluttet døgnbehandling. Det er allerede fastslået, at der var signifikant flere klienter i 1996-7, der i måneden op til indskrivning, havde et forbrug af opioider. Dette er også tilfældet blandt de direkte interviewede.

Det må konstateres, at et forbrug af opioider op til indskrivning på alle måder hænger stærkt signifikant sammen med stoffrihed efter udskrivning (uanset graden af sameksisterende psykisk/social/fysisk belastning, køn, alder og boligforhold). At have et forbrug af opioider i måneden op til indskrivning giver næsten dobbelt så stor risiko for tilbagefald i året efter udskrivning (odd ratio 1,97) og giver 2,6 gange så stor risiko for at falde tilbage allerede inden for den første måned efter udskrivning.

Af de *genfundne opioidforbrugere* fra 1998 var det 78 %, der havde haft et tilbagefald inden for det første år, mens det samme var tilfældet for 79 % fra 2008. Hvis den samme estimeringsmetode bliver anvendt som tidligere, så er det *omkring 23 % af de herboende levende opioidforbrugere fra de to grupper, som har været stoffri i samtlige 12 måneder efter, de har forladt døgninstitutionen*. Udregnet på denne måde adskiller 2008-gruppen sig altså ikke fra 1998-gruppen.

Ved at tegne en survivalskurve over tilbagefald for opioidforbrugere blandt de direkte interviewede kommer ensartetheden mellem de to grupper tydeligt til udtryk.



\* Mangler oplysninger om opioidforbrug op til indskrivning fra i alt 16 klienter

**Figur 5.1 Tilbagefald blandt de direkte interviewede, der har haft et opioidforbrug op til indskrivning for henholdsvis 1998- og 2008-evalueringen**

I figur 5.1 ses det, at 30 % af 2008-gruppen og 29 % af 1998-gruppen fortsat er stoffri ét år efter udskrivning. Tallet er stort set det samme for 1998-evalueringen som det tal, der blev vist i figur 3.1. Det skyldes, at næsten alle 1998-klienterne havde et forbrug af opioider op til indskrivning (91 % af de direkte interviewede), mens det samme gælder for 65 % af de direkte interviewede fra 2008-gruppen. For eksempel havde 63 % af de direkte interviewede fra 1998-evalueringen et forbrug af metadon i måneden op til indskrivning, mens det samme var tilfældet for 44 % af 2008-gruppen. For heroin var det 80 % og 44 %.

Andelen, der er stoffri af opioidforbrugerne til hver en tid (måned for måned) de første 12 måneder efter udskrivning, er konstant ca. 10 % højere for 2008-gruppen end for 1998-gruppen. Men forskellen er ikke statistisk signifikant. Hvis de opioidforbrugere, der har haft tilbagefald på et eller andet tidspunkt, isoleres, så ses det, at signifikant flere fra 2008-gruppen de

*første 9 måneder har stoffri episoder end i 1998.* Måske skyldes dette, at det i dag er nemmere at komme tilbage i behandling efter tilbagefald, end det var i 1998. Men der kan også være andre forklaringer, hvilket skal belyses i afsnit 7. Endelig synes 2008-gruppens opioidforbrugere at være længere tid om at tage det første stof efter udskrivning end 1998-gruppen af opioidforbrugere. Forskellen er dog kun tæt på signifikant.

Ovenstående betyder, at når forskellene i tilbagefald mellem 1998-gruppen og 2008-gruppen, som blev vist i figur 3.1 og tabel 3.1, kontrolleres for opioider, så forsvinder den signifikante forskel mellem de to evalueringer fuldstændigt. Ganske vist er der fortsat – især de første måneder – mindre tilbagefald hos 2008-gruppens opioidbrugere. Efter 2 måneder endda signifikant mindre tilbagefald ( $p < .05$ ). Der er også tendens til, at der konstant er flere opioidforbrugere, der er stoffri målt hver måned end i 1998 (de har flere stoffri episoder), og der går længere tid for 2008-gruppen, inden de første gang tager stoffer efter udskrivning. Dette er dog tendenser og kan måske forklares med andre faktorer (se afsnit 7).

Man må altså konstatere, at opioidaafhængige er endda særdeles vanskelige at gøre stoffri. Det samme billede finder man, som nævnt i tidligere afsnit, i internationale undersøgelser (se f.eks. Downey et al. 2003). Om 20-25 %, der forbliver stoffri (af opioidforbrugerne), så er et meget lille tal, kan diskuteres. I forhold til indsatser rettet mod forskellige andre livsstilssygdomme er det måske ikke så dårligt endda (se O'Brian & McLellan 1996). Samtidig behandles der i dag også forholdsmæssigt flere opioidforbrugere i stoffri døgnbehandling end i 1996-7. Dengang var det omkring 400 om året, i dag omkring 800 om året. Eftersom der i dette tidsrum næppe er blevet dobbelt så mange opioidforbrugere, så er 25 % af 800 trods alt betydeligt bedre end 25 % af 400.

Endelig skal det tilføjes, at der ikke kan findes forskelle mellem, hvilke slags opioider der blev indtaget før indlæggelsen og tilbagefald efter udskrivning. Det må således konstateres, at om det er metadon alene eller heroin alene ikke gør nogen forskel, og der findes heller ingen signifikante forskelle mellem på den ene side både heroin og metadon og på den anden side metadon eller heroin alene.

*Benzodiazepiner:* En anden stoftype, der umiddelbart giver store problemer, er benzodiazepiner (og anden beroligende medicin, eksklusiv psyko-farmaka). I første omgang ses der en meget stærk signifikant sammenhæng mellem forbrug af beroligende medicin og tilbagefald efter udskrivning.



Når der kontrolleres for forbrug af andre stoffer, forsvinder denne sammenhæng dog, og tilbage står opioiderne. Tendensen til, at et forbrug af beroligende medicin gør det vanskeligere at komme ud af sit forbrug af psykoaktive stoffer, ses dog stadig. Der fandtes ingen forskelle i klienternes forbrug af benzodiazepiner mellem 1998-gruppen og 2008-gruppen.

*Centralstimulerende stoffer (CSS):* Om klienten har haft et forbrug af CSS eller ej op til indskrivning, synes ikke umiddelbart at kunne forudsige tilbagefald. Et forbrug af CSS *uden* et forbrug af opioider kan dog knyttes til lav tilbagefald, hvilket også er fundet i ældre undersøgelser. Således var 60 % af 30 interviewede, der alene havde et forbrug af CSS op til indskrivning, stadig stoffri ét år efter udskrivning. Stofafhængige, som alene er afhængige af CSS, synes altså at have en bedre prognose for at komme ud af deres afhængighed end opioidforbrugere. Der er dog også på en række andre områder tale om en helt anden type stofafhængige.

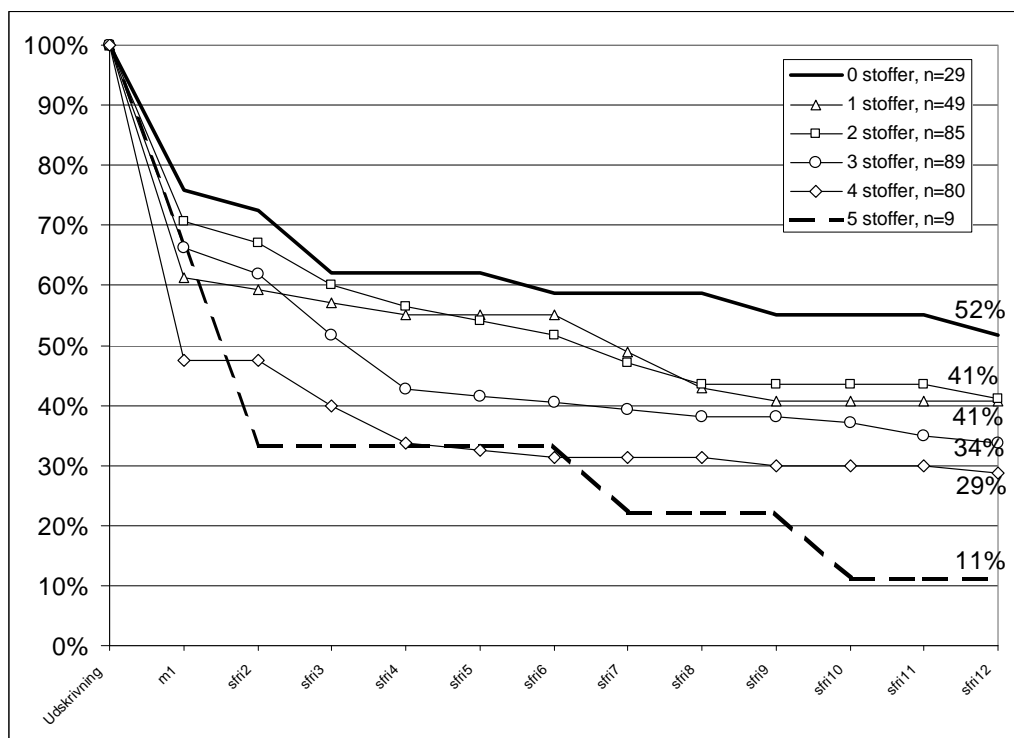
*Hash:* Om klienter ryger hash op til indskrivning, kan ikke ses som nogen særlig risikofaktor. Hash ses stort set aldrig som det eneste stof, der indtages i denne gruppe. Det kombineres altid med andre stoffer.

*Multiple Drug Use (MDU):* Endelig synes MDU at spille en betydelig rolle. I undersøgelsen er der arbejdet med følgende kategorier af stoffer:

- Opioider
- Centralstimulerende stoffer
- Beroligende medicin (først og fremmest benzodiazepiner)
- Hallucinogener
- Hash

En stofafhængig kan altså i måneden op til indskrivningen have haft et forbrug af fem stofkategorier. Der er data på i alt 341 for forbrug af alle stofkategorier (for 48 af de direkte interviewede mangler der data fra før indskrivning, hvilket alle er fra 1998-evalueringen). Følgende forbrug ses:

0 stofkategorier	= 29 (8,5 %)
1 stofkategori	= 49 (14,4 %)
2 stofkategorier	= 85 (24,9 %)
3 stofkategorier	= 89 (26,1 %)
4 stofkategorier	= 80 (23,5 %)
5 stofkategorier	= 9 (2,6 %)



**Figur 5.2 MDU og tilbagefald, n=341**

I figuren ses det, at af de stofafhængige, der i måneden op til indskrivning havde indtaget samtlige fem kategorier af stoffer, er det kun 11 %, der er stoffri 1 år efter (1 ud af 9). Af dem, der har indtaget fire kategorier, er det 29 % osv. Der er igen alene tale om de direkte interviewede, og alkoholafhængighed inddrages ikke, så andelen, der er stoffri, er uden tvivl noget mindre. Af dem, der har indtaget 0 af stofkategorierne (været afgiftet i mindst én måned før indlæggelse), er det 52 %, der stadig er stoffri efter udskrivning. Det skal dog pointeres, at den signifikante betydning af MDU for tilbagefald forsvinder, når der kontrolleres for opioider. MDU uden opioider er således ikke særligt afhængig af, hvor mange stofkategorier der indtages, mens opioider meget stærkt forudsiger tilbagefald, uanset om der også indtages andre stoffer ved siden af opioiderne.

1998-gruppen indtog signifikant flere kategorier stoffer inden indskrivning end 2008-gruppen ( $p=.005$ ). Når opioidforbrugerne isoleres, er antallet af kategorier stoffer, der indtages op til indskrivning, dog helt den samme (2,9 kategorier stoffer)

### *Generelle belastning før indlæggelse*

Hvad betyder klienternes generelle belastning før indskrivning. Dette kan kun vurderes for 2008-gruppen, idet der ikke findes udførlige oplysninger om dette fra 1998. Metoden, der anvendes, er European Addiction Severity

Index, Composite Score (EuropASI CS). Denne består af 62 spørgsmål om belastning de sidste 30 dage inden indskrivning på følgende generelle områder: stoffer, alkohol, kriminalitet, arbejde, økonomi, familie, socialt, psykisk og fysisk.

Hvad angår sammenhænge mellem tilbagefald efter udskrivning og generelle belastning ses der fire forholdsvis klare signifikante sammenhænge.

1) Den generelle *stofbelastning* før indskrivning<sup>5</sup> ses i tæt sammenhæng med tilbagefald for samtlige 238 genfundne klienter, der havde været i stof-fri behandling i 2007-8 (82,3 % af de herboende levende fra 2008.

P.værdi=.001). Denne signifikante sammenhæng er gennemgående for hver måned gennem hele opfølgingsperioden. Med andre ord – jo større stofbelastning før indlæggelse, desto sværere er det at fastholde stoffriheden de første 12 måneder efter udskrivning. Den generelle stofbelastning op til indskrivning er faldet signifikant siden 2002, dog ikke efter 2004. Dette er i overensstemmelse med, at de stofafhængige var mere stofbelastede i 1996-97 ved indlæggelse, end de er i dag (højere grad af MDU i 1996-97). Det betyder ikke, at stofafhængige nødvendigvis generelt er blevet mindre belastede (f.eks. når de indskrives i ambulans behandling), men det kan evt. være udtryk for en længere ambulans behandlingsfase, der går forud for døgnbehandling, og det kan også være det til dels er en ny type stofafhængige, som henvises til døgnbehandling.

2) Klienternes økonomisk belastning før indskrivning forudsiger ligeledes tilbagefald inden for de første 12 måneder (n=238, p=.02). Her er mønsteret dog lidt anderledes, idet det i særlig grad forudsiger tilbagefald efter måned 6 og videre frem. Jo lavere økonomisk belastet før indlæggelse (dem der har haft lønindkomst), desto større chance for at fastholde stoffriheden ud over 6 måneder. Den generelle økonomiske belastning op til indskrivning er faldet signifikant siden 2002, herunder en om end moderat signifikant stigning i antal klienter med lønindkomst op til indskrivning. Sammenhængen mellem økonomisk belastning før indlæggelse og tilbagefald efter udskrivning kan ses uafhængigt af opioidforbrug og MDU.

3) Jo flere psykiske problemer før indlæggelse desto vanskeligere har klienten ved at undgå tilbagefald efter udskrivning generelt (n=238, p=.04). Sammenhængen er ikke så stærk som for ovenstående to faktorer, men trods alt signifikant. Det er i særlig grad de der har koncentrationsproblemer; de der har vanskeligheder med at styre deres temperament og de der får ordineret medicin mod psykiske problemer som har størst risiko for til-

---

<sup>5</sup> Ligeegyldigt hvilke stoffer, som dog hænger meget sammen med MDU/corr. r=.72.

bagefald. Denne sammenhæng kan ses uafhængigt af forbruget af opioider, men ikke uafhængigt af MDU. Man kunne forestille sig at ikke mindst MDU har en stærk negativ indvirkning på ikke mindst koncentration og kontrol af temperament, som netop var de underfaktorer der stærkest kunne ses i sammenhæng med tilbagefald.

4) Jo mere socialt belastet før indlæggelse, desto større risiko for tilbagefald de første 5 måneder efter udskrivning (herefter ingen sammenhæng). Her er der alene tale om de direkte interviewede (n=172). Det kunne altså være særdeles vigtigt at undersøge, hvilke sociale (relationelle) forhold klienten udskrives til. Også den sociale belastning (målt som relationelle konflikter med netværk) er blevet reduceret signifikant siden 2001-2. Sammenhængen mellem sociale belastning før indlæggelse og tilbagefald efter udskrivning kan også ses uafhængigt af opioidforbrug og MDU.

#### *Forbehandling og tid fra indskrivning til døgnbehandling*

Det har tidligere været indikeret, at en af årsagerne til, at klienterne i 2008 er mindre belastede op til indskrivning, end de var tidligere, kan skyldes, at de har været i behandling i længere tid, inden de påbegynder den stoffri døgnbehandling. Dette er forsøgt undersøgt, men det skal fremhæves, at denne analyse har vist sig mere tidskrævende end først antaget. Således skal alle klienterne knyttes til den rigtige registrering i SIB-registret, som gik forud for den stoffri døgnbehandling. Dette arbejde er endnu ikke færdigt, men der er foretaget en foreløbig analyse af alle dem, der blev indskrevet i SIB i 2007, og senere på året kom i stoffri døgnbehandling. Mange af klienterne er dog allerede indskrevet i ambulans behandling (SIB) i 2006. Denne gruppe er endnu ikke inddraget.

*Forbehandling:* Ifølge DanRIS er forskellige forbehandlingstilbud steget siden 2001-2 fra 24,5 % til 37,3 % i 2007. Om klienten har været i forbehandling eller ej ser ikke ud til at have betydning for tilbagefald efter udskrivning. Det ser heller ikke ud til at have betydning for gennemførelse af program, men det betyder signifikant kortere indskrivningslængde. Forbehandlingensbegrebet i DanRIS er dog upræcist defineret og kræver derfor en udspecificering for at kunne anvendes i praksis.

*Tid fra indskrivning til døgnbehandling:* Af 74 direkte interviewede, hvor der kunne genfindes en klar dato for ambulans indskrivning, der kunne kobles med en dato for påbegyndelse af døgnbehandling, fandt vi, at af 43 klienter, som havde været indskrevet i mindst 3 måneder før døgnbehandling, var 35 % stadig stoffri 1 år efter udskrivning; af 9 klienter, som havde væ-

ret indskrevet i omkring 2 måneder før påbegyndelse af døgnbehandling, var 22 % fortsat stoffri 1 år efter udskrivning, mens det af de 22, der havde været indskrevet i mindre end 1 måned før de kom i døgnbehandling, kun var 14 %, der fortsat var stoffri 1 år efter. Forskellen er ikke signifikant, men alligevel tankevækkende. Materialet vil i den kommende tid blive undersøgt yderligere.

### *Sammenfatning*

Selvom der kontrolleres for køn alder, boligforhold og uddannelse fastholdes forskellene i tilbagefald mellem 1998- og 2008-evalueringen uændret. Ved kontrol for stoffer indtaget i måneden op til indskrivning ophæver opioider og MDU dog den signifikante forskel mellem 1998- og 2008-grupperne. Netop et sådant forbrug kan ses i tæt sammenhæng med tilbagefald. Samtidig havde 1998-klienterne op til indskrivning et signifikant større forbrug af opioider og brugte signifikant flere stoffer (MDU) end klienterne fra 2008-gruppen. Signifikant flere fra 1998-gruppen modtog metadon op til indskrivning end i 2008.

Klienterne er igennem de seneste seks år blevet mindre økonomisk, socialt og psykisk belastede op til indskrivning. Også disse variable kunne ses i sammenhæng med stoffrihed efter udskrivning.

Endelig synes tid i ambulant behandling før påbegyndelse af stoffri døgnbehandling at kunne forudsige tilbagefald efter udskrivning. Det kan her ikke afvises, at den mindre belastning hos døgnklienterne i dag end i 1998 til dels kan være et produkt af den selektion, der finder sted ved at lade længere tid gå fra indskrivning i ambulant behandling til påbegyndelse af stoffri døgnbehandling. Dette kræver dog yderligere undersøgelse.



## 6. Har døgnbehandlingen i sig selv ændret sig?

*Indlæggelsestid:* Den tid, klienten har været indlagt på en døgninstitution, kan umiddelbart ses i stærk signifikant sammenhæng med alle aspekter af tilbagefald ("til hver en tid stoffri", "hvor langt tid stoffri", "hvornår tilbagefald", "hvor lang tid i tilbagefald"). De, der er stoffri 12 måneder efter udskrivning, har således været indskrevet i 277 dage, mens de, der har været i tilbagefald, har været indskrevet i 159 dage (n=508 for begge undersøgelser, alle genfundne).

I nedenstående tabel er sammenhængen mellem indlæggelsesdage og tilbagefald udspecificeret for de to undersøgelser.

**Tabel 6.1 Dage indlagt og tilbagefald for de to undersøgelser**

Dage indlagt	1998 evalueringen n=270*	2008 evalueringen n=238
Tilbagefald n=245	172 dg	130 dg
Stoffri n=132	340 dg	215 dg

\* Antal indlæggelsesdage mangler på 10 personer fra 1998.

Forskellen i indlæggelsesdage er signifikant for såvel 1998-gruppen (p=.000000) som 2008-gruppen (p=.002). Som det ses, er både de, der er i tilbagefald, og de, der er stoffri året efter udskrivning, meget kortere tid indskrevet for 2008-gruppen end for 1998-gruppen. Dog er specielt de, der forbliver stoffri, endog meget længe indskrevet i 1998 (i gennemsnit mere end 4 mdr. længere). Eftersom tilbagefaldsraten ikke er større for 2008- end for 1998-gruppen, så rejser der sig her nogle ressourcemæssige spørgsmål, som der skal vendes tilbage til.

Den signifikante forskel, der blev fundet i tilbagefald for 1998- og 2008-grupperne, ændres ikke, når der kontrolleres for dage i behandling. Det samme billede ses ved opioidbrugere. Selv om andelen i tilbagefald af opioidbrugere er den samme i 2008 som i 1998, så er opioidforbrugerne meget kortere tid indskrevet i 2007 end i 1996-97. Det kan der komme to fortolkninger ud af:

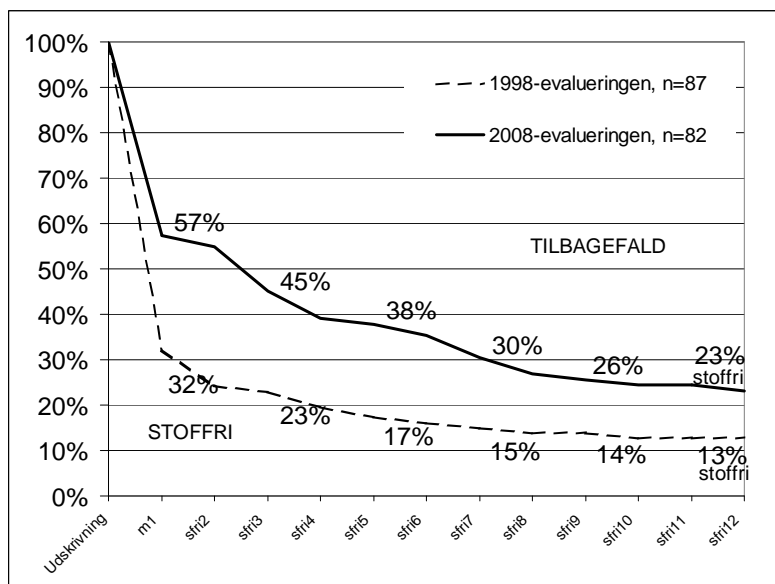
- 1) Visiterende myndigheder vil sige, at det ikke betød noget at skære i gennemsnit 2 måneder af behandlingen pr. klient – resultatet er det samme, og tænk på alle de penge, der er sparet. Hvis kommunerne skulle arbejde med samme indlæggelsespolitik som i 90'erne, ville det betyde en merudgift til døgnbehandling i dag på 78 millioner kroner bare for

de opioidafhængige<sup>6</sup> (120 millioner for alle). For at udregne en egentlig besparelse skal dog her fratrækkes beløbet for ambulant behandling for de klienter, der fortsætter i dette 2 måneder efter udskrivning fra døgninstitutionen.

- 2) Døgninstitutionerne kunne så modsat påstå, at de kunne havde gjort det meget bedre, hvis de havde fået lov at behandle klienterne lige så lang tid som i 90'erne. Nu er de bare blevet mere effektive og behandler klienterne på kortere tid med det samme resultat.

Måske har de begge ret. Set i forhold til 90'ernes indlæggelsespolitik så sparer kommunerne uden tvivl penge på kortere indlæggelser, og døgninstitutionerne er tilsyneladende blevet signifikant bedre til at få noget positivt ud af kortere indlæggelser. Om de ville få forholdsvis mere ud af at tilbyde lange indlæggelser er en anden sag. I 90'erne tilbød de således ofte meget lange indlæggelsestider, og det fik de som vist ikke generelt mere ud af, bl.a. fordi 63 % droppede ud af behandlingen, mens det i dag er 43 %, der dropper ud (betydningen af dette skal der vendes tilbage til).

Hvis interaktionen mellem indlæggelsestid, forbrug af stoffer op til indskrivning og stoffrihed efter udskrivning undersøges, ses det således, at døgninstitutionerne i 2008 faktisk er meget mere effektive til at behandle klienter inden for 180 dage – også opioidforbrugere. Dette ses i nedenstående graf.

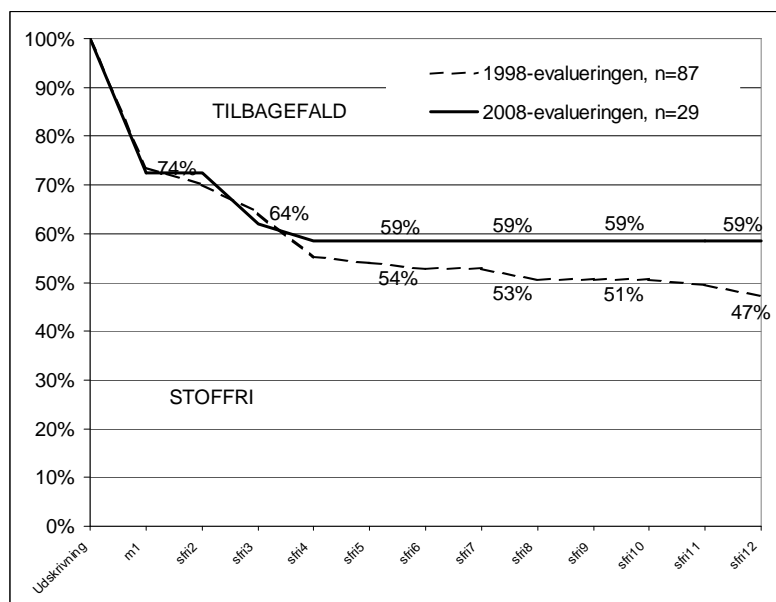


**Figur 6.1 Tilbagefald for 169 opioidforbrugere indlagt i mindre end 6 måneder (direkte interviewede)**

<sup>6</sup> 2 måneders døgnbehandling = 80.000 kr. I alt ca. 1500 forløb pr. år heraf 975 for opioidforbrugere.



Som det ses, har opioidforbrugerne, der har været indlagt i mindre end 6 måneder, næsten kun halvt så mange tilbagefald i 2008- som i 1998-gruppen. Efter 8 måneders udskrivning nærmer graferne sig dog hinanden, og i 12. måned er forskellen ikke mere signifikant (men stadig meget markant/ $p$ -værdi=.07). Kontrolleres der for køn, alder, uddannelse og selvstændig bolig består forskellen uændret, men hvis der også kontrolleres for ”indlægges fra fængsel, herberg eller gaden”, så forsvinder noget af forskellen (fordi der er flere af disse i 1998 end i 2008). Dog er der stadig signifikant færre tilbagefald i 2008-gruppen de første 6 måneder efter udskrivning, og det er vel den første tid efter indskrivning, som primært er døgninstitutionernes ansvar. Det må dog samtidig konstateres, at tilbagefaldsraten er markant såvel i 1998 som i 2008 – også langt mere markant end tilbagefaldsraten for opioidforbrugere, der er indskrevet i mere end 180 dage. Dette er vist i figur 6.2.



**Figur 6.2 Tilbagefald for 116 opioidforbrugere indlagt i mere end 6 måneder (direkte interviewede)**

Som det ses, følges graferne helt ad de første 4 måneder. På lidt længere sigt klarer 2008-gruppen dog sig bedre, hvilket dog ikke kommer i nærheden af signifikant.

Konklusionen må altså være, at døgninstitutionerne i 2007 har haft signifikant større succes med at korttidsbehandle stofafhængige (herunder også opioidforbrugere), end de havde det i 1996-97. Tilbagefaldsraten for ikke mindst korttidsbehandling er dog stadig særdeles markant i 2008. Således er der mere end 3 gange så stor risiko for tilbagefald ved indlæggelser un-

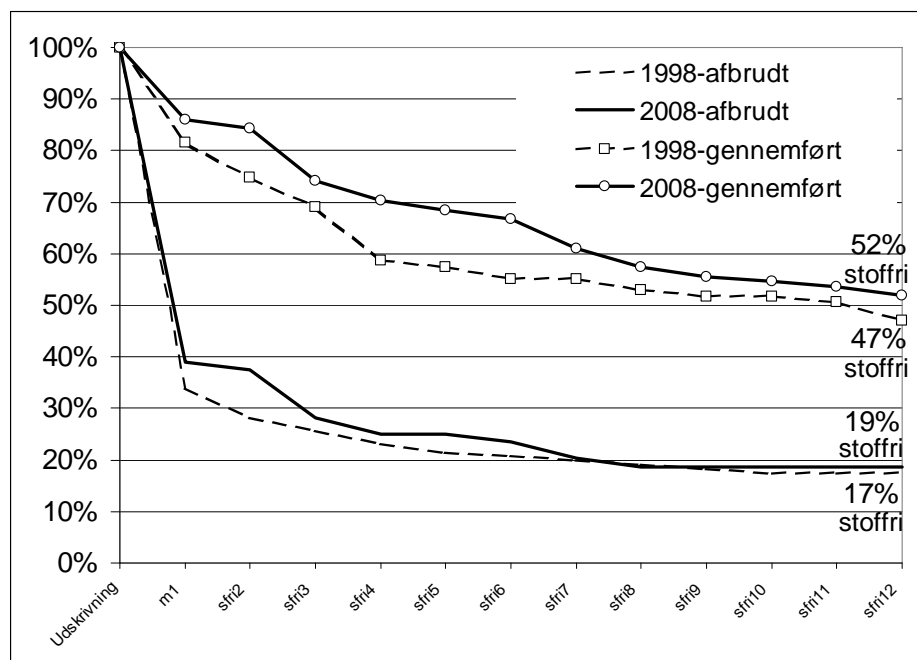
der 180 dage som ved indlæggelser over 180 dage (for opioidforbrugere 3,47 gange, for ikke-opioidforbrugere 2,2 gange så stor risiko).

Ved behandling over 180 dage forsvinder den signifikante forskel mellem de to evalueringer. Den laveste tilbagefaldsrate ses stadig i de lange behandlingsforløb (over 180 dage), men synes dog at flade ud efter 9 måneders indlæggelse (som også blev fundet i 1998-evalueringen, se Pedersen 1999b).

Døgninstitutionerne er med andre ord bedre til at få noget ud af korttidsbehandling i dag, mens de i 1996-97 var stort set lige så gode som i dag til at få noget ud af langtidsforløb (over 180 dage). Til gengæld var de, der var indlagt mere end 180 dage i 1998, meget længere tid indlagt end de, der var indlagt i mindst 180 dage i 2008.

### Planlagt gennemførelse af program

At gennemføre programmet kan ses i meget stærk signifikant sammenhæng med stoffrihed efter udskrivning. I figur 6.3 ses det, hvor god en forudsigelsesvariabel ”gennemført som planlagt” både var for 1998-gruppen og for 2008-gruppen.



Figur 6.3 Gennemført/afbrudt og tilbagefald i 1998 og 2008

I figuren ses det, at forskellen mellem 1998- og 2008-gruppen i store træk forsvinder, når klienterne deles op i de, der gennemfører, og de, der afbryder. Det, der gør forskellen mellem 1998- og 2008-evalueringen, er med andre ord, at der er flere, der gennemfører i 2008 (37 % i 1996-97 og 57 % i 2007). Uanset om der kontrolleres for køn, alder, boligforhold, uddannel-

se eller stoffer (herunder opioider og MDU) indtaget op til indskrivning, så bibeholdes den stærke sammenhæng mellem gennemført og stoffrihed. Der er derfor heller ingen forskel mellem opioidforbrugerne fra 1998 og 2008, når de opdeles i gennemført og afbrudt. F.eks. er det kun 12 % fra 1998 og 8 % fra 2008 af samtlige genfundne opioidforbrugere, der afbrød behandlingen, som fortsat var stoffri ét år efter udskrivning, mens det er 40 % fra 1998 og 32 % fra 2008 af genfundne opioidforbrugere, der gennemførte behandlingen, som fortsat var stoffri ét år efter udskrivning.

Opioidforbrugere er vanskeligere at få til at gennemføre end andre; klienter, der har en 8.klasse som højeste uddannelse, har ligeledes vanskeligere ved at gennemføre, og klienter, der har psykiske problemer, har vanskeligere ved at gennemføre (specielt de der har koncentrationsproblemer, de der får ordineret medicin mod psykiske problemer, de der har selvmordstanker, og de der har mange dage med psykiske problemer i måneden op til indskrivning). Det sidste er EuropASI-data alene fra 2008-gruppen.

At anvende ”gennemførelse af program som planlagt” som et mål for god behandling har været kritiseret af såvel døgninstitutionerne som visiterende myndigheder. Kritikken har bl.a. været, at ”der kan snydes”, ”hvad vil planlagt sige?”, ”målet er uden værdi” med flere. Om ”gennemført som planlagt” er et godt mål for ”god” behandling kan diskuteres, men at det fungerer fremragende til at forudsige tilbagefald efter udskrivning kan ikke diskuteres. Samtidig har døgninstitutionerne jo netop evnet at få flere til at gennemføre behandlingen som planlagt, hvilket er én af grundene til at døgninstitutionerne er blevet bedre til at korttidsbehandle bl.a. opioidbrugere. Dette betyder dog ikke, at ”gennemført behandlingen” ikke kan være et noget sårbart mål for, hvordan det går senere. Konkurrence mellem institutioner om hvem der har flest der gennemfører; alternative definitioner på gennemført med mere kan presse gennemførelsesprocenten op på et niveau, hvor den mister sin forudsigelseskraft (men det er altså endnu ikke tilfældet).

Med de data, der foreligger her og fra 1998, og med de muligheder for kontrol, der findes ved bl.a. at inddrage data fra visiterende myndigheder, er det i dag dog ikke særligt vanskeligt at finde ud af, om gennemførelsesprocenten presses mere i vejret, end den kan bære. Man kan i hvert fald konstatere, at hvis der ikke findes sammenhæng mellem gennemført og stoffrihed efter udskrivning på én given institution, så er det antageligt, fordi der findes en noget alternativ opfattelse af gennemført på den givne institution, eller fordi der på institutionen eksisterer helt særlige betingelser, der skal tages højde for.

### *Behandlingsmetoder/ ideologier*

Det er vanskeligt ud fra de oplysninger, institutionerne selv er fremkommet med, at vurdere, hvilke metoder de anvender. Således er det nærmest blevet et mantra at anvende kognitiv adfærdsterapi (KAT), selvom dette antageligt ikke anvendes manualbaseret nogen steder, og at en del institutioner heller ikke har behandlere, der er uddannet i at anvende KAT. Det følgende er derfor nok nærmere ideologier end metoder. Senere i dette afsnit skal betydningen af at have en diplomgivende efteruddannelse undersøges. Her er metode-tænkningen mere central.

Der kan differentieres mellem fire typer institutioner med fire forskellige typer ideologier/metoder:

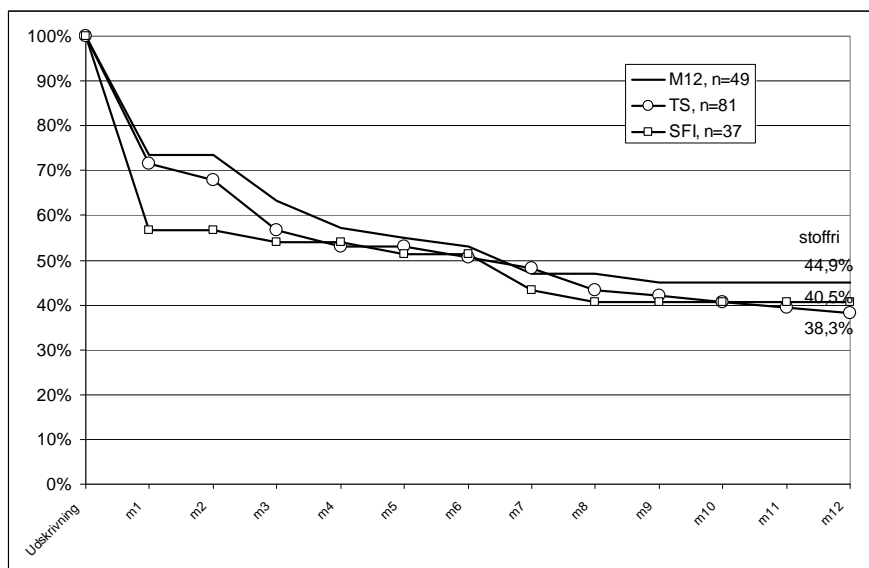
- *Minnesota-institutionerne (M12)*  
Udover at kalde sig selv Minnesota definerer de sig ofte som meget andet (fra gestaltterapeutisk over kognitiv adfærdsterapeutisk til socialpædagogisk), men aldrig som terapeutisk samfund eller en religiøst funderet institution.
- *Terapeutiske Samfund (TS)*  
Kan også kalde sig alt muligt andet, men aldrig Minnesota-institution eller religiøst funderet institution.
- *Socialpædagogiske institutioner (SPI)*  
Kalder sig stort set alt undtagen Minnesota, TS eller religiøst funderet. Ordet socialpædagogisk indgår næsten altid (8 af 10 institutioner). Der er på disse institutioner signifikant flere ansat med en socialfaglig uddannelse (professionsbachelorer såsom pædagoger, socialrådgivere, lærere, ergoterapeuter sygeplejersker mv.). Herunder findes også alle de offentligt ejede døgninstitutioner (med undtagelse af offentlige M12).
- *Religiøst funderede institutioner*  
Selvom de er religiøst funderede, kalder de sig ofte også alt muligt andet.

Ovenstående er naturligvis en ikke helt problemfri opdeling. For det første er én ting, hvad man kalder sig, noget andet måske hvad man gør. For det andet er der hos nogle gået totalt inflation i benævnelserne. En del institutioner er således det hele (én institution er f.eks. kognitiv adfærdorienteret, indsigtsoorienteret /psykodynamisk, humanistisk /eksistentialistisk, socialpædagogisk og systemteoretisk). Man kunne blive bange for, det er et udtryk for, de ikke helt ved, hvad de er.

I 1998-evalueringen fandtes der kun henholdsvis Minnesota-institutioner (Kongens Ø, Egeborg, Kråsiglund og Gunderuplund) og TS (Hjulsøgård, Opbygningsgården og Projekt Menneske). Mens Minnesota-behandling var den metode, som de fleste stofafhængige i døgnbehandling i 1996-97 modtog (mere end 3 ud af 4), så er dette i dag nærmest vendt på hovedet. Således er det i dag omkring 1 ud af 4 (25 %), som modtager Minnesota-behandling (flere kalder det dog i dag ikke Minnesota-behandling, men involverer alligevel de 12 trin). De to evalueringsgrupper er her igen fuldstændigt sammenlignelige med deres baselines (fordelingen af institutions typer på daværende tidspunkt passer generelt med fordelingen i evalueringen). Også her er evalueringen altså et rimeligt udtryk for metoder (eller ideologier) anvendt i 1996-7 og 2007-8.

De religiøst funderede institutioner har så få deltagere med i undersøgelsen, at tilbagefaldet blandt deres klienter ikke kan afgøres (de udgør 6-8 % af dem, der sendes i døgnbehandling, og ofte er der tale om omsorgstilbud – ikke stoffri behandling).

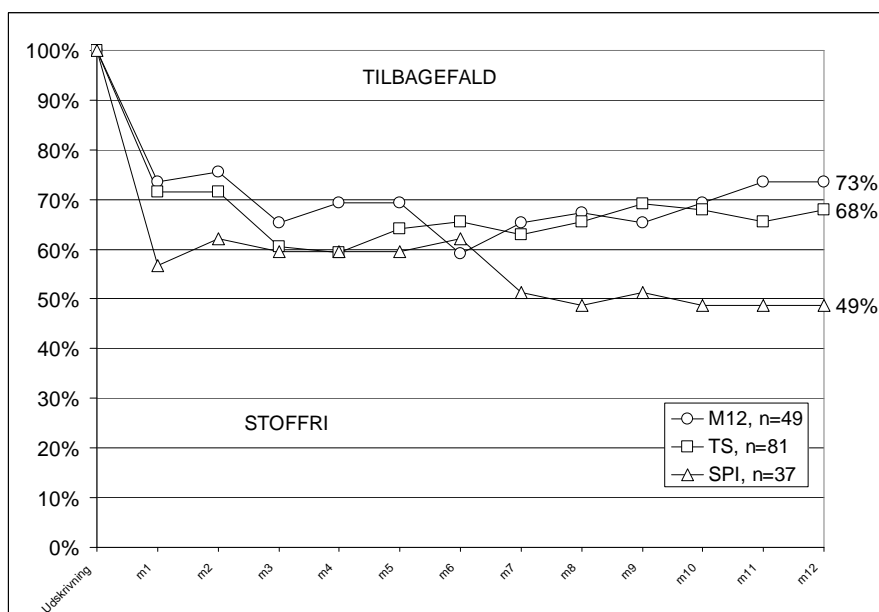
Hvis 1998- og 2008-evalueringerne sammenlægges (alle genfundne = 83 % af alle), ses der ingen forskel mellem de forskellige ideologier. Heller ikke, når der alene er fokus på opioidforbrugere. Det samme er tilfældet, når der opdeles i 1998- og 2008-gruppen. Heller ikke her findes der forskelle mellem ideologierne. Blandt de genfundne 158 opioidforbrugere fra 2008- er det således 22 % af M12 klienterne, der fortsat er stoffri 1 år efter udskrivning; 22 % af klienterne fra TS og 19 % af klienterne fra de SPI. Ved alene at inddrage 2008-data kan den manglende forskel mellem ideologier/metoder vises med følgende graf.



**Figur 6.4 Forskelle i tilbagefaldsrate for tre forskellige typer døgninstitutioner (alene de direkte interviewede fra 2008-gruppen)**

Selvom der kan ses visse forskelle i grafen, er disse dog ikke udtryk for signifikante forskelle og kan derfor være tilfældige. En lignende graf kunne tegnes for opioidforbrugere alene. Her ses samme mønster.

Der er dog visse forskelle de første 2-3 måneder, som kunne være udtryk for forskelle i andelen af stoffri fra måned til måned, Dette ses i nedenstående graf.



**Figur 6.5 Andelen af klienter stoffri hver måned det første år efter udskrivning fordelt på tre ideologier/metoder (2008-gruppen)**

Som det ses, går klienterne fra SPI hurtigere i tilbagefald end klienterne fra andre døgninstitutioner (tæt på signifikant,  $p=.07$ ). Herefter forsvinder forskellen dog en stund, således at lige mange klienter fra SPI som fra M12/TS er stoffri i måned 2-6. Herefter ser det ud til at gå galt. I måned 10-12 er der således signifikant flere, der har været i behandling på SPI, der er i tilbagefald end klienter, der har været i behandling på M12/TS ( $p=.02$ ). Således er der 2,46 gange større risiko for at være i tilbagefald i måned 12, hvis klienten er blevet behandlet på en SPI end på en M12/TS. Forskellen bibeholdes, selvom der kontrolleres for opioider – den bliver faktisk stærkere, fordi SPI ikke har så mange opioidforbrugere indlagt som M12 og TS. Forskellen kan heller ikke forklares med, at klienterne fra SPI generelt er mere belastede op til indskrivning (EuropASI, Composite Score). Tværtimod er tendensen den modsatte (selvom der ikke her findes signifikante forskelle). Heller ikke, når der kontrolleres for alder og køn, hverken forsvinder eller bliver den signifikante forskel mindre. Til gengæld ændres den signifikante forskel til  $p=.056$ , når der kontrolleres for gennemførelse af program som planlagt. En del af forskellen kan med andre ord måske forklares med, at klienterne på SPI ikke så hyppigt gennemfører behandlingen som klienter indskrevet på andre døgninstitutioner (68 % gennemfører på M12/TS, mens 48 % gennemfører på SPI,  $p=.04$ ). For samtlige 315 der i 2007 blev udskrevet fra en SPI var det 44% der gennemførte, hvilket betyder at de 48% der gennemfører i undersøgelsesgruppen er et meget godt udtryk for hvor mange der gennemfører på SPI i 2007. Noget tyder dog på, at andelen, der gennemfører, er noget højere i 2008.

Som tidligere nævnt, kan gennemførelse af program som planlagt ses i tæt sammenhæng med stoffrihed efter udskrivning. Dette forklarer måske også, hvorfor så mange klienter fra SPI så hurtigt går i tilbagefald (allerede i måned 1 efter udskrivning, se figur 6.5). Fastholdelse af klienterne i behandling synes således at være et udviklingsområde for SPI.

Spørgsmålet er dog, om man kan give døgninstitutionerne ”skylden” for tilbagefaldene efter måned 6. Ganske vist kan det ses i sammenhæng med gennemførelse af program, men det vil være relevant at fokusere på, hvilke aktiviteter netop denne gruppe af stofafhængige deltager i efter udskrivning. Det kan dog konstateres, at SPI-klienterne i præcis lige så høj grad som klienterne fra andre døgninstitutioner indgår i efterbehandling efter udskrivning. Der er heller ikke rigtigt forskel i andelen, der får ordineret substitutionsmedicin efter udskrivning, og heller ikke i andelen, der får lønnet arbejde efter udskrivning. Til gengæld er der en meget stor forskel i, hvor mange fra SPI der efter udskrivning etablerer kontakt til NA (Narcotics Anonymous). Således er det 32 %, der etablerer kontakt til NA lige ef-

ter udskrivning fra SPI, mens det samme er tilfældet for 76 % fra M12/TS. Dette skal senere diskuteres i afsnit 7. Her må det blot konstateres, at den signifikante forskel mellem SPI og M12/TS i andelen af stoffri de sidste måneder af det første år efter udskrivning forsvinder, når der kontrolleres for kontakt til NA. Dette kan ikke forklares med, at klienterne fra SPI har kontakt til andre typer netværk. Det har de ikke.

Konklusionen er, at der ikke findes forskelle i, hvor mange der har været stoffri hele året efter udskrivning for de tre typer institutioner. Der er dog flere klienter fra SPI, som ikke mindst i månederne 10 til 12 efter udskrivning er i tilbagefald. Forklaringerne kan måske delvis findes i, at SPI-institutionerne har vanskeligere ved at fastholde klienterne, til programmet er gennemført, og at klienterne fra SPI efter udskrivning i langt mindre grad deltager i noget selvhjælpsnetværk.

#### *Behandlerne – køn, alder, uddannelse, anciennitet*

Det første interessante resultat er, at medarbejdernes alder, socialfaglige uddannelse, efteruddannelse og anciennitet har ændret sig markant de sidste 10 år. Dette ses i nedenstående tabel.

**Tabel 6.2 Medarbejderne i 1996-7 og 2006-7**

	2006-7 n=322	1996-7 n=113	p
Kvinder	47,8 %	45,1 %	ns
Alder	45,8 år	39,2 år	<.00001
Socialfaglig	50,0 %	26,5 %	<.00001
Diplomgivende efteruddannelse	52,5 %	23,9 %	<.00001
Anciennitet	8,6 år	5,0 år	<.00001

Som det ses, var gennemsnitsalderen for 113 behandlerne tilknyttet de syv døgninstitutioner i 1996-7 39,2 år, mens den for de 322 behandlere, der var tilknyttet døgninstitutionerne i 2007, var 45,8 år. Der er i dag langt flere, der har en socialfaglig uddannelse end i 1996-7, og der er langt flere, der har en diplomgivende efteruddannelse. Ancienniteten er også langt større i dag end i 1996-7. I 1996-7 var TS-behandlerne signifikant bedre uddannede end Minnesota-behandlerne, og de havde også lavere anciennitet. Det er ikke tilfældet i 2007, hvilket ses i tabel 6.3.



**Tabel 6.3. Medarbejdere på forskellige institutionstyper i 2006-7**

	M12 n=166	TS n=147	SFI n=67	Religiøse n=30
Kvinder	39,4 %	46,9 %	50,7 %	46,7 %
Alder	45,5	45,3	46,2	47,8
Socialfaglig	31,8 %	44,2 %	71,6 %	53,3 %
Diplom	57,6 %	57,1 %	58,2 %	13,3 %
Anciennitet	8,3	8,4	10,5	7,9

I dag ses der ikke de helt store forskelle mellem institutionstyperne. De religiøst funderede institutioner adskiller sig dog ved at have færre medarbejdere med diplomgivende uddannelser, mens SPI har klart flest med socialfaglige uddannelser (M12 har færrest). Behandlerne på SPI har desuden en højere anciennitet i behandlingen af stofafhængige. Men kan der overhovedet identificeres sammenhænge mellem disse fem variable (køn, alder, socialfaglig uddannelse, diplomgivende efteruddannelse og anciennitet) og behandlingens udkomme?

I 1998 fandt vi en signifikant sammenhæng mellem på den ene side behandlerens køn, diplomgivende efteruddannelse og anciennitet og på den anden side gennemførelse af program og dage indlagt. Desuden var klienterne længere tid indskrevet på de institutioner, hvor der var ansat mest socialfagligt personale. I 2008 ses der stadig en sammenhæng mellem, at klienterne er længere tid indskrevet på institutioner, hvor der er mange socialfagligt uddannede, og hvor ancienniteten er høj. Til gengæld findes der ikke mere nogen sammenhæng mellem gennemført som planlagt og behandlerkarakteristika i 2008.

*Sammenhæng mellem behandlerkarakteristika og tilbagefald:* Samlet for de to evalueringer findes der umiddelbart en sammenhæng mellem anciennitet og tilbagefald og mellem diplomgivende efteruddannelser og tilbagefald. Jo højere anciennitet blandt behandlerne, desto lavere tilbagefald de første 6 måneder efter udskrivning ( $p < .01$ ), hvorefter signifikansen forsvinder. Det samme er tilfældet for diplomgivende efteruddannelser ( $p < .05$ ). Med andre ord synes efteruddannelse og anciennitet at kunne være væsentlige elementer i god behandling. Denne sammenhæng forsvinder dog, når der alene fokuseres på opioidforbrugerne, mens diplomgivende efteruddannelsers betydning til gengæld kan ses i signifikant sammenhæng med fortsat stofrihed blandt de ikke-opioidforbrugende klienter ( $p = .01$ ). Det betyder, at man ikke mindst i 2008 kan se sammenhænge mellem efteruddannelsesaktiviteter og tilbagefald blandt ikke-opioidforbrugende klienter ( $p < .008$ ). Man kan næsten være tilbøjelig til at mene, at stoffri døgnbehandling af

opioidafhængige stort set er resistent over for forskellige metoder og behandlernes kompetencer. Det er så vanskelig en tilstand at komme ud af, at døgnbehandling kun kan ses som et mindre delelement i behandlingen, og at man ikke kan forvente stoffrihed på længere sigt hos andet end hver femte uden forskellige former for intensiv opfølgning. Man bør derfor måske kun vurdere effekten af døgnbehandlingen af opioidforbrugere på de første 2-3 måneder efter udskrivning.

Når det handler om afhængighed af andre typer stoffer og mere moderat belastede klienter (op til indlæggelsen), synes ikke mindst behandlernes efteruddannelse at være af betydning (her terapeutiske uddannelser af mindst 1 år, som der kan fremvises diplom for). Dette er i nogenlunde overensstemmelse med en ældre, men meget citeret undersøgelse af McLellan (1983), som fandt, at a) stofmisbrugerne med de mindste problemer profiterede af alle typer behandlingsprogrammer, b) stofmisbrugere med mange problemer profiterede ikke rigtigt af nogen behandlingsprogrammer, mens c) stofmisbrugere med "mellemstore" (mid-range) problemer profiterede af forskellige typer programmer. McLellan havde her primært fokus på de psykiatriske problemer

### *Sammenfatning*

Indlæggelsestid kan ses i signifikant positiv sammenhæng med stoffrihed efter udskrivning. Den kortere indlæggelsestid har dog ikke medført flere tilbagefald. Også gennemførelse af behandling som planlagt kan ses i meget stærk signifikant sammenhæng med stoffrihed efter udskrivning. Samtidig er andelen, der gennemfører som planlagt, forøget betydeligt gennem de sidste 10 år (fra 36 % til 57%), Ingen behandlingsideologier/-metoder er bedre end andre til at producere klienter, der har været stoffri i hele året efter udskrivning. Til gengæld synes der at være flere klienter fra SPI, som er i tilbagefald, ikke mindst de sidste måneder af året efter udskrivning. Dette kan ikke forklares med forskellige klientkarakteristika. Behandlerne er i dag langt mere kvalificerede, end de var i 1998. Køn, alder, uddannelse og anciennitet ser dog ikke umiddelbart ud til at spille nogen rolle i behandlingen af opioidforbrugere. Til gengæld ser efteruddannelse ud til at være en væsentlig faktor i behandlingen af ikke-opioidforbrugere.

## 7. Har klienternes aktiviteter efter den stoffri døgnbehandling ændret sig?

I dette afsnit skal følgende være i fokus: efter- eller fornyet behandling, Narcotics Anonymous (NA) og lønnet arbejde.

### *Behandling*

Én af årsagerne til, at det i nogle tilbagefaldsmål går bedre for 2008-klienterne (f.eks. andelen stoffri pr. måned) kunne jo være, at de i højere grad igen er i behandling efter udskrivning end klienterne fra 1998. Med behandling menes der her indskrivning i ambulans behandling på et misbrugscenter, herunder behandling med substitutionsmedicin og fornyet stoffri behandling, herunder fornyet døgnbehandling.

Det følgende er alene udregnet på de direkte interviewede, og de, der fortsat har været i behandling efter udskrivning, har typisk haft et eller flere tilbagefald efter udskrivning. En lille gruppe deltager dog tilsyneladende også i tilbagefaldsforebyggende aktiviteter. Dette har dog været vanskeligt helt at gennemskue.

Generelt ses ingen forskel mellem 1998-gruppen og 2008-gruppen. Fra 1998-gruppen rapporterer 54 % at være i behandling igen inden for det første år efter udskrivning (45 % er ikke i behandling, og 1 mangler der oplysninger på). Det er jo noget færre, end de der har haft tilbagefald. For det første går der dog ofte nogen tid fra tilbagefald til ny-indskrivning, og for det andet ved vi, at en del kan findes på forsorgscentre, herberg og i fængsler. De 54 % (n=117) er i gennemsnit indskrevet i ny behandling (eller aldrig udskrevet) i 8,1 måned (median 11 måneder).

Fra 2008-gruppen er det 55 %, der har været indskrevet inden for det første år efter, de blev udskrevet (44 % ikke indskrevet, og oplysninger fra 3 personer mangler). De 55 % (n=94) har været indskrevet i 7,5 måneder (median 8 måneder).

Den generelle forskel mellem 1998- og 2008-gruppen er altså ikke i nærheden af signifikant. Dog tyder billedet på, at de klienter fra 2008 som gik i tilbagefald i højere grad kom i behandling end de gjorde i 1998 (eftersom færre generelt faldt tilbage). Dette er også tilfældet for opioidforbrugerne<sup>7</sup>. Af de opioidforbrugere, der havde tilbagefald, var det 79 % fra 2008-gruppen, der kom i behandling i året efter udskrivning fra døgninstitution, mens det samme var tilfældet for 64 % fra 1998 (p=.02). Dette kunne såle-

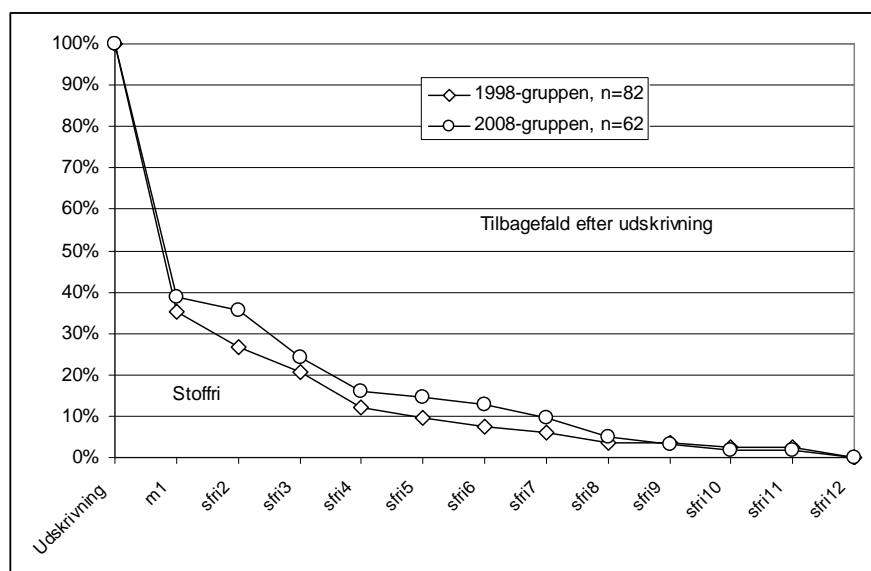
---

<sup>7</sup> Der kan ikke skelnes mellem 1998-gruppen og 2008-gruppen, hvad angår ikke-opioidbrugere, idet denne gruppe bestod af meget få i 1998.

des tyde på, behandlingssystemet er blevet bedre til at fastholde eller genindskrive opioidforbrugere, der har været i tilbagefald, end de var sidst i halvfemserne.

Af de opioidforbrugere, der havde haft tilbagefald, men som ikke kom i behandling i året efter udskrivning, klarede 2008-gruppen sig signifikant bedre end 1998-gruppen de første 5 måneder efter udskrivning. Herefter forsvinder forskellen. For eksempel er 62 % af denne gruppe af 2008-opioidforbrugerne fortsat stoffri 2 måneder efter udskrivning, mens det samme er tilfældet for 22 % fra 1998-gruppen. Der er til gengæld tale om en lille gruppe på 46 fra 1998 og 16 fra 2008. Til gengæld er de præcis lige gamle, der er 25 % kvinder i begge grupper, og deres boligforhold er de samme (og de er altså alle opioidforbrugere). Denne 2008-gruppe på 16 er da også konstant i signifikant mindre misbrug måned for hver måned end 1998-gruppen. Årsagen til, at denne gruppe ikke kommer i behandling igen, er derfor uden tvivl, at det varer noget længere, før de får tilbagefald, og at de generelt gennem hele året har flere stoffri perioder end 1998-gruppen. Det er denne lille gruppe, der skaber de forskelle, der trods alt findes i tilbagefald mellem 1998- og 2008-gruppen.

De opioidforbrugere, der kommer i behandling, har derimod tilbagefald i præcis samme tempo i 2008 som i 1998. Dette ses i nedenstående figur.



**Figur 7.1 Tilbagefaldstempo blandt opioidforbrugere, der kommer i behandling efter afslutning på stoffri døgntilbeholdning**

Ikke overraskende kommer opioidforbrugerne langt hyppigere i efterbehandling end ikke-opioidforbrugerne. I denne analyse er det alene 2008-

gruppen af direkte interviewede, der er inddraget. Som tidligere vist, var det 63 % af opioidforbrugerne fra 2008, der kom i efterbehandling. Til gengæld er det ”kun” 38 % af de 60 interviewede ikke-opioidforbrugere, der kom i behandling efter udskrivning ( $p=.002$ ). Det skyldes naturligvis, at denne gruppe, som tidligere gennemgået, oftere forbliver stoffri end opioidforbrugerne. Samtidig er de 23 ikke-opioidforbrugere, der kommer i behandling, en smule kortere tid i behandling end opioidforbrugerne (7,8 måneder for opioid mod 6,7 måneder for ikke-opioid). Dette er dog ikke nogen signifikant forskel.

#### *Narcotics Anonymous (NA)*

NA er et anonymt fællesskab for stofafhængige, der bygger på samme principper som Anonyme Alkoholikere (AA). I 1998 var det 54 % af de 215 interviewede, som havde været knyttet til NA det første år efter udskrivning. I 2008 var det samme tilfældet for 65 % af de 172 interviewede ( $p=.02$ ). Noget kunne derfor tyde på, flere stofafhængige i dag er knyttet til NA, hvilket da heller ikke er overraskende. Netop op igennem 90’erne fandt der en stærk forøgelse af antal NA-møder sted i Danmark. Dette menes at stagnere sidst i halvfemserne til ca. 200 møder om ugen fordelt over hele landet. Herefter har der fundet en yderligere stabilisering sted, og i dag antages der stadig at være omkring 200 møder pr. uge, men med flere og antageligt også mere stabile deltagere (Kilde: Cliff Kaltoft, Landsforeningen af VæreSteder/LVS).

Forskellen skyldes ikke mindst ikke-opioidforbrugerne. Af de 60 ikke-opioidforbrugere fra 2008 er det 70 %, der har tilknytning til NA, mens det for de 18 ikke-opioidforbrugere fra 1998 var 22 % (2 af 18).

De, der er knyttet til NA, er mindre i tilbagefald end de, der ikke er knyttet til NA ( $p=.000002$ ). Af dem, der var knyttet til NA i året efter udskrivning, havde 57 % været i tilbagefald, mens det var 80 % af dem, der ikke havde været knyttet til NA, som havde været i tilbagefald året efter udskrivning (388 interviewede samlet for 1998 og 2008,  $p=.000002$ ). For klienter knyttet til NA gik der i gennemsnit 6,4 måneder inden første tilbagefald, mens der for dem, der ikke var tilknyttet NA, gik 3,3 måneder ( $p<.000001$ ). For hver enkelt måned er det lidt under halvt så mange hver måned, der er i tilbagefald, som har kontakt til NA, sammenlignet med dem, der ikke har kontakt til NA?

Mønsteret er det samme i 2008 som i 1998. Dette er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at NA holder klienterne borte fra tilbagefald efter udskrivning. Der ses således en række forskellige sammenhænge, der såvel forstærker som reducerer NA’s betydning for tilbagefald efter udskrivning.

Disse skal i det følgende gennemgås.

1) I 1998 var det helt overvejende dem, der havde været i Minnesota-behandling, som efter udskrivning havde kontakt til NA (62 % fra Minnesota mod 27 % fra andet, hvilket i 1998 var lig med Terapeutisk Samfund,  $p=.00001$ ). I 2008 er der stadig forskel, dog på en noget anden måde. I dag er det således 80 % fra Minnesota-behandling/M12, som knyttes til NA efter udskrivning og 61 % fra andre (andre kan opdeles i 74 % fra Terapeutiske Samfund/TS og 32 % fra Socialpædagogiske Institutioner/SPI). Klienter indskrevet på offentlige institutioner og private institutioner, som ikke betegner sig selv som Minnesota eller Terapeutiske Samfund, opsøger med andre ord i begrænset omfang NA efter udskrivning. Ikke desto mindre var den samlede andel, der kunne fastholde stoffrihed hele det første år, ikke forskellig mellem de tre ideologier, hvilket kunne indikere, at NA overordnet set ikke fuldstændigt forhindrer tilbagefald. Til gengæld kan de måske både forlænge tiden inden første tilbagefald og medvirke til flere stoffri episoder.

2) Det blev dog tidligere vist, at klienterne fra SPI havde vanskeligheder ved at fastholde sig selv i stoffrihed, ikke mindst de første par måneder efter udskrivning, og at der var signifikant flere fra SPI, der var i tilbagefald i måned 10-12 end fra M12/TS. Ikke mindst andelen i tilbagefald i måned 10-12 forstærker hypotesen om, at NA virker tilbagefaldsforebyggende efter udskrivning. Forklaringen på, hvorfor så mange fra SPI falder tilbage hurtigt efter udskrivning, er måske derimod, at flere fra SPI afbryder behandlingen før planlagt. NA kunne derfor have en tilbagefaldsforebyggende funktion, ikke mindst på længere sigt.

3) Tilknytning til NA er oftest noget, der finder sted umiddelbart efter udskrivning. NA kunne derfor i princippet tænkes at forebygge tilbagefald, fordi det foregår stort set øjeblikkeligt efter udskrivning. Således var det ikke mindre end 101 af de 115 NA-tilknyttede fra 1998-gruppen, som blev tilknyttet NA inden for de første 14 dage efter udskrivning (dette kan ikke udregnes i 2008). I tabel 7.1 ses det, at i den første måned var det kun 18 % af dem, der var NA-tilknyttede fra første måned efter udskrivning, som havde haft tilbagefald, mens det samme var tilfældet for 79 % af de ikke-NA-tilknyttede (oddsratio 16,6). Efter 12 måneder er forskellen stadig markant (oddsratio 18,8). Dette kunne jo tyde på en meget massiv tilbagefaldsforebyggende kraft. Der kunne dog være tale om en selekteret gruppe – f.eks. kunne der jo være tale om, at det alene var de, der gennemførte programmet, som fortsatte i NA. Af dem, der gennemførte Minnesota-

programmet i 1998, var det kun 14 %, som ikke etablerede kontakt til NA efter udskrivning, mens det af dem, der afbrød programmet, var 56 %, som ikke etablerede kontakt til NA. Dette kunne tyde på en ret stærk selektion. De, der tilknyttedes NA, er primært de, der gennemfører, mens de, der afbryder, langt oftere ikke knyttes til NA. Ikke desto mindre eksisterer den signifikante sammenhæng stadig mellem tilknytning til NA og lav grad af tilbagefald, når der kontrolleres for gennemført program. Gennemførelse af program og tilknytning til NA forudsiger altså tilbagefald uafhængigt af hinanden. Dette ses ved, at de, der afbryder trods alt klarer sig bedre, hvis de er tilknyttet NA efter udskrivning, end hvis de ikke var – og det samme for dem, der gennemfører.

**Tabel 7.1 Tilbagefald blandt klienter i NA/ikke-NA fra M12 (NA første 14 dage efter udskrivning)**

	NA+ n=92	NA - n=62
Måned 1	18 %	79 %
Måned 2	29 %	81 %
Måned 3	35 %	84 %
Måned 4	45 %	85 %
Måned 5	46 %	87 %
Måned 6	47 %	90 %
Måned 7	47 %	92 %
Måned 8	48 %	94 %
Måned 9	48 %	94 %
Måned 10	49 %	94 %
Måned 11	49 %	94 %
Måned 12	51 %	95 %

4) Et interessant mønster er, at NA tilsyneladende primært spiller en rolle for klienter behandlet på M12-institutioner og for klienter behandlet på SPI. For klienter behandlet på TS-institutioner (Terapeutiske Samfund) synes NA derimod at spille en noget mindre rolle. Dette ses i nedenstående tabel.

**Tabel 7.2 Tilbagefald hele året blandt 381 interviewede i stoffri døgnbehandling, som er henholdsvis tilknyttet/ikke-tilknyttet NA efter udskrivning, fordelt på tre ideologier/metoder (1 tilbagefald=tilbagefald resten af året)**

	Minnesota M12		Socialpædagogiske SPI		Terapeutiske Samfund TS	
	NA+ n=141	NA - n=72	NA+ n=12	NA - n=25	NA+ n=73	NA - n=58
Måned 1	24 %	75 %	8 %	60 %	32 %	40 %
Måned 2	32 %	76 %	8 %	60 %	33 %	45 %
Måned 3	38 %	82 %	8 %	64 %	44 %	50 %
Måned 4	47 %	83 %	8 %	64 %	48 %	53 %
Måned 5	48 %	85 %	8 %	68 %	48 %	55 %
Måned 6	50 %	88 %	8 %	68 %	49 %	57 %
Måned 7	52 %	89 %	8 %	80 %	52 %	57 %
Måned 8	52 %	90 %	17 %	80 %	56 %	60 %
Måned 9	53 %	90 %	17 %	80 %	59 %	62 %
Måned 10	54 %	90 %	25 %	80 %	60 %	62 %
Måned 11	54 %	90 %	25 %	80 %	62 %	64 %
Måned 12	55 %	92 %	25 %	80 %	63 %	64 %

I ovenstående tabel er der ikke skelnet mellem opioid og ikke-opioidforbrugere. Men det betyder heller ikke noget. Mønsteret er fuldstændigt det samme. Der er heller ikke skelnet mellem 1998 og 2008. Det betyder heller ikke noget. Også her er mønsteret helt det samme (bortset fra at SPI ikke fandtes i 1998).

Som det ses, er forskellene meget markante og stærkt signifikante. Fra M12 er det 92 % af dem, der ikke har været tilknyttet NA, som har haft tilbagefald 12 måneder efter udskrivning, mens det samme gælder for 55 % af dem, der har/har haft tilknytning til NA. For SPI er der tale om en mindre gruppe, men tendensen er endnu stærkere. Faktisk går det endda rigtigt godt med dem, der er tilknyttet NA efter udskrivning, mens det ikke går godt for dem, der ikke har været knyttet til NA (til gengæld var det kun 32 % fra SPI, der var knyttet til NA efter udskrivning). For TS betyder tilknytning eller ej til NA tilsyneladende en mindre rolle. NA er altså ikke nogen selvfølge for et godt resultat, men for nogle institutioner spiller det tilsyneladende en betydeligt større rolle. Dog går det stadig altid bedre for dem, der er med i NA.

5) I nedenstående tabel er det stoffrihed for hver enkelt måned, der er vist. Med andre ord – de, der er stoffri i måned 9, kan have haft et tilbagefald i måned 5. Der inddrages alene 2008-gruppen.



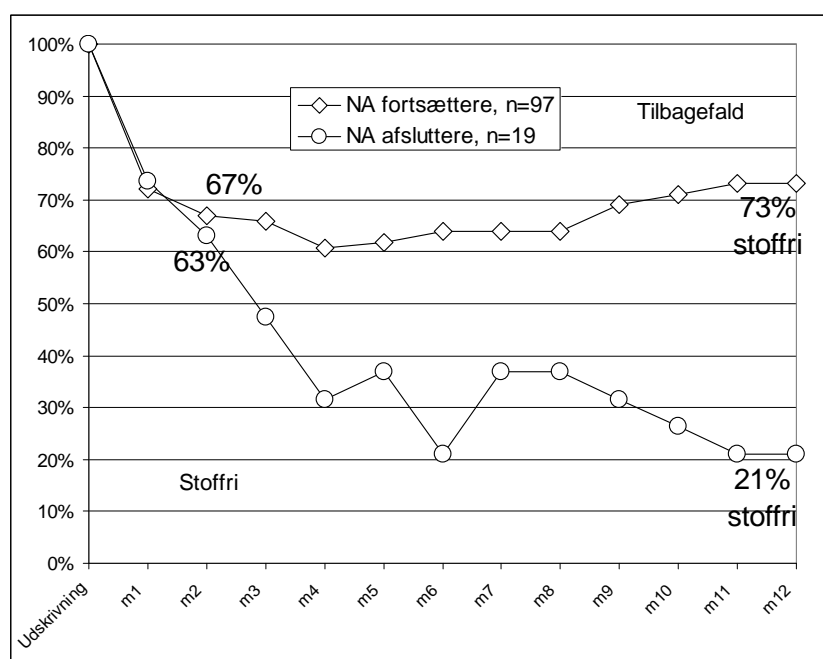
**Tabel 7.3 Tilbagefald blandt 172 interviewede stofafhængige i stoffri døgnbehandling, som er henholdsvis tilknyttet/ikke-tilknyttet NA efter udskrivning, fordelt på tre ideologier/metoder (for hver måned)**

	M12		TS		SPI	
	NA- n=10	NA+ n=39	NA- n=21	NA+ n=59	NA- n=25	NA+ n=12
Tilbagefald 1	50 %	21 %	29 %	29 %	60 %	8 %
Tilbagefald 2	40 %	21 %	38 %	25 %	52 %	8 %
Tilbagefald 3	60 %	28 %	43 %	39 %	56 %	8 %
Tilbagefald 4	30 %	31 %	48 %	39 %	56 %	8 %
Tilbagefald 5	20 %	33 %	43 %	34 %	56 %	8 %
Tilbagefald 6	40 %	41 %	48 %	31 %	52 %	8 %
Tilbagefald 7	20 %	38 %	43 %	36 %	68 %	8 %
Tilbagefald 8	20 %	36 %	48 %	31 %	68 %	17 %
Tilbagefald 9	20 %	38 %	43 %	27 %	64 %	17 %
Tilbagefald 10	20 %	33 %	43 %	29 %	64 %	25 %
Tilbagefald 11	10 %	31 %	48 %	31 %	64 %	25 %
Tilbagefald 12	20 %	28 %	48 %	27 %	64 %	25 %

For dem, der har haft kontakt med NA, er der ikke megen forskel mellem ideologierne/metoderne, måske bortset fra at de 12 SPI klienter klarer sig usædvanlig godt de første 9-10 måneder (men det er lille gruppe og en lille andel af deres samlede klienter). I måned 12 er der ikke mere nogen forskel (28, 27 og 25 % i tilbagefald i måned 12). Blandt dem, der *ikke* har haft tilknytning til NA, er billedet noget anderledes. De, der kommer fra M12, klarer sig ret godt i måned 12, men ikke i måned 1 (men det er kun 10 klienter). I måned 12 går det dårligst for dem, der var i behandling på SPI, og det har det gjort hele året. Som tidligere vist kan dette ikke forklares med, at de på SPI har mere belastede klienter.

6) Der fandtes 14, som ikke var tilknyttet NA lige efter udskrivning, men som blev det senere. De 13 af de 14 havde alle tilbagefald inden for 14 dage efter udskrivning, mens den sidste fik tilbagefald i 2. måned. 12 af de 14 (86 %) kommer i behandling igen inden for det første år. Til og med måned 9 efter udskrivning er 12-13 af de 14 konstant i tilbagefald, herefter bliver flere stoffri, fordi de kommer i ny behandling. I forbindelsen med denne behandling knyttes der kontakt til NA. Umiddelbart ser det ud, som om det er gennem den nye behandling, der knyttes kontakt til NA og ikke omvendt. Det ville styrke betydningen af NA, hvis dette selvhjælpsfællesskab i højere grad kunne formidle behandling til personer i tilbagefald. Når dette ikke er tilfældet, skyldes det antageligt, at langt de fleste, der kommer i NA, er stoffri.

7) En gruppe på 19 klienter fra 1998-gruppen startede i NA, men sluttede i løbet af nogle måneder og blev ikke mere en del af NA inden for det første år. Hvorfor afsluttede de kontakten til NA? Hvis det var, fordi de ikke mente, de havde brug for NA mere, fordi de havde fået kontrol over deres liv, så ville andelen med tilbagefald ikke blive større. Hvis årsagen til, at de afsluttede kontakten, var, fordi de fik tilbagefald, må andelen med tilbagefald stige drastisk i sidste del af de 12 måneder. Det er det sidste, der er tilfældet. De første 2 måneder ligner tilbagefaldsraten for de klienter, som er tilknyttet NA, herefter stiger tilbagefaldsraten massivt. Når tilbagefald måles for hver enkelt måned, ses det, at i anden måned efter udskrivning er 63 % af "afslutterne" og 67 % af "fortsætterne" stoffri. I måned 12 er dette vendt fuldstændigt. Nu er kun 21 % af "afslutterne" stoffri, mens 73 % af "fortsætterne" er stoffri.



**Figur 7.2 Tilbagefald hos klienter der stopper deres kontakt til NA**

Nu kunne man påstå at klienterne falder tilbage, fordi de afsluttede deres kontakt til NA, eller at de afsluttede deres kontakt til NA, fordi de faldt tilbage. Det kan dog ud fra time-line follow-back interviewene konstateres, at de sædvanligvis faldt tilbage noget tid inden, de afsluttede kontakten, så *kontakten er altså primært afsluttet, fordi klienten faldt tilbage*. Samtidig kan det konstateres, at "afslutterne" ikke kommer mere i behandling end "fortsætterne". Nogen særlig behandlingsformidling er der altså ikke foregået.

Med andre ord – når en klient trækker sig fra NA, er det ofte, fordi de har fået tilbagefald. Der formidles her ikke i særlig grad kontakt til behandlingssystemet.

8) De, der kommer med i NA efter udskrivning, er primært mænd ( $p=.01$ ); de er mindre økonomiske belastede ( $p=.003$ ); har derfor ikke overraskende oftere lønarbejde (23 % mod 4 %,  $p=.004$ ), og de får ikke så hyppigt ordineret medicin mod psykiske problemer ( $p=.02$ ). De bliver oftere behandlet på institutioner med få kvindelige behandlere ( $p=.01$ ); med få socialfagligt uddannede behandlere ( $p=.000001$ ) og af behandlere med lav anciennitet ( $p=.000001$ ). Måske er NA nødvendig for succes på denne type institutioner. For de opioidforbrugende klienter, der ikke får kontakt til NA efter udskrivning, ses der således en meget positiv signifikant sammenhæng mellem på den ene side socialfagligt uddannede behandlere og anciennitet, og på den anden side stoffrihed hele året og stoffrihed pr. måned (jo flere socialfagligt uddannede og jo større anciennitet, desto mere stoffrihed – men kun for de klienter der ikke har kontakt til NA, og kun for opioidforbrugere).

*Konklusion:* Sammenhængen mellem medlemskab af NA og tilbagefald er kompleks. NA består uden tvivl af en noget selekteret gruppe af primært mænd, der ofte har gennemført et stoffrit behandlingsforløb som planlagt, og som allerede inden behandlingens påbegyndelse oftere havde arbejde. NA har dog uden tvivl end tilbagefaldsforebyggende kraft og er måske stærkt medvirkende til, at klienter fra døgninstitutioner med behandlere uden socialfaglig uddannelse og lav anciennitet alligevel klarer sig relativt godt efter udskrivning.

Umiddelbart synes NA kun i ringe grad at have en formidlende funktion til behandling for dem, der er i tilbagefald. Der er helt primært tale om en tilbagefaldsforebyggende selvhjælpsgruppe, som primært består af personer, der aktuelt er stoffri.

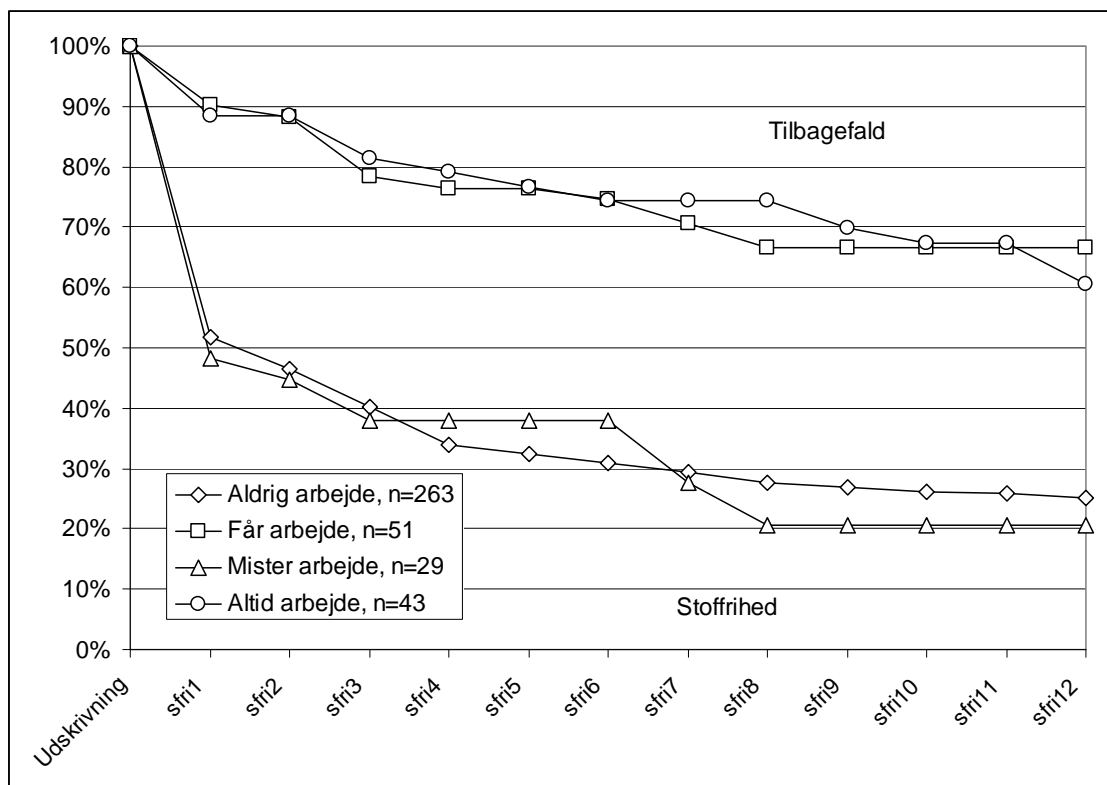
NA spiller altså antageligt en ikke ringe tilbagefaldsforebyggende kraft, især for de lidt mere ressourcestærke klienter. Om man så bryder sig om NA-ideologien er en anden sag. Hvis dette ikke er tilfældet, er der visse begrænsede muligheder for at vælge andet selvhjælpsnetværk. F.eks. findes der visse offentlige tilbagefaldsforebyggende tilbud, forskellige mentorordninger, stoffri netværk i visse byer, stoffri væresteder, familiegrupper og kirkelige grupper. Disse anvendes dog af ret få klienter efter udskrivning.

### *Lønnet arbejde*

Sammenhængen mellem lønnet arbejde og tilbagefald ligner på mange måder den netop gennemgåede sammenhæng mellem NA og tilbagefald. Der inkluderes igen alene de, der har deltaget i de direkte interview (n=387 fra begge undersøgelser). For begge undersøgelser er der time-line follow-back interview. I alt 124 af de 387 (32 %) havde på et eller andet tidspunkt lønnet arbejde i året efter udskrivning. Af dem, der havde lønnet arbejde inden for det første år, havde 45 % tilbagefald i samme periode, mens det var 76 % for dem, der ikke havde lønnet arbejde ( $p < .000001$ ). Umiddelbart havde flere fra 2008-gruppen lønnet arbejde end 1998-gruppen (39 % mod 27 %,  $p = .009$ ). Det er dog ikke mindst de ikke-opioidforbrugende klienter, der trækker dette op (52 % af disse fra 2008 har lønnet arbejde på et eller andet tidspunkt). Af opioidforbrugerne er det 32 % fra 2008-gruppen, der havde lønnet arbejde, mens det samme var tilfældet for 27 % fra 1998. Alltså stadig lidt flere i 2008, men ikke i nærheden af signifikant.

De interviewedes arbejdsforhold kan opdeles i a) de, der aldrig kom i arbejde efter udskrivning (n=263, 68 %), b) de, der fik arbejde, og som ikke mistede det (n=51, 13 %), c) de, der på et tidspunkt har arbejde, men mister det (n=29, 8 %) og d) de, der har arbejde hele året efter udskrivning (n=43, 11 %).

I figur 7.3 ses det, at de, der har arbejde, eller de, der får arbejde, stort set klarer sig lige godt, mens de, der aldrig har haft arbejde, eller de, der mister det, klarer sig lige dårligt. De, der får et arbejde, er typisk dem, der går i mindst 3 måneder efter udskrivning uden arbejde, men forbliver stof-fri, og som herefter får et arbejde, som de ikke mister. De, der mister deres arbejde, kan opdeles i to grupper. De, der får arbejde lige efter udskrivelse, men som mister det i løbet af nogle måneder. Denne gruppe består af 11 personer, og de 8 af disse er i tilbagefald ved udskrivning. De mister det antageligt helt primært, fordi de er i tilbagefald. Den anden gruppe er dem, der får et arbejde nogle måneder efter udskrivning, men som mister det igen. Denne gruppe er på 18 personer, og de har faktisk klaret sig rimeligt godt de første måneder efter udskrivning. Det bliver de ikke ved med, og det er antageligt derfor, de mister deres arbejde.



**Figur 7.3 Tilbagefald blandt 4 forskellige lønarbejdsgrupper (1 tilbagefald = tilbagefald for resterende tid herefter)**

Dette indikerer, at arbejde ikke som sådan kan betragtes som ”behandlende”, med hvilket der menes, ”giv dem noget arbejde, og de kommer ud af deres stofmisbrug”. Det er snarere noget, man får, fordi man har bevist et eller andet (at kunne gennemføre et forløb eller holde sig stoffri de første måneder efter udskrivning). Til gengæld kan man godt forestille sig, at arbejde er tilbagefaldsforebyggende. Af de 123 (får arbejde 51, mistet arbejde 29, altid i arbejde 43), der på et eller andet tidspunkt har arbejde i året efter udskrivning, er det 35 %, der har haft det hele tiden, og 41 %, der får det og ikke mister det. Når klienten endelig har et arbejde, er det altså ofte noget varigt (for 76 %). De, der prøvede med arbejde, men som mistede det, er måske en gruppe, hvor man har forsøgt, selvom mange af dem har været i tilbagefald inden, de fik arbejdet. Noget kunne derfor tyde på, at fastholdelse af et arbejde fordrer stoffrihed – helst i længere tid. Ligeledes kunne noget tyde på, at hvis klienten er i stofmisbrug, så mistes arbejdet, hvilket jo ikke er overraskende.

De, der får arbejde efter udskrivning, er en ret selekteret gruppe. Ikke mindst de, der har arbejde i samtlige 12 måneder efter udskrivning, er en helt særlig gruppe, men også de, der får arbejde og beholder det, skiller sig ud fra de øvrige. De, der mister deres arbejde, ligner mere dem, der aldrig

har haft lønnet arbejde. De, der altid har/får arbejde, men ikke mister det (ARB+) er primært mænd (p.01), har mere end 8. klasse som deres højeste uddannelsesniveau (p.01), sjældnere i metadonbehandling før stoffri døgn (p.02), de er mindre økonomisk belastede før indlæggelsen (p.004) og mindre fysisk belastede før indlæggelse (p.04). De har også langt hyppigere haft arbejde, før de blev indskrevet i stoffri døgnbehandling (p.0007).

*Konklusionen* er lidt den samme for lønnet arbejde som NA. Der er tale om en selekteret gruppe, som igen overvejende består af mænd. Lønnet arbejde synes primært at være noget, man opnår, enten på grund af længere tids stoffrihed eller på grund af kontakter til arbejdsmarkedet. Lønnet arbejde kan dog af den grund udmærket have en tilbagefaldsforebyggende kraft. De fleste af dem, der har arbejde lige efter udskrivning eller får det nogle måneder efter, fastholder således deres arbejde resten af året.

### *Sammenfatning*

Opioidforbrugere i tilbagefald indskrives signifikant oftere i behandling efter døgnopholdet, end det var tilfældet i 1998. Dette kan eventuelt forklare, hvorfor opioidforbrugere i 2008 har flere stoffri episoder og er samlet mindre tid i tilbagefald end i 1998. Ligeledes har signifikant flere i dag kontakt til NA end i 1998. NA ser ud til at have en ikke ringe tilbagefaldsforebyggende kraft for nogle klienter. Flere i 2008 havde lønnet arbejde end i 1998. Dette kan dog primært forklares med de ikke-opioidforbrugende klienter. Også arbejde kan have en tilbagefaldsforebyggende kraft, men det er helt overvejende en aktivitet, der gives til dem, der før indlæggelse havde kontakt til arbejdsmarkedet, og/eller dem, der har været stoffri i en længere periode.

## 8. At være stoffri på metadon/buprenorphin

Enhver, der på et eller andet tidspunkt det første år efter udskrivning kommer i substitutionsbehandling, kommer dette, fordi vedkommende har haft et tilbagefald. Det giver derfor ingen mening at anvende en survivalanalyse til at vurdere stoffrihed efter 12 måneder, hvor anvendelsen af substitutionsmedicin ikke anses som værende et tilbagefaldskriterium (resultatet vil være det samme, fordi der altid er gået et forbrug af illegale stoffer forud for forbruget af substitutionsmedicin).

Derimod er det jo muligt – når tilbagefald måles måned for måned – at afgøre, hvor mange der er i substitutionsbehandling, men som ikke tager andre illegale stoffer. Denne gruppe kunne med rette også defineres som stoffri. Dette skal i det følgende diskuteres.

Der er alene fokus på opioidforbrugerne (for de andre er resultatet det samme). Måned 2 og måned 12 blev udvalgt som de to analysemåneder.

*1998-gruppen:* I måned 2 var det 92 af 181 opioidforbrugende klienter, der blevet vurderet som havende tilbagefald. Hvis substitutionsmedicin ikke blev inddraget, var det 91, der havde tilbagefald. Altså ikke nogen forskel. I måned 12 var det 93 af 181 klienter, som blevet vurderet som havende tilbagefald. Hvis substitutionsmedicin ikke blev inddraget, var det 84, der havde tilbagefald. En forskel på 5 %.

*2008-gruppen:* I måned 2 var det 42 klienter af 112 opioidforbrugende klienter, der blevet vurderet som havende tilbagefald. Hvis substitutionsmedicin ikke blev inddraget, var det 40, der havde tilbagefald. Altså heller ikke her nogen stor forskel. I måned 12 var det 48 af 112 klienter, som blevet vurderet som havende tilbagefald. Hvis substitutionsmedicin ikke blev inddraget, var det 44, der havde tilbagefald. En forskel på 3,6 %.

Om substitutionsmedicin inddrages eller ej som kriterium for tilbagefald, har ikke den helt store betydning. Målt for hver enkelt måned vil det betyde, at mellem 0-5 % flere kan betegnes som stoffri, når der alene fokuseres på opioidforbrugere. Størst betydning har det for den sidste del af året efter udskrivning. Hvis der måles tilbagefald med en survivalmetode, vil substitutionsmedicinen ikke spille nogen rolle, fordi den kun gives til dem, der har haft et tilbagefald.





## 9. Alkoholproblemer og tilbagefald

Hvor mange af de interviewede, der det første år efter udskrivning har alkoholproblemer, kan bedst vurderes for 2008-gruppen, fordi der her findes en time-line follow-back vurdering af problematisk alkoholforbrug. Et problematisk alkoholforbrug defineres her som et forbrug på over 35 genstande om ugen. Dette er i overensstemmelse med EuropASI-definitionen, som fordrer 5 genstande pr. dag, hvis det skal defineres som et "misbrug". I 1998 blev der alene spurgt om alkoholforbrug, og det er derfor svært sammenlignelig med "misbrug". Dog blev der begge gange spurgt om dage med misbrug i måneden op til interviewet (EuropASI, men altså ikke time-line follow-back). Der skal derfor primært fokuseres på 2008.

For 2008-gruppen var det mellem 10 til 14 %, der hver måned havde et problematisk forbrug af alkohol (mindst 35 genstande om ugen). Langt de fleste, der har et problematisk forbrug af alkohol, har dog samtidig et forbrug af såvel illegale som legale stoffer. Der er således mellem 0-3 % flere i tilbagefald for hver måned, hvis et problematisk alkoholforbrug indregnes som kriterium for tilbagefald. Eftersom vi ved, at oplevelsen af problemer med alkohol hos klienter i stoffri døgnbehandling, er steget gennem de seneste syv år, er der ingen grund til at tro, problemet skulle være større i 1998 (Kilde: DanRIS-Døgn).

Når problemer med alkohol sammensmelttes med problemer med andre typer rusmidler, så får alkoholen stort set ikke noget selvstændigt liv. Det betyder ikke, at der ikke kan knyttes særlige problematikker til et problematisk alkoholforbrug.

Der findes ikke overraskende stærke sammenhænge mellem alkoholproblemer før behandlingsstart og et problematisk forbrug af alkohol efter udskrivning ( $p=.007$ ,  $n=167$ ). Ligeledes er det de klienter, der før indlæggelsen generelt oplevede problemer med alkohol (EuropASI), som får flest problemer med alkohol efter udskrivning ( $p=.0002$ ,  $n=158$ ). Med andre ord har de klienter, der indlægges i stoffri behandling, og som før indlæggelsen havde alkoholproblemer, også større risiko for at få alkoholproblemer efter behandlingens afslutning.

Indtagelse af andre typer rusmidler før indskrivningen forudsiger ikke alkoholforbrug efter udskrivning. Heller ikke forskellige psykiske, sociale og medicinske problemer forudsiger et problematisk alkoholforbrug efter udskrivning. Det samme kan siges om økonomiske problemer og problemer med kriminalitet.

Personer, som indlægges fra herberg, pensionat eller fængsler, drikker mere efter udskrivning og drikker mere i intensive perioder.

De, der drikker alkohol, har langt kortere tid til tilbagefald til forbrug af stoffer end andre De, der drikker over 35 genstande om ugen den første måned efter udskrivninger, falder således tilbage i stofmisbrug inden for 1,8 måned, mens de, der ikke har et problematisk forbrug af alkohol den første måned efter udskrivning, i gennemsnit først falder tilbage efter 6,7 måneder ( $p=.002$ ).

De, der har et problematisk forbrug af alkohol den første måned efter udskrivning, får ikke nær så ofte et lønnet arbejde i det første år efter udskrivning (15 % lønnet arbejde af dem, der drikker, 42 % af dem, der ikke drikker,  $p=.02$ ).

Alkoholproblemer før indlæggelse kunne ikke ses i sammenhæng med gennemførelse af program. Derimod kan afbrydelse af program ses i stærk sammenhæng med alkoholproblemer efter udskrivning. Således er det 2 % af dem, der gennemfører programmet som planlagt, der har et problematisk forbrug af alkohol i måneden efter udskrivning, mens det er 28 % af dem, der afbryder.

Alkohol er med andre ord et meget stort problem blandt dem, der afbryder behandlingen, og samtidig forudsiger store alkoholproblemer før behandlingen også fortsatte alkoholproblemer efter behandlingen. Derudover ses det, at de, der starter med et problematisk alkoholforbrug lige efter udskrivning, hurtigt falder tilbage i et forbrug af andre typer rusmidler. Alkohol er med andre ord et stort problem for en bestemt type af klienter – umiddelbart ikke mindst for dem, der indlægges fra herberg, pensionat eller fængsel, og for dem, der ikke gennemfører behandlingen.

Langt de fleste, der har et problematisk forbrug af alkohol, har samtidig et forbrug af såvel illegale som legale stoffer. Der er således kun mellem 0-3 % flere i tilbagefald for hver måned, hvis et problematisk alkoholforbrug indregnes som kriterium for tilbagefald. Alkohol er dog ofte et meget stort problem for klienter i tilbagefald. Et problematisk forbrug af alkohol før indlæggelse kunne ses i tæt sammenhæng med et problematisk forbrug efter udskrivning.

## Litteratur

Anglin, M. D., Hser, Y. I., & Grella, C. E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in DATOS. *Psychology of Addictive Behaviors*.

Berglund GW, Bergmark A, Björling B, Grönbladh L, Lindberg S, Oscarsson L, Olsson B, Segraeus V, Stensmo C. (1991) The SWEDATE project: Interaction between treatment, client background, and outcome in a one-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8(3): 161-169.

*Dansk Registrerings- og Informations-System/DanRIS-Døgn* (2009). se [www.danris.dk](http://www.danris.dk)

Downey L, Rosengren DB, Jackson TR & Donovan DM. (2003). Primary heroin users + drug-free treatment: an equation for success? *Addictive Behavior*, 28(2): 339-46.

Etheridge, R.M., Hubbard, R.L., Anderson, J., Craddock, S.G. & Flynn, P. M. (1997) Treatment structure and program services in DATOS. *Psychology of Addictive Behaviors*. 11(4), pp. 244-260.

Hendriks, V.M. (1990). *Addiction and psychopathology: A multidimensional approach to clinical practice*. European Addiction Research Institute.

Hubbard, R.L. et al. (1984). Treatment Outcome Perspective Study (TOPS). *NIDA Research Monograph Series: Drug abuse, treatment evaluation, strategies, progress and prospects*, 51:42-68.

Hubbard, R.L. et al. (1991). *Drug abuse treatment - a national study of effectiveness*. London: The University of North Carolina Press.

Hubbard, R.L. et al. (1997). Overview of one-year follow-up outcomes in DATOS. *Psychology of Addictive Behaviors*. 11(4), pp. 261-278.

McLellan, T.A. et al (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. *Archives of General Psychiatry*, 40:620-625.

Morgenstern, J., Blanchard, K.A., Kahler, C., Barbosa, K.M., McCrady, B.S. & McVeigh, K.H. (2008). Testing mechanisms of action for intensive case management. *Addiction*, 103(3): 469-477

Nelson, W.A. & Clum, G.A. (2002). Assessment of panic frequency: Reliability and validity of a time-line follow-back method. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(1): 47-54

O'Brian, C.P. & McLellan, T.A. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347, 237-240.

Pedersen, M.U. (1998a). Konflikter i døgnbehandlingen af stofmisbrugere. *Social Kritik*, nr.56, 81-89.

Pedersen, M.U. (1998b). *Arbejdsalliancen mellem behandlere og stofmisbrugere i døgnbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, M.U. (1999a). Døgnbehandling af stofmisbrugere: Baggrund, forløb og effekt i et kønsperspektiv. *NAT (Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift)*. 16(3), 159-170.

Pedersen, M.U. (1999b). *Stofmisbrugerne efter døgnbehandlingen*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, M.U. (2000). *Stofmisbrugere før, under, efter døgnbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, M.U. (2005) Drug-Free Treatment of Substance Misusers: Where are We Now, Where are We Heading. In: *Evidence Based Treatment: Challenges in Substance Abuse Treatment*. M.U. Pedersen, V. Segreus, M. Hellman (Eds.). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research. s. 11-26.

Pedersen, M.U. (2005). Arbejdsalliancens todimensionalitet og dens betydning for behandling af heroinafhængige. *Nordisk Psykologi*, 57(2): 131-142

Pedersen, M.U. & Hesse, M. (2007) Residential treatment in Denmark: Client characteristics and Retention. *International Journal of Therapeutic Communities*, 28(2), 206-217.

Pedersen, M.U. (2007). Women in Residential Drug-free Treatment: How to Use a Bottom-up Strategy and a Prediction of Completion Instrument to Prevent Early Dropout. *International Journal of Therapeutic Communities*, 28(1): 45-58.

Ravndal, E. & Vaglum, P. (1998). Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2): 135-142.

Sacks, J.A.Y., Drake, R.E., Williams, V.F., Banks, S.M. & Herrell, J.M. (2003). Utility of the time-line follow-back to assess substance use among homeless adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(3): 145-153.

Simpson, D.W. et al. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969-1972. *Archives of General Psychiatry*, 36: 772-780.

Simpson, D.W. (1984). National treatment system evaluation based on the drug abuse reporting program (DARP). Follow-up research. *NIDA Research Monograph Series: Drug abuse, treatment evaluation, strategies, progress and prospects*, 51:29-41.

Smith LA, Gates S & Foxcroft D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 25;(1): Review.

Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB) 1996-2008.

Tirado, C.F., Goldman, M., Lynch, K., Kampman, K.M. & Obrien, C.P. (2008). Atomoxetine for treatment of marijuana dependence: A report on the efficacy and high incidence of gastrointestinal adverse events in a pilot study. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3): 254-257.

Tsemberis, S., McHugo, G., Williams, V., Hanrahan, P. & Srefancic, A. (2007) Measuring homelessness and residential stability: The Residential Time-Line Follow-Back Inventory. *Journal of Community Psychology*, 35(1): 29-42.