

Ambulant behandling af stofmisbrug

Ambulant behandling af stofmisbrug

Morten Hesse
&
Birgitte Thylstrup

Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2011

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2011
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København
ISBN: 978-87-89029-81-8

Center for Rusmiddelforskning
Nobelparken, bygning 1453
Jens Chr. Skous Vej 3
8000 Aarhus C
Tlf.: 8942 6930
Fax: 8942 6935
www.crf.au.dk
E-mail: crf@crf.au.dk

Indhold

Forord	7
Rapportens anbefalinger.....	9
Resume	13
Hvordan går det misbrugere i behandling?	13
Psykiske vanskeligheder hos stofmisbrugere i ambulans behandling.....	14
Fokus på alkohol og tobak	14
Fastholdelse og brugertilfredshed	15
Opbygning af rapporten	17
1. Nyere undersøgelser af ambulans behandling af stofmisbrug fra Danmark.....	19
2. Indledning.....	21
Hvad er ambulans behandling?.....	21
Definition af behandlingsbegrebet og kommentarer til evalueringskriterier	21
En overordnet forståelsesramme for evaluering af ambulans misbrugsbehandling	23
Rammevilkårene for ambulans stofmisbrugsbehandling	24
Afgrensning af ambulans behandling	25
Prototypiske behandlingstilbud	26
3. Metode.....	29
Design.....	29
Udredning	29
Statistiske metoder	30
4. Undersøgellesgruppen	33
Beskrivelse af gruppen i forhold til psykiatriske tilstande.....	35
Samsygelighed mellem forskellige psykiske lidelser	36
5. Overordnede resultater: hvordan går det klienterne?	37
Opfølgingsinterviews	37
Sammenligning af tabte og interviewede klienter	37
Stof og alkoholbrug	38
Psykiske symptomer og vanskeligheder	39
Hospitalskontakter.....	40
Kriminalitet, anholdelser og fængselsafsoning.....	42
Alkoholproblemer og behandling	43

Tobaksrygning.....	45
6. Behandling – fastholdelse, ydelser og medicin.....	47
Fastholdelse i behandling.....	47
Ydelser i forbindelse med behandlingen.....	49
Medikamentel behandling.....	50
Behandling med antidepressiva og anxiolytica.....	50
Virker den medicinske behandling?.....	52
Døgnbehandling undervejs i det ambulante forløb.....	55
7. Livsbegivenheder.....	57
Mange skift.....	57
Betydningen af livsbegivenheder for misbrug.....	58
8. Tilfredshed med behandlingen.....	61
Er tilfredshed forbundet med behandlingsresultat?.....	61
Hvilke aspekter af behandlingstilfredshed skiller behandlingsstederne?.....	61
Tilgængelighed af hjælp og tilfredshed.....	63
Opsummering om behandlingstilfredshed.....	63
Behandlingstilfredshed og klienternes beskrivelser af behandlingen.....	64
Behandlingstilbud 1: Høj tilfredshed.....	64
Behandlingstilbud 2: Lav tilfredshed.....	66
Behandlingstilbud 3. Meget lav tilfredshed.....	67
Behandlingstilbud 4: Meget lav tilfredshed.....	68
Behandlingstilbud 5. Høj tilfredshed.....	70
Opsummering om faktorer relateret til behandlingstilfredshed.....	71
Referencer.....	73

Forord

Dette er den anden af de årlige rapporter til Socialministeriet om behandling af stofmisbrug fra Center for Rusmiddelforskning, og den første som fokuserer på ambulans behandling.

Vi vil gerne takke klienterne, der har deltaget i undersøgelsen for deres åbenhed og positive samarbejde. Det har været mærkbart, at de stort set alle har reageret positivt på at opleve at have en stemme og betydning i forhold til at fortælle om deres livssituation og oplevelse af behandlingsforløb. Også tak til medarbejdere på de involverede institutioner for godt samarbejde. Endelig en tak til forskningsmedarbejderne Lotte Skot, Angelina Isabella Mellentin, Sidsel Schrøder, Liv Nautrup Heerwagen og Simon Gelvad, som på forskellige tidspunkter har bistået indsamling af data.

Til slut tak til Socialministeriet for at muliggøre denne undersøgelse.

Rapportens anbefalinger

Gennemgående gælder for denne rapport's anbefalinger, at de primært retter sig mod den kommunale misbrugsbehandling. Da de lokale forhold er forskellige kommuner imellem, vil omsætning af anbefalingerne i praksis ligeledes være forskellig.

Denne rapport har anbefalinger til ambulant behandlingspraksis i forhold til fire domæner:

Det konstateres, at flertallet af klienterne kan diagnosticeres med en angstlidelse eller en depressionslidelse, og at en del af klienterne med angst og depression tilbydes medicinsk behandling. Det konstateres også, at kun meget få klienter, som ikke kan diagnosticeres med disse lidelser, medicineres, hvilket tyder på, at der ikke finder overbehandling sted. Imidlertid konstateres det, at klienter i medicinsk behandling vedvarende har massive symptomer, og ikke bedres nævneværdigt med hensyn til disse over tid. På denne baggrund anbefales det, at monitoreringen af den medicinske behandling forbedres, og at der arbejdes med udredningen. Monitorering kunne omfatte løbende vurdering af symptomer på den psykiske lidelse, vurdering af bivirkninger, og at sikre sig at klienten skifter præparat ved manglende eller negativ respons. Dette skal gøres af en læge, som har erfaring med angst- og depressionsbehandling, om muligt en psykiater. Den konkrete organisering i den enkelte kommune må afhænge af samarbejdsaftaler med almen praksis og psykiatri og være tilpasset de lokale forhold. Det kan naturligvis også være en læge, som er ansat direkte af kommunen, som fører tilsyn med behandlingen.

Det konstateres, at 40 % har alkoholproblemer, som kan diagnosticeres som alkoholafhængighed eller -misbrug. Denne gruppe har vedvarende massive alkoholproblemer, og disse problemer bedres ikke under behandlingsforløbet. Det anbefales, at der udarbejdes planer for arbejde med alkoholproblemer i forbindelse med misbrugsbehandling. Dette arbejde omfatter også udredningen af alkoholproblemer. Vi anbefaler, at man ved siden af Addiction Severity Index, som gennemføres i forbindelse med registrering til DanRIS, overvejer at undersøge alkoholproblemer med andre instrumenter, eksempelvis Alcohol Use Disorder Identification Test AUDIT

[1] eller Mini International Neuropsychiatric Interview [2, 3]. Endvidere vil det være ønskeligt at overveje den optimale balance lokalt i forhold til fokus og indsats over for klienters stof- og alkoholproblemer. Dette kan eksempelvis ske ved at sikre viderehenvielse til specialistbehandling og ved integration af alkoholsamtaler i forbindelse med samtaler om illegale stoffer.

Det konstateres, at 99 % er daglige tobaksrygere, og at 40 % udtrykker interesse for hjælp til rygestop i forbindelse med deres misbrugsbehandling. Det anbefales, at der udarbejdes planer for at tilbyde rygestop i forbindelse med behandling af stofmisbrug. Dette kunne for eksempel være at henvise til egne rygestopkurser eller rygestopkonsulenter, eller at opkvalificere personalet i ambulante behandlingstilbud inden for rygestop.

Det konstateres, at behandlingstilfredsheden varierer systematisk imellem behandlingsstederne, og at behandlingstilfredshed er forbundet med større reduktion i misbrug. Det anbefales, at behandlingstilbud evalueres systematisk ud fra behandlingstilfredshed med anvendelse af en internationalt valideret standard. Eksempler kunne være, at man i et behandlingstilbud beder klienterne udfylde Client Satisfaction Questionnaire regelmæssigt, og bruger det i behandlingsøjemed til at opsummere data på et fælles møde for klienterne for at engagere dem i kvalitetssikringsprocessen. I et andet tilbud kan det være ved, at man løbende beder klienter vurdere deres behandling i ambulante forløb, og så i personalegruppen udarbejder planer for at forbedre klienttilfredsheden. Særligt ved nye, større tiltag eller projekter anbefaler vi, at man før, under og efter projektet monitorerer målgruppens behandlingstilfredshed med det samlede tilbud inden for kommunens misbrugsbehandlingssystem.

Det konstateres, at 48 % af målgruppen har begået kriminalitet i perioden efter første interview, og at risikoen for kriminalitet er yderligere forhøjet ved tilstedeværelsen af dyssocial personlighedsforstyrrelse. Det anbefales, at der udvikles tilbud til personer med dyssocial personlighedsforstyrrelse. Et eksempel på et sådant tiltag kunne være at anvende eller tilpasse behandlingsprogrammer, der er afprøvede herhjemme eller i udlandet, og som retter sig mod denne målgruppe.

Anbefalinger

Domæne	Fund	Anbefaling
Psykiatriske problemer	<p>Flertallet har psykiske vanskeligheder.</p> <p>En del modtager hjælp, men symptomerne er vedvarende svære.</p>	<p>Udvikling af koncepter for, hvordan den medicinske behandling kan forbedres, så effekten optimeres.</p> <p>Bedre monitorering af behandlingen.</p> <p>Bedre udredning.</p>
Alkohol	<p>40 % af stofmisbrugerne har alkoholafhængighed eller -misbrug. Misbruget mindskes ikke signifikant under behandlingen.</p>	<p>Det anbefales, at der tilbydes strukturerede behandlingsforløb for alkoholproblemer.</p>
Tobak	<p>99 % af stofmisbrugere er rygere, 40 % af de adspurgte ønsker hjælp til rygestop.</p>	<p>Det anbefales, at der rutinemæssigt tilbydes rygestop til stofmisbrugere i behandling.</p>
Behandlingstilfredshed og fastholdelse i behandling	<p>Fastholdelse og tilfredshed er begge stærkt forbundet med godt resultat.</p> <p>Tilfredshed varierer stærkt mellem behandlingstilbud og er forbundet med, at klienterne er i stand til at forstå meningen med de tiltag, de tilbydes i forbindelse med behandlingsforløbet.</p>	<p>Det anbefales, at ambulante behandlingstilbud i højere grad evaluerer behandlingstilfredshed, og at enkelte behandlingstiltag evalueres ud fra, om klienterne oplever dem som meningsfulde i forhold til deres oplevede problematikker.</p>
Kriminalitet	<p>48 % rapporterer kriminalitet inden for en 6-måneders periode i behandling.</p> <p>Særligt personer med dyssocial personlighedsforstyrrelse har et højt niveau af kriminalitet.</p>	<p>Det anbefales, at der fokuseres på udvikling af behandlingstilbud til gruppen med dyssocial personlighedsforstyrrelse.</p>

Resume

Denne rapport beskriver ambulante behandlingstilbud for stofmisbrug. Det er den første rapport fra Center for Rusmiddelforskning i den monitorering af behandlingstilbud for stofmisbrugere, som pågår løbende.

Rapporten omfatter 186 klienter, hvoraf 134 er fulgt op ved personligt interview, indhentet fra otte forskellige behandlingssteder. Af praktiske grunde omfatter undersøgelsen kun behandlingssteder i Jylland og på Sjælland.¹

Denne rapport er ikke fuldt dækkende for alle kommunale behandlingstilbud i Danmark. I stedet sættes fokus på en række problemstillinger inden for behandling af stofmisbrug i ambulante regi generelt. I det følgende gives et resume af fundene sammen med anbefalinger for evaluering og udvikling af ambulante behandlingspraksis i Danmark.

Hvordan går det misbrugere i behandling?

Overordnet blev det fundet, at der var små, om end statistisk signifikante forbedringer i stofmisbrug under seks måneders opfølgning hos gruppen, der ikke var i substitutionsbehandling, og stabilitet hos gruppen, der var i substitutionsbehandling.

En mindre del af stofmisbrugerne kom helt ud af deres misbrug, og dette var uafhængigt af typen af misbrug.

Over seks måneder var hele 39 % i kontakt med hospital, og 10 % var i kontakt med hospital flere gange over flere måneder. 9 % blev arresteret mindst en gang, og 48 % rapporterede at være involveret i en eller anden form for kriminalitet. Det konstateres, at helbredsproblemer og problemer med kriminalitet er en vedvarende og stor belastning for såvel misbrugere i behandling som for samfundet som helhed.

Rapporten viser således, at ambulante behandling overordnet virker positivt. Klienter i substitutionsbehandling oplever den tilsigtede stabilisering, mens andre klienter oplever en mindre forbedring i stofmisbrug. Der sker der alt-

¹ Center for Rusmiddelforskning er dog under ledelse af professor Mads Uffe Pedersen i gang med at gennemføre en undersøgelse i samarbejde med Odense Kommune.

så en positiv bevægelse, men der er på den anden side også plads til forbedringer.

Psykiske vanskeligheder hos stofmisbrugere i ambulante behandling

I denne undersøgelse lægges vægt på psykiske vanskeligheder hos misbrugere. Som det tidligere er vist i en række undersøgelser, har flertallet af behandlingssøgende misbrugere en psykiatrisk tilstand [4]. Det samme gør sig gældende i den foreliggende undersøgelse.

I rapporten redegøres for medicinsk behandling af psykiske vanskeligheder i forbindelse med den ambulante behandling. Det vises, at medicinsk behandling i stort omfang tilbydes den rigtige diagnostiske målgruppe, og at behandlingen opleves som en hjælp for henholdsvis angst og depression af klienterne. Men omvendt vises det også, at der ikke sker en symptomforbedring over de seks måneder hos dem, der er i medicinsk behandling, og at der heller ikke sker en reduktion i misbrug. Faktisk er forbedringen i den gruppe af tilsvarende klienter, der ikke modtager samme medicinske behandling, større. Selv om dette på grund af begrænsninger i undersøgelsens design, ikke udelukker, at behandlingen har en effekt, peger det på, at indsatsen for denne gruppe kan forbedres.

Det anbefales, at der foretages nærmere undersøgelser i ambulante regi af, hvordan den medicinske behandling kan forbedres, så effekten optimeres. Det anbefales også, at der i stigende omfang anvendes en struktureret diagnostisk udredning, med henblik på at kunne kvalitetssikre udredningen.

Fokus på alkohol og tobak

Også stofmisbrugere i behandling oplever helbredsmæssige problemer, og som i befolkningen som helhed udgør alkohol og tobak en væsentlig helbredsrisiko. Vi konstaterer i denne rapport, at 40 % af stofmisbrugere i behandling kan diagnosticeres med enten alkoholmisbrug eller -afhængighed, og at denne gruppe har et vedvarende problematisk forbrug af alkohol uanset arten og graden af stofmisbruget.

Vi konstaterer endvidere, at 99 % er tobaksrygere, 44 % med svær tobaksafhængighed, og at 40 % udtrykker ønske om at modtage hjælp til rygestop fra behandlingsstedet.

Det anbefales, at der gennemføres tiltag for at hjælpe stofmisbrugere med problemer med alkohol, og at rygestoptiltag udbydes i forbindelse med misbrugsbehandling.

Fastholdelse og brugertilfredshed

Nyere forskning inden for behandling af stofmisbrug interesserer sig i stigende grad for behandlingstilfredshed [5]. Tidligere undersøgelser har vist, at tilfredshed med misbrugsbehandling er forbundet med resultatet af behandlingen [se eksempelvis 6].

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

Det vises i rapporten, at behandlingstilfredshed kan ses i klar sammenhæng med fastholdelse i behandling, og at behandlingstilfredsheden er signifikant forskellig fra behandlingssted til behandlingssted. Både fastholdelse i behandling og tilfredshed er også forbundet med reduktion i misbrug. Men set fra et evalueringsspektiv er behandlingstilfredshed derfor en relevant indikator for behandlingskvalitet.

I rapporten redegøres for forskelle mellem behandlingstilbud karakteriseret ved henholdsvis høj og lav klienttilfredshed. På tværs af grader af tilfredshed findes, at personalet opleves som sympatisk og venligt af de fleste klienter. Det, som kendetegner tilbud med høj behandlingstilfredshed, er følgende:

- Behagelige rammer og en atmosfære af, at klienterne skal føle sig velkomne.

- En proaktiv holdning til behandlingsarbejdet.
- At det bliver klart for klienterne, hvordan de mål, de opstiller sammen med behandlerne, hænger sammen med de tiltag, der gøres i behandlingen.
- At klienterne er i stand til at forklare, hvad de har fået for tilbud, og hvad disse tilbud har skullet hjælpe dem til.
- Et fokus på klienternes mål og drømme i livet.
- At personalet opleves tilgængeligt, og at der er mulighed for at få hjælp, både i form af samtaler og praktisk støtte, hvor dette er relevant.

Det anbefales på baggrund af rapportens fund, at ambulante behandlingstilbud i højere grad evaluerer behandlingstilfredshed, og at enkelte behandlingstiltag evalueres ud fra, om klienterne oplever dem som meningsfulde i forhold til deres oplevede problematikker.

Opbygning af rapporten

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

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

Kapitel 2 indeholder definitioner af behandlingsbegreber og kommentarer til evalueringskriterier inden for ambulante behandling. I denne del beskrives også rammevilkår og afgrænsninger for ambulante behandling samt prototypiske behandlingstilbud.

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

Kapitel 4 beskriver undersøgelsesgruppen.

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

Kapitel 6 omhandler den ambulante behandling set i forhold til grad af fastholdelse af klienter, klientrapporterede tilbudte behandlingsydelse og udbredelse af medicinsk behandling af psykiske problemer.

Kapitel 7 beskriver andre livsbegivenheder, der fandt sted hos målgruppen i løbet af opfølgingsperioden i form af jobsituation, boligforhold og sociale kontakter.

Kapitel 8 beskriver klienternes oplevelse af behandlingen og deres tilfredshed med den. Her undersøges, hvorvidt klienttilfredshed er forbundet med behandlingsresultater. Kapitellet afsluttes med en kvalitativ beskrivelse af

behandlingssteder, der karakteriseres ved henholdsvis lav og høj behandlingstilfredshed.

1. Nyere undersøgelser af ambulant behandling af stofmisbrug fra Danmark

I de seneste år er der gennemført en række undersøgelser vedrørende ambulant behandling af stofmisbrug i Danmark. Vi vil særligt fremhæve undersøgelser, som direkte har haft betydning for fokus i denne rapport.

Benjaminsen, Andersen og Sørensen publicerede en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling under SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rekvireret af Servicestyrelsen. Forfatterne rettede kritik mod den sociale behandling for ikke at dække klienternes behov og for at være for begrænset, her især i forhold til gruppen, der modtog substitutionsbehandling [7]. Rapporten baserer sig blandt andet på en række tværsnitssurveys af forskellige grupper, herunder en gruppe af tidligere behandlede misbrugere, og konstaterede en stor variation i intensiteten og kvaliteten af den behandling. Rapporten konstaterer, at 61 % af klienter i misbrugsbehandling oplever at have psykiske problemer, og at disse psykiske problemer ikke i tilstrækkelig grad behandles i det nuværende behandlingssystem. I denne rapport har vi derfor valgt at prioritere dette område med en struktureret og standardiseret udredning af informanternes psykiske problemer, og med fokus på behandlingen af disse psykiske problemer ved opfølgningen.

Forfatterne fandt, at 58 % af klienterne ved et opfølgningsinterview to år efter behandlingstidspunktet var fri for misbrug seneste måned [7]. En usikkerhedsfaktor i denne sammenhæng er dog, at under halvdelen af klienterne blev interviewet. Dette udgør derfor et usikkert benchmark for andelen, som kan forventes at opnå stoffrihed i ambulant misbrugsbehandling.

To rapporter gennemført af Center for Rusmiddelforskning rekvireret af Socialministeriet behandlede udvidet social behandling til den tungeste gruppe stofmisbrugere i metadonbehandling [8, 9]. Rapporten baserede sig på en række forsøg foretaget i forskellige kommuner med at udbyde en udvidet psykosocial behandling i kommunalt regi. Rapporten anbefalede at anvende case management og at fokusere på brugerinddragelse, at oprette væresteder i forbindelse med behandlingen, samt at tilrettelægge behandlingsarbejdet, så det bliver muligt at arbejde med andet end alene at fokuse-

re på medicineringen af klienterne [8]. I forbindelse med denne undersøgelse blev det endvidere konstateret, at tilstedeværelsen af psykosocial støtte i behandlingen forbedrede brugernes psykosociale situation, primært i kraft af øget tilgængelighed til behandlingspersonalet [10]. På denne baggrund har vi valgt i denne undersøgelse at fokusere på behandlingstilfredshed og oplevet tilgængelighed af personalet i den foreliggende undersøgelse.

Center for Rusmiddelforskning gennemførte en undersøgelse af personlighedsafvigelser hos stofmisbrugere, støttet af Sygekassernes Helsefond. Forfatterne konstaterede, at størstedelen af stofmisbrugere i ambulans behandling har personlighedsafvigelser [11]. Det blev konkluderet, at tilbuddene til særlige typer af personlighedsforstyrrelser var begrænset, og at der var belæg for, at et behandlingsfokus på klienters personlighedsforstyrrelser kunne forbedre situationen med hensyn til klientens misbrugsstatus. Endvidere blev det fundet, at kun en mindre del af klienterne blev stoffri i løbet af behandlingsforløbet. På basis af denne undersøgelse bliver der i nærværende undersøgelse fokuseret på én bestemt personlighedsforstyrrelse, anti-social personlighedsforstyrrelse, fordi denne er den hyppigst forekommende blandt stofmisbrugere.

Udover disse undersøgelser, som danner baggrund for nærværende rapport, er der i de senere år gennemført en række andre undersøgelser med et mere specifikt fokus, så som stofmisbrugere med flygtninge- og indvandrerbaggrund [12], dødeligheden blandt stofmisbrugere [13], betydningen af idræt i forbindelse med behandling af stofmisbrug [14] og organiseringen af behandlingen efter kommunalreformen [15].

2. Indledning

Hvad er ambulans behandling?

Ambulant stofmisbrugsbehandling er behandling, hvor mennesker med problemer med stoffer kan møde op til samtaler med socialfagligt personale og læge, gruppebehandling, og i visse tilfælde benytte værestedsfunktioner eller deltage i strukturerede aktiviteter på det lokale behandlingssted.

Definition af behandlingsbegrebet og kommentarer til evalueringsskriterier

Behandlingsbegrebet kan ses i lyset af det generelle behandlingsbegreb i medicin (også, når der er tale om behandling, som finder sted i kommunalt regi). I det generelle behandlingsbegreb vil man i nyere tid ofte inddele indsatsen i tre relaterede niveauer [se dog en diskussion i 16]:

1. Primær forebyggelse. Ved primær forebyggelse forstås, at man søger at forebygge, at sygdomstilstanden overhovedet opstår i befolkningen som helhed. Dette falder ikke ind under nærværende rapport's definition af ambulans behandling. I forhold til vanskeligheder med stoffer og alkohol peges almindeligvis her på tiltag, som mindsker tilgængeligheden eller øger prisen for stoffer og alkohol.

2. Sekundær eller indikeret forebyggelse. Sekundær forebyggelse sigter mod at hjælpe mennesker, som allerede har udviklet sygdomstilstanden, eller som befinder sig i en defineret risikogruppe. Man kan sige, at sekundær forebyggelse sigter mod at *bremse sygdomsprocessen inden den medfører (yderligere) skader*. I relation til problematisk stofbrug kan man opfatte det sådan, at sekundær forebyggelse sigter mod at hjælpe mennesker, der allerede har et problematisk stofbrug til at ophøre med dette eller bringe forbruget under en grad af kontrol, så der ikke længere opstår skader på individet og omgivelserne. Når behandlingstiltag med et sigte på sekundær eller indikeret forebyggelse skal evalueres, så må det være ud fra, om behandlingstiltaget medfører markante og relevante forbedringer med hensyn til selve stofbruget primært, og sekundært i relation til sociale skader, sygdom og funktionsniveau.

3. Tertiær forebyggelse. Den tertiære forebyggelse retter sig mod personer, som allerede har udviklet en egentlig og markant sygdomstilstand, og

hvor der ikke længere er nogen mulighed for at standse sygdomsprocessen. Her er formålet at undgå, at sygdomsprocessen udvikler sig, sådan at den medfører skader og dårlig livskvalitet, og at genskabe et acceptabelt funktionsniveau. En sådan behandling kan med mening evalueres ud fra andre kriterier end selve stofbruget, eksempelvis ud fra sociale skadevirkninger, og psykiske og fysiske helbredsmæssige skadevirkninger.

Målsætningen for behandling af stofmisbrugere kan ikke helt entydigt deles op efter de ovenstående kategoriseringer. Dog vil vi i nærværende rapport primært antage, at substitutionsbehandling retter sig mod tertiær forebyggelse, og at behandling uden substitution (uanset type af misbrug) primært skal forstås som sekundær forebyggelse. Det vil sige, at behandling uden substitution primært vil blive evalueret ud fra, om den mindsker forbruget af stoffer og alkohol undervejs i behandlingen, og om der opnås stoffrihed, mens behandling med substitution primært vil blive vurderet ud fra social stabilitet og funktionsniveau.

Det skal dog understreges, at udgangspunktet for evalueringen samtidig er, at et fokus på klienternes sociale stabilitet og funktionsniveau er relevant inden for begge beskrevne klientgrupper i diskussionen om, hvilke formål en ambulant behandlingsindsats med fordel bør operere med, og hvilke retningslinjer der er hensigtsmæssige at følge for at sikre kvaliteten af indholdet i både stoffri og substitutionsbehandling bedst mulig. Samtidig gælder det naturligvis, at et reduceret misbrug eller fravær af illegalt stofbrug og alkoholproblemer er en vigtig indikator på succes i substitutionsbehandling.

Begge klientgrupper oplever alvorlige og komplekse misbrugsrelaterede problemer, som ofte er mangeartede, og som indbefatter problemer med fysisk og psykisk helbred, familie og andre sociale relationer, bolig, arbejdsløshed og juridiske problemer. Mens det er oplagt, at substitutionsbehandling omfatter medicinsk behandling på alle behandlingsinstitutioner, er det mere varieret og tvetydigt, hvad den socialfaglige, og for så vidt også andre dele af den sundhedsfaglige behandling, består af.

Fokus på klienternes funktionsniveau, herunder i hvilken grad deres psykiske problemer indvirker på deres misbrugssituation og behandlingsforløb, er også relevant i forhold til diskussionen om, hvilket formål en ambulant behandlingsindsats med fordel bør operere med, og hvilke retningslinjer

der er hensigtsmæssige at følge for at sikre kvaliteten af behandlingen bedst mulig.

En kvalitetsparameter, som vi vil se på i denne rapport, er fastholdelse i behandling. Igen vil vi skelne mellem substitutionsbehandling, hvor patienter med stor sandsynlighed fastholdes i behandling, alene fordi medicinen sikrer mod abstinenser, uanset kvaliteten af den psykosociale behandling, og behandling uden substitutionsmedicin, hvor klienter formodentlig udelukkende fastholdes i behandling i det omfang, de oplever behandlingen som tilfredsstillende.

Endvidere vil vi evaluere behandlingen ud fra brugertilfredshed. Brugertilfredshed er i stigende grad en væsentlig parameter i vurdering af ydelser inden for det sociale og sundhedsmæssige område [5]. Brugertilfredshed er væsentlig af en række grunde. For det første kan brugertilfredshed være en indikator for kvaliteten af behandlingen. Mens forandringer i stofmisbrug og livskvalitet er meget påvirkelige for ydre indflydelse, som behandlingsinstitutionen ikke har nogen indflydelse på, er brugertilfredshed i højere grad afhængig af selve behandlingsydelse.

En overordnet forståelsesramme for evaluering af ambulante misbrugsbehandling

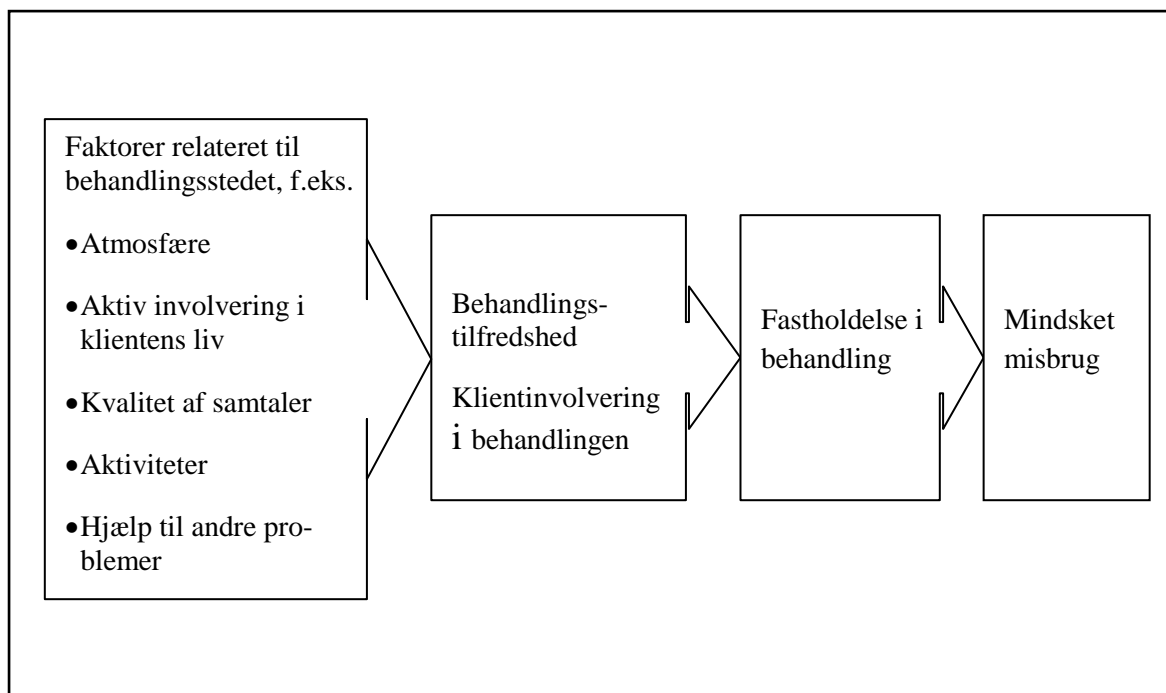
Figuren på næste side illustrerer den overordnede forståelse af ambulante misbrugsbehandling, som tegner denne undersøgelse.

I modellen karakteriseres behandlingstilbuddet af de forhold, som ses længst til venstre. Hvilke tilbud ydes? Hvordan er rammerne for behandlingen? Er lokalerne behagelige? Er personalet engageret? Er der tilbud som matcher de behov, som klienterne oplever at have?

Disse karakteristika påvirker igen klienternes oplevelse af behandlingen, som optræder i den anden boks fra venstre. Hvor tilfredse bliver klienterne med den behandling, de modtager? Hvor meget engagerer de sig i behandlingen?

Jo mere tilfredse og engagerede klienterne er i behandlingen, des mere vil de fastholdes i behandlingen (tredje boks). Og fastholdelse i behandlingen påvirker igen graden af stofmisbrug senere (sidste boks).

Det er denne forståelsesramme, som går igen i denne rapport.



Figur 1. Model for forståelsesrammen for denne rapport

Forudsætningerne for modellen er således:

- Misbrug påvirkes afgørende af fastholdelse i behandlingen.
- Fastholdelse i behandlingen påvirkes afgørende af tilfredshed med og engagement i behandlingen.
- Tilfredshed påvirkes af kvaliteten i den psykosociale behandling, og denne kvalitet må antages at variere i det mindste i nogen grad mellem behandlingssteder.

Vi skal i denne rapport undersøge, om disse forudsætninger er opfyldt, og nærmere redegøre for, hvordan de forskellige forhold hænger sammen.

Rammevilkårene for ambulant stofmisbrugsbehandling

Siden kommunalreformen i 2007 har rammerne for misbrugsbehandling i Danmark gennemgået en udvikling på mange fronter. Den mest gennemgribende forandring er, at den bevilgende og betalende instans, kommunen, samtidig er ansvarlig for en lang række andre ydelser, såsom beskæftigelsesindsatsen, henvisning af boligløse til boligtilbud, indsats for hjemløse, og forhold omkring indsatsen for mindre børn. Dette betyder, at det er potentielt muligt for kommunerne at koordinere indsatsen med hensyn til misbrugsbehandling med disse øvrige indsatser, og at denne samordning

ikke kræver samarbejde på tværs af forvaltningsmæssigt forskellige enheder.

I en periode var kommunerne som følge af reformen forpligtet til fortsat at aftage de amtslige institutioners tilbud i forhold til ambulante misbrugsbehandling. Efterfølgende har et stigende antal kommuner valgt selv at varetage misbrugsbehandlingen og kun at udlicitere behandlingen for enkeltklienter, som eksempelvis tilbydes døgnbehandling. Nogle har indgået partnerskaber med nabokommuner eller aftager behandlingsydelser fra nabokommuner. De enkelte kommuner er i henhold til servicelovens § 139 forpligtet til at udarbejde en kvalitetsstandard for kommunens tilbud om social behandling for stofmisbrug efter § 101 i serviceloven. Ifølge servicelovens § 101 skal kommunalbestyrelsen tilbyde behandling af stofmisbrugere senest 14 dage efter brugerens henvendelse. Fristen kan dog fraviges, hvis en person, der er visiteret til behandling, vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter end det, kommunalbestyrelsen har visiteret til.

Afgrænsning af ambulante behandling

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

Ambulante behandling kan skelnes fra to andre typer af behandling for stofmisbrug, som typisk leveres med betaling fra kommuner i Danmark – begge mere intensive:

I *døgnbehandling* behandles klienten ved, at han eller hun tager på en institution, hvor alle klienter overnatter. Her foretages eventuelt afgiftning, og man søger at undgå, at der foregår indtag af stoffer eller alkohol, udover medicin efter ordination. Oftest er formålet med døgnbehandling, at klienten skal ophøre med alt illegalt misbrug og aftrappe al medicinsk behandling for misbrug, såsom metadon eller buprenorphin.

I *dagbehandling* ydes en struktureret behandling på samme måde, som man har dagpatienter i psykiatrien. Patienterne møder typisk mandag til fredag, 5-8 timer, og deltager i et fast skema, som almindeligvis indbefatter grup-

pebehandling af forskellig slags og aktiviteter såsom sport eller madlavning, som har et pædagogisk/socialt sigte.

Prototypiske behandlingstilbud

De ændringer, som kommunalreformen har medført, i forhold til hvem der varetager den ambulante behandling, har udover en omorganisering af ambulante behandlingsudbydere også medført en ændring i opbygning og organisering af behandlingen, både af allerede eksisterende behandlingstilbud samt i de nye tilbud, der udvikles i kommunalt regi. Der er ikke lavet en oversigt over, hvilke ydelser disse behandlingstilbudt tilbyder, men der er dog nogle grundlæggende ydelser, som går igen de fleste steder.

Behandlingen kan groft siges at bestå af to funktioner, som enten kan være fordelt blandt personalet i den ambulante behandling, være fordelt blandt personaleteams eller være fordelt rent geografisk. I en stikprøveundersøgelse af 20 danske kommuner, fordelt med fire kommuner inden for hver region, havde ca. af halvdelen af kommunerne en geografisk fordeling af modtage- og behandlingsenheder. Dette var selvfølgelig meget afhængigt af kommunernes størrelse i forhold til indbyggertal og de samarbejdsaftaler og rammer, der var indgået i forhold til opbygning af misbrugsbehandling med de omkringliggende kommuner.

Visitations- og modtageenhedens funktion er at modtage henvendelser fra brugere, der søger behandling eller rådgivning og tilbyde en udredende samtale med henblik på afdækning af misbrugets karakter og omfang, udarbejdelse af en individuel handleplan og eventuel visitation til ambulante, dag- eller døgnbehandling. De fleste steder i Danmark tilbydes også anonym rådgivning på visitations- og modtageenheder (flere steder refererer til dette som ”åben rådgivning”).

Der kan være stor forskel på, hvordan visitationssystemerne er opbygget i de enkelte kommuner, for eksempel om kommunerne selv udfører misbrugsbehandling eller har tilknyttet en misbrugskonsulent og køber misbrugsbehandling af andre udbydere, eller om visitationen er henlagt til misbrugscentre, eller foregår i kommunale myndighedsafdelinger.

Som regel foregår den ambulante behandling i modtageenhederne som gruppebehandling eller individuelle samtaleforløb, typisk en gang om ugen, eventuelt kombineret med substitutionsbehandling afhængigt af misbrug.

Det er også almindeligt, at der i forbindelse med modtageenheder ydes anonym rådgivning af borgere, der ikke ønsker at blive indskrevet i et egentligt behandlingsforløb.

Når kommuner tilbyder grupper, som henvender sig til brugere i en planlægningsfase i forhold til døgnbehandling (ofte kaldet ”motivationsbehandling”), sker dette ofte i relation til visitations- og modtageenheder.

Behandlingsenheder er enheder, som forestår længerevarende ambulante forløb, som kan omfatte substitutionsbehandling, sundhedssamtaler og psykosocial behandling. I visse kommuner findes en specialiseret stoffri ambulante behandling, ofte med stoffri dagbehandling.

Specialiserede substitutionsbehandlingsenheder tilbyder ofte udkørende virksomhed i forhold til særligt tungt belastede misbrugere, og misbrugere i substitutionsbehandling, som bor sådan, at det ikke er praktisk muligt for dem at hente medicin ved centrale behandlingssteder. Endvidere er det forekommende, at specialiserede behandlingsenheder har værestedsfunktion tilknyttet behandlingsenheden eller har aktiviteter i forbindelse med behandlingen. I forbindelse med sundhedsydelser forekommer det også, at der er tilbud om simpel sygeplejefaglig behandling for misbrugsrelaterede lidelser, såsom sårpleje og behandling af injektionsrelaterede abscesser.

3. Metode

Design

Data kommer fra otte behandlingssteder fra i alt syv kommuner fordelt over Sjælland og Jylland.

Klienterne blev fulgt over en 6-måneders periode. Begrundelsen for at vælge denne tidslængde var, at vi var interesserede i at fange vigtige faktorer, der indvirker på behandlingsforløbet, og derfor valgte at stille skarpt på dette inden for en kortere tidsperiode.

Baselinemålingerne ved den første udredning foregik lidt forskelligt på behandlingsstederne. Halvdelen af stederne blev en eller flere af medarbejderne undervist i at lave klientscreeninger af Morten Hesse, med mulighed for faglig sparring og supervision fra Morten Hesse og Birgitte Thylstrup. Andre steder blev screeningen foretaget af de tilknyttede forskningsassistenter og Birgitte Thylstrup. Baselinemålingerne blev både foretaget af nyindskrevne klienter og klienter, der allerede var indskrevet i behandlingen.

Opfølgningen blev foretaget af forskningsassistenter på CRF og består af 73 % af målgruppen. Klienterne blev i første omgang kontaktet for et opfølgningsinterview via de kontaktoplysninger, de havde givet i det oprindelige samtykke. De klienter, som det ikke var muligt at kontakte denne vej, og som stadig var i behandling, blev kontaktet på deres nuværende behandlingssted. Endelig blev de klienter, der var ophørt i behandling, kontaktet via telefon, brev og efterfølgende opsøgning på bopæl.

Udredning

Klienterne blev screenet ud fra den danske version af MINI 5.0.0., et kort diagnostisk struktureret neuropsykiatrisk interview, som er baseret på kriterierne i DSM-IV [3], og som er afprøvet i praksis og testet i forhold til andre undersøgelsesinstrumenter [2, 3]. MINI er et lægmandsinterview, som ikke kræver særlige uddannelsesmæssige forudsætninger.

Interviewet undersøger for både aktuelle og tidligere psykiske lidelser inden for et spænd fra de seneste to uger ved udredningen til nogensinde, afhængigt af hvilken diagnose der er tale om. Lidelserne omfatter depression,

dysthymi (kronisk forsænket stemningsleje), selvmordsrisiko, hypomani/manisk episode, angstlidelser (panikangst, agorafobi, socialfobi, generaliseret angst), obsessiv-kompulsiv tilstand, posttraumatisk stressreaktion, aktuelle/tidligere psykotiske tilstande, spiseforstyrrelser (anoreksi og bulimi) samt dyssocial personlighedsstruktur. MINI indeholder spørgsmål til diagnosticering af alkoholmisbrug og -afhængighed, og medicin/stofmisbrug/afhængighed inden for de seneste 12 måneder.

En del af udredningen bestod også af et selvrapporteringsspørgeskema, som dækkede flere områder: en kort screening af klienternes selvrapporterede vanskeligheder inden for a) ADHD [17], b) angst og depression [18], c) brug af alkohol, medicin og rusmidler inden for de sidste 30 dage med spørgsmål taget fra ASI [19], d) kriminelle handlinger inden for de sidste 30 dage, både taget fra ASI og fra MINIs modul for udredning af dyssocial (antisocial) personlighedsstruktur. Endelig bestod selvrapporteringen af en afdækning af klientens cigaretforbrug og ønske om at modtage hjælp til rygestop.

Opfølgningsinterviewet tog for størstedelen udgangspunkt i de områder, der var undersøgt ved baselineinterviewet. Flere af undersøgelsesområderne var udformet som time-line follow back interview, det vil sige, at spørgsmålene omhandler situationen inden for hver måned, i dette tilfælde de seks måneder, der er gået, siden baseline interviewet. Disse områder var: a) stof- og alkoholbrug, b) livsbegivenheder, c) oplevelser, følelser og reaktionsmønstre knyttet til dyssocial adfærd. Opfølgningen havde derudover udvidede spørgsmål til afdækning af klientens depressive tilstande [20] og angstsymptomer [21]. Den sidste del af opfølgningen omhandlede aktuel behandlingssituation, time-line afdækning af medicinsk og socialfaglig behandling de sidste seks måneder, samt klientens oplevelse og vurdering af behandlingsstedet. Til vurdering af behandlingstilfredshed anvendtes Client Satisfaction Questionnaire [5].

Statistiske metoder

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

I regressionsmodellerne kan der kontrolleres for en række baggrundsvARIABLE. Da ikke alle variable kan antages at følge en normalfordeling², anvendes en række forskellige regressionsmodeller. Mens variable som alder kan antages at følge normalfordelingen, vil variable som antal indlæggninger på hospital eller antal dage stoffri ikke kunne forventes at følge normalfordelingen. Når det er tilfældet, anvendes andre regressionsmodeller for bedre at kunne analysere og beskrive data. herunder logistisk regressionsanalyse (for variable som har to mulige udfald), og i enkelte tilfælde en kombination af logistisk regression og Poisson regression.

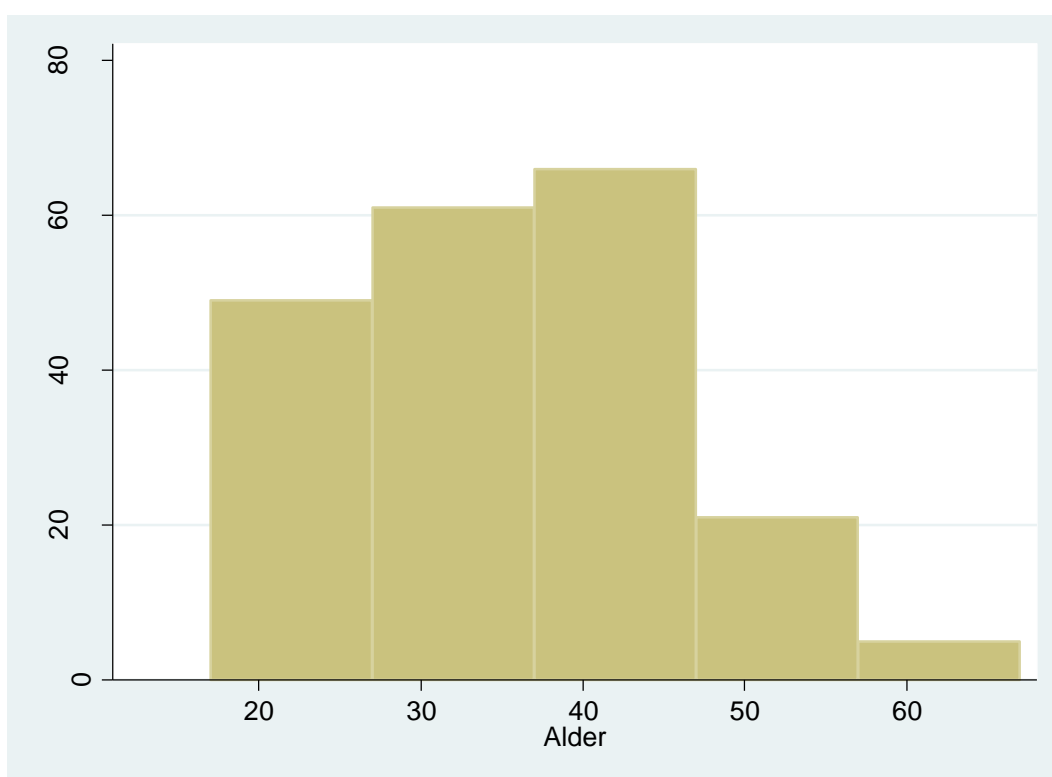
² Begrebet normalfordeling bruges til at beskrive, hvordan et stort antal statistiske målinger fordeler sig omkring deres gennemsnit.

4. Undersøgelsesgruppen

Undersøgelsen baserer sig på 186 personer, der har gennemgået behandling på otte behandlingssteder fra i alt syv kommuner fordelt over Sjælland og Jylland.

Undersøgelsesgruppen bestod af 55 kvinder og 131 mænd. Gennemsnitsalderen for gruppen var 35 år, og spændet var fra 18 til 62. 50 % var mellem 27 og 43 år.

Aldersfordelingen er illustreret i nedenstående figur.



Figur 2. Aldersfordelingen i undersøgelsesgruppen

Sammenligning med Sundhedsstyrelsens tal viser, at denne undersøgelse har en større andel klienter med opioidbrug end de nyindskrevne generelt, og en større andel kvinder [22]. Andelen med metadonbehandling blandt de substituerede i denne undersøgelse er ligeledes en smule højere sammenlignet med Sundhedsstyrelsens tal, se tabel 1. At der er flere klienter i metadonbehandling skyldes, at vi har valgt at tage en del af vores informanter fra metadonbehandling, for at sikre at denne gruppe blev inkluderet i un-

dersøgelsen. Flertallet af substitutionsklienterne har været i behandling i længere tid ved første interviewtilfælde.

Table 1. Klienter fra undersøgelse fra Servicestyrelsen og Center for Rusmiddel-forskning

	Stofmisbrugere generelt	Aktuel gruppe	
Stofafhængighed ³	Ikke oplyst	88 %	
Stofmisbrug	Ikke oplyst	4 %	
Alkoholafhængighed	Ikke oplyst	32 %	
Alkoholmisbrug	Ikke oplyst	8 %	
Mænd	78 %	70 %	
Alder	31	35,3	18-62
Heroin	33 %	⁴ 13 %	
Cannabis	44 %	60 %	
Kokain	15 %	16 %	
Amfetamin	14 %	13 %	
Anvendt alkohol sidste 30 dage	Ikke oplyst	54 %	
Opioidbrugere	⁵ 45 %	58 %	
Substitution: ⁶			
Subutex	40 %	29 %	
Metadon	60 %	71 %	

I alt 88 % af klienterne opfylder kriterier for en egentlig stofafhængighed de sidste 12 måneder. Hertil kommer, at 4 % opfylder kriterier for et stofmisbrug. De resterende inkluderer et mindre antal i stabil substitutionsbehandling, samt nogle, som måske ikke selv føler, at de har problemer med stoffer, men som er i behandling fordi andre, eventuelt jobcenter, familie-medlemmer eller en partner, mener, at de har stofproblemer.

Samlet set havde 40 % en alkoholrelateret diagnose.

³ Der skal her gøres opmærksom på, at på to behandlingssteder anvendtes en forkortet version af MINI-interviewet uden modulerne for stof- og alkoholrelaterede forstyrrelser. Derfor er tallene for disse diagnoser begrænset til 130 personer. Diagnoser haves ikke for Servicestyrelsens materiale.

⁴ En stor del af informanterne i undersøgelsen havde som omtalt været i substitutionsbehandling de sidste 30 dage.

⁵ Procent der angiver opioider som ”hovedstof”.

⁶ I den aktuelle gruppe er dette 59 personer.

Beskrivelse af gruppen i forhold til psykiatriske tilstande

Som det ses af tabel 2, er der en høj grad af psykiske vanskeligheder hos denne gruppe af misbrugere. Klienterne rapporterer symptomer på mange psykiatriske lidelser, som det også ses i andre nationale og internationale undersøgelser [4]. Over halvdelen rapporterer symptomer, der ifølge interviewguiden viser tilstedeværelse af en egentlig depression, med kvinderne som den gruppe der hyppigst oplever depression. Samlet rapporterer 80 % symptomer på angstlidelser, her 74 % af mændene og 80 % af kvinderne. Den mest udbredte angstlidelse er generaliseret angst, som findes hos over halvdelen inden for hvert køn, fulgt af social fobi og agorafobi, som ligger mellem 36-46 %, mens ca. hver fjerde oplever panikangst.

Tabel 2. Udbredelsen af psykiatriske tilstande i undersøgelsesgruppen

	Mænd (n=117)	Kvinder (n=52)
Egentlig depression*	50 %	71 %
Generaliseret angst	57 %	65 %
Panikangst	25 %	29 %
Socialfobi	41 %	46 %
Agorafobi	40 %	36 %
OCD	10 %	19 %
Mindst én angstlidelse	77 %	84 %
Nogensinde oplevet manisk eller hypomanisk tilstand	27 %	31 %
Nogensinde oplevet psykotisk tilstand	25 %	31 %
Ingen af ovenstående	24 %	9 %
Dyssocial personlighedsforstyrrelse*	50 %	31 %
Rapporterer forhøjet score på ADHD	75 %	65 %

* Beskriver at forskellen mellem kønnene er signifikant.

Hvad angår dyssocial personlighedsforstyrrelse, er der en signifikant forskel på kønnene. Hver anden mand og hver tredje kvinde rapporterer adfærd, der opfylder kriterierne for dyssocial adfærd.

Hver tiende mand og ca. hver femte kvinde oplever tvangshandlinger og tvangstanker, og tre ud af fire mænd og næsten to ud af tre kvinder oplever symptomer, der relaterer sig til ADHD. Her skal man dog være opmærksom på, at symptomer på ADHD både kan overlappe med andre hyppige psykiske lidelser, eksempelvis depression, angst, dyssocial personligheds-

struktur. Nogle af symptomerne kan også være en konsekvens af den livsstil, der kan følge med et længerevarende stofmisbrug og stofafhængighed. Det forekommer ikke sandsynligt, at udbredelsen af egentlig ADHD er så høj som angivet, og det er derfor tænkeligt, at man skal anvende en højere score i grupper af misbrugere for at fastslå tilstedeværelsen af ADHD blandt mennesker med stofproblemer.

Hver fjerde klient i undersøgelsen har en aktuel eller tidligere oplevelse af mani og/eller hypomani, og samme mønster gælder for aktuel eller tidligere oplevelse af psykotiske tilstande. Igen kan der her være tale om overlap i forhold til oplevelse af symptomer.

Samsygelighed mellem forskellige psykiske lidelser

Som det fremgår af de høje tal for udbredelsen af psykiske vanskeligheder, er der et betydeligt overlap mellem forskellige psykiske forstyrrelser.

Dette betydelige overlap har den konsekvens, at differentiering mellem de forskellige vanskeligheder, som klienten oplever, kan være vanskelig, og dette rejser store udfordringer i forhold til at udarbejde en relevant behandlingsplan for den enkelte klient.

Afklaring af psykiske lidelser og deres betydning for klienternes misbrug og behandlingsforløb stiller også opgaver til det enkelte behandlingssted i forhold til at vurdere og prioritere valg af indsatsområder i behandlingen, samt hvilke ressourcer der skal anvendes. Dette omfatter eksempelvis fordeling af medarbejderressourcer og brug af relevante og realistiske udredningsinstrumenter.

5. Overordnede resultater: hvordan går det klienterne?

Opfølgningsinterviews

Af 186 klienter, der var interviewet ved baselineinterviewet, blev 136 (73 %) interviewet ved opfølgning. Otte klienter (4 %) ønskede ikke at blive interviewet, og de resterende 42 kunne enten ikke lokaliseres eller mødte ikke op trods gentagne henvendelser.

Der var en tendens til, at flere mænd end kvinder ikke kunne lokaliseres ($p=0,07$). Geninterviewede klienter, og de der ikke kunne geninterviewes, kunne ikke skelnes med hensyn til psykiske vanskeligheder eller type af stoffer, de havde indtaget ved det første interview.

De fleste af interviewene foregik på behandlingssteder, hvor klienterne var i behandling ved opfølgningstidspunktet (64 %), eller i informantens hjem (12 %).

Sammenligning af tabte og interviewede klienter

For at undersøge betydningen af, at visse klienter ikke lod sig interviewe for vores resultater, gennemførte vi en sammenligning af de klienter, vi har interviewet, og de, der ikke blev interviewet.

Vi undersøgte følgende forskelle:

- Færre kvinder end mænd kunne ikke interviewes (15 % versus 23 %). Forskellen er ikke helt statistisk signifikant ($p<0.08$).
- De, som ikke kunne interviewes, var i gennemsnit 2,8 år yngre. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.
- Der fandtes ingen forskel på andelen, der brugte forskellige typer af illegale stoffer mellem de interviewede og de ikke-interviewede.
- Der fandtes ingen forskel på symptomniveau målt med Kessler-6.
- Der fandtes ingen forskel på, om de var i substitutionsbehandling.
- Der var forskel på opfølgingsprocenten fra behandlingssted til behandlingssted ($p<0.04$). Særligt to behandlingssteder havde en lav opfølgingsprocent. Det er ikke umiddelbart klart, hvad grunden til dette er.

Stof- og alkoholbrug

I alt 24 klienter (18 %) rapporterede intet misbrug ved seks måneders opfølgning, defineret som intet forbrug udover ordineret medicin. Af klienter i substitution var 17,8 % misbrugsfri, og af klienter, som ikke var i substitution, var 18,4 % misbrugsfri.

Det var altså ikke mange klienter, der havde opnået stoffrihed inden for undersøgelsesperioden.

I forhold til den samlede målgruppes stofbelastning på ASI målt med det såkaldte composite score for stoffer, fandtes en ikke-signifikant reduktion fra en belastningsgrad på 0,20 til 0,18 ($p=0,12$). Belastningen ved begyndelsen er betydeligt lavere for klienterne i denne undersøgelse end den tilsvarende belastning for klienter indskrevet i døgnbehandling (se danris.dk/KliStat.asp). Det indikerer, at klienter som sendes i døgnbehandling, udviser sværere symptomer på stofmisbrug og afhængighed.

Ses isoleret på de klienter, der ikke var i substitutionsbehandling ($n=51$), var der en reduktion fra en belastningsgrad på 0,17 til 0,13 ($p=0,04$), altså en statistisk sikker forbedring. Til gengæld sås en lille ikke-signifikant stigning i belastningsgrad hos gruppen i substitutionsbehandling (fra 0,23 til 0,24). Dette er dog forventeligt, da denne gruppe i stort omfang allerede var i behandling ved deres første interview, og man derfor kunne forvente, at de allerede havde gennemgået en forbedring inden denne undersøgelse.

Med hensyn til alkohol sås ligeledes en reduktion i forhold til belastningsgrad beskrevet i ASI for gruppen, der ikke var i substitution, fra 0,16 til 0,12, men denne var dog ikke statistisk signifikant ($p=0,13$). For gruppen, der var i substitution, var der ingen reduktion i alkoholforbrug (0,08 ved begge måletidspunkter). Samlet set ses altså en begrænset forandring i mængden af stofforbrug i løbet af 6-måneders perioden, uafhængigt af om der er tale om, at klienten er i substitutionsbehandling eller ej.

Nedenfor viser tabel 3 forandringer i stofbrug som dage per måned opgjort per stof for substituerede og ikke-substituerede.

Som det ses i tabel 4, bruger de fleste klienter stoffer relativt få dage i gennemsnit pr. måned, og faldet i forbrug er ikke dramatisk. Kun stigningen i

antal dage helt uden misbrug i gruppen af ikke-substituerede er statistisk signifikant.

Tabel 3. Forandringer i stofbrug opgjort per stof for substituerede og ikke-substituerede

	Klienter i substitution		Klienter <u>ikke</u> i substitution	
	Før	Efter	Før	Efter
Cannabis	11,7	12,2	16,7	13,3
Kokain	0,8	0,3	0,6	1,0
Heroin	5,4	3,3,	0,3	0,3
Opiater	0,5	2,5	0,5	2,0
Amfetamin	0,1	0,2	0,7	1,0
Alkohol (>5 genstande)	2,1	2,9	4,3	3,0
Dage uden misbrug (dage uden brug af alkohol eller stoffer, undtagen ordineret medicin)	13,8	13,4	6,4	14.6*

Psykiske symptomer og vanskeligheder

Udover en afdækning af klienternes psykiatriske tilstande ved baselinemålingen blev klienternes psykiske symptomer og vanskeligheder monitoreret med Kessler-6-spørgeskemaet [18]. Internationale undersøgelser har vist, at Kessler-6-interviewet er en glimrende screener for tilstedeværelsen af psykiske vanskeligheder i normalbefolkningen, hvor en score på 8 eller mere identificerer personer, der har en psykiatrisk tilstand [23].

Spørgeskemaet omfatter seks udsagn, som hver vurderes på en skala fra ”slet ikke” til ”hele tiden”.

Instruktionen lyder blot: ”De følgende spørgsmål handler om følelser, du kan have haft i de sidste 30 dage”. De enkelte items vises i tabel 4.

Tabel 4. Items i Kessler-6-spørgeskemaet

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	Slet ikke
Q1a. Omtrent hvor ofte i de sidste 30 dage har du følt dig nervøs?	4	3	2	1	0
Q1b. I de sidste 30 dage, omtrent hvor ofte har du følt dig håbløs?	4	3	2	1	0
Q1c. I de sidste 30 dage, omtrent hvor ofte har du følt dig rastløs eller urolig?	4	3	2	1	0
Q1d. I de sidste 30 dage, omtrent hvor ofte har du følt dig så deprimeret, at intet kunne opmuntre dig?	4	3	2	1	0
Q1e. I de sidste 30 dage, omtrent hvor ofte har du følt, at alting krævede en ekstra indsats?	4	3	2	1	0
Q1f. I de sidste 30 dage, omtrent hvor ofte har du følt dig værdiløs?	4	3	2	1	0

Ved indtagsinterviewet var den gennemsnitlige score 12.5, og ved opfølgningen var den 11.1. Denne forskel var statistisk signifikant ($p < 0.01$). Andelen af klienter, der scorer over det generelt angivne cut-off på Kessler-6 for tilstedeværelse af psykisk lidelse, faldt fra 77 % til 69 % ved opfølgning. Øger vi cut-off til 12 eller flere, hvilket svarer til diagnose plus dårlig funktion [18], er andelen ved første interviewtilfælde 50 % og falder til 39 % ved opfølgningstidspunktet ($p < 0.03$).

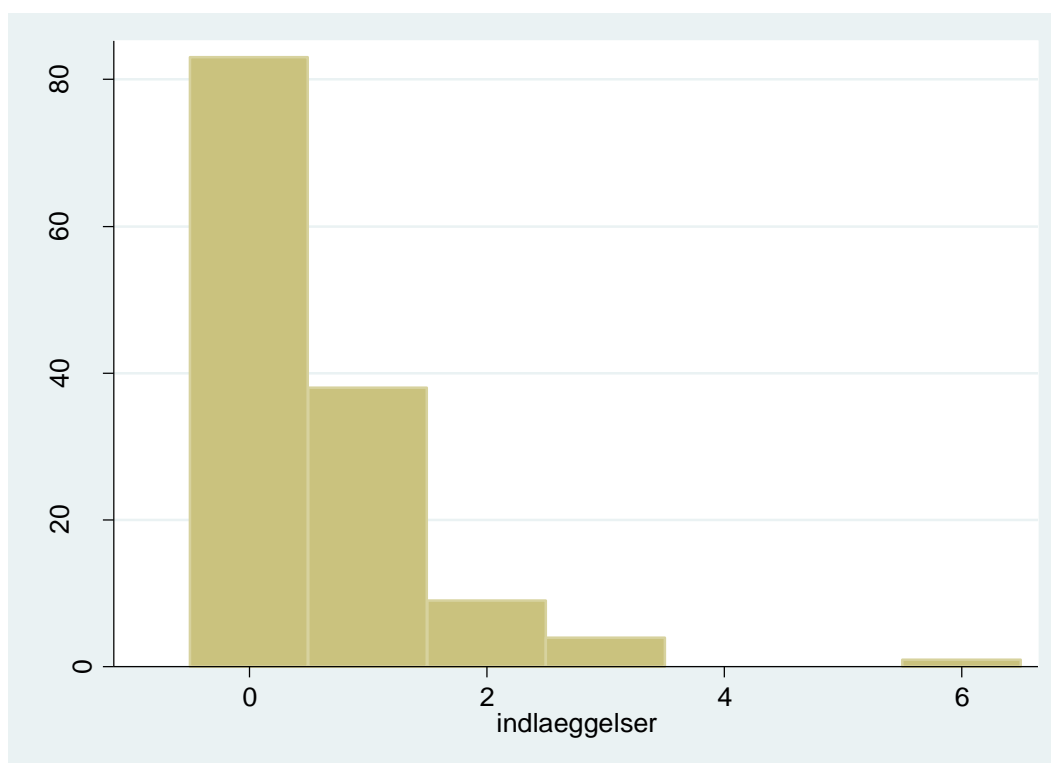
Der sås altså en forbedring i gruppen som helhed. Opdeles gruppen imidlertid i klienter, der ved indtagsinterviewet var i substitutionsbehandling, og klienter, der ikke var det, ses forbedringen i symptomscore kun blandt dem, der ikke var i substitutionsbehandling. Og dette til trods for, at de substitutionsbehandlede fra starten rapporterede lige så mange angst- og depressionssymptomer på Kessler-6 som de ikke-substitutionsbehandlede.

Hospitalskontakter

I løbet af de blot seks måneder, klienterne blev fulgt, havde hele 39 % af undersøgelsesgruppen kontakt med hospitalssystemet mindst én gang (se figur nedenfor for oversigt over antal af indlæggelser). Heraf havde 11 % kontakt med hospital mere end én gang i løbet af opfølgningsperioden. He-

le 53 % af kvinderne havde været indlagt på hospital, mens det for mændenes andel var 30 %. Kruskal-Wallis test viser, at kønsforskellen er signifikant ($p < 0,01$, justeret for "ties"). Endvidere sås en sammenhæng mellem psykose og antal indlæggelser ($p < 0,05$). Denne var dog ikke statistisk sikker, efter at der var kontrolleret for andre variable, men indikerer svagt en tendens.

Der fandtes ikke andre variable, som havde signifikant sammenhæng med hospitalsindlæggelser i dette materiale. En logistisk regressionsanalyse, hvori der kontrolleredes for alder, behandlingssted, substitutionsbehandling og psykisk belastningsniveau ved indskrivning i behandling, bekræftede således, at både køn og tidligere psykose ifølge interview, begge havde betydning for hospitalsindlæggelser.



Figur 3. Histogram over antal indlæggelser i opfølgingsperioden

Selv om der er tale om en mindre undersøgelsesgruppe, er tallene alligevel slående. 39 % klienter med hospitalsindlæggelser på blot 6 måneder er der tale om et meget højt forbrug af sundhedsydelser. Da kommunerne hæfter økonomisk for en del af udgiften ved behandling på hospital betyder dette også, at ethvert tiltag i ambulant behandling der kan nedbringe forbruget af

hospitalsindlæggelser, vil kunne betyde reduktion i kommunernes samlede omkostninger.

Kriminalitet, anholdelser og fængselsafsoning.

I alt 10 % af undersøgelsesgruppen blev arresteret eller afsonede en fængselsdom i løbet af opfølgingsperioden, og i alt 15 % rapporterede kriminalitet for at skaffe penge i de sidste 30 dage op til opfølgingsinterviewet. Hertil kommer, at 44 % har været involveret i enten slagsmål eller anden form for kriminalitet (ikke nærmere specificeret i interviewet, udover at det var ”kriminelle handlinger, man kunne blive arresteret for”).

Samlet set har 52 % ikke rapporteret nogen form for kriminalitet i opfølgingsperioden. Ud af disse er 60 % mænd og 40 % kvinder, og de er i gennemsnit 5 år ældre end de øvrige (38 versus 33 år). De eneste signifikante forskelle på de, der rapporterer kriminalitet, og de, der ikke gør det, er at de kriminelle er yngre, og at de, der rapporterer kriminalitet i højere grad opfyldte kriterierne for en dyssocial personlighedsforstyrrelse ved deres indtagsinterview, idet 60 % af de dyssociale rapporterede kriminalitet, mens 37 % af de, der ikke var dyssociale ifølge MINI-interviewet rapporterede kriminalitet.

I en regressionsmodel hvor der justeres for substitutionsbehandling, køn, alder og for eventuelle forskelle mellem de forskellige kommunale behandlingssteder, fandtes det, at dyssocial personlighedsforstyrrelse var forbundet med en tre gange højere risiko for kriminalitet sammenlignet med ikke-dyssociale (odds ratio=2,96, 95 % konfidensinterval: 1,27 til 6,89, p-værdi: 0.01), og at for hvert år en respondent var ældre, faldt risikoen for kriminalitet med 8 % (konfidensinterval: 12 % til 3 %, p-værdi 0.001).

Der er tale om et omfattende problem i målgruppen med kriminalitet, som efter vores vurdering fortjener fokus i behandlingsarbejdet. Særligt den store gruppe med dyssocial personlighedsforstyrrelse er kriminalitetsbelastede, og udvikling af tiltag til denne gruppe bør være et fokuspunkt for den ambulante misbrugsbehandling.⁷

⁷ En undersøgelse af et sådant tiltag pågår aktuelt med støtte fra Socialministeriet og Sygekassernes Helsefond.

Alkoholproblemer og behandling

Selv om en del klienter både oplever alkohol- og stofproblemer, og at det derfor kan synes at være en selvfølge, at alkoholproblemer er en del af behandling for stofmisbrug, er det ikke altid sådan. Vi har derfor valgt i denne rapport at beskrive klientproblemer relateret til alkohol i et afsnit for sig.

Alkoholdiagnoser kan opdeles i en mindre alvorlig misbrugsdiagnose og en mere alvorlig alkoholafhængighedsdiagnose.

Alkoholafhængighed er karakteriseret ved tolerans (at man kan tåle store mængder alkohol), abstinens, kontroltab, at man ikke kan bringe alkoholforbruget under kontrol, at alkohol tager store mængder af tid, at alkohol betyder, at andre aktiviteter fravælges, og at man bliver ved at drikke, til trods for at man mærker, at alkoholen gør skade på krop og psyke.

Alkoholmisbrug er principielt en mindre alvorlig diagnose, som kun stilles, når man ikke lever op til kriterierne for alkoholafhængighed. Alkoholmisbrug betyder, at man indtager store mængder alkohol til trods for, at man erkender skadelige virkninger på sig selv, helbredsmæssigt eller socialt.

Af de 186 klienter i undersøgelsen blev 132 klienter fra seks forskellige behandlingssteder udredt for alkoholmisbrug og -afhængighed (på de sidste to behandlingssteder blev der brugt en forkortet udgave af MINI-interviewet, som ikke indeholdt alkoholudredning). Ifølge interviewet havde 8 % af klienterne et alkoholmisbrug og 32 % en alkoholafhængighed.

I undersøgelsen så vi derfor på, om alkoholafhængighed og -misbrug begge er diagnoser, der er relevante for måling af misbrugsbelastningen over tid hos vores undersøgelsesgruppe. Specifikt analyserede vi, om alkoholrelaterede diagnoser var forbundet med et fortsat højt niveau af alkohol- og stofproblemer ved opfølgingsinterviewet, og om de, der havde alkoholrelaterede diagnoser, havde modtaget antabusbehandling.

I alt 97 klienter, som var udredt for alkoholproblemer, indgik i opfølgingsundersøgelsen. Af disse havde 60 (60 %) ingen alkoholrelateret diagnose, 7 (7 %) var diagnosticeret med et alkoholmisbrug, og 30 (30 %) opfyldte kriterierne for alkoholafhængighed.

I alt 10 (10 %) af de 97 klienter som var udredt for alkoholproblemer, og som indgik i opfølgningen, modtog antabusbehandling i løbet af de seks måneders opfølgningsperiode.

Opdeles efter alkoholrelaterede diagnoser, ses det, at to ud af 60 klienter, som ikke havde en alkoholrelateret diagnose, fik antabus (3 %). Af de syv med misbrugsdiagnose fik to antabus (29 %), og af 30 med alkoholafhængighed fik fire antabus (13 %). Én af de alkoholafhængige fik både antabus og Campral (et stof som tager lidt af alkoholtrangen) i løbet af perioden.

I regressionsmodellen, hvor fokus for analysen var, om alkoholrelaterede diagnoser var forbundet med alkohol- og stofproblemer ved 6-måneders opfølgning, kontrolleredes for køn, alder og alkoholbelastning ved første interview samt for stofbelastning ved første interviewtilfælde, se tabel 5.

Tabel 5. Sammenhæng mellem alkoholdiagnose og alkoholproblemer ved baseline og opfølgning

	Alkoholbelastning ved første interview	Alkoholbelastning ved opfølgning	Koefficient ⁸	KI-	KI+	P-værdi
Ingen alkoholrelateret diagnose	0,05	0,04	Reference			
Alkoholmisbrug	0,15	0,32	0,25	0,06	0,44	0,011
Alkoholafhængighed	0,30	0,33	0,26	0,14	0,38	0,000

Som det ses, er alkoholbelastningen ved såvel baseline som ved opfølgning højere ved tilstedeværelse af en alkoholrelateret diagnose. Det fremgår altså, at alkoholrelateret diagnose er forbundet med et højt og vedvarende alkoholforbrug. Der ses en dramatisk stigning i alkoholforbruget ved misbrugsdiagnosen, men der er tale om meget få personer.

Endvidere analyserede vi alkoholdiagnosernes betydning for stofbelastning. Sammenhængen er illustreret i tabel 6 nedenfor.

Som det ses, spiller alkoholproblemerne ikke direkte ind på stofbelastning, hverken ved første eller andet interview.

⁸ Udtrykker sammenhængen mellem diagnose og alkoholbelastning ved opfølgningstidspunktet.

Det bemærkes, at alkoholproblemer berører en betydelig del af klienter i ambulans stofmisbrugsbehandling, og at disse problemer ikke bedres til trods for misbrugsbehandlingen.

Tabel 6. Sammenhæng mellem alkoholdiagnose og stofproblemer ved baseline og opfølgning

	Stofbelastning ved første interview	Stofbelastning ved opfølgning	Koefficient ⁹	KI-	KI+	P-værdi
Ingen alkoholrelateret diagnose	0,21	0,20	Reference			
Alkoholmisbrug	0,17	0,20	0,03	-0,10	-0,15	0,66
Alkoholafhængighed	0,21	0,19	-0,02	-0,08	0,05	0,67

Tobaksrygning

En central sundhedsmæssig udfordring i samfundet som helhed er tobaksrygning. En oversigt over forskningen fra 2004 viste, at interventioner inden for rammerne af misbrugsbehandling, som retter sig mod tobaksrygning, har en signifikant positiv effekt på forbruget af alkohol og stoffer ved opfølgningen [24]. Vi har derfor valgt i denne opfølgning at undersøge potentialet for at tilbyde rygestop til klienter i ambulans misbrugsbehandling.

Som ventet er tobaksrygning overrepræsenteret i denne population. Ved første interviewtilfælde var 99 % tobaksrygere. Afhængighedsgraden af cigaretter blev målt ved ”The Heavy Smoking Index”, en forkortet version af Fagerström-testen, bestående af blot to spørgsmål. Ifølge de gældende normer for testen kunne 46 % af informanterne betegnes som lidende af ”svær nikotinafhængighed” (score på Heavy Smoking Index > 4).

Ved opfølgningstidspunktet spurgte vi informanterne, om de var interesserede i, hvis det var muligt, at modtage hjælp til rygestop fra det behandlingssted, hvor de havde modtaget misbrugsbehandling. I alt 40 % af aktuelle rygere indikerede en interesse i hjælp til rygestop. Vi fandt ingen forskelle mellem de forskellige behandlingssteder eller andre faktorer, som havde en signifikant sammenhæng med ønske om rygestop.

⁹ Udtrykker sammenhængen mellem diagnose og alkoholbelastning ved opfølgningstidspunktet.

Dette indikerer et betydeligt potentiale for behandling af nikotinafhængighed blandt indskrevne i stofmisbrugsbehandling, og da tidligere undersøgelser, som omtalt ovenfor, peger på, at rygestop forbedrer chancerne for succes i behandling af anden afhængighed, forekommer det aktuelt at integrere et sådant tilbud i misbrugsbehandlingsregi.

6. Behandling – fastholdelse, ydelser og medicin

Fastholdelse i behandling

Mens fastholdelse i behandling ikke er et succeskriterium i sig selv, er det et af de parametre, som har været bedst til at forudsige behandlingssucces i forhold til ophør eller reduktion af misbrug. Derfor er fastholdelse i behandling også et fokus for denne rapport.

Ved opfølgningen beskrev 84 klienter (64 %), at de stadig var i ambulant behandling samme sted, mens 17 klienter (13 %) modtog behandling fra andet sted, og 29 klienter (22 %) beskrev, at de ikke længere modtog behandling.

En sammenligning af dem, der stadig var i behandling, og de, der var udskrevet af behandling skal foretages i det følgende.

Det må forventes at en del af dem, der ikke længere er i behandling, er stoffri og har forladt behandlingen, fordi de ikke længere har brug for den. Andre kan være ude i et eskalerende misbrug.

Med en bestemt statistisk analyse kaldet en ”Zero-inflated poisson regression” er det muligt at analysere, hvilke faktorer der har indvirkning på værdien 0 (som i dette tilfælde svarer til stoffrihed, det vil sige, at man slet ikke har brugt stoffer de sidste 30 dage op til opfølgning), og hvilke der har indvirkning på højere værdier (hvilket her svarer til, at man har flere dage med misbrug, når man ikke er stoffri). I analysen kontrolleredes for behandlingssted, køn og alder, og om klienterne var i substitutionsbehandling ved indtag i behandling (se tabel 7 næste side for resultater).

Tabel 7. Sammenhæng mellem fastholdelse og misbrug ved opfølgning (zero-inflated poisson regression)

	Koefficient	P-værdi	95 % KI ¹⁰ -	95 % KI+	Gennemsnit ¹¹	Standardafvigelse
Dage med misbrug						
Stadig i behandling	-0,39	<0,001	-0,50	-0,27	10.9	11.5
Udskrevet af behandling	Referencekategori				6.3	9.0
Stoffrihed (intet forbrug af rusmidler udover ordineret medicin)					Procent	Antal
Stadig i behandling	1,27	0,097	-0,23	2,78	20 %	21
Udskrevet af behandling	Referencekategori				10 %	3

Tabellen viser henholdsvis effekten af fastholdelse på misbrugsbelastning blandt de ikke-stoffri (øverst), og effekten af fastholdelse på stoffrihed (nederst). Her sås en ikke-signifikant sammenhæng mellem, at informanterne stadig var i behandling, og om de var stoffri, men en stærk og signifikant sammenhæng mellem fortsat at være i behandling og at være mindre massivt misbrugende, blandt de ikke-stoffri.

Det indikerer altså, at fastholdelse i behandling er en afgørende parameter for behandlingssucces i forhold til reduktion af stofmisbrug. Men er fastholdelse i behandling så signifikant forskellig mellem behandlingssteder i forskellige kommuner? En præliminær analyse af data, hvori der kontrolleres for køn, alder, substitutionsbehandling ved baseline, personlighedsdysfunktion, angst/depressionsbelastning, og grad af dyssocial adfærd viste, at netop behandlingsstedet var den helt afgørende faktor. Variationen mellem behandlingssteder forklarede alene 20 % af variationen i klientfastholdelse

¹⁰ KI: Konfidensinterval.

¹¹ Der er tale om ikke-justerede gennemsnit og procenter, altså ikke baseret på regressionsmodellen.

($p < 0.01$). Der er altså i markant grad forskel på behandlingsstederne i graden af klientfastholdelse.

Undersøgelsen understøtter dermed klientfastholdelse som en afgørende parameter for behandlingskvalitet i det ambulante arbejde. Dette understøtter den overordnede evalueringsmodel, idet forudsætningen om, at fastholdelse i behandling er en afgørende parameter i behandlingseffekt, er opfyldt.

Ydelser i forbindelse med behandlingen

Ambulant behandling kan omfatte en række forskellige tilbud, som samtaler, medicinsk behandling, gruppebehandling og forskellige aktiviteter. I denne undersøgelse har vi spurgt klienterne, hvilke ydelser de har modtaget.

I nedenstående tabel 8 er aktiviteter, som klienterne rapporterer i forbindelse med behandlingen, opgjort. Det ses, at der er tre forskelle på klienter i substitution og klienter, der ikke er i substitution, som er markeret med stjerne, hvilket indikerer en statistisk signifikant sammenhæng. Klienter i substitution har oftere været på et værested eller i en café i forbindelse med behandlingen, de har sjældnere deltaget i gruppebehandling, de har oftere talt med en læge, og de har sjældnere talt med en tidligere misbruger, som fungerer som behandler.

Tabel 8. Oversigt over ydelser i forbindelse med behandlingen opgjort efter substitutionsstatus

	Blandt klienter i substitution (n=59)	Blandt klienter ikke i substitution (n=91)
Kommet på café eller værested* ¹²	53 %	16 %
Været i gruppebehandling*	52 %	25 %
Aktivitet såsom sport eller ekskursion, som var arrangeret af behandlingsstedet	22 %	22 %
Talt med en socialrådgiver	58 %	56 %
Talt med en læge*	83 %	46 %
Talt med en psykolog	44 %	34 %
Talt med en tidligere misbruger, som fungerer som behandler*	11 %	32 %

¹² Ydelser markeret med * er signifikant forskelligt mellem klienter i substitution og klienter, der ikke er i substitution.

Andelen, som har deltaget i de ovenstående aktiviteter, varierer desuden fra behandlingssted til behandlingssted. Nogle har således ingen psykolog tilknyttet, andre har ikke noget værested tilknyttet, og nogle har mere direkte adgang til gruppeaktiviteter end andre.

Det er dog påfaldende, at hele 17 % af de substitutionsbehandlede går i seks måneder uden at se en læge. Måned for måned viser det sig, at kun cirka halvdelen af klienter i metadonbehandling har set en læge i en given måned. Blandt dem, som er i substitution med buprenorfin, er tallet endnu lavere. Hvad årsagerne end er, så forekommer det utilfredsstillende, at så mange af de klienter, der er i substitutionsbehandling, ikke erindrer at se en læge i løbet af deres behandlingsforløb.

Medikamentel behandling

International forskning tyder på, at depressioner kan behandles hos misbrugere [25, 26]. Det ses dog, at tilstedeværelsen af et misbrugsproblem besværliggør muligheden for at få respons på depressionen, på linje med hvis den deprimerede havde en angstlidelse [27]. Medikamentel behandling af angstlidelser er kun i mindre omfang undersøgt hos personer med stofmisbrug, og evidensen for behandlingseffekt er ikke overbevisende.

Ved baseline modtog 59 (33 %) substitutionsbehandling i form af metadon eller buprenorfin, og tallet ved opfølgning var stadig 59 (33 %). Det er stort set de samme personer, idet en var begyndt på substitution i den mellemtiliggende periode, og en person, der var i substitution ved begyndelsen af observationsperioden, var ophørt. Med hensyn til præparat var der ligeledes kun små forandringer, idet en enkelt person var overgået fra metadon til Subutex.

Inden for de sidste seks måneder beskrev 30 % at have fået metadon, 13 % at have fået Subutex eller Suboxone, 4 % antabus og 20 % anden medicin, primært for somatiske lidelser.

Behandling med antidepressiva og anxiolytica

I løbet af perioden fra indtag til opfølgning angav 57 % at have fået medicin for depression, 56 % for angstlidelse og 19 % for andre psykiske lidelser i forbindelse med deres behandling for stofmisbrug.

Nedenstående tabel 9 viser sammenhængen mellem diagnosticeret depression og angst ved indtag, og medicinering i løbet af behandlingsperioden.

Tabel 9. Andel medicineret i løbet af behandlingsforløbet opgjort på diagnose

Diagnosticeret ved indtags-interview		Total	Ikke fået anti-depressiva	Fået anti-depressiva	Ikke fået angst-dæmpende midler	Fået angst-dæmpende midler
Ingen psykisk lidelse	Antal	21	19	0	17	2
	%		100	0	89	11
Stemmingsleje ¹³	Antal	6	6	0	6	0
	%		100	0	100	0
Angst	Antal	17	18	2	16	4
	%		90	10	80	20
Både stemmingsleje og angst	Antal	73	41	35	46	30
	%		54	46	61	39

Som det ses af tabel 9, er der en sammenhæng mellem, om man er diagnosticeret med en depression eller angst ved interviewet, og om man modtager medicin for den samme lidelse – en sammenhæng som viser sig meget stabil ved opfølgning. Kun 17 % af dem, der var i behandling med antidepressiva ved starten af opfølgningsperioden, ophørte undervejs, og kun 5 % begyndte på antidepressiv behandling. Tilsvarende var det kun 21 %, der ophørte med angstdæmpende midler, og kun 7 % begyndte på det i løbet af opfølgningsperioden.

Den gruppe, som med størst sandsynlighed har modtaget medicinsk behandling, er den gruppe, som har både stemmingslejelidelse og en angstlidelse. I denne gruppe har 56 % modtaget enten angstdæmpende midler eller antidepressiva i forbindelse med misbrugsbehandlingen, mens 43 % med begge lidelser hverken har modtaget medicin for angst eller depression/dysthymi.

Hertil kommer, at 4 % har modtaget et præparat for ADHD (fire oplyser Ritalin, en oplyser ikke præparat), og 10 % har modtaget antipsykotisk medicin. Antipsykotisk medicin kan ses i relation til diagnosticeret historik for

¹³ Depression eller dysthymi

psykotisk tilstand ($p < 0,02$), men ikke angstlidelser eller stemningsleje-
styrrelser.

Kun ganske få klienter har modtaget medicin for angst eller depression,
uden at vi ved første interview kunne konstatere tilstedeværelsen af den
pågældende lidelse.

Der er en svag tendens til, at kvinderne får lidt mere medicin for de-
pression, men den er ikke signifikant og er heller ikke afhængig af behandlings-
sted. Justeres for symptomniveau, er der ingen forskel på mænd og kvinder.
Der medicineres altså i forhold til belastningsgrad ud fra symptomniveau. I
forhold til medicinering af angst er der ikke nogen særlig kønsfordeling,
men til gengæld en sammenhæng med substitutionsbehandling, idet 42 %
af de substitutionsbehandlede modtog angstdæmpende midler, mens kun
23 % af de ikke-substitutionsbehandlede modtog angstdæmpende midler.

Konklusionen er altså, at det for så vidt er de rigtige klienter, der tilbydes
medicinsk behandling for psykiske lidelser, men at der også er flere klien-
ter, der ikke bliver behandlet for deres psykiske lidelse.

Virker den medicinske behandling?

Et observationsstudie som dette kan kun i begrænset omfang anvendes til at
bedømme, om behandling virker. Det er tænkeligt, at den gruppe af klien-
ter, som modtager medicinsk behandling, gør det, fordi det er den gruppe,
som har de mest svære og vedvarende psykiske symptomer. Ved baseline-
målingen ses det således også, at såvel klienter, der er behandlede med an-
tidepressiva, som klienter, der er behandlede med anxiolytica, har et signi-
fikant højere symptomniveau end ubehandlede patienter (begge $p < 0,05$).

Dette gælder også ved opfølgningen. Af 82 informanter med depression,
havde de 35, som fik medicin under forløbet, et alvorligere symptomniveau
med en score på 14 mod en score på 10 på Kessler-6-skalaen ($p < 0,01$), en
skala der måler graden af angst og depression. Denne forskel er endnu mere
udtalt blandt de 29 klienter, som fortsat var i behandling ved opfølgningsin-
terviewtidspunktet. Det samme gør sig gældende for 37 patienter med en
angstdiagnose, som fik angstdæmpende midler, sammenlignet med 72 pati-
enter, som ikke fik angstdæmpende midler; også her sås flere symptomer
hos patienter, som fortsat var i medicinering ($p < 0,01$). Disse forskelle var

ikke til stede ved indtag i behandling. Dette skyldes ikke, at de patienter, som var i medicinsk behandling, var mindre misbrugende. Tværtimod var de en smule mere misbrugende, men set fra patienternes oplevelse af at få hjælp for deres psykiske lidelse ses en omvendt sammenhæng. I nedenstående tabel 10 er sammenhængen illustreret. Det ses, at halvdelen af de klienter, der har fået medicinsk behandling i forbindelse med deres behandling, oplever, at de i nogen grad eller i høj grad har fået hjælp til deres depression fra behandlingsstedet. Forskellen er statistisk signifikant (Kruskal-Wallis test, $p=0.01$).

Tabel 10. Sammenhæng mellem medicinering med antidepressiva og oplevelsen af at have fået hjælp for depression blandt klienter, der oprindeligt var diagnosticeret med depression eller dysthymi ifølge MINI.

Antidepressiva	Har du fået hjælp for denne depression?			
	Slet ikke	Lidt	Noget	I høj grad
Ikke fået medicin	27	6	12	2
	57 %	13 %	26 %	4 %
Fået medicin	12	5	10	8
	34 %	14 %	29 %	23 %
Total	39	11	22	10
	48 %	13 %	27 %	12 %

Tilsvarende sammenhæng ses nedenfor for behandling med angstdæmpende midler blandt klienter med angstlidelser.

Tabel 11. Sammenhæng mellem medicinering med angsthæmmende midler og oplevelsen af at have fået hjælp for angst blandt klienter, der oprindeligt var diagnosticeret med en angstlidelse ifølge MINI.

Fået medicin for angst	Har du fået hjælp for angst?			
	Slet ikke	Lidt	Noget	I høj grad
Ingen medicin	55 76 %	4 6 %	8 11 %	5 7 %
Fået medicin	15 41 %	7 19 %	8 22 %	7 19 %
Total	70 64 %	11 10 %	16 15 %	12 11 %

Som det ses af tabel 11 er det flertallet, der slet ikke eller kun lidt føler, at de har fået hjælp for problemer med angst. Dog er der signifikant forskel på dem, der i det mindste i en periode har fået medicinsk behandling for angst (Kruskal-Wallis test, $p < 0.001$).

Det fremtræder altså ganske paradoksalt, at de medicinerede patienter føler sig mere hjulpet, men deres symptomer er uændret, mens de ikke-medicinerede patienter er blevet bedre, men ikke føler sig hjulpet.

Det er tænkeligt, at den gruppe klienter, som ikke var eller kom i medikamentel behandling, havde en mere forbigående og mindre alvorlig grad af depression. Vi fandt imidlertid ikke dokumentation for dette. 77 % af klienter med angst og depression oplyste ved baseline, at de havde oplevet symptomerne på deres tilstand i mere end et år, en del hele livet. Men dette var ikke signifikant forskelligt, mellem dem, som fik antidepressiva eller anxiolytica, og de, som ikke fik.

Endelig undersøgte vi, om klienterne erindrede at have talt med en læge. Klienter blev spurgt, om de i løbet af en given måned havde talt med en læge for hver af de sidste 6 måneder. Halvdelen af klienter i antidepressiv eller angstdæmpende behandling, svarede ja til dette spørgsmål 1 gang ud af 6 mulige måneder. Således står løbende opfølgning ved læge ikke i klar

erindring hos en stor del af klienter i behandling for psykiske lidelser i forbindelse med deres misbrug.

Generelt var niveauet lavt, idet halvdelen af klienter i substitution rapporterede ikke at have set en læge 4 ud af 6 måneder, og blot 44 % af klienter, der ikke var i substitution rapporterede at have talt med en læge.

Opsummerende kan man sige, at effekten af behandling med antidepressiva og anxiolytica ikke er iøjnefaldende i dette observationsstudie.

Døgnbehandling undervejs i det ambulante forløb

Selv om gruppen på forhånd var udvalgt til at inkludere ambulante behandlingsforløb, blev et mindre antal klienter i løbet af den 6-måneders periode overført til døgnbehandling. Dette sker almindeligvis kun, når klienten er stærkt interesseret i at modtage denne behandlingsform.

Af de 135 patienter, som var fulgt op, havde 22 (16 %) på et tidspunkt i løbet af de seks måneder været på en misbrugsbehandlingsinstitution med henblik på afgang eller stoffri behandling.

De 22 var i gennemsnit syv år yngre end de øvrige med en gennemsnitsalder på 30, mod 37 for de øvrige ($p < 0.01$), og havde i gennemsnit en højere grad af psykiatrisk symptombelastning ved det første interview (Kessler-6-score på 15 mod 12 for de øvrige, $p < 0.05$). Der sås ingen forskel i, hvor hyppigt de havde været i substitution.

Ved opfølgningen var 36 % af dem, der havde været igennem et døgnforløb, stadig stoffri, i modsætning til 12 % af de øvrige ($p = 0.002$). Men dette tal inkluderer fire klienter, som faktisk var i døgnbehandling på interviewtidspunktet, og ekskluderer man disse fire fra sammenligningen, er forskellen ikke længere statistisk signifikant.

Således er det en mindre gruppe af klienter, som overgår fra et ambulante forløb til et døgnforløb i denne undersøgelse.

7. Livsbegivenheder

Udover at undersøge for hospitalsindlæggelser og kriminelt relaterede aktiviteter afdækkede undersøgelsen også andre livsbegivenheder, der fandt sted hos målgruppen i løbet af opfølgingsperioden, eksempelvis jobsituation, boligforhold og sociale kontakter.

Mange skift

Undersøgelsen viser, at der i høj grad er tale om en gruppe, der oplever et skift i deres liv, både i forhold til livsbegivenheder, der kan beskrives som positive og negative. Næsten hver fjerde ud af ti klienter har oplevet en ændring i status i forhold til aktivitet forbundet med arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet inden for de sidste seks måneder. Heraf havde ca. hver fjerde været aktivt involveret i forhold til kontakt med jobmarkedet eller uddannelsessystemet, mens ca. hver tiende havde oplevet at miste eller afbryde job eller uddannelse. Det er altså en positiv indikator, at der sker flere forbedringer i jobsituationen end forværringer.

Omkring hver fjerde klient havde enten påbegyndt eller afbrudt forhold til en partner i løbet af opfølgingsperioden, mens over halvdelen af kvinderne og fire ud af ti mænd havde oplevet brud med familiemedlemmer eller venner. Næsten hver fjerde i hele målgruppen havde oplevet et dødsfald. Cirka 40 % af mændene og 50 % af kvinderne rapporterede, at de havde fået nye venner.

I forhold til klienternes boligsituation de sidste seks måneder havde der også været en del skift. Næsten fire ud af ti havde oplevet ændringer i forhold til deres boligsituation, og ca. hver tiende havde oplevet at være uden tag over hovedet i en periode. Samlet set havde lidt flere oplevet at få en ny bolig i forhold til at miste en bolig.

Det ser således ikke ud, som om klienternes liv står stille, mens de er i behandling, hvilket ikke er overraskende. Det er værd at bemærke, at der sker en bevægelse i forhold til aktivering af klienter inden for arbejde og uddannelse. Det er også værd at bemærke, at klienterne oplever en del tab i deres sociale liv, enten i form af dødsfald eller brud med familie og venner, men at de også oplever at indgå i nye venskaber.

Betydningen af livsbegivenheder for misbrug

Sammenhænge mellem livsbegivenheder og misbrug blev analyseret for at identificere væsentlige faktorer i klienternes liv, der kunne have en indflydelse på behandlingsforløbet. Sammenhængen er beskrevet i tabellen nedenfor.

Med undtagelse af dødsfald var alle typer af begivenheder, både positive og negative, hyppigere hos yngre klienter. Yngre klienter har, ikke overraskende, et mere aktivt liv, med både mere kriminalitet, men også flere aktiviteter.

Table 12. Klienternes rapporterede livsbegivenheder

	Mænd	Kvinder
Mistet et job eller afbrudt en uddannelse	5 %	7 %
Fået et job, påbegyndt eller afsluttet en uddannelse	22 %	17 %
Gået ind og ud af job eller uddannelsesforløb	7 %	7 %
Påbegyndt et forhold til en partner	9 %	11 %
Afbrudt et forhold til en partner	14 %	11 %
Både fået og afbrudt forhold	15 %	11 %
Fået ny venner	41 %	50 %
Oplevet brud med familie-medlemmer eller venner	40 %	57 %
Oplevet et dødsfald	22 %	24 %
Fået en ny bolig	17 %	20 %
Mistet en bolig	13 %	15 %
Været uden tag over hovedet	9 %	9 %

I analyserne blev justeret for misbrug ved første interview, substitutionsbehandling ved første interview, køn, alder, og behandlingssted.

Som det ses af tabellen på næste side, er kun to faktorer overordnet forbundet med misbrug ved opfølgningstidspunktet. Hjemløshed er forbundet med

eskalerende misbrug, og tab i netværk, der omfatter venner og familie, er forbundet med misbrug.

Med hensyn til hjemløshed er det en enkel sammenhæng: personer, der har været hjemløse, har en øgning i misbrug, mens personer, der ikke har været hjemløse, misbruger mindre.

Table 13. Livsbegivenheders betydning for misbrug ved opfølgning

	Betydning	Værdi før	Værdi efter	P-værdi for enkeltvariable	P-værdi for samlet effekt
Oplevet dødsfald	Øget misbrug	0,20	0,19	Ikke signifikant	Ikke signifikant
Hjemløshed	Øget misbrug	0,22	0,26	0,002	0,002
Arbejde					Ikke signifikant
<i>Mistet job/uddannelse</i>	Ingen effekt	0,22	0,06	0,079	
<i>Ustabil jobsituation</i>	Ingen effekt	0,17	0,12	0,076	
<i>Fået job/uddannelse</i>	Ingen effekt	0,16	0,17	0,675	
Kæreste/partner					Ikke signifikant
<i>Mistet partner</i>	Ingen effekt	0,14	0,15	0,403	
<i>Ustabil samlivs-situation</i>	Ingen effekt	0,23	0,10	0,110	
<i>Fået partner</i>	Ingen effekt	0,21	0,20	0,613	
Venskaber					0,005
<i>Mistet venner</i>	Øget misbrug	0,23	0,27	0,037	
<i>Både fået og mistet venner</i>	Ingen effekt	0,19	0,11	0,063	
<i>Fået nye venner</i>	Ingen effekt	0,16	0,11	0,865	

Med hensyn til netværk ses det, at det at miste venner eller relation til familie, uden at få nye venner, er det eneste, som er signifikant forbundet med forandring i misbrugssituationen. Dog ses det, at både de, der har fået nye venner, uanset om man samtidig har mistet andet netværk, har en forbedret tilstand ved opfølgning.

Der ser altså ud til, at tab i form af tab af bolig og tab af socialt netværk forværrer klienternes misbrug, mens det at få nye venner udgør en forbedring af misbrug. Det væsentlige i denne sammenhæng synes at være, at et kaotisk liv og social isolation medfører et forværret misbrug, og at dette bør være et væsentligt behandlingsmæssigt fokus.

8. Tilfredshed med behandlingen

Tilfredshed med behandlingen målt ved Atkinson's Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8). Spørgeskemaet afdækker klienternes oplevelse af, i hvilken grad behandlingsstedet har mødt deres behandlingsbehov og hjulpet dem med at klare deres problemer mere effektivt, og om de, hvis de skulle søge hjælp igen, ville komme tilbage til samme behandlingssted. Analyse af besvarelsen viste ingen forskelle baseret på køn, sammenhæng med alder eller forskelle på klienter, der var i substitutionsbehandling, og dem, der ikke var ved det første interview. En regressionsanalyse, som kontrollerede for disse faktorer, viste, at der var signifikant forskel på behandlingsstederne. Der er altså nogle behandlingssteder, hvor klienter i substitutionsbehandling oplever sig mere tilfredse med behandlingen end andre.

Er tilfredshed forbundet med behandlingsresultat?

En videre analyse viste også, at en højere behandlingstilfredshed målt med CSQ-8 var tydeligt forbundet med et mindre niveau af misbrug, særligt hos klienter, som ikke var stoffri ($p < 0.001$), efter kontrol for køn, alder, substitutionsbehandling ved baseline.

Analysen af behandlingstilfredshed peger altså på, at forbedringer i tilfredshed med behandlingen kan resultere i mindre misbrug.

Hvilke aspekter af behandlingstilfredshed skiller behandlingsstederne?

For nærmere at karakterisere, hvad der skiller de forskellige kommunale tilbud, gennemførte vi en regressionsanalyse, der kunne se, hvor stor forskellen var mellem behandlingsinstitutionerne i forhold til forskellige enkeltudsagn i CSQ-8.

Nedenfor i tabel 14 ses en justeret korrelationskoefficient for behandlingssteder med associerede p-værdier. Udsagn, der signifikant skiller sig mellem behandlingssteder, er fremhævet med fed skrift.

Tabel 14. Forskel på behandlingstilfredshed mellem forskellige behandlingssteder for individuelle items

	Effekt af behandlingssted	p-værdi	Andre faktorer med betydning
Hvordan ville du vurdere kvaliteten af den behandling, du har modtaget?	0,11	0,009	Klienter som var cannabisbrugere ved baseline mindre tilfredse
Fik du den slags service, som du ville have?	0,12	0,012	Ingen
I hvilket omfang har programmet mødt dine behov?	0,13	0,004	Ingen
Hvis en ven havde samme behov for hjælp som dig, ville du så anbefale dette her program?	0,00	0,999	Ingen
Hvor tilfreds er du med, hvor meget hjælp du har fået?	0,07	0,042	Ingen
Har den behandling, du har fået, hjulpet dig til at klare dine problemer mere effektivt?	0,08	0,057	Ingen
Helt overordnet, hvor tilfreds er du med den behandling, du har modtaget?	0,09	0,016	Ingen
Hvis du skulle søge hjælp igen, ville du så komme tilbage til dette her sted?	0,04	0,093	Klienter som var cannabisbrugere ved baseline mindre tilfredse

Koefficienten udtrykker, i hvor høj grad det samme behandlingssted giver den samme tilfredshedsgrad til alle sine klienter. Koefficienterne er forventeligt ganske små, da der er tale om forskellige personers oplevelse af deres eget forløb i en institution. De individuelle forløb kan i sagens natur være vidt forskellige. Men selve det, at de er statistisk signifikante udtrykker, at dette er en parameter, som skiller behandlingssteder.

I analysen justeredes for substitutionsbehandling, symptombelastning, køn, alder, og hvorvidt klienter havde brugt cannabis, centralstimulantia, og opioider sidste 30 dage før indtagsinterview.

Der er to spørgsmål, der ikke signifikant skiller mellem behandlingsstederne: hvorvidt klienterne ville anbefale behandlingen til andre, og hvorvidt de ville vende tilbage, hvis de fik problemer igen. Mange af de mindre tilfredse klienter kommenterede her, at de ikke mente, der var noget alternativ til det tilbud, de havde modtaget.

Med hensyn til to spørgsmål er cannabisbrugere mindre tilfredse: den overordnede kvalitet af behandlingen, og spørgsmålet om de ville vende tilbage til behandlingsstedet, hvis de skulle søge hjælp på ny.

Derimod ses en klar forskel, på oplevelsen af at have fået hjælp til at løse sine problemer, institutionerne imellem, klienternes vurdering af den overordnede tilfredshed, og om klienterne følte, at de havde fået den slags service, de ønskede.

Tilgængelighed af hjælp og tilfredshed

I tidligere undersøgelser er det endvidere vist, at tilgængelighed til ad hoc samtaler var forbundet med større forbedring på social funktion i substitutionsbehandling [10]. Vi har derfor valgt også at se på den oplevede tilgængelighed af hjælp i behandlingen. Dette blev undersøgt ved hjælp af tre spørgsmål: Hvor let er det komme til at tale med nogen om dine følelsesmæssige problemer? Hvor let er det komme til at tale med en socialrådgiver? Hvor let er det at få nogen til at følge dig til eksempelvis jobcenter eller lignende?

Hvert af disse spørgsmål kunne besvares med meget svært, lidt svært, let, eller meget let. Tilsammen blev dette til en score for oplevet tilgængelighed af hjælp fra 0 til 9.

Højere oplevet tilgængelighed af hjælp kunne ses i stærk sammenhæng med alle aspekter af tilfredshed. Den samlede korrelation mellem tilfredshed og tilgængelighed er 0,65 ($p < 0,01$), altså en meget stærk sammenhæng.

Opsummering om behandlingstilfredshed

Opsummerende kan siges:

- Behandlingstilfredshed er en vigtig parameter for kvaliteten af et ambulant behandlingstilbud
- Behandlingstilfredshed skiller forskellige behandlingssteder – særligt i forhold til den overordnede tilfredshed, og til typen af støtte, om støtten opleves at matche klienternes ønsker, og omfanget af hjælp
- Behandlingstilfredshed hænger sammen med, at klienterne oplever, at hjælpen er tilgængelig – at det er muligt at komme til at tale med

nogen om følelsesmæssige problemer, at komme til at få hjælp med sine sociale problemer, og at få nogen til at ledsage sig, når det er nødvendigt.

- Behandlingstilfredshed er kun i ringe omfang bestemt af klientkarakteristika.

Vi vil i det følgende ikke beskrive de konkrete behandlingstilbud, men forsøge at karakterisere behandlingssteder, der opnår høj tilfredshed i generelle termer.

Behandlingstilfredshed og klienternes beskrivelser af behandlingen

I forbindelse med opfølgningsinterviewet spurgte vi klienterne, om de selv kunne beskrive, hvad deres behandling havde gået ud på. Oplysningerne blev noteret ned af interviewer, og ved hjælp af disse noter kan vi karakterisere behandlingen på steder med lav og høj behandlingstilfredshed.

Vi har udtaget fem tilbud, som omfatter både høj og lav behandlingstilfredshed, for nærmere at beskrive den mere og mindre tilfredsstillende behandling, sådan som den opleves af klienterne. Da vores interesse her ikke er at kritisere enkelte behandlingstilbud offentligt, har vi udeladt beskrivelser af behandlingstilbuddet, som kunne medføre, at det enkelte tilbud bliver identificerbart.

Behandlingstilbud 1: Høj tilfredshed

Dette behandlingstilbud var karakteriseret ved høj behandlingstilfredshed (27,8). Behandlingen var en nogenlunde ligelig blanding af substitution og ikke-substitution.

Behandlingstilbuddet er her meget differentieret og omfatter forskellige typer af tilbud.

Generelt er beskrivelserne fra dette behandlingstilbud karakteriseret ved, at de – både for substitutionsbehandling og ikke-substitutionsbehandling – omfatter et fokus på såvel misbrug som sociale forhold.

Mange af klienterne beskriver flere forskellige tilbud og beskriver formålene med de forskellige tilbud.

Denne kvinde beskriver både gruppetilbud, samtaler, sine egne mål, og hvordan mål og metoder spiller sammen:

Hun fortæller, at hun har været stoffri den sidste måned op til opfølgingsinterviewet, beskriver at hun først blev tildelt en behandler, og at hun derefter deltog i en motivationsgruppe tre gange om ugen, hvilket hun fandt meget motiverende. Derudover havde hun samtaler om problemer i dagligdagen og går nu i tilbagefaldsgruppe, fordi hun er "clean" (ikke tager stoffer eller får medicin), og oplever, at det i tilbagefaldsgruppen nogenlunde er samme koncept som i motivationsgruppen.

Det ses, at der for kvinden er en mening med de tilbud, hun har modtaget, og at hun kan beskrive, hvordan de forskellige tilbud spiller sammen. Det følgende citat fra en 25-årig kvinde som stadig er i behandling, viser, at dette også gælder klienter i substitutionsbehandling:

Ifølge hende går behandlingen ud på at "være stoffri misbruger". Hun beskriver, at "de hjælper dig til at blive stoffri, få medicin, så man ikke kun tænker på stoffer og sådan noget."

Denne kvinde beskriver altså også, hvordan mål og metoder spiller sammen i behandlingen, til trods for at hendes beskrivelse er mindre omfattende.

Også klienter, som ikke har opnået deres mål i behandlingen, kan beskrive en behandling, som svarer til deres forventninger, og som er til at forstå meningen med.

En 43-årig mand, som ikke længere er i behandling, og som ikke har opnået væsentlig forbedring med sit misbrug, beskriver:

Han søgte hjælp og mente, at han havde brug for kognitiv behandling og hjælp til struktur. Han ønskede et almindeligt liv og syntes, at behandlingen svarede til forventningerne. Hans mål var, at han skulle holde op med at tage stoffer og drikke så meget.

Til trods for, at denne mand altså ikke nåede sine mål, beskriver han, at han faktisk føler, at han har fået den forventede behandling, og at han er ganske godt tilfreds med behandlingen.

Både de, der har oplevet fremgang, og de, der har haft sværere ved at få noget ud af behandlingen fra det ambulante tilbud, beskriver engagerede behandlere, og næsten alle kan beskrive helt konkrete tiltag fra behandlingsstedets side, hvor der har været et tydeligt rationale for dem.

Ingen af beskrivelserne fra dette behandlingssted er direkte negative over for personalet eller behandlingstilbuddet.

Behandlingstilbud 2: Lav tilfredshed

På dette behandlingstilbud modtog de fleste substitution. Dette behandlingstilbud var karakteriseret ved forholdsvis lav behandlingstilfredshed (23,3).

Behandlingstilbuddet omfatter også her en række forskellige tilbud og typer af klientgrupper. Generelt er beskrivelsen her, at behandlerne er venlige og omsorgsfulde, og også engagerede i klienterne som mennesker. Men til forskel fra behandlingstilbud 1, er beskrivelserne af de egentlige behandlingstiltag ganske vage, eller også er rationalet bag behandlingen ikke så klart for klienterne.

Det følgende eksempel er en mandlig klient nær de fyrre, der ikke længere er i behandling, men som kan beskrive et udbytte af behandlingen:

Han oplevede, at behandlingen gik ud på at ”prøve at finde tilbage til de værdier, jeg synes, er værd at leve efter”, ”modtage og tackle følelser anderledes end før” og ”holde mig stoffri [...] det er lykkedes mig rigtig godt i forhold til brug af amfetamin og kokain”.

Denne mand beskriver altså, at der er sket noget med ham, men ikke hvordan behandlingen konkret er indgået i forandringsprocessen.

De følgende eksempler beskriver klienter, som ikke har fået meget ud af behandlingen. En kvinde først i fyrrerne fortæller:

Hun oplever, at hun ”generelt har været ret glad for de tilbud, som X har ”... selvom hun ”skulle have hjælp for at komme derud”. Hun tror dog ikke, at ”der er noget på X, der kan hjælpe mig yderligere” ..., og at der ikke ”kan bankes mere ind i knolden på mig”.

En anden mand på næsten samme alder fortæller:

Han har ikke har fået meget ud af behandlingen: ”Jeg har ikke taget imod behandlingen på grund af manglende motivation for at komme ud af misbruget”.

Det er her, som om begge klienter selv tager ansvaret for, at de ikke har fået så meget ud af behandlingen. Til trods for venligheden og en række forskellige tilbud, fremgår det her, at det ikke er lykkedes klienter og behandlere at opnå en fælles forståelse af mål og midler i behandlingen.

Behandlingstilbud 3. Meget lav tilfredshed

Flertallet af klienter fra dette behandlingstilbud modtog ikke substitution. Dette behandlingstilbud var karakteriseret ved meget lav tilfredshed (21,8)

Til trods for den overordnet lave tilfredshed for dette behandlingssted er beskrivelserne meget forskellige. En del af klienterne fra dette behandlingssted beskriver, at de ikke passer ind i behandlingstilbuddet, og påtager sig, som i tilbuddet beskrevet ovenfor, selv ansvaret for den manglende succes med behandlingsforløbet.

Flere klienter beskriver enkeltsamtaler som nyttige, og nogle beskriver også specifikke behandlingstiltag.

En 31-årig mand, som ikke længere er i behandling, beskriver således:

Behandlingen gik ud på at gøre mig stoffri, NADA (akupunktur) for at reducere rygetrangen, gruppemøder som handlede om at komme ud af stoffer og socialt samvær. ”Hvis man er til det, er det fint, men det var jeg ikke”. Han fortæller, at han selv droppede ud af det, det passede dårligt med hans natarbejde.

Andre beskriver en behandling, hvor ydelserne synes at være relevante og fokuserede, men føler alligevel ikke, at behandlingen tager ordentligt fat om problemerne.

En mand midt i fyrrerne, som heller ikke længere er i behandling, beskriver:

Han har haft individuelle samtaler med kontaktperson ca. seks gange, som handlede om, "hvordan har du det, drømme og mål i livet og blive mere fokuseret på det". Han fortæller, at samtalerne "altid var udmærkede, men jeg havde måske brug for noget mere gennemgribende og noget andet", såsom "hovedrensning og noget mere intensivt". Den manglende intensitet i behandlingen begrundes han blandt andet med, at "der var meget begrænsede ressourcer, hvor der derfor blev brugt simple teknikker og quick fixes, som så skulle gøre det store udslag", men at det ikke var helt nok.

Nogle klienter var dog langt mere positive i deres beskrivelser – i flere tilfælde fremhævede de kontaktpersonen som den afgørende faktor, som i dette eksempel fra en mand sidst i trediveerne.

Han fortæller, at behandlingen handler om, at han skal tage hånd om og få struktur på sit liv, få stofferne "ud af livet" og sætte noget i stedet for stofferne, og få styr på økonomi og hverdagsting, spise bedre og "få livet tilbage". Manden beskrev sig selv som meget motiveret, og oplevede at have fået de hjælpemidler, der skulle til, gennem mulighed for samtaler og træning, samt at hans kontaktperson "rykkede hurtigt", og fulgte op og var interesseret - "der bliver taget hånd om en".

Andre beskriver godt nok at have nået deres mål, men uden at behandlingen tilsyneladende egentlig har bidraget. En mand på 19 år er et eksempel på dette:

Han skulle være stoffri for at kunne afsones med elektronisk fodlænke, og derfor opsøgte han behandlingsstedet. Han lavede selv sin nedtrapningsplan, og var ikke i behandling ved opfølgningsinterviewet.

Behandlingstilbud 4: Meget lav tilfredshed

Alle klienter fra dette behandlingstilbud modtog substitutionsbehandling. Dette behandlingstilbud var karakteriseret ved meget lav tilfredshed (21,2).

Behandlingstilbuddet beskrives, modsat de andre tilbud her, som stort set bestående af medicinudlevering. De fleste beskrivelser er meget korte, og

der er i langt de fleste tilfælde ikke rigtig nogen beskrivelser af sammenhæng mellem mål og midler, til trods for at klienterne har en kontaktperson tilknyttet, og at nogle også har en støttekontaktperson på behandlingsstedet.

En mand sidst i trediverne fortæller:

Han føler, at han er "blevet opgivet", og at behandling består af medicinudlevering og vedligeholdelse, indtil han skal videre til et psykiatrisk botilbud. Han efterlyser samtaler med psykolog og morgenmadsordning både i forhold til måltider og det sociale.

En 35-årig mand fortæller, at behandlingen har gået ud på at få metadon, så han ikke skal ud og skaffe penge.

En 44-årig mand fortæller, at behandlingen består af nedtrapning og praktisk hjælp.

Ligesom på de andre behandlingssteder fremhæver nogle af klienterne personalet positivt, men beskriver ikke at have modtaget behandling:

En kvinde i fyrrerne beskriver:

Hun "selv har bestemt sin behandling", blandt andet gennem at skrive: "jeg har lavet skriveterapi, har skrevet i to år. Det har hjulpet mig meget" ...[jeg] fik afløb for nogle ting og fik sat nogle ting på plads". Hun fortæller også, at hun har klaret sig selv økonomisk, og at personalet på behandlingsstedet har været søde.

Andre relativt tilfredse klienter beskriver en behandling, hvor de kan få lov at være i fred:

En 50-årig mand fortæller:

Behandlingen holder ham "frisk ved hjælp af metadon". De presser ham ikke til at gå ned, men lader ham blive klar selv, både psykisk og fysisk. Endvidere giver de ham vitaminpiller og behandler sår.

Enkelte klienter beskriver også i lille omfang at have modtaget praktisk hjælp. Men overordnet set er tilfredsheden altså meget lav på dette behandlingssted, og det skal ses i relation til, at den sociale indsats beskrives som yderst begrænset i praksis.

Behandlingstilbud 5. Høj tilfredshed

Dette behandlingstilbud var karakteriseret ved høj tilfredshed (28,4). Kun få af klienterne modtog substitution.

Som i tilbud 1, hvor tilfredsheden ligeledes var høj, er flere af beskrivelserne længere og mere detaljerede, og omfatter hvordan behandlingstilbudene skulle hjælpe, og hvad de skulle hjælpe til. En kvinde i først i tyverne fortæller:

Hun har fået NADA-akupunktur, og at det har gjort hende mere rolig og afslappet. Hun har oplevet positivt udbytte af deltagelse i en sportsgruppe og de samtaler, hun har modtaget, mens deltagelse i hash- og kokaingruppen mere var okay. Hun fortæller, "de har hjulpet mig med at hjælpe mig selv" ... "hjulpet mig til at åbne øjnene, se tingene på en anderledes måde", og beskriver, at "det har gjort, at jeg selv kunne ændre nogle ting, blandt andet stoppe med at ryge hash". Hun oplever, at behandlingspersonalet har "hjulpet mig til at blive mere voksen, støttet meget, været der for mig".

Behandlingen beskrives som meget individualiseret. En 44-årig mand, som stadig er i behandling, fortæller:

Behandlingen har gået ud på at tale om de ting, han selv har villet, og at han har fået hjælp med jobcenter, kommune og så videre. Han opsummerer, at han har "fået opnået de mål, der var sat sammen".

Igen ses det her, at klienten oplever, at der er behandlingsmål, som er blevet nået, og kan beskrive helt konkrete eksempler på måder, han har fået hjælp på.

Men også når klienten fravælger behandlingen, ser det ud, som om klienten ikke nødvendigvis bliver tabt. Dette er ifølge en mandlig klient:

Behandlingen sætter hele tiden nye mål, som blandt andet består af fokus på selvforsørgelse, og at blive fri for angst. Han fortæller om behandlingsarbejdet, der indebærer arbejdet med motivation, at han har fået psykologisk bistand og bistand fra sagsbehandler, pilleudlevering. Manden frasagde sig dog behandlingstilbud og fortæller, at han "klarer det selv", og at han ikke længere længes efter stoffer og skal på angst- og fobiskole. I forhold til arbejde fortæller han, at han lider af stor præstationsangst, og at han håbede på at kunne komme på pension.

Det viser sig også, at når klienterne måske ikke har en stærk motivation for at gå i behandling, kan en relation af og til godt udvikles. En 18-årig kvinde beskriver sin behandling som følger:

Hun blev tvunget herved af sin far, men synes ikke selv, at hun har et problem med stoffer og hash: Jeg går her for at få min kontanthjælp". Hun fortæller, at hun går til psykolog, hvor hun kan læsse problemer af, og at "det giver luft".

Opsummering om faktorer relateret til behandlingstilfredshed

Generelt er behandlingssteder med høj tilfredshed karakteriseret ved følgende:

- En atmosfære af at klienterne skal føle sig velkomne og skal føle, at behandlingsstedet (også) er deres sted. Rammerne er behagelige for klienterne at komme i, og klienterne bydes velkommen.
- En proaktiv holdning til behandlingsarbejdet, hvor personalet er opsøgende i forhold til klienterne, og har hensigter og planer med de tiltag, der gennemføres over for klienterne.
- At det bliver klart for klienterne, hvordan de mål, de opstiller sammen med behandlerne, hænger sammen med de tiltag, der gøres i behandlingen. Dette er ikke blot en opgave, der handler om at "forklare" behandlingen, men i lige så høj grad at selve tiltagene har en kvalitet og en meningsfuldhed, som skaber forståelsen hos klienterne.
- Et fokus på klienternes mål og drømme i livet.

- At personalet opleves tilgængeligt, og at der er mulighed for at få hjælp, både i form af samtaler og praktisk støtte, hvor dette er relevant.

Til gengæld er det ikke nødvendigvis tilstrækkeligt for at opnå en høj behandlingstilfredshed, at personalet har en positiv relation til klienterne, og at de er venlige. Vi skal igen understrege, at analysen af behandlingstilfredsheden er rensset for en række væsentlige forskelle mellem klientgrupperne i de forskellige behandlingstilbud.

Dog er det beklageligt, at vi ikke har et større behandlingssted i materialet, hvor klienter i substitutionsbehandling indgår, karakteriseret af høj behandlingstilfredshed.

Referencer

1. Saunders, J.B., O.G. Aasland, T.F. Babor, J.R. de la Fuente, and M. Grant, *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II*. *Addiction*, 1993. **88**: p. 791-804.
2. Lecrubier, Y., D.V. Sheehan, E. Weiller, P. Amorim, I. Bonora, K.H. Sheehan, J. Janavs, and G.C. Dunbar, *The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI*. *European Psychiatry*, 1997. **12**(2): p. 224-231.
3. Sheehan, D.V., Y. Lecrubier, K.H. Sheehan, J. Janavs, E. Weiller, A. Keskiner, J. Schinka, E. Knapp, M.F. Sheehan, and G.C. Dunbar, *The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability*. *European Psychiatry*, 1997. **12**(1): p. 232-241.
4. Weaver, T., P. Madden, V. Charles, G. Stimson, A. Renton, P. Tyrer, T. Barnes, C. Bench, H. Middleton, N. Wright, S. Paterson, W. Shanahan, N. Seivewright, and C. Ford, *Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services*. *British Journal of Psychiatry*, 2003. **183**: p. 304-13.
5. De Wilde, E.F. and V.M. Hendriks, *The Client Satisfaction Questionnaire: psychometric properties in a Dutch addict population*. *European Addiction Research*, 2005. **11**(4): p. 157-62.
6. Carlson, M.J. and R.M. Gabriel, *Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicly funded substance abuse treatment*. *Psychiatric Services*, 2001. **52**(9): p. 1230-6.
7. Benjaminsen, L., D. Andersen, and M. Sørensen, *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. 2009, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd København.
8. Asmussen, V. and T. Kolind, *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling 2005*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
9. Asmussen, V., T. Kolind, and M.U. Pedersen, *Metadon-projektet: Delprojekterne og brugerne*. 2003, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
10. Hesse, M. and M.U. Pedersen, *Easy-access Services in Low-threshold Opiate Agonist Maintenance*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2008. **6**.
11. Hesse, M., M.K. Pedersen, and J.V. Nielsen, *Screening for personlighedsforstyrrelser: en kontrolgruppeundersøgelse*. 2010, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
12. Bruun-Toft, V. and R.K. Christensen, *Særlig indsats for svært udsatte stofmisbrugere med anden etnisk baggrund end dansk på Indre Vesterbro*. 2005, Københavns Kommune, Socialforvaltningen, Mål- og rammekontoret for misbrug og bolig: København.
13. Laursen, K.B., *Narkotikarelaterede dødsfald blandt stofmisbrugere i behandling i Århus Kommune*. 2010, Center for Misbrugsbehandling, Driftsområdet for Forsorg og Misbrug, Socialforvaltningen, Århus Kommune: Aarhus.
14. Rasmussen, P.V. and K.K. Roessler, *Stofmisbrug og fysisk aktivitet*. 2008, Syddansk Universitet, Institut for Idræt og Biomekanik: Odense.

15. Jakobsen, F., J.M. Lindstad, M. Malmgreen, and F.K. Hansen, *Stofmisbrugsområdet i kommunerne*. 2008, CASA: København.
16. Starfield, B., J. Hyde, J. Gervas, and I. Heath, *The concept of prevention: a good idea gone astray?* *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008. **62**(7): p. 580-3.
17. Kessler, R.C., L. Adler, M. Ames, O. Demler, S. Faraone, E. Hiripi, M.J. Howes, R. Jin, K. Secnik, T. Spencer, T.B. Ustun, and E.E. Walters, *The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population*. *Psychological Medicine*, 2005. **35**(2): p. 245-56.
18. Kessler, R.C., P.R. Barker, L.J. Colpe, J.F. Epstein, J.C. Gfroerer, E. Hiripi, M.J. Howes, S.T. Normand, R.W. Manderschied, E.E. Walters, and A.M. Zaslavsky, *Screening for Serious Mental Illness in the General Population*. *Archives of General Psychiatry*, 2003. **60**: p. 184-189.
19. McLellan, A.T., H. Kushner, D. Metzger, R. Peters, I. Smith, G. Grissom, H. Pettinati, and M. Argeriou, *The Fifth Edition of the Addiction Severity Index*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1992. **9**(3): p. 199-213.
20. Hesse, M., *The Beck Depression Inventory in patients undergoing opiate agonist maintenance treatment*. *British Journal of Clinical Psychology*, 2006. **45**(Pt 3): p. 417-25.
21. Beck, A.T., N. Epstein, G. Brown, and R.A. Steer, *An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988. **56**: p. 893-897.
22. Sundhedsstyrelsen, *Stofmisbrugere i behandling 2005*, in *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*. 2006, Sundhedsstyrelsen: København.
23. Veldhuizen, S., J. Cairney, P. Kurdyak, and D.L. Streiner, *The sensitivity of the K6 as a screen for any disorder in community mental health surveys: a cautionary note*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2007. **52**(4): p. 256-9.
24. Prochaska, J.J., K. Delucchi, and S.M. Hall, *A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004. **72**(6): p. 1144-56.
25. Nunes, E.V. and F.R. Levin, *Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis*. *Journal of the American Medical Association*, 2004. **291**(15): p. 1887-96.
26. Hesse, M., *Achieving abstinence by treating depression in the presence of substance-use disorders*. *Addictive Behaviors*, 2004. **29**(6): p. 1137-41.
27. Davis, L.L., S.R. Wisniewski, R.H. Howland, M.H. Trivedi, M.M. Husain, M. Fava, P.J. McGrath, G.K. Balasubramani, D. Warden, and A.J. Rush, *Does comorbid substance use disorder impair recovery from major depression with SSRI treatment? An analysis of the STAR*D level one treatment outcomes*. *Drug and Alcohol Dependence*, 2010. **107**(2-3): p. 161-70.