

Døgnbehandling af alkoholafhængige  
Forløb, tilbagefald og køn



# **Døgnbehandling af alkoholafhængige Forløb, tilbagefald og køn**

Mads Uffe Pedersen

&

Dorte Hecksher

Center for Rusmiddelforskning  
Aarhus Universitet  
2008

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2008  
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København  
ISBN: 87-89029-69-0

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

# INDHOLD

<b>1. Sammenfatning</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Indledning</b> .....	<b>19</b>
<b>DEL 1. Den kvantitative undersøgelse</b> .....	<b>23</b>
1. Design, metode og repræsentativitet.....	23
2. Alkoholafhængige i døgnbehandling: Baseline.....	35
3. Institutionerne og behandlingen .....	45
4. Tilbagefald blandt alkoholafhængige seks måneder efter afsluttet alkoholdøgnbehandling .....	53
5. Hvad forudsiger tilbagefald .....	61
5.1 Udvikling af et risiko-indeks .....	64
<b>DEL 2. Den kvalitative undersøgelse</b> .....	<b>71</b>
1. Indledning .....	71
2. Baggrund.....	72
3. Udvalgelse og beskrivelse af interviewpersoner .....	77
4. Fokus i interviewene, anvendte analysebegreber og centrale spørgsmål.....	81
5. Fra brug til problem (afhængighed og misbrug) .....	85
6. Grunde til forandring – interviewpersonernes begrundelser for at søge døgnbehandling .....	99
7. Vendepunkter .....	107
8. Veje ud af misbrug.....	111
<b>3. Litteratur</b> .....	<b>125</b>
<b>4. Bilag</b> .....	<b>135</b>
Bilag 1	
1. Alkoholspørgeskema: Tidslinje	
2. EuropASI	
3. Alkoholspørgeskema: Sociale systemer	
4. Struktureret personlighedsfortælling (FFC)	
Bilag 2	
1. Interviewguide	



## **Forord**

Hermed foreligger rapporten ”Døgnbehandling af alkoholafhængige: Effekt, forløb og køn”. Center for Rusmiddelforskning vil gerne takke først og fremmest de 330 klienter, som har indvilget i at deltage i opfølgningsundersøgelsen; ledelse og medarbejdere fra de døgninstitutioner, hvor klienterne har været i behandling, som har mødt os med stor åbenhed, og Socialministeriet, som har finansieret projektet.

Del 1 og alt, hvad der vedrører den kvantitative del af undersøgelsen, er skrevet af centerleder Mads Uffe Pedersen, mens del 2 og alt, hvad der vedrører den kvalitative del af undersøgelsen, er skrevet af adjunkt Dorte Hecksher.





# 1. Sammenfatning

Fra 2003-2005 tilsluttede i alt 12 døgninstitutioner, som behandler alkoholafhængige, sig registreringssystemet DanRIS (Dansk Registrerings- og Informations-System). Dette registreringssystem var i forvejen implementeret på de fleste døgninstitutioner for stofafhængige (fra 2004 stort set alle). På baggrund af disse data blev det i 2006 muligt at etablere en baseline, som kunne udgøre et datagrundlag for en risikoanalyse af tilbagefald efter afsluttet behandling. Formålet med denne undersøgelse har derfor været a) at give et kvalificeret skøn på, hvor mange der falder tilbage i et problematisk forbrug af rusmidler efter afsluttet behandling og b) identificere en række risikovariabeler for tilbagefald knyttet til klienterne, som kan anvendes til at identificere højrisiko klienter i alkoholdøgnbehandling.

Formålet med denne undersøgelse er derimod ikke at sammenligne forskellige behandlingsmetoders effektivitet endsige afgøre, hvorvidt behandling er bedre end ingen behandling. Det hører heller ikke inden for rammerne af denne undersøgelse at undersøge, hvorvidt nogle institutioner eventuelt er bedre end andre til at behandle dobbeltdiagnoseklienter eller andre specifikke grupper. Til at undersøge disse spørgsmål ville der kræves en randomiseret undersøgelse, som er uden for denne undersøgelses mulighedsrammer. Rapporten kan altså ikke fastslå om en given ændring er et produkt af behandlingen. Til sådanne mål henvises til Miller et al. 2003, SBU 2001 og Søgaard Nielsen et al. 2006.

Det skal på den anden side ikke afholde os fra at beskrive en dansk virkelighed, som bl.a. består af meget forskellige typer af alkoholafhængige med meget forskellige grader af belastning, der indskrives på meget forskellige typer døgninstitutioner, med meget forskellige tilbagefaldsrater som en naturlig konsekvens. Det skal derfor også pointeres, at fordi klienterne fra en døgninstitution har en høj tilbagefaldsrate, kan dette ikke tolkes som, at de så også er specielt dårlige til at behandle alkoholafhængige på netop denne institution. Det kunne jo være døgninstitutionen også har de mest belastede indskrevet.

Selvom denne slags forløbsstudier normalt ikke rangerer så højt som behandlingseffektstudier, kan de være af afgørende betydning for forståelsen af, hvor vanskeligt det er at behandle alkoholafhængige, og hvor vigtigt det er at kunne identificere risikogrupper på baggrund af klientdata fra før behandlingens påbegyndelse. De er med andre ord en væsentlig del af det at etablere en evidensbaseret viden om behandling af alkoholafhængighed (se Pedersen 2007 og Sackett et al. 1995 og 1996).

At måle en tilbagefaldsrate er behæftet med en lang række valg, som først og fremmest fordrer en klar definition af, hvad der forstås ved tilbagefald. F.eks. kan der anvendes en fikseret grænse for, hvornår et forbrug kan betegnes som et tilbagefald. En sådan grænse kan være såvel meget konservativ (fuldstændig afholdenhed fra rusmidler andet end tobak) eller mere eller mindre liberal (f.eks. accept af et nærmere defineret kontrolleret forbrug af alkohol). En anden måde at måle tilbagefald på er ved at anvende dynamiske grænser, hvor tilbagefald f.eks. kan konstateres, når klienten er oppe på 75 % af forbruget før behandlingens påbegyndelse. Denne sidste metode anvendes en del i effektundersøgelser, hvor man f.eks. kan betragte effekt som, når en klient ved opfølgning har reduceret sit forbrug med mindst 50 % i forhold til før behandlingens påbegyndelse (for disse metoder se f.eks. Witkiewitz & Marlatt 2007). De dynamiske tilbagefaldsgrænser har den ulempe, at de er meget afhængige af, at forbruget før behandlingen kan måles præcist. Dertil kommer, at selv et præcist mål for forbrug lige op til behandlingens start ofte er stærkt misvisende. Forbruget kan f.eks. være udtryk for, at ”den skal have hele armen”, før alkoholen kvittes, eller den kan være påvirket af, at klienten går i en form for forbehandling, hvilket vil give det modsatte billede. Alkoholafhængige har (som alle andre rusmiddel afhængige) desuden ofte ikke noget stabilt forbrug. Der er intensive og moderate forbrugsperioder, hvilket kan gøre forbruget før behandlingens påbegyndelse som fikspunkt for tilbagefald højst usikker.

I denne undersøgelse er der derfor primært valgt følgende fikserede mål for tilbagefald:

Tilbagefald defineres for mænd som mindst én periode inden for de første seks måneder efter udskrivning med et forbrug på over 21 genstande om ugen og/eller et forbrug af benzodiazepiner (illegal som legal), centralstimulerende stoffer, opioider og/eller hash. For kvinder defineres tilbagefald på samme måde. Der tages med andre ord kun delvist udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (kvinder kan drikke højst 21 genstande om ugen, uden det regnes for tilbagefald).

Ovenstående mål sættes dog løbende i forhold til *afholdenhed*. Dette begrundes med, at Minnesota-behandling jo pr. definition arbejder med afholdenhed som mål for behandlingen.

Eftersom der er tale om fikserede mål, spiller klienternes forbrug lige før behandlingens start ingen rolle i vurderingen af tilbagefald. Dette førforbrug (30 dage op til behandlingens start) indgår dog sammen med en række andre variable i forsøget på at identificere risiko for tilbagefald. Ikke overraskende kan forbruget af alkohol op til døgnbehandlingens påbegyndelse da heller ikke anvendes til at forudsige tilbagefald. Det kan forbruget

i intensive og moderate perioder derimod, hvilket fører videre til en kort sammenfatning over resultaterne fra denne undersøgelse.

### *Den kvantitative undersøgelse*

1) 330 alkoholafhængige interviewes 6-9 måneder efter, de har afsluttet et alkoholbehandlingsforløb på en døgninstitution. Det godtgøres, at gruppen kan betragtes som repræsentativ for alkoholafhængige i døgnbehandling på seks typiske døgninstitutioner i Danmark. Der findes således ingen forskelle i European Addiction Severity Index (EuropASI) mellem opfølgingsgruppen (n=330) og alkoholafhængige indskrevet i døgnbehandling i 2004-5, og som havde besvaret EuropASI (n=1084).

2) De 330 har været i behandling på henholdsvis Minnesota Center Damgaard (n=23), Helios Centret (n=33), Taarup BehandlingsCenter (n=72), Majorgården (n=60), Ringgården (n=83) og Sydgården (n=59).

3) Seks måneder efter afsluttet behandling har 47 % af mændene på intet tidspunkt haft tilbagefald til et problematisk forbrug af rusmidler (kontrolleret alkoholforbrug), mens det samme er tilfældet for 49 % af kvinderne. Hvis afholdenhed anvendes som kriterium, er det henholdsvis 39 % (mænd) og 37 % (kvinder), som har været afholdende de første seks måneder efter udskrivning.

4) Tilbagefaldet er dog vidt forskelligt for forskellige grupper af klienter. Således skelnes der mellem klienter, hvor behandlingen er foranlediget af en offentlig myndighed (offentligt initierede), og klienter, hvor behandlingen er foranlediget af klienten selv, dennes netværk eller arbejde (privat initierede). I parenteser ses andelen, der har været afholdende.

- a) Af de offentligt initierede *kvinder* har 31 % (19 %) på intet tidspunkt haft et problematisk forbrug af rusmidler de første seks måneder efter afsluttet behandling.
- b) Af de offentligt initierede *mænd* har 37 % (29 %) på intet tidspunkt haft et problematisk forbrug af rusmidler de første seks måneder efter afsluttet behandling.
- c) Af de privat initierede *kvinder* har 70 % (57 %) på intet tidspunkt haft et problematisk forbrug af rusmidler de første seks måneder efter afsluttet behandling.
- d) Af de privat initierede *mænd* har 62 % (55 %) på intet tidspunkt haft et problematisk forbrug af rusmidler de første seks måneder efter afsluttet behandling.

Forskellen i tilbagefald på de offentligt og privat initierede kvinder er henholdsvis 31 % og 70 % (kontrolleret forbrug), mens de samme tal for mænd er henholdsvis 37 % og 62 %. Altså knap så stor en forskel. Når kriteriet er afholdenhed, er det kun 19 % af de offentligt foranledigede kvinder, der ikke har haft tilbagefald de første seks måneder efter udskrivning.

5) De offentligt initierede kvinder har i måneden op til døgnbehandlingens start i højere grad end mændene et forbrug af andre rusmidler end alkohol. Ikke mindst forbruget af nerve-/sovemedicin er højere (10,5 dage sidste måned for kvinder – 4,5 dage for mænd, p.0009), men også forbruget af opiater er højere hos kvinderne. Kvinderne er desuden generelt mere besværet af psykiske problemer end mændene. De har således den sidste måned op til indskrivning oplevet psykiske problemer i gennemsnitligt 16 dage, mens det for mændene er 9 dage (p.002). Dette kunne være en del af forklaringen på, hvorfor de offentligt initierede kvinder klarer sig så dårligt efter døgnbehandlingens afslutning.

6) Der er flere kvinder blandt de privat initierede (35 %) end blandt de offentligt initierede (26 %). Der er også flere kvinder, der selv betaler for deres behandling end mænd.

7) De offentligt initierede og de privat initierede adskiller sig stærkt signifikant i belastning i måneden op til behandlingens påbegyndelse (Europ-ASI). De offentligt initierede er således mere stofbelastede, mere fysisk belastede, mere belastede af sociale konflikter og mere økonomisk belastede. Til gengæld er de privat initierede op til behandlingens påbegyndelse mere belastede, hvad angår alkohol (fordi de ikke som de offentligt initierede så ofte er afrusede, inden de starter på behandlingen), mere jobbelastede (fordi de har et job) og mere familiebelastede (fordi de har en familie, her dog kun tæt på signifikant).

8) De offentligt initierede er sammenlignet med de privat initierede desuden yngre, de drikker mere i såvel intensive som moderate drikkeperioder, de har hyppigere ustabile boligforhold, og så er de ikke så hyppigt samle-vende. Også disse forskelle er stærkt signifikante.

9) De offentligt initierede er primært samlet på Ringgården og Sydgården (94 % offentligt initierede), mens de privat initierede og betydeligt mere moderat belastede ikke mindst er samlet på Damgaard og Helios (93 % privat initierede) og i nogen grad på Majorgården og Taarup (53 % privat initierede samlet). Det må derfor også forventes, at det er hos klienterne fra

Damgaard og Helios, vi finder den største effekt, mens den laveste effekt findes hos klienterne fra Sydgården og Ringgården.

10) Behandlingsmetoderne eller andre institutionelle karakteristika kan som tidligere nævnt ikke i denne undersøgelse forklare tilbagefaldsraten, hvorfor ovenstående i sig selv intet siger om kvaliteten af behandlingen på disse forskellige behandlingssteder. Derimod kan det vises, at klientkarakteristika er afgørende for fastholdelse af et stabilt ikke-problematisk forbrug af rusmidler.

11) Ved at anvende EuropASI composite score (belastning i måneden op til behandlingens påbegyndelse) og andre variable er det muligt at konstruere et risiko-indeks, som kan forudsige, i hvor høj grad forskellige grupper af klienter står i risiko for at falde tilbage i et problematisk forbrug af rusmidler de første seks måneder efter behandlingens afslutning. Hver gruppe af klienter kan således placeres på en skala og herefter defineres som henholdsvis lav-, mellem- eller højrisiko klienter.

12) Udviklingen af ovenstående risiko-indeks følger følgende faser:

- a) Der etableres en vilkårligt udvalgt eksperimentgruppe (n=188) og kontrolgruppe (n=108), som ikke er forskellige fra hinanden i belastningsscore op til indskrivning, køn, alder, genstande, intensive perioder, tidligere behandling eller tilbagefald. Disse to grupper på i alt 296 har besvaret alle de stillede spørgsmål inkluderet i DanRIS.
- b) Med baggrund i eksperimentgruppen identificeres 10 førbehandlings variable, som kan ses i stærk signifikant sammenhæng med tilbagefald. På baggrund af dette konstrueres følgende tre risikogrupper:

**Tabel 1. Eksperimentgruppen**

Score	Procent		
	af total	N	Tilbagefald
Lavrisiko	22%	41	24%
Mellem	41%	78	47%
Højrisiko	37%	69	77%

188

I tabellen ses det, at 77,% af klienterne i højrisiko gruppen faldt tilbage i et problematisk forbrug af rusmidler indenfor de første seks måneder efter udskrivning (kontrol-kriteriet), mens 24 % faldt tilbage fra lavrisiko gruppen.

- c) Dette resultat kontrolleres herefter ved at anvende det udviklede indeks på kontrolgruppen. Resultatet ses i nedenstående tabel.

**Tabel 2. Kontrolgruppen**

Score	Procent		Tilbagefald
	af total	N	
Lavrisiko	24%	26	27%
Mellem	45%	49	59%
Højrisiko	31%	33	73%

108

I tabellen ses det, at af kontrolgruppens højrisiko klienter var det 73 %, der havde haft tilbagefald inden for de første seks måneder efter udskrivning, mens 27 % faldt tilbage fra lavrisiko gruppen. Altså tilnærmelsesvis samme resultat som i eksperimentgruppen. Dette vil være det samme som kontrollere risiko-indekset med en helt ny undersøgelse med præcis de samme undersøgelsesmetoder og præcis den samme klientgruppe.

- d) Som en videre kontrol udregnes der risiko-score for samtlige klienter i DanRIS databasen, hvor dette er muligt (fulde oplysninger, n=928), hvorefter disse sammenkøres med NAB's<sup>1</sup> registreringer af alkoholafhængige indskrevet i behandling i 2006. Hvis risiko-indekset skal være anvendeligt, må de døgnklienter, der kan identificeres i NAB i 2006 (genindskrivninger), være overrepræsenteret af højrisiko klienter. I alt 104 af de 928 genfindes i NAB registret, og denne gruppe scorer da også stærkt signifikant højere i risiko-indekset end de klienter, der ikke kan identificeres i NAB. Af døgnklienterne, der identificeres i NAB, tilhører 12,5 % lavrisiko gruppen, mens 42,3 % tilhørte højrisiko gruppen. At placere sig i højrisiko gruppen ved indskrivning til døgnbehandling kan altså knyttes til en stærkt signifikant øget risiko for genindskrivning i alkoholbehandling.
- e) Som en tredje kontrol blev undersøgelsesgruppen på 330 opdelt i små Minnesota institutioner, store Minnesota institutioner og ikke-Minnesota institutioner. Hvis risiko-indekset skal kunne bruges på alle typer institutioner, må det kunne forudsige tilbagefald på de tre meget forskellige typer døgninstitutioner. Risiko-indekset kunne i rimelig grad identificere lav- og højrisiko grupper på samtlige tre institutionstyper. Lavrisiko klienter havde således et tilbagefald på mellem 20-27 % på de tre typer institutioner, mens højrisiko klienter havde et tilbagefald på mellem 60-83 % på de tre typer institutioner.

<sup>1</sup> NAB = Nationale Alkoholbehandlingsregister

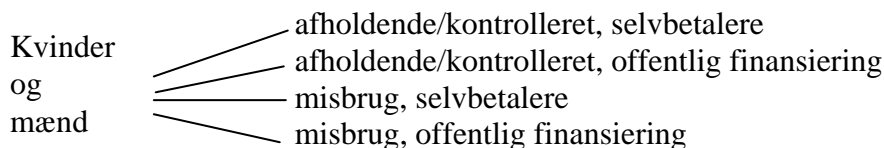
f) Endelig skulle risiko-indekset kunne fungere lige så godt for mænd og kvinder og på tværs af alder. Af lavrisiko kvinderne var det således 29 %, der faldt tilbage (kontrolleret), mens det samme var tilfældet for 24 % af mændene. For højrisiko kvinder var det 86 %, der faldt tilbage og 71 % af mændene. Af lavrisiko klienter på mindst 45 år var det 24 %, der faldt tilbage og 28 % af klienterne under 45 år. For højrisiko klienter på mindst 45 år var det 80 %, der faldt tilbage og 72 % af klienterne under 45 år.

Det konkluderes, at det er muligt at udvikle et risiko-indeks på tværs af institutionstyper og køn og alder, som i rimelig grad kan forudsige risiko for tilbagefald og genindskrivning.

13) Endelig konkluderes det, at der umiddelbart ikke synes at være belæg for en enten/eller forståelse af alkoholafhængighed. Tværtimod synes der at være tale om meget forskellige tilstande, hvor nogle typer af klienter har mange gange bedre chance for at komme ud af deres afhængighed end andre. Klientkarakteristika må derfor betragtes som afgørende for behandlingens udfald.

#### *Den kvalitative undersøgelse*

Med henblik på at belyse ”hvordan det går kvinder i alkohol døgnbehandling, hvori de adskiller sig fra mændene, hvad angår vejen ind og vejen ud af alkoholafhængigheden”, blev der gennemført 39 kvalitative interview. Disse interview udgør datamaterialet for den kvalitative undersøgelse. Det blev indledningsvist besluttet at dække følgende kategorier ind:



De 39 personer omfatter 19 kvinder og 20 mænd. Heraf var de 22 selvbetalere (9 kvinder; 13 mænd) og 17 offentligt finansierede (10 kvinder og 7 mænd). Deres gennemsnitsalder ved indskrivning i døgnbehandling var for kvinderne 47,8 år og for mændene 50,5 år. De er således lidt ældre end populationen (n=330) som helhed.

I alt angiver 6 kvinder og 10 mænd ved interview, at de har været afholdende /haft kontrolleret brug af alkohol siden døgnbehandling. Tilsammen angiver 31 af de 39, at de er afholdende/kontrolleret brug på interviewtidspunktet (15 kvinder, 16 mænd).

Interviewdata undersøgtes ud fra tre forskellige temaer, også betegnet som højdepunkter i beretningerne. Dette resulterer i tre forskellige temaer i denne afrapportering, henholdsvis: 'Fra brug til problem', 'Grunde til forandring' og 'Vendepunkter', samt 'Veje ud af misbrug'.

I afsnittet 'Fra brug til problem' inddeles interviewpersonerne i tre grupper, alt efter hvilken type forløb de beskriver. Der findes en gruppe, der har indledt et misbrug af alkohol i teenageårene, og som har anvendt alkohol (og andre rusmidler) som en strategi til at undgå angst, depression, omsorgssvigt og konflikter med familien. Denne type findes både hos kvinder og mænd. Kvinderne i denne gruppe har, på trods af deres ofte langvarige og massive misbrug, i modsætning til mændene dog formået at etablere sig med uddannelse og familie. Dernæst findes en gruppe, der har haft et langvarigt og kontinuert forbrug af alkohol som voksne. Også i denne gruppe finder man både kvinder og mænd. De adskiller sig dog fra hinanden på den måde, at kvinderne oftere end mænd knytter en eskalering af deres alkoholforbrug sammen med markante sociale, personlige eller relationelle forandringer i deres liv. Hvorimod mændenes i højere grad begrunder deres psykiske vanskeligheder og problemer med familie, arbejde og netværk med deres afhængighed og misbrug af alkohol. Den tredje gruppering i dette afsnit om veje ind i afhængighed omfatter en mindre gruppe, både kvinder og mænd, der har haft et forholdsvis kort forløb med misbrug og afhængighed af alkohol, før de blev indskrevet i døgnbehandling. Her finder man blandt andet, at kvinderne har et noget kortere periode i misbrug end mændene. I forhold til veje ind i misbrug kan fremhæves følgende forskelle mellem kvinder og mænd i interviewundersøgelsen:

- Kvinderne beskriver, i højere grad end mændene, en tendens til at isolere sig og hemmeligholde deres afhængighed og misbrug overfor både nære pårørende, kolleger og venner.
- Kvinderne beskriver oftere end mænd, at de drikker alene.
- Kvinderne beskriver, i højere grad end mændene, at de indledningsvist ser indtagelse af alkohol som en copingstrategi til at håndtere angst og depression.
- Mændene knytter oftere end kvinderne deres brug og siden misbrug af alkohol til sociale og arbejdsmæssige sammenhænge.
- Kvinderne har muligvis en tendens til at komme i døgnbehandling efter en kortere misbrugsperiode end mændene. Et fænomen der understøtter en hypotese om, at kvinder, selv med et kortvarigt misbrug, oplever sig mere belastede af alkoholmisbrug end mænd.



Ser man på grunde til og motivation for forandring af misbrug præsenterer det foreliggende materiale få forskelle mellem mænd og kvinder. Der ses dog følgende tendenser:

- Kvinderne er i højere grad end mændene tilbøjelige til at begrunde deres indskrivning i døgnbehandling med et ønske om et bedre liv, til at ønske at undgå hemmeligholdelse og at være fri for afhængigheden.
- Mændene derimod er mere tilbøjelige end kvinderne til at anføre deres fysiske helbred som en væsentlig årsag til at søge behandling.
- Kvinderne er i højere grad end mændene tilbøjelige til at søge behandling for at undgå 'skræmmende og ydmygende oplevelser knyttet til indtagelse af alkohol'.

Der præsenteres i analysen af data forskellige typer begrundelser ,og det påvises, at 'hitting rock bottom' som forudsætning for forandring ikke kan stå alene, men at der for nogle af interviewpersonerne er tale om mindre dramatiske og mere positive begrundelser for forandring.

Belyser man interviewpersonernes aktuelle situation (ved interview) bliver det på baggrund af henholdsvis misbrugsstatus, syn på alkohol og afholdenhed/kontrolleret brug muligt at etablere et antal grupper. Mellem nogle af grupperne er der tydelige forskelle mellem mænd og kvinder, mellem andre er forskellene mindre udtalte. Der bliver påvist følgende forskelle grupperne og kønnene imellem:

1. I interviewgruppen findes en gruppe mænd, der tilsyneladende klarer sig godt efter døgnbehandling, som har et intakt netværk og til dels intakt familie. De udtrykker klart, at de ikke ser alkohol som et omfattende problem i deres tilværelse. Der er derimod en tendens til, at deres nærmeste i langt højere grad har set deres forbrug som problematisk. Dette er baggrunden for, at det er i denne gruppe, vi finder de eneste interviewpersoner, der oplever sig tvunget i behandling af deres pårørende. Der er ingen kvinder i interviewgruppen, der beskriver dette forhold til alkohol eller til døgnbehandlingsforløbet.
2. I interviewgruppen findes en anden gruppering af personer, der har været afholdende siden døgnbehandling, og som stadig aktivt forholder sig til alkohol som et problem. Sammenligner man de afholdende mænd med de afholdende kvinder, kan man se, at kvinderne har haft en noget kortere periode i misbrug i årene op til døgnbehandling, hvilket kan underbygge hypotesen om, at kvinder indleder misbrug senere end mænd, men at de til gengæld hurtigere oplever sig bela-

stede af alkoholmisbrug end mænd. Og således kommer i døgnbehandling efter kortere tid i misbrug end mænd.

3. Både blandt de kvinder og mænd, der har været afholdende siden døgnbehandling finder man, at selve behandlingsforløbet, behandlingsideologien, efterbehandlingen og en eventuel tilknytning til AA og andre netværksgrupper tillægges stor betydning. Blandt dem, der har haft tilbagefald eller som aktuelt har et misbrug af alkohol, finder man derimod i højere grad beretninger om interviewpersoner, der oplever: ikke at have profiteret af behandlingen; som ikke fandt at behandlingskonceptet passede til dem (gælder både for mænd og kvinder), og som havde vanskeligt ved at identificere sig med de andre klienter i behandlingen.

De anvendte analysebegreber og strukturer for opdeling af interviewpersonerne har gjort det muligt at etablere nogle grupperinger både på tværs af aktuel misbrugsstatus, køn og finansiering. Når man sammenligner kvinder og mænd, finder man forskelle mellem karakteren af forløb op til indskrivning i døgnbehandling, både hvad angår udvikling af misbrug og begrundelser for forandring. Ligeledes finder man nogle forskelle kvinder og mænd imellem, om end ikke så tydelige, når man belyser tiden efter døgnbehandling.

## 2. Indledning

Denne undersøgelse af alkohol døgnbehandlingen i Danmark rummer såvel en kvantitativ effektundersøgelse som en kvalitativ eksplorerende undersøgelse med særligt fokus på køn og afdækning af forskellige typer af alkoholafhængige i døgnbehandling.

### *Den kvantitative undersøgelse*

Fra midten af 2003 til og med 2006 deltog i alt 12 døgninstitutioner, som behandler personer, der er afhængige af alkohol i monitoreringssystemet DanRIS (Dansk Registrerings- og InformationsSystem). Disse institutioner deltog alle frivilligt i monitoreringssystemet, og der blev i den samlede periode i alt registreret 2255 klienter i alkohol døgnbehandling. Det er kun årene 2004-5, som kan betragtes som rimeligt repræsentative for døgnbehandlingen af alkoholafhængighed i Danmark. 2003 var et indkøringsår, hvor ikke alle fik indleveret fuldstændige data til systemet, mens 2006 blev et afslutningsår, hvor registreringen af alkohol døgnbehandling overgik til Sundhedsstyrelsen og det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Det skal dog fremhæves, at en hel del døgninstitutioner ikke deltog i DanRIS, og man kan derfor med rette diskutere registrets nationale repræsentativitet for alkoholafhængige i døgnbehandling, men tættere end dette kommer man i disse år ikke.

Én af ideerne med DanRIS var, at de data, der blev indhentet, kunne danne grundlag for en undersøgelse af, hvilke klienter der blev indskrevet i døgnbehandling, og hvad der kendetegnede de, der henholdsvis fik kontrol over deres forbrug, og de, der relativt hurtigt faldt tilbage i et problematisk forbrug af rusmidler. Det er derfor også de data, der er indbygget i DanRIS, som danner fundamentet for denne tilbagefalds- og risiko-analyse af alkoholafhængige efter afsluttet døgnbehandling. For yderligere beskrivelse af undersøgelsen se næste afsnit.

### *Den kvalitative undersøgelse*

I perioden 2006-2007 indhentes i alt 39 kvalitative interview med henholdsvis 19 kvinder og 20 mænd. Baggrunden for dette var et ønske om at belyse, 'hvordan det går kvinder i alkohol døgnbehandling, hvori de adskiller sig fra mændene, hvad angår vejen ind og vejen ud af alkoholafhængigheden'. Interviewpersonerne var alle udvalgt fra gruppen på 330 personer, der indgik i den kvantitative opfølgingsundersøgelse, og de havde været indskrevet på en af de seks forskellige institutioner, der er repræsenteret i undersøgelsen. Det blev i udvælgelsen tilstræbt at skabe så stor variation i

gruppen, at der blev interviewet kvinder og mænd, der henholdsvis var: selvbetalere eller offentligt finansieret; afholdende eller i aktuelt misbrug.

Alle interview blev optaget digitalt og efterfølgende transskriberet. Interviewene havde en varighed på mellem 30 og 80 minutter. Udskrifterne fra interview udgør datamaterialet for den kvalitative undersøgelse.

I analyse af datamaterialet blev følgende centrale spørgsmål belyst:

1. Er det muligt at identificere en række begivenheder/akkumulation af hændelser for den periode, hvor interviewpersonen bevægede sig fra at have et brug af alkohol til et misbrug og afhængighed af alkohol?
2. Er det muligt at identificere konkrete vendepunkter for forandring af misbrugsadfærd?
3. Er det muligt at identificere interviewpersonernes baggrund for beslutning om at lade sig indskrive i døgnbehandling/forandre sit misbrug/afhængighed?
4. Er det muligt at identificere vedligeholdende/ikke vedligeholdende faktorer i forhold til forandring af misbrugsadfærd?
5. Er det muligt at afdække/identificere typer af begivenheder/forløb, der kan knyttes til henholdsvis kvinder og mænd?

Men henblik på at belyse disse spørgsmål bliver interviewpersonerne undervejs i rapporten placeret i forskellige kategorier. Således etableres der forskellige grupperinger på baggrund af køn, men også på baggrund af misbrugsstatus, forløb op til behandling og efter behandling.

### *Rapportens opbygning*

Rapporten indledes med en sammenfatning, som efterfølges af denne korte indledende introduktion til undersøgelsen. Herefter deles rapporten op i henholdsvis den kvantitative undersøgelse og den kvalitative undersøgelse. Den kvantitative undersøgelse indledes med et metodeafsnit ("Design, metode og repræsentativitet"), hvor formålet med undersøgelsen opstilles, og de overvejelser der er gjort i forbindelse med design og metode. I dette afsnit vises det også, hvorledes klienterne er udvalgt, og i hvor høj grad gruppen kan betragtes som repræsentativ. I afsnit 2 beskrives baseline for alkoholafhængige i døgnbehandling. Her er der ikke mindst fokus på en adskillelse af a) selvbetalere og offentligt finansierede (herunder dog også arbejdspladsfinansierede) og b) på kvinder og mænd. I afsnit 3 er det de enkelte institutioner, der beskrives, herunder såvel organisatoriske fakta (kapacitet, priser, personalesammensætning og behandlingsydelser) som klientgrundlaget (klientbelastning, sociale karakteristika og behandlingsfor-

løbet). I afsnit 4 beskrives tilbagefaldet. Denne opgøres ikke mindst ved brug af de tidslinjeinterviews, som beskrives i næste afsnit. I del 1, afsnit 5 undersøges det, hvilke variable (fra før behandlingens påbegyndelse) der kan forudsige tilbagefald til et problematisk forbrug af alkohol. Der konstrueres her et risiko-indeks, som kan forudsige tilbagefald hos forskellige grupper. Endelig afsluttes gennemgangen af den kvantitative del af undersøgelsen med en beskrivelse af tilbagefaldet på forskellige typer døgninstitutioner. Her skal døgninstitutionerne ikke opdeles i kategorier ud fra de behandlingsmetoder, de anvender, men ud fra hvilke typer klienter de har indskrevet. Det skal her fremhæves, at dette ikke siger noget om, hvorvidt nogle institutioner er mere effektive end andre. Der er således en klar tendens til, at nogle typer klienter samles på nogle typer institutioner, og derfor gør behandlingsindsatsen på disse institutioner helt usammenlignelige med andre typer institutioner, hvor der er helt andre typer klienter indskrevet. Man kan derfor gå ud fra, at de institutioner, der har flest af de mest belastede klienter, også har den dårligste effekt. Det siger ikke noget om deres behandlingsmetoders effektivitet.

Den kvalitative del af rapporten indledes med skitsering af nogle centrale forskningsmæssige resultater, der undervejs i fremstillingen anvendes til at perspektivere de konkrete fund. Dernæst beskrives fremgangsmåde og betingelser for udvælgelse af interviewpersoner, hvilket følges op af en konkret beskrivelse af de 39 interviewpersoner.

Som indledning til selve præsentationen af data præsenteres undersøgelsens fokus, de anvendte analysebegreber og spørgsmål, som rapporten vil belyse.

Selve præsentationen af data indledes med en undersøgelse og beskrivelse af kvindernes (og mændenes) veje ind i afhængighed. Der beskrives tre typer forløb. I dette afsnit fremhæves forskelle og ligheder på henholdsvis mænds og kvinders 'veje ind i afhængighed'. Det næste afsnit præsenterer forskellige typer af begrundelser for forandring, desuden inddrages begrebet vendepunkter til at beskrive specifikke hændelser i et udvalg af de indhentede interview. I rapportens sidste afsnit skal det belyses, hvorledes interviewpersonerne håndterer tiden efter døgnbehandling. Også i dette afsnit kategoriseres interviewpersonerne med henblik på at kunne præsentere forskelle og ligheder – både mellem kvinder og mænd, men også mellem dem, der enten har et kontrolleret brug/ er afholdende efter døgnbehandling, og dem, der enten aktuelt har et misbrug eller rapporterer om tilbagefald siden udskrivning fra døgnbehandling.



# DEL 1. Den kvantitative undersøgelse

## 1. Design, metode og repræsentativitet

Formålet med denne undersøgelse har været at estimere tilbagefaldet for alkoholafhængige seks måneder efter afsluttet døgnbehandling, og samtidig identificere hvilke risici for tilbagefald der ligger forud for behandlingens påbegyndelse. Vedrørende det sidste har det været intentionen at konstruere et risiko-indeks, som bl.a. kan anvendes til at forudsige, hvem der genindskrives i alkoholbehandling inden for de første to år efter behandlingsafslutning. Til dette kræves der umiddelbart tre strategier:

- 1) En operationel definition af tilbagefald.
- 2) En sammenkædning af "før-behandlingsvariable" med tilbagefald.
- 3) En kontrol af det udviklede risikoindeks.

Ad 1) Tilbagefald defineres for mænd som mindst én periode inden for de første seks måneder efter udskrivning med et forbrug på over 21 genstande om ugen og/eller et forbrug af benzodiazepiner (illegal som legal), centralstimulerende stoffer, opioider og/eller hash. For kvinder defineres tilbagefald på samme måde. Der tages med andre ord delvist udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (ikke for kvinder). Der anvendes således en fikseret tilbagefaldsgrænse i modsætning til en dynamisk tilbagefaldsgrænse, hvor den sidste bygger på en sammenligning af før- og efterforbruget (f.eks. 50 % reduktion = effekt). Denne sidste metode kræver meget præcise før-mål på forbruget, og eftersom vi ved, at forbruget op til behandlingen er betinget af en række ukontrollable faktorer, er dette en særdeles usikker måde at måle tilbagefald på (se sammenfatning).

Ad 2) Ved at relatere samtlige før-behandlingsvariable til tilbagefaldsraten kan de variable, der har den største forudsigelseskraft, identificeres. På baggrund af dette kan der konstrueres et risiko-indeks, som forudsiger tilbagefald for forskellige grupper. Sådanne risiko-indeks kan være besnærende, men også misvisende. Indekset er derfor kontrolleret, som vist nedenfor.

Ad 3) Gyldighedskontrollen af det udviklede risiko-indeks foregår på tre måder: *Kontrol 1*: Indekset udvikles på baggrund af to tredjedele af undersøgelsesgruppen (n=188), og afprøves om det også virker på den sidste tredjedel af gruppen (n=108). De to grupper er valgt ud fra to sammenhængende indskrivningsperiode, og der er ingen signifikante forskelle på de to grupper, hvad angår køn, alder, før-behandlingsvariable eller ande-

len, der falder tilbage efter afsluttet behandling. Dette svarer til, at vi lavede to undersøgelser med samme type alkoholafhængige, hvor den sidste undersøgelse skulle bestå i en kontrol af de resultater, der er fundet i den første undersøgelse. Det skal pointeres, at det udviklede risiko-indeks ikke nødvendigvis virker på alle typer alkoholafhængige, men det skal vises, at det virker endog særdeles godt på netop denne forholdsvis brede population af alkoholafhængige. *Kontrol 2:* For at påvise forudsigelseskraften i det udviklede risiko-indeks sammenkøres undersøgelsesgruppen med 2006 oplysninger fra det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Det forventes her, at de klienter, der er blevet genindskrevet, og som kan identificeres i NAB, i særlig grad tilhører den højeste risikogruppe. Hvis ikke dette er tilfældet, kan indekset ikke forudsige genindskrivning, hvilket svækker det i betydelig grad. *Kontrol 3:* Det undersøges, om forudsigelseskraften er lige stor på forskellige kategorier af døgninstitutioner. Hvis ikke dette er tilfældet, kunne der være visse behandlingsmæssige betingelser, som kunne tænkes at ophæve indeksets forudsigelseskraft.

Som nævnt anvendes der en fikseret grænse for, hvornår der kan være tale om tilbagefald. Dette betyder, at før-behandlingsvariable ikke spiller nogen rolle for vurderingen af tilbagefald. De variable, der er registeret før og efter behandlingen, og de variable, der kan knyttes til behandlingens, ses i omstående oversigt.



Før-variable for klienterne	Behandlingen og dens rammer		Efter-variable for klienterne
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baggrundsdata <ul style="list-style-type: none"> <li>– Uddannelse</li> <li>– Boligforhold</li> <li>– Forsørgelsesgrundlag</li> <li>– Samlivsforhold og børn</li> <li>– Nationalitet/etnicitet</li> </ul> </li> <li>▪ EuropASI Composite score <ul style="list-style-type: none"> <li>– Stoffer</li> <li>– Alkohol (herunder afhængighed)</li> <li>– Kriminalitet</li> <li>– Fysisk</li> <li>– Psykisk</li> <li>– Familie</li> <li>– Andet netværk</li> <li>– Arbejde</li> </ul> </li> <li>▪ Afklarende alkoholspørgsmål <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nogensinde tidligere behandlet</li> <li>– Misbrugets varighed</li> <li>– Genstande moderate/intensive perioder</li> <li>– Periodisk/kontinuert drikkemønster</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dage i behandling</li> <li>▪ Gennemførelse af program (og de forskellige faser)</li> <li>▪ Behandlernes uddannelse/efteruddannelse</li> <li>▪ Behandlernes alder, køn og anciennitet</li> <li>▪ Behandler-klient ratio</li> <li>▪ Værdigrundlag/program</li> <li>▪ Behandlingsmetoder</li> <li>▪ Uddannelsesmæssige aktiviteter</li> <li>▪ Rekreative aktiviteter</li> <li>▪ Beskæftigelsesmæssige aktiviteter</li> <li>▪ Gruppe vs. individuel behandling</li> <li>▪ Behandling af familie, par og børn</li> <li>▪ Alternative metoder (f.eks. akupunktur, massage, meditation)</li> <li>▪ Specifikke målgrupper/(f.eks. unge, seniorer, dobbeltdiagnose)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Priser (forskellige faser)</li> <li>▪ Kapacitet</li> <li>▪ EuropASI response rate (hvor mange svarer på EuropASI)</li> <li>▪ Selskabsform (f.eks. selvejende institution)</li> <li>▪ Beliggenhed/fysiske forhold</li> <li>▪ Et- eller toværelses stuer, toilet/bad mm).</li> <li>▪ Hvornår registreringen startede</li> <li>▪ Målgruppe defineret af centret</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baggrundsdata <ul style="list-style-type: none"> <li>– Uddannelse</li> <li>– Boligforhold</li> <li>– Forsørgelsesgrundlag</li> <li>– Samlivsforhold og børn</li> </ul> </li> <li>▪ EuropASI Composite score <ul style="list-style-type: none"> <li>– Stoffer</li> <li>– Alkohol (herunder afhængighed)</li> <li>– Kriminalitet</li> <li>– Fysisk</li> <li>– Psykisk</li> <li>– Familie</li> <li>– Andet netværk</li> <li>– Arbejde</li> </ul> </li> <li>▪ Afklarende alkoholspørgsmål <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tidslinje-spørgsmål om modtagelse af diverse ydelser og deltagelse i forskellige aktiviteter (arbejde, uddannelse mm.)</li> </ul> </li> </ul>

*Tidslinje-spørgsmålene:* Til vurdering af tilbagefald efter afsluttet behandling giver det ikke meget mening at anvende European Addictive Severity Index (EuropASI). Spørgsmålet i EuropASI lyder her i en uddybet version som følger:

”Hvor mange dage indenfor den sidste måned har du haft et forbrug af alkohol på mindst 5 eller flere genstande (1 genstand =5 cl ren alkohol) dagligt i mindst 3 dage om ugen indenfor den sidste måned?”.

Når det ikke giver mening at anvende dette spørgsmål, er det først og fremmest, fordi det ikke er muligt at lave opfølgende interviews på en større gruppe på f.eks. seks måneders datoen for behandlingens afslutning. Der vil altid være en forskydning, og denne forskydning indeholder stort set altid en skæv fordeling i forhold til klientens aktuelle drikkemønster. Det vil således altid være nemmest at få fat i de klienter, der p.t. har enten intet eller et kontrolleret forbrug af alkohol, og ”den sidste måned” vil heller ikke præcist være seks måneders datoen for udskrivning. En sådan opgørelse vil derfor ofte give et fejlagtigt positivt billede af tilbagefaldet de første seks måneder efter afsluttet behandling. Desuden kan man ikke anvende Europ-

ASI til at vurdere forbruget af rusmidler ud fra den her anvendte definition, idet den ikke inkluderer Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. I stedet undersøges forbruget af rusmidler ved hjælp af et såkaldt tidslinje-interview. Sådanne tidslinje-metoder har tidligere vist sig valide i undersøgelser af rusmiddelforbruget hos alkoholafhængige (se Carey et al. 2004 og DeMarce et al. 2007). Metoden, der anvendes her, er ikke helt den samme, som der refereres til i de to undersøgelser, men den er bestemt ikke mere kompliceret, hvorfor der ikke er nogen grund til at tro, at stabiliteten skulle være ringere (se bilag 1). I dette tidslinje-interview vises rusmiddelforbruget de første seks måneder efter afsluttet døgnbehandling, og det bliver hermed muligt at identificere tilbagefald også hos klienter, som ved interviewtidspunktet har været ædru den sidste måned. Almindeligvis er der en "smertegrænse" for, hvor langt der kan huskes tilbage, men de første måneder efter behandlingens afslutning kan almindeligvis altid huskes, og eftersom undersøgelsesdeltagerne typisk har været udskrevet i 6-9 måneder kan de også uden problemer huske måned 4-6. Forskellige interviewteknikker kan her medvirke til at præcisere forbruget.

#### *Hvor mange svarprocenter og repræsentativitet*

Undersøgelsen er foregået i tidsrummet 2005-7. Første skridt var at trække i alt 571 alkoholafhængige indskrevet i døgnbehandling ud af registrerings- og monitoreringssystemet DanRIS (Dansk Registrerings- og Informations-System). De 571 var indskrevet på de seks døgninstitutioner inden for en sammenhængende periode. Alle, der blev indskrevet i denne periode, blev udtrukket. Samtidig var det et krav, at vi inden for den forventede undersøgelsesperiode kunne nå at interviewe de udtrukne mindst seks måneder efter, de var udskrevet fra institutionen. Deltagerne havde alle skriftligt accepteret, at vi måtte kontakte dem inden for et år efter, de havde forladt behandlingen.

De 571 blev udtrukket i tre omgange, hvor henholdsvis 200, 200 og 171 personer blev udtrukket. Det var egentlig planen kun at lave et udtræk, men besvarelsesprocenten ved opfølgningen af det første udtræk var uacceptabel (50 %). Dette skyldtes flere faktorer, hvoraf den vigtigste var, at vi manglede skriftlig accept for at måtte kontakte klienterne efter udskrivelsen.

Ved udtræk 2 og i endnu højere grad ved udtræk 3 var der indhentet skriftligt samtykke for kontakt efter udskrivelsen. Hermed ændrede besvarelsesprocenten sig fra 61 % (udtræk 2) til det acceptable 68 % (udtræk 3). Den samlede opfølgingsprocent for de 571 var 59 % (i udregningerne er fratrukket de 16, der er døde)

De tre udtræk adskilte sig ikke signifikant fra hinanden, hvad angik kønsfordeling, alder eller belastning (se tabellen næste side). Hvordan belastningsscoren, der er vist i tabellen, skal fortolkes skal der i det følgende kort gøres rede for.

Forklaring af *Belastningsscore* i tabellen: European Addiction Severity Index Composite Score (EuropASI CS) er en score, som viser, hvor belastede klienterne var i måneden op til behandlingens påbegyndelse (Composite=sammensat). Scoren går fra 0 (ingen målbar belastning) til 1 (den sværeste belastning). I den sidste kolonne (2003 – juli 2005) ses gennemsnitsscoren for 1414 klienter indlagt på de seks institutioner i tidsrummet januar 2003 til juli 2005.

Der ses en tendens til, at udtræk 3 klienterne er en smule mere belastede end udtræk 1 og 2, og de er ligeliges en smule ældre. Dette kan bero på en tilfældighed, men det kan også være udtryk for, at klienterne, der indskrives på de seks institutioner, er lidt ældre og mere belastede i 2005, end de var i starten af 2004 (denne gruppe er primært indskrevet sidst i 2004 og i første halvdel af 2005).

**Tabel 1.1 De tre udtrukne grupper**

	Udtræk 1 n=200	Udtræk 2 n=200	Udtræk 3 n=171	p.værdi	2003-juli 2005 n=1414
Besvarelsesprocent	49%	59%	69%		
Alder	44,9	46,3	47,2	ns	46,2
Mænd	70%	67%	74%	ns	67%
<i>Belastningsscore</i>					
Alkohol	0,53	0,53	0,54	ns	0,54
Stoffer	0,04	0,05	0,06	ns	0,05
Kriminalitet	0,02	0,03	0,02	ns	0,02
Økonomi	0,58	0,61	0,67	ns	0,62
Job	0,17	0,17	0,18	ns	0,18
Familie	0,29	0,28	0,32	ns	0,30
Andet socialt	0,16	0,18	0,19	ns	0,16
Psykisk	0,35	0,33	0,39	ns	0,34
Fysisk	0,27	0,24	0,30	ns	0,27

Der blev ikke fundet nogen signifikante forskelle målt med Breakdown and one-way ANOVA (Statistica). Forskelle, der kommer tættest på signifikans, er Økonomi (p.10) og Psykisk (p.08).

I nedenstående tabel er det vist, at det samlede udtræk på 571 ikke adskiller sig fra de øvrige 843 klienter, der blev indskrevet i alkohol- og narkotikabehandling på de seks institutioner i perioden januar 2003 til juli 2005.

**Tabel 1.2 Den samlede repræsentativitet**

	DanRIS	Undersøgelsen	
	n=843	n=571	p.værdi
Alder ind	46,1	46,3	ns
Mænd	70%	65%	ns
<i>Belastning</i>			
Alkohol	0,53	0,54	ns
Stoffer	0,05	0,05	ns
Kriminalitet	0,02	0,02	ns
Økonomi	0,62	0,62	ns
Job	0,17	0,18	ns
Familie	0,29	0,30	ns
Andet socialt	0,18	0,16	ns
Psykisk	0,35	0,33	ns
Fysisk	0,27	0,27	ns

Som det ses, er der lidt færre mænd i undersøgelsen end i den øvrige DanRIS gruppe, men forskellen er ikke signifikant.

I den næste tabel er vist, i hvor høj grad de der deltog i opfølgingsinterviewet repræsenterer alkoholafhængige i døgnbehandling (DanRIS januar 2003 til juli 2005, herunder inkluderet de, der ikke deltog i opfølgingsinterviewet, og de døde).

**Tabel 1.3 Opfølgingsgruppens repræsentativitet**

	DanRIS + ikke opfulgte	Deltog i opfølgning	
	n=1084	n=330	p.værdi
Alder	46,1	46,7	ns
Mænd	66%	70%	ns
<i>Belastning</i>			
Alkohol	0,53	0,55	ns
Stoffer	0,05	0,05	ns
Kriminalitet	0,02	0,02	ns
Økonomi	0,62	0,61	ns
Job	0,18	0,18	ns
Familie	0,30	0,30	ns
Andet socialt	0,16	0,18	ns
Psykisk	0,33	0,36	ns
Fysisk	0,27	0,28	ns

Der findes ingen signifikante forskelle mellem dem, der deltog i opfølgning, og dem, der ikke deltog i nogen opfølgning/andre indskrevne fra januar 2003 til juli 2005. Dette er måske en smule overraskende. Man kunne forvente, at de, der sagde ja til at deltage i opfølgning, i nogen grad ville adskille sig fra andre allerede ved indskrivningen. Men det er altså ikke tilfældet.

Opfølgingsprocenten for de enkelte institutioner er meget forskellig fra udtræk til udtræk. Dette ses i nedenstående tabel.

**Tabel 1.4 Opfølgingsprocenterne for de enkelte institutioner**

	Udtræk 1 n=194*	Udtræk 2 n=193*	Udtræk 3 n=168*	Alle n=555*	Alle
Damgaard	58%	92%	67%	69%	35
Taarup	57%	79%	71%	69%	105
Majorgården	30%	44%	68%	47%	127
Helios	64%	86%	86%	80%	41
Ringgården	62%	49%	65%	59%	141
Sydgården	42%	59%	65%	55%	106

\* Fratrukket de døde.

Som det ses, er opfølgingsprocenterne for udtræk 3 acceptabel for alle institutioner.

De tre udtræk muliggør ved forskellige kombinationer derfor følgende:

- a) Repræsentative udtræk fra hver enkelt institution fra en sammenhængende periode med en høj opfølgingsprocent.
- b) Et repræsentativt udtræk for den samlede population fra en sammenhængende periode med en høj opfølgingsprocent.
- c) En estimering af hvad opfølgingsprocenten betyder for vurdering af behandlingseffekten.

Der skal vendes tilbage til dette senere i forbindelse med gennemgangen af undersøgelsens repræsentativitet og behandlingseffekten for de enkelte institutioner.

*Repræsentativitet for de enkelte institutioner:* I nedenstående tabel er det vist, hvor forskellige de enkelte institutioner er fra hinanden, hvad angår klientgrundlag. I første række er det første tal antal klienter med i undersøgelsen og det næste tal øvrige klienter indskrevet fra januar 2003 til juli 2005. Neden for tabellen følger yderligere forklaring.

**Tabel 1.5 De øvrige institutioners repræsentativitet**

	Damgaard	Helios	Majorgården	Ringgården	Sydgården	Taarup
Med i undersøgelse/DanRIS	35/76	42/133	131/267	148/175	108/125	107/67
Kapacitet	10	9	29	25	23+	26
Alder ind	48,2	48,3	50,7	44,1	42,2	45,5
Kvinder	34%**	24%	38%	28%	25%	31%
<i>Belastning, EuropASI<sup>2</sup></i>						
Alkohol	0,70	0,67	0,60	0,43	0,43	0,59
Stof	0,04	0,03	0,02*	0,03	0,07	0,09
Kriminalitet	0,03	0,02	0,01	0,02	0,03	0,03
Økonomi	0,61	0,48	0,43	0,74***	0,75	0,62
Fysisk	0,27	0,29	0,21	0,28	0,34	0,29
Familie	0,56	0,39	0,31	0,22	0,28	0,28
Andet socialt	0,28	0,20	0,12	0,15	0,22	0,20
Psykologisk	0,47	0,36	0,28	0,31	0,41	0,41
Selvbetalere	97%	55%	53%	1%	1%	22%

\* På Majorgården er de, der ikke deltager, signifikant mere stofbelastede end de, der deltager (0,04 versus 0,02). Derudover ingen forskelle.

\*\* På Damgaard er der signifikant færre kvinder blandt dem, der ikke deltager (16 % versus 34 %). Derudover ingen forskelle.

\*\*\* På Ringgården er de, der ikke deltager, signifikant mere økonomisk belastede end de, der deltager (0,86 versus 0,74). Derudover ingen forskelle.

Der er kun få forskelle mellem dem, der er blevet udtrukket til at deltage i undersøgelsen, og øvrige indskrevne på de enkelte institutioner, som blev indskrevet i tidsrummet januar 2003 til juli 2005. På Majorgården er der lidt forskel i stofbelastningen (en score på 0,04 versus 0,02). Til sammenligning kan nævnes, at en person, der som sit primære problem har stofmisbrug/afhængighed, har en gennemsnitsbelastning på 0,47. Den største og mest diskutabel forskel findes på Damgaard, hvor der deltager relativt flere kvinder blandt undersøgelsesdeltagerne, end der generelt har været indskrevet på institutionen. På Ringgården er de, der deltager i undersøgelsen, mindre økonomisk belastede end de, der ikke deltager.

Udtrækkene fra de enkelte institutioner synes altså, med mindre afvigelser, at kunne tegne et rimeligt billede af de enkelte institutioner for tidsrummet januar 2003 til juli 2005 hvad angår klientgrundlag. Til gengæld er de enkelte institutioner meget forskellige fra hinanden. Dette skyldes ikke mindst den forskellige andel af selvbetalere. Noget kunne således tyde på, at selvbetalere a) er ældre, b) har en højere grad af alkoholbelastning, hvilket skyldes, at de i større udstrækning afuses på institutionerne (mens det offentlige system selv afuser, inden de sender klienten i døgnbehandling), c) har en lavere grad af økonomisk belastning (flere i arbejde) og endelig d) har en højere grad af familiebelastning (fordi de har en familie). Nogle ville kalde en sådan sammenhæng for en falsk positiv sammenhæng

(jo mere familie, desto mere familie). I virkeligheden er der tale om en virkelighed, som stort set aldrig inddrages i forskningen, men som er helt afgørende at synliggøre. Ingen familie kan således være meget værre end en konfliktfyldt familie (afhængig af hvad der vurderes i forhold til). Når konflikter i familien ofte vurderes som havende en negativ indflydelse på et behandlingsforløb, så kan det være en sandhed med stærke modifikationer.

Som det ses, er det ikke mindst Damgaard, men også Helios og Majorgården, som har mange selvbetalere. Netop forskellen mellem selvbetalere og offentligt finansierede klienter vil blive central i denne undersøgelse. Senere skal disse to gruppers forskelligheder nærmere udspecificeres. Nedenfor er det vist, i hvilken udstrækning antallet af selvbetalere, der deltager i undersøgelsen, repræsenterer selvbetalere for perioden januar 2003 til juli 2005.

*Selvbetalere:* Af de 1414 alkoholafhængige, som har været indskrevet i tidsrummet januar 2003 til juli 2005 på de seks institutioner, er 418 selvbetalere (30 %). I undersøgelsen er 153 af de 571 selvbetalere (27 %). I nedenstående tabel er det vist, hvorvidt selvbetalerne, der deltager i undersøgelsen, repræsenterer selvbetalere, der indskrives på de seks døgninstitutioner.

**Tabel 1.6 Repræsentativitet for selvbetalere**

	Selvbetalere undersøgelsen n=153	Selvbetalere øvrige DanRIS n=265	p.værdi
Alder	50,2	48,0	ns
Mænd	59%	66%	ns
Alkohol	0,65	0,66	ns
Stoffer	0,03	0,03	ns
Kriminalitet	0,02	0,02	ns
Økonomi	0,49	0,49	ns
Job	0,24	0,24	ns
Familie	0,38	0,35	ns
Andet social	0,17	0,13	ns
Psykisk	0,37	0,33	ns
Fysisk	0,24	0,27	ns

I tabellen ses det, at de selvbetalere, som deltager i undersøgelsen, ikke signifikant adskiller sig fra de øvrige selvbetalere, som blev indskrevet mellem januar 2003 og juli 2005, og som blev registreret i DanRIS. Det skal fremhæves, at der "måske" er flere selvbetalere, som ikke ønsker at lade sig registrere i DanRIS, eller som registreres anonymt, end det er til-

fældet for offentligt finansierede klienter. Denne gruppe kan af gode grunde ikke deltage i undersøgelsen.

Tre af de 153 selvbetalere var døde ved opfølgning. I alt 89 af de levende 150 blev interviewet mindst et halvt år efter udskrivelsen, svarende til 59 %. I udtræk 1 var det 19 ud af 49 (39 %), i udtræk 2 var det 38 ud af 56 (68 %), og i udtræk 3 var det 32 ud af 45 (71 %). Opfølgningsprocenten er altså acceptabel i såvel udtræk 2 og udtræk 3.

*Sammenfatning:* I alt 571 alkoholafhængige i døgnbehandling deltager i undersøgelsen. Denne gruppe er udtrukket i tre omgange inkluderende henholdsvis 200, 200 og 171 klienter. De tre udtræk udgør grupper, som er indskrevet i tre sammenhængende perioder. Samtlige indskrevet i de enkelte perioder er anmodet om at deltage. I første udtræk var det 50 % af de levende, der deltog i opfølgningsundersøgelsen, hvilket ikke var acceptabelt. I andet udtræk var det 61 % (stadig ikke helt acceptabelt), og i tredje udtræk var det 68 % (acceptabelt).

De tre udtræk adskilte sig ved indskrivningen ikke signifikant fra hinanden (alder, kønsfordeling, EuropASI belastningsscore). Ligeledes adskilte de 571 sig ikke fra de øvrige 843, der var indskrevet på de seks institutioner i perioden januar 2003 til juli 2005 (samme variable). Endelig adskilte udtrækkene fra de enkelte institutioner sig ikke fra de øvrige indskrevet på de enkelte institutioner – dog med enkelte undtagelser.

Selvbetalere udgør en særlig gruppe af klienter, der på en række områder adskiller sig markant fra de offentligt finansierede klienter. Selvbetalerne, der deltager i undersøgelsen, er repræsentative for selvbetalere indskrevet i perioden januar 2003 til juli 2005. Opfølgningsprocenten for selvbetalere er lidt højere end for undersøgelsen generelt. Den samlede opfølgningsprocent for udtræk 2 og 3 er således på 69 % (n=101).

Udtrækkene muliggør etablering af repræsentative grupper med høje opfølgningsprocenter, som giver et konsistent grundlag for en analyse af tilbagefald.

*Sammenlignet med det Nationale Alkoholbehandlingsregister/NAB 2006 (foreløbige tal)*

Gennemsnitsalderen for de 571 alkohol klienter indskrevet på de seks deltagende døgninstitutioner, og som blev udtrukket til at deltage i undersøgelsen, var 46,3 år, og andelen af kvinder var 35 %. Af NAB 2006 fremgår det, at klienterne, der var i behandling på samme døgninstitutioner, i 2006 havde en gennemsnitsalder på 47,5 år, mens 35 % var kvinder. Noget kun-



ne altså tyde på, at gennemsnitsalderen er noget højere i 2006, end den var i 2004-5, mens kønsfordelingen er den samme.

I afsnittet om tilbagefald skelnes der mellem, om behandlingen er ”selv- eller netværksinitieret” (selvhenvender, opfordret af familie, venner eller arbejdsgiver) eller ”offentligt initieret” (på foranledning af alkoholambulatorium, socialforvaltning, skadestue/hospital med flere). I denne undersøgelse var behandlingen offentligt initieret for 59,5 % af undersøgelsesdeltagerne, mens det i NAB 2006 for de samme seks døgninstitutioner er 54,0 %. Altså er der lidt flere offentligt initierede med i denne undersøgelse, end der er i den foreløbige NAB opgørelse fra 2006.



## 2. Alkoholafhængige i døgnbehandling: Baseline

I det følgende skal der gives en nærmere karakteristik af de 571 deltagere i undersøgelsen. Der skal løbende skelnes mellem offentligt finansierede klienter og selvbetalere.

De følgende oplysninger kommer alle fra DanRIS.

*Nationalitet:* Stort set alle undersøgelsesdeltagerne har dansk statsborgerskab. Af de 153 selvbetalere er der en enkelt med tysk statsborgerskab, mens der blandt de 418 offentligt finansierede er en norsk, to tyske og en irsk statsborger.

Af de 571, der deltager i undersøgelsen, er der en enkelt førstegenerationsindvandrer (offentligt finansieret), men ingen andengenerationsindvandrere.

I hele DanRIS databasen (de 1414 fra januar 2003 til juli 2005) er der otte første- eller andengenerationsindvandrere. Af disse er én selvbetalere.

*Uddannelse:* I nedenstående to tabeller er det vist, hvorledes selvbetalere og offentligt finansierede klienter adskiller sig, hvad angår grunduddannelse (8.,9. og 10. klasse) og ungdoms/erhvervs/videregående uddannelser.

**Tabel 2.1 Grunduddannelse**

	Selvbetalere n=153		Offentligt finansierede*	
	n	procent	n	procent
8. klasse eller tidl.	13	8,5	65	15,6
9. klasse	38	24,8	101	24,2
10. klasse	70	45,8	219	52,4
Uoplyst	32	20,9	33	7,9

\* Herunder dog også arbejdspladsfinansierede

I tabellen ses det, at næsten kun halvt så mange selvbetalere som offentligt finansierede har en 8. klasse eller mindre som højeste grunduddannelse.

**Tabel 2.2 Ungdoms/erhvervs/videregående uddannelser**

	Selvbetalere n=153		Offentligt finansierede n=418	
	N	procent	n	procent
Efg basisår	9	5,9	22	5,3
Efterskole	1	0,7	6	1,4
Student, hf, htx mm.	14	9,2	40	9,6
Erhvervsfaglig uddannelse	31	20,3	135	32,3
Kortere videregående	8	5,2	27	6,5
Mellemlang videregående	29	19,0	68	16,3
Lang videregående	33	21,6	28	6,7
Uoplyst	28	18,3	92	22,0

De offentligt finansierede har i højere grad en praktisk erhvervsrettet uddannelse, mens selvbetalerne i højere grad har en mellem og ikke mindst en lang videregående uddannelse. Selvbetalerne kan derfor betragtes som mere bogligt uddannede, mens de offentligt finansierede i højere grad har praktiske uddannelser. Der er dog ingen forskel på, hvor mange der har en højere forberedelseseksamen (studentereksamen, htx og lignende).

*Boligforhold:* I den næste tabel er det vist, hvordan selvbetalere og offentligt finansierede adskiller sig, hvad angår boligforhold.

**Tabel 2.3 Boligforhold**

	Selvbetalere n=153		Offentligt finansierede n=418	
	n	procent	n	procent
Selvstændig bolig	132	86,3	304	72,7
Lejet værelse	5	3,3	31	7,4
Familie/venner	3	2,0	20	4,8
Institution	1	0,7	3	0,7
Støttebolig/bofællesskab			2	0,5
Herberg/pensionat	1	0,7	19	4,5
Fængsel			3	0,7
Gaden/ingen bolig			5	1,2
Sommerhus			3	0,7
Andet	1	0,7	17	4,1
Uoplyst	10	6,5	11	2,6

Flere selvbetalere har selvstændig bolig end offentligt finansierede (uanset uoplyste). De offentligt finansierede kommer oftere fra et lejet værelse, fra familie/venner eller fra herberg/pensionat (tilsammen 16,7 % mod 6,2 %).

*Arbejde:* 60 % af selvbetalerne opgiver at have haft lønnet arbejde den sidste måned inden indskrivningen, mens det samme er tilfældet for 40 % af de offentligt finansierede.

46,4 % af selvbetalerne har haft lønnet arbejde i mindst tre uger inden for den sidste måned inden indlæggelsen på døgninstitutionen. Det samme gælder for 34,2 % af de offentligt finansierede.

At selvbetalerne har været signifikant mere i arbejde end de offentligt finansierede betyder også, de har haft signifikant flere problemer med arbejde (p.001), og det betyder også, at de i signifikant højere grad rapporterer at have brug for hjælp til at gøre noget ved de arbejdsmæssige problemer (p. 003).

*Samliv og børn:* 58 % af selvbetalerne er samlevende, mens det samme er tilfældet for 29 % af de offentligt finansierede.

Eftersom der er tale om en relativ ældre gruppe af klienter, er det forholdsvis begrænset, hvor mange børn under 18 år klienterne har boende hjemme. Således har 26 % af selvbetalerne børn under 18 år boende derhjemme, mens det samme er tilfældet for 28 % af de offentligt finansierede.

3,3 % af selvbetalerne har børn under 18 år anbragt uden for hjemmet, mens det samme er tilfældet for 6,5 % af de offentligt finansierede – altså næsten dobbelt så mange.

*Behandlingen foranlediget af:* I nedenstående tabel er det vist, hvem klienterne oplever der har foranlediget behandlingen.

**Tabel 2.4 Behandlingen foranlediget af**

	Selvbetalere, n=153		Offentligt finansierede, n=418	
	n	procent	N	procent
Selvmøder	55	35,9	24	5,7
Familie	57	37,3	15	3,6
Venner	7	4,6	6	1,4
Arbejdsgiver	9	5,9	38	9,1
Alkoholbehandlingshjem	1	0,7	7	1,7
Praktiserende læge	2	1,3	7	1,7
Skadestue/hospital	1	0,7		
Alkoholambulatorium			243	58,1
Socialforvaltning			28	6,7
Stofmisbrugsinstitution			12	2,9
Psykiatrisk hospital			6	1,4
Kriminalforsorg			3	0,7
Politi			2	0,5
Krisecenter			3	0,7
Andet	7	4,6	10	2,4
Uoplyst	14	9,2	14	3,3

Igen, ikke overraskende, er der stor forskel mellem selvbetalere og offentligt finansierede. Selvbetalerne rapporterer primært enten at være ”selvmødere” eller være henvist af familie, venner eller arbejdsgiver. De offentligt finansierede er helt primært blevet henvist af et alkoholambulatorium eller en socialforvaltning. Dertil kommer, måske lidt overraskende, at de offentligt finansierede hyppigere rapporterer, at behandlingen er foranlediget af arbejdsgiver end selvbetalerne. Endelig er der enkelte af de offentligt finansierede, hvor behandlingen er foranlediget af en stofmisbrugsinstitution, psykiatrisk hospital, kriminalforsorg eller krisecenter.

*Drikkemønstre:* 12 % af selvbetalerne drikker i intensive perioder mindst 30 genstande om dagen, mens det samme er tilfældet for 29 % af de offentligt henviste. I moderate drikkeperioder er det 8 % af selvbetalerne, der drikker mindst 20 genstande om dagen, mens det samme er tilfældet for 17 % af de offentligt finansierede. De offentligt finansierede klienter synes med andre ord at have et mere massivt forbrug af alkohol end selvbetalerne.

Hvad angår kontinuert eller periodisk drikkemønster adskiller selvbetalerne sig ikke fra de offentligt finansierede. For den første gruppe er det således 42 %, der rapporterer at drikke kontinuerligt, mens 44 % drikker periodisk (resten uoplyst). Af de offentligt finansierede er det også 42 %, der rapporterer, de drikker kontinuerligt, mens 47 % drikker periodisk (resten uoplyst).

I den næste tabel sammenholdes selvbetalerne med de offentligt finansierede på EuropASI Composite score variable, to behandlingsvariable (dage indskrevet og gennemført som planlagt) og køn og alder. Som det ses i tabellen, adskiller de to grupper sig signifikant på følgende områder:

- a) De er ældre
- b) Der er flere kvinder blandt dem
- c) De gennemfører hyppigere
- d) De er mere alkoholbelastede ved indskrivningen (fordi de oftere af-ruses på institutionen. De drikker som tidligere nævnt faktisk mindre mængder i intensive og moderate perioder end de offentligt finansierede)
- e) De er mindre stofbelastede (tager færre andre stoffer)
- f) De er mindre økonomisk belastede (fordi de som vist hyppigere har et arbejde)
- g) De er mere jobbelastede (fordi de som vist hyppigere har et arbejde)
- h) De er mere familiemæssigt belastede (fordi de som vist har en familie).

**Tabel 2.5 Selvbetalere og offentligt finansierede**

	Selvbetalere undersøgelsen n=153	Offentligt henviste undersøgelsen n=418	P
Alder	50,2	44,6	0,000000
Mænd	59%	74%	0,0004
Dage inde	74	69	Ns
Gennemført	92%	81%	0,002
Alkohol	0,65	0,49	0,000000
Stoffer	0,03	0,05	0,04
Kriminalitet	0,02	0,03	Ns
Økonomi	0,49	0,67	0,000004
Job	0,24	0,15	0,0006
Familie	0,38	0,26	0,00002
Andet socialt	0,17	0,18	Ns
Psykisk	0,37	0,35	Ns
Fysisk	0,24	0,28	Ns

T-test independent by groups (Statistica)

*Belastningsscore*: EuropASI (European Addiction Severity) scoren (på engelsk kaldet Composite=sammensat score) går fra 0 (ingen målbar belastning) til 1 (den sværeste belastning).

Psykisk og fysisk blev der ikke fundet nogen signifikant forskel mellem de to grupper. Det psykiske dækker dog over en lang række symptomer, hvoraf de to grupper faktisk adskiller sig på et enkelt symptom. Selvbetalerne rapporterer således signifikant flere selvoplevede depressive oplevelser end de offentligt finansierede (81 % selvbetalere mod 66 % offentligt finansierede).

Nu kunne man jo forestille sig, at forskellene mellem selvbetalere og offentligt finansierede alene var et produkt af, at der var flere kvinder blandt selvbetalerne end blandt de offentligt finansierede. Det vil derfor være nødvendigt nærmere at undersøge forskellen mellem kvinder og mænd.

#### *Kvinder versus mænd*

Som det også er tilfældet mellem kvindelige og mandlige stofafhængige, er der også store forskelle mellem kvindelige og mandlige alkoholafhængige. De adskiller sig blandt andet signifikant på følgende områder.

*Alkohol og stofforbrug*: Kvinder drikker generelt mindre mængder af alkohol end mændene. Således drikker 11 % af kvinderne mindst 30 genstande om dagen i intensive drikkeperioder, mens det samme er tilfældet for 30 %

af mændene. Dette indebærer også, at de ikke bruger så mange penge på alkohol som mændene. Til gengæld oplever de sig lige så alkoholbelastede som mænd (EuropASI belastningsscore).

Det kunne jo betyde, at det er, fordi flere kvinder er selvbetalere, at der fandtes en lignende forskel i alkoholforbrug mellem selvbetalere og offentlig finansierede. Som det fremgår af nedenstående tabel, synes dette ikke at være tilfældet.

**Tabel 2.6 Drikkemønstre for mænd og kvinder, selvbetalere og offentligt finansierede**

	Kvinder offentlig	Kvinder selvbetalere	Mænd offentlig	Mænd selvbetalere
Højest 5 genstande pr. dag i moderate drikkeperioder	52,7%	58,1%	25,1%	29,9%
Mindst 30 genstande pr. dag i intensive drikkeperioder	16,7%	6,1%	36,2%	20,3%

Som det ses i ikke mindst forbruget i intensive perioder har ikke alene kvinderne et lavere forbrug end mændene, men kvindelige selvbetalere er helt klart dem, der er mindst tilbøjelige til at være ekstreme storforbrugere. Forskellen i forbrug mellem selvbetalere og offentligt finansierede oprettholdes altså, samtidig med at forskellen mellem kvinder og mænd også er klart tilstede.

Kvinderne har i højere grad et forbrug af andre stoffer end mænd. De bruger hyppigere nerve-/sovemedicin, de bruger hyppigere andre (ikke specificerede) stoffer, og de får hyppigere end mændene ordineret medicin. Dertil kommer, at de hyppigere end mændene har et forbrug af heroin, metadon, andre opiater og kokain. Samtidig skal det fremhæves, at forbruget af disse sidste stoffer er meget moderat. F.eks. er det fire ud af 171 kvinder, der i måneden op til indskrivning har haft et forbrug af heroin, mens det samme er tilfældet for to af 400 mænd. Fem af kvinderne har haft et forbrug af kokain (2,9%), mens det samme er tilfældet for syv af mændene (1,8%).

*Kriminalitet:* Mændene venter hyppigere end kvinderne på en dom, men er ellers ikke mere kriminelle end kvinderne (måske er der tale om domme for spirituskørsel, uden at dette kan udspecificeres i baseline).

*Psykiske problemer:* Kvinderne rapporterer at være mere besværet af og have mere behov for hjælp til psykiske problemer end mændene. De får da også ordineret mere medicin mod psykiske problemer end mændene, og de rapporterer flere dage med psykiske problemer end mændene. Til gengæld



er det ikke muligt at udspecificere, hvordan disse problemer adskiller sig fra mændenes. De oplever således lige så hyppigt depressive symptomer, angst, hallucinationer mm. Tendensen er dog, at lidt flere kvinder oplever disse symptomer end mænd (dog ikke signifikant).

*Arbejde:* Arbejds-, jobtilfredsheds-mæssigt og økonomisk adskiller mænd og kvinder sig ikke fra hinanden. Lige så mange kvinder som mænd har haft lige mange dages lønnet arbejde de sidste 30 dage inden indskrivningen (omkring ni dage sidste måned).

*Familie:* Kvinderne har flere dage med konflikter med deres familie end mændene. Det kunne måske skyldes, at flere af kvinderne end mændene er samlevende (hvilket er tilfældet for stofafhængige i døgnbehandling). Dette er dog ikke tilfældet her. Det kunne også skyldes, at flere kvinder bor sammen med børn under 18 år. Det er faktisk tilfældet (32 % mod 24 %), men ikke i så høj grad at det kan forklare den generelt oplevede højere grad af familiemæssig belastning, som kvinderne rapporterer.

Næsten mere end dobbelt så mange kvinder som mænd har forældre-myndigheden over børn, som er anbragt uden for hjemmet (8 % mod 4 %). Dette forklarer dog ikke forskellen mellem selvbetalere og offentligt finansierede. Det er således stort set kun offentligt finansierede, som har børn, de har forældremyndigheden over, placeret udenfor hjemmet.

*Boligforhold:* Flere kvinder end mænd har en selvstændig bolig (86 % versus 75 %). Generelt har kvinder således mere stabile boligforhold, hvilket bl.a. indebærer, at flere mænd bor på lejet værelse, hos venner eller på herberg/pensionat.

Forskellen mellem selvbetalere og offentligt finansierede gælder kun for mænd. Således er boligforholdene for kvindelige selvbetalere og offentligt finansierede i store træk de samme (89 % mod 85 % har selvstændig bolig). Den store forskel ses mellem mandlige selvbetalere og mandlige offentligt finansierede. Den sidste gruppe er klart dem, der har de mest ustabile boligforhold. Således har 70 % af de offentligt finansierede mænd en selvstændig bolig, mens det samme er tilfældet for 91 % af de mandlige selvbetalere. 20 % af de offentligt finansierede mænd bor hos familie, venner eller på herberg/pensionat, mens dette "kun" er tilfældet for 7 % af selvbetalerne.

*Uddannelse:* Kvinderne har hyppigere end mændene en 9. eller 10. klasses afgangseksamen fra folkeskolen. Mændene har hyppigere kun en 8. klasse eller mindre (16 % mænd mod 9 % kvinder). Forskellen i grunduddannel-

ser mellem selvbetalere og offentligt finansierede gælder lige som i boligforhold kun for mændene. Hos kvinderne er der stort set ingen forskel. Kvinderne har i mindre grad end mændene gennemført erhvervsrettede uddannelser/lærlingeuddannelser (19 % mod 34 %), men har til gengæld hyppigere mellemlange videregående uddannelser, f.eks. pædagoger, sygeplejersker mm. (25 % mod 14 %). Kvinderne har også lidt hyppigere været på efterskole, har en studentereksamen, hf mm. og en kortere videregående uddannelse (eks. laborant, sundhedsassistent). Kvinderne synes altså i højere grad end mændene at have boglige uddannelser, mens mændene i højere grad har praktiske uddannelser.

Hvad angår ungdoms-, erhvervs- og videregående uddannelser kan forskellen mellem selvbetalere og offentligt finansierede stort set ikke forklares med køn. Ganske vist er der klare forskelle mellem kønnene, men det ophæver ikke forskellene mellem selvbetalere og offentligt henviste. Dog er der nogle forskelle, der kun gælder for det ene køn. Ikke mindst de selvbetalende mænd har en lang videregående uddannelse (28 %), mens det samme kun er tilfældet for 7 % af de offentligt finansierede mænd. Mellem kvindelige selvbetalere og kvinder, der er offentligt finansierede, er der ingen forskel på dette område.

*Henvist fra:* De 171 kvinder og de 400 mænd adskiller sig som vist nedenfor.

**Tabel 2.7 Behandlingen foranlediget af**

	Kvinder, n=171	Mænd, n=400
Selvmøder	20,2%	11,5%
Socialforvaltning	4,8%	5,1%
Skadestue/hospital	0,6%	0,0%
Psykiatrisk hospital	1,2%	1,0%
Alkoholambulatorium	38,1%	45,9%
Alkoholbehandlingshjem	0,6%	1,8%
Praktiserende læge	3,0%	1,0%
Kriminalforsorg, krisecenter, §94	0,0%	2,1%
Stofmisbrugsinstitution	3,6%	1,5%
Familie	14,3%	12,3%
Venner	1,8%	2,6%
Arbejdsgiver	6,0%	9,5%
Andet	4,2%	2,6%
Uoplyst	1,8%	3,1%

Eftersom flere kvinder end mænd er selvbetalere, er det ikke så overraskende, at den store forskel mellem kvinder og mænd findes i andelen af selvmødere og henviste fra alkoholambulatorier.

Fordelingen er måske en smule tankevækkende og rejser spørgsmålet, om de visiterende myndigheder er mere tilbøjelige til at visitere mændene end kvinderne til døgnbehandling. Det vil sætte 70-30 fordelingen af kvinder og mænd i et lidt andet perspektiv. Måske er denne fordeling i nogen udstrækning konstrueret af de visiterende myndigheder? Var det ikke for selvbetalerne, var det kun 26 % af de indskrevne, som var kvinder. Selvbetalerne får kvindernes andel op på 30 % (fordi 41 % af selvbetalerne er kvinder). Man kunne godt få den tanke, at der findes ligeså mange alkoholafhængige kvinder som mænd, men at behandlingssystemet forfordeler mændene, hvorved der skabes et falsk fordelingsbillede. Det vil dog uden tvivl være for vidtrækkende en konklusion.

### *Sammenfatning*

Selvbetalere adskiller sig på en række områder signifikant fra de offentligt finansierede. I nedenstående er det vist med en kommentar, hvor forklaringen delvis kan forklares med køn (på ingen af variablene kan forskellen helt forklares med køn).

#### **Tabel 2.8 Forskellen mellem selvbetalere og offentligt finansierede – en sammenfatning**

Selvbetalere:

- |   |  |
|---|--|
| 1. Er ældre   | 11. Tager hyppigere selv initiativ til behandling eller initieres af familie og venner     |
| 2. Er i højere grad kvinder   | 12. Drikker i intensive og moderate perioder færre genstande                               |
| 3. Er mere bogligt uddannede (i begrænset udstrækning forklaret med køn)                                  | 13. Er mere alkoholbelastede ved indskrivningen (fordi de oftere afruses på institutionen) |
| 4. Har mere stabile boligforhold (gælder kun for mændene)   | 14. Er mindre stofbelastede  |
| 5. Er hyppigere samlevende  | 15. Gennemfører hyppigere behandlingen   |
| 6. Har ikke så hyppigt børn under 18 år placeret udenfor hjemmet  | 16. Er mere familiemæssigt belastede (fordi de hyppigere har en familie/er samlevende).    |
| 7. Har hyppigere et lønnet arbejde  |  |
| 8. Er mindre økonomisk belastede (fordi de hyppigere har et arbejde)                                      |  |
| 9. Er mere jobbelastede (fordi de hyppigere har et arbejde).  |  |
| 10. Har mere brug for hjælp til afklaring af arbejdsmæssige problemer (fordi de hyppigere har et arbejde) |  |

Der kan således opstilles fire grupper af klienter, som adskiller sig markant på en række områder. Disse er henholdsvis 1) kvinder der selv betaler, 2) kvinder der har fået deres ophold finansieret af det offentlige, 3) mænd der selv betaler og 4) mænd der har fået deres ophold finansieret af det offentlige. I effektopgørelsen skal disse uddifferentieres yderligere.



### 3. Institutionerne og behandlingen

I dette kapitel tegnes der en profil over de enkelte deltagende institutioner. Som det vil fremgå, er de på mange måder forskellige. Det skal pointeres, at det er, som institutionerne så sig selv i 2005-6, der bliver præsenteret. DanRIS-alkohol ophørte således med at eksistere i 2006, og døgninstitutionerne overgik herefter til at indrapportere til NAB (Nationale Alkoholbehandlingsregister).

Alle oplysningerne er givet af institutionerne selv, enten ved at de selv har udfyldt en interviewskabelon på internettet eller ved telefoninterview. Alle de seks institutioner er selvejende med lidt forskellige konstruktioner. Ingen er således ejet af en offentlig myndighed.

**Tabel 3.1 Kapacitet og pris**

	Kapacitet	Pris (kr. pr. måned)	Selvbetalere
Damgaard	10	43.333	97%
Taarup	26	42.000*	22%
Majorgården	29	55.000**	53%
Helios	9	59.500*	55%
Ringgården	25	33.120	1%
Sydgården	23***	33.457	1%

\* Primærbehandling.

\*\* 77.500 kr. for op til seks ugers internat, fem dages familieprogram og seks måneders efterbehandling. Dette er omregnet til en månedspris.

\*\*\* Sydgården består af grupper, henholdsvis Sydgården §16, Sydgården § 93 og Sydgården § andre. Det er kun den sidste, der her inddrages.

Ringgården og Sydgården adskiller sig på mange måder fra de øvrige institutioner. For det første har de stort set kun offentligt finansierede alkoholafhængige indskrevet, og for det andet synes de også at være de billigste. De sidste kan dog til tider være vanskeligt at gennemskue idet andre institutioner i større eller mindre grad inkluderer efterbehandling i deres priser. Ringgården og Sydgården er også relativt store institutioner, og så er de de eneste institutioner, der ikke definerer sig selv som Minnesota-institutioner.

Damgaard og Helios er små institutioner, som samtidig er Minnesota-institutioner. De fleste klienter fra disse institutioner er selvbetalere. I den næste tabel er det personalesammensætningen på institutionerne, der skal vises.

**Tabel 3.2 Personalesammensætning**

	Behandl. i alt <sup>1</sup>	Kvinder /mænd <sup>3</sup>	Gennem- snitsalder	Ancien- nitet	Antal diplomer	Behandl. klient ratio <sup>5</sup>	Soc. fagligt uddann.
Damgaard	2,0/2 <sup>2</sup>	1/1	49,0	10,0	100% <sup>4</sup>	8,2	100% <sup>6</sup>
Taarup	9,5/10	4/6	51,9	8,2	60%	13,6	60%
Majorgården	12,8/13	7/6	52,1	12,2	62%	16,3	69%
Helios	3,5/4	3/1	53,0	8,3	75%	14,2	74%
Ringgården	8,7/10	4/6	50,0	12,7	80%	12,8	100%
Sydgården	6,8/9	6/3	53,2	11,0	56%	11,0	89%

<sup>1</sup> Antal medarbejdere: Beregnet som medarbejdere der har klientkontakt. For ledere trækkes den tid fra, som udgør det administrative ledelsesarbejde.

<sup>2</sup> Fuldtidsstillinger/personer

<sup>3</sup> Kun behandlere. Kvinder/mænd.

<sup>4</sup> Procent af behandlerne der har diplom.

<sup>5</sup> Behandler/Klient Ratio: Antal behandlertimer om ugen pr. klient ved fuld belægning

<sup>6</sup> Procent med social faglig uddannelse af hoveder ansat.

Der fokuseres i tabellen kun på medarbejdere med klientkontakt. Derudover er der medarbejdere med forskellige administrative opgaver, som ofte også har forskellige opgaver i forhold til klienterne. Dette regnes dog ikke her som behandlingsarbejde.

Det er naturligvis på de store institutioner, der er flest behandlere ansat. På Damgaard er der således 2 fuldtidsbehandlere (74 timer) og på Helios 3,5. På de ”store” institutioner er det mellem 6,8 fuldtidsstillinger og 12,8. Ud fra dette kan det udregnes, hvor mange behandlertimer der i princippet er til rådighed pr. klient ved fuld belægning. På Damgaard er det 8,2 timer om ugen, og på Majorgården er det 16,3 timer.

Gennemsnitsalderen for behandlerne på de seks institutioner er forbavsende ens. Der er tale om midaldrende behandlere, hvilket meget godt afspejler, at gennemsnitsalderen for en alkoholafhængig i døgnbehandling er 46,2 år. Dette adskiller sig i øvrigt fra døgnbehandling af stofmisbrugere, hvor gennemsnitsalderen er noget lavere – også for behandlerne.

Med diplomer henvises der til, at den enkelte medarbejder kan fremvise et dokument, der godtgør, at de har gennemført et uddannelses-/træningsforløb i en bestemt behandlingsmetode, som indeholder mindst 15 hele dages undervisning/træning i den givne metode (f.eks. uddannelser/træning i kognitiv terapi, gestaltterapi og systemterapi). Som det ses, er det på alle institutionerne mere end 50 %, der har diplomer i en eller anden form for behandlingsmetode, og det er også mere end 50 %, der har en socialfaglig uddannelse.

Endelig placerer den gennemsnitlige anciennitet som alkoholbehandler sig mellem 8-13 år.

I den næste tabel er ydelsesstrukturen på de enkelte institutioner stillet over for hinanden.

**Tabel 3.3 Ydelsesstruktur**

	Damgaard	Taarup	Major- gården	Helios	Ring- gården	Syd- gården
Afrusning	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gruppeterapi	Obligat. <sup>1</sup>	Obligat.	Obligat.	Obligat.	Obligat.	Obligat.
Indiv.terapi	Obligat.	Obligat.	Obligat.	Obligat.	Obligat.	Obligat.
Selvhjælpsgruppe	Obligat.	Obligat.	Obligat.	Obligat.	Behov	Obligat.
Behandlingsmetoder	12-trin <sup>2</sup>	12-trin Adfærd <sup>4</sup>	12-trin Gestalt System Interpers. CBT	12-trin	System CBT <sup>6</sup> ALF	Psykodyn
Afspænding	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Akupunktur	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Meditation	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Motion fast	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Parterapi	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Familieterapi	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Tilbagefaldsbehandling	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sagsbehandler <sup>3</sup>	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Psykologsamtaler	Behov <sup>5</sup>	Fast/4	Fast/37	Fast/8	Fast/74	IO
Psykiater tilknyttet	Nej	Behov	Behov	Behov	Fast/12	IO
Læge tilknyttet	Behov	Fast/37	Fast/37	Fast/6	Fast/12	Fast/4
Særlige grupper	Nej	Køn	Unge Børn Familie	Nej	Dbl.diag. Fam./børn Gravide	Nej
Udenfor målgruppe	Dbl. diag.	IO <sup>7</sup>	IO	Dbl.diag.	Aktiv intrave- nøst stof- misbrug	IO
Selvbetalere	97%	22%	53%	55%	1%	1%

<sup>1</sup> Obligatorisk for alle

<sup>2</sup> Kun metoder hvor behandlere kan fremvise et diplom medregnes.

<sup>3</sup> Sagsbehandler som arbejder på stedet.

<sup>4</sup> Adfærdsterapi

<sup>5</sup> Kommer efter behov

<sup>6</sup> CBT = Cognitive Behavioural Therapy

<sup>7</sup> IO = Ingen Oplysninger

Afrusning, gruppeterapi, individuel terapi og selvhjælpsgrupper finder i stor grad anvendelse på alle institutioner. Ringgården har dog ikke obligatoriske møder i selvhjælpsgrupper. Majorgården adskiller sig fra de andre Minnesota-institutioner ved en meget bred vifte af terapeutiske strategier. Det skal pointeres, at ingen metode nævnes, med mindre der mindst er én medarbejder, der kan fremvise et diplom i den nævnte metode. Ringgården anvender CBT, og det gør Sydgården for så vidt også, men de har fokuseret

på at uddanne deres behandlere i den psykodynamiske metode. Ringgården er gået mere i en systemisk retning. De små institutioner synes metodisk set at være mere rene 12-trins behandlere. Man skal dog næppe lægge alt for meget i dette. Man kan således udmærket inddrage andre metoder, uden at have medarbejdere med diplom i den pågældende metode. Der er således sædvanligvis ingen problemer med at kombinere f.eks. gestalt og 12-trin, CBT og 12-trin mv.

Det skal bemærkes, at de små institutioner ikke inkluderer dobbeltdiagnoser i deres målgruppe, mens det modsatte er tilfældet for Ringgården. På de tre andre ”store” institutioner er der ingen oplysninger om grupper af klienter, som de ikke mener hører til deres målgruppe. Ringgården ekskluderer aktive intravenøse brugere af stoffer.

Tabellen skal ikke kommenteres yderligere. Man kan dog forvente, at ovenstående afspejler sig i alkoholafhængige, der indskrives på de seks institutioner. Det gennemgås i næste afsnit.

*Klienter indskrevet på de enkelte institutioner:* De store forskelle mellem selvbetalere og offentligt finansierede og mellem kvinder og mænd har naturligvis indflydelse på, hvor belastede klienterne på de enkelte institutioner er. I nedenstående tabel er forskelle og ligheder mellem de enkelte institutioner opstillet.

Der ses i tabellen endog meget store forskelle mellem døgninstitutionerne. Damgaard-klienterne har klart den bedste uddannelsesmæssige baggrund og de bedste boligforhold. 97 % af klienterne fra Damgaard er da også selvbetalere. De er også meget ofte samlevende (sammen med Majorgården de fleste, der er samlevende). Det er også dem, der er mest alkoholbelastede ved indskrivningen, hvilket uden tvivl skyldes, at de stort set alle afruses på institutionen. De er også klart de mest familiebelastede (fordi de har en familie), og så gennemfører 100 % af de 35, der deltager i undersøgelsen som planlagt, men de er også kun i gennemsnit indskrevet i 35 dage. Også Majorgårdens klienter er samlevende og med en ret god uddannelsesmæssig baggrund. Boligforholdene er ret stabile, og så er de ikke så psykisk belastede, som klienterne fra øvrige andre institutioner (hvilket skal uddybes i næste tabel). De er den gruppe, der har arbejdet mest op til indskrivningen, og hele 92 % gennemfører som planlagt med en gennemsnitlig behandlingstid på 111 dage. Her kan det dog være vanskeligt at gennemskue, hvor meget af behandlingstiden der var døgn, og hvor meget der var efterbehandling.

Gruppen fra Helios ligner på mange måder Majorgården og Damgaard. Også her er der få, der har ustabile boligforhold. 31 % har enten en mellem-lang eller lang videregående uddannelse, og 90 % gennemfører som



planlagt med en gennemsnitlig indskrivningslængde på 27 dage. Altså som hos Damgaard et meget kort forløb.

**Tabel 3.4 Forskelle og ligheder mellem de seks døgninstitutioners klientgrundlag**

	Damgaard n=35	Taarup n=107	Majorgården n=131	Helios n=42	Ringgården n=148	Sydgården n=108
Dage i behandling	32	62	111	27	56	78
Gennemført	100%	86%	92%	90%	77%	75%
Alder ind	48,3	45,5	50,7	48,3	44,1	42,2
Mænd	66%	69%	64%	76%	72%	75%
Penge på alkohol	kr 2.549	kr 2.223	kr 1.682	kr 2.399	kr 856	kr 744
Dage i arbejde	7	9	12	9	6	6
<i>Belastning</i>						
Alkohol	0,70	0,59	0,60	0,67	0,43	0,43
Stoffer	0,04	0,09	0,02	0,03	0,03	0,07
Kriminalitet	0,03	0,03	0,01	0,02	0,02	0,03
Økonomi	0,62	0,62	0,43	0,48	0,74	0,75
Job	0,28	0,15	0,22	0,30	0,15	0,08
Familie	0,56	0,28	0,31	0,39	0,22	0,27
Andet socialt	0,28	0,20	0,12	0,20	0,15	0,22
Psykisk	0,47	0,41	0,28	0,36	0,31	0,41
Fysisk	0,27	0,29	0,18	0,29	0,28	0,34
Mindst 30 genst. intensive perioder	31,3%	34,0%	10,3%	21,6%	37,8%	25,8%
<i>Boligforhold</i>						
Selvstændig bolig	93,9%	76,4%	89,0%	83,3%	78,4%	58,8%
Ustabile boligforhold*	3,0%	15,1%	7,9%	7,1%	16,2%	29,4%
<i>Uddannelse</i>						
Højst 8. Klasse	6,06%	15,09%	13,39%	14,29%	13,51%	16,83%
Højere forberedelseseksamen**	12,12%	4,72%	1,57%	9,52%	6,08%	6,93%
Mellemlang videregående	24,24%	16,98%	23,62%	16,67%	14,19%	12,87%
Lang videregående	30,30%	6,60%	16,54%	14,29%	10,81%	0,99%
Samlevende	57,58%	34,91%	56,69%	45,24%	25,68%	25,49%
<i>Henvist fra</i>						
Selvmøder, familie, venner	90,9%	23,6%	56,7%	66,7%	4,7%	2,0%
Alkoholambulatorium	0,0%	33,0%	7,9%	2,4%	79,1%	78,4%
Henvist af arbejdsplads	0,0%	9,4%	18,1%	9,5%	6,8%	0,0%

\* Ustabile boligforhold inkluderer, at klienten bor hos familie, venner, herberg, pensionat eller slet ikke har nogen bolig.

\*\* Studentereksamen, hf, htx, hhx og lignende.

Taarup-klienterne er lidt i en mellemposition. Flest selvbetalere ser vi på Damgaard, Majorgården og Helios, mens Taarup med sine 22 selvbetalere placerer sig noget tættere på Ringgården og Sydgården. Det ses da også i Taarup-klienternes belastningsgrad. En relativt stor gruppe på godt 15 % af Taarup-klienterne har ustabile boligforhold (bor hos familie, venner,

herberg, på pensionat eller uden bolig). Deres uddannelsesbaggrund er relativt lav og forholdsvis få er samlevende.

De fleste af Ringgårdens klienter bor ikke sammen med nogen samlever, og de er massivt alkoholforbrugende i intensive drikkeperioder. De har ofte intet arbejde, og deres klienters økonomi hører til de mest belastede. Klienternes uddannelsesmæssige baggrund hører til de laveste, dog ikke lavere end klienterne fra Sydgården og Taarup, og 16 % har ustabile boligforhold..

Sydgårdens klienter er på mange måde de mest belastede i denne undersøgelse. Deres uddannelsesmæssige baggrund er meget ringe, ofte bor de alene, og 29,4 % har ustabile boligforhold. Klienterne er sammen med Ringgårdens de yngste og består oftere af mænd (fordi offentligt henviste oftere er mænd). Og så er de ret så psykisk belastede, hvilket ses i næste tabel.

**Tabel 3.5 Udspecificering af psykiske belastning den sidste måned inden indskrivning**

	N	Depres- sion	Angst	Koncentra- tionsprob.	Hallucina- tioner	Voldelig adfærd	Ordineret medicin	Selvmonds- tanker	Selvmonds- forsøg	Dage problem.
Majorgården	127	68%	28%	43%	6%	4%	26%	10%	3%	8
Taarup	106	70%	45%	62%	14%	15%	41%	30%	9%	13
Damgaard	36	92%	50%	64%	8%	17%	36%	19%	3%	17
Ringgården	144	61%	37%	43%	5%	14%	39%	19%	2%	10
Helios	41	80%	32%	56%	10%	17%	27%	15%	0%	12
Sydgården	106	75%	54%	63%	10%	17%	42%	25%	7%	10
	560	70%	40%	53%	9%	13%	36%	20%	4%	11

Noget indikerer, at Sydgårdens og Taarups klienter er de mest psykiske belastede op til indskrivningen. Der er her tale om symptomforstyrrelser, ikke personlighedsforstyrrelser. Det er dem, der hyppigst får ordineret medicin for psykiske problemer, de har oftere selvmordstanker, og betydeligt oftere har de forsøgt at gøre noget ved det (selvmordsforsøg). Om det så har nogen betydning for tilbagefaldsraten, skal der vendes tilbage til.

Nedenfor er opstillet en kort sammenfatning over nogle af de ligheder og forskelle, der er fundet mellem institutionerne. Der henvises i øvrigt til resten af teksten.

*Damgaard:* En lille institution med en ren Minnesota-profil. Klienterne er relativt "ressourcestærke" og kommer ikke fra offentlige alkoholambulatorier. Indskrivningslængden er kort, og gennemførelsesprocenten tilsvarende høj.

*Helios:* Som Damgaard. Lille med ren Minnesota-profil. Meget få klienter kommer fra offentlige alkoholambulatorier og er derfor også relativt ”ressourcestærke”. Også her er indskrivningslængden kort, og gennemførelsesprocenten tilsvarende lang.

Såvel Damgaard som Helios modtager ikke klienter med dobbeltdiagnose.

*Majorgården:* En stor institution som har fundament i Minnesota-forståelsen, men som inddrager en række andre metodiske forståelser. Relativt få klienter kommer fra offentlige alkoholambulatorier, og mange af klienterne er derfor også relativt ”ressourcestærke”. Programmet er sammensat af såvel en døgn- som dagfase, hvilket betyder en relativt lang indskrivningsperiode med en forholdsmæssig høj gennemførelsesprocent.

*Taarup:* Er som Majorgården en stor institution, der bygger på et Minnesota-grundlag. Herefter holder ligheden op. En tredjedel af klienterne kommer fra alkoholambulatorier og er ret så psykisk og socialt belastede. Den gennemsnitlige indskrivningslængde er middel (et par måneder), og gennemførelsesprocenten relativt høj. Profilen er i modsætning til Majorgården relativt ren Minnesota, og der oplyses ikke som på Majorgården om særlige tilbud til særlige grupper.

Majorgården og Taarup er altså nok begge store Minnesota-institutioner, men derudover ikke specielt sammenlignelige.

*Ringgården:* Metoderne bygger på et systemisk og kognitivt grundlag. Der er særlige tilbud til specifikke grupper, herunder klienter med dobbeltdiagnoser. Langt de fleste kommer fra offentlige alkoholambulatorier – der er stort set ingen selvbetalere. Klienterne er ret så socialt belastede. Behandlingen er sammen med Sydgårdens den billigste.

*Sydgården:* Klienterne på mange områder som Ringgårdens, dog synes der at være flere med ret massive psykiske symptomproblemer op til indskrivningen (selvmordstanker og –forsøg). Der er stort set ingen selvbetalere, og langt de fleste rapporterer at komme fra offentlige alkoholambulatorier. Det metodiske grundlag er psykodynamisk, men inspireret af den kognitive forståelse.

Ligesom klienterne fra Damgaard og Helios er relativt sammenlignelige, er også klienterne fra Ringgården og Sydgården sammenlignelige. Metodisk synes de dog at være relativt forskellige, men adskiller sig fra de andre ved ikke at bygge på Minnesota-grundlaget.

Sluttelig skal det pointeres, at det først og fremmest er på klientgrundlaget, at institutionerne kan sammenlignes. Organisatorisk, metodisk mv. er en sammenligning derimod betydeligt mere tvivlsom. Det kommer dog an på, hvilke variable man mener er de væsentlige at sammenligne på. Er det prisen? Er det metoden? Er det behandlernes uddannelse? med videre. I det følgende er det klientgrundlaget, der skal fokuseres på.

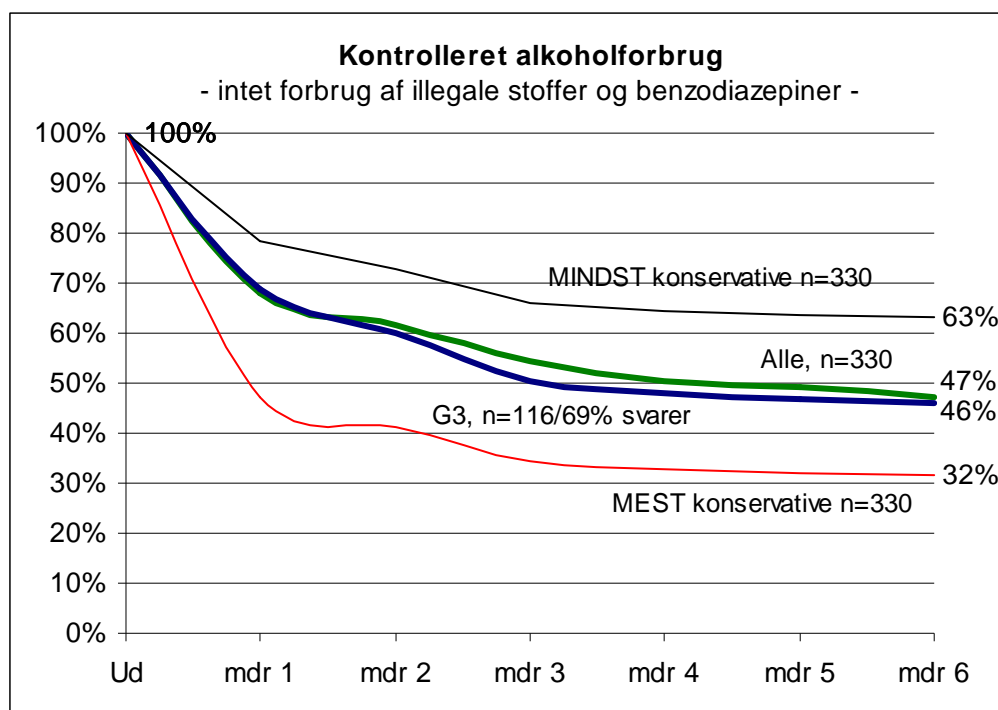


#### 4. Tilbagefald blandt alkoholafhængige seks måneder efter afsluttet alkoholdøgnbehandling

Alle 330, der blev interviewet ved opfølgingsundersøgelsen, havde været udskrevet i mindst seks måneder. Det er denne gruppe, der i det følgende skal fokuseres på.

Metoden, der i denne første analyse skal anvendes, er tidslinjemetoden. Fordelen ved denne metode er, som tidligere nævnt, at vi kan vurdere de første seks måneder efter udskrivningen og ”skære” nøjagtigt, hvilket forbrug klienten havde på seks måneders dato for udskrivelsen. Hvis vi gik ud fra interviewtidspunktet, ville der, som tidligere nævnt, være risiko for, at vi ville få resultater, der var for positive, fordi det er nemmest at få klienterne til at deltage, når de er i en tilstand af afholdenhed eller kontrolleret forbrug.

I det følgende skal tilbagefaldet hos de 330 vises grafisk, først med kontrolleret forbrug af alkohol som kriterium og dernæst med afholdenhed som kriterium.



Figur 4.1 Kontrolleret forbrug seks måneder efter udskrivelsen

Der tages udgangspunkt i et kontrolleret forbrug af alkohol og intet forbrug af illegale stoffer og benzodiazepiner. Brug af psykofarmaka (herunder antidepressive medikamenter) accepteres.

Den øverste graf er den mindst konservative udregning, mens den nederste graf er den mest konservative udregning.

- a) Ud fra den *mindst konservative* udregning går vi ud fra, at alle de, der ikke er blevet interviewet, har et kontrolleret forbrug af alkohol og ikke noget forbrug af hash, benzodiazepiner, stimulanser og opioider/heroin. Hvis dette var tilfældet, ville 63% ikke have haft noget tilbagefald seks måneder efter behandlingens afslutning (37 % haft tilbagefald). Dette er ikke sandsynligt, hvilket der skal vendes tilbage til.
- b) Ud fra den *mest konservative* udregning går vi ud fra, at alle de, der ikke er interviewet, har haft tilbagefald i forhold til kontrolleret forbrug kriteriet og evt. også tager andre stoffer. Hvis dette var tilfældet, ville 32 % ikke have haft noget tilbagefald (68 % haft tilbagefald)
- c) Den *næstøverste graf* viser, hvor mange der har haft et kontrolleret forbrug af de interviewede 330 personer seks måneder efter udskrivelsen. 47 % har haft et sådant kontrolleret forbrug (53 % haft tilbagefald). Besvarelsesprocenten var her 58 %.
- d) Den *næstnederste graf* viser, hvor mange der har haft et kontrolleret forbrug af de interviewede 115 personer fra gruppe 3, igen seks måneder efter udskrivelsen. Her er det 46 %, der fortsat ikke er faldet tilbage (54 % faldet tilbage). Besvarelsesprocenten var her 69 %.

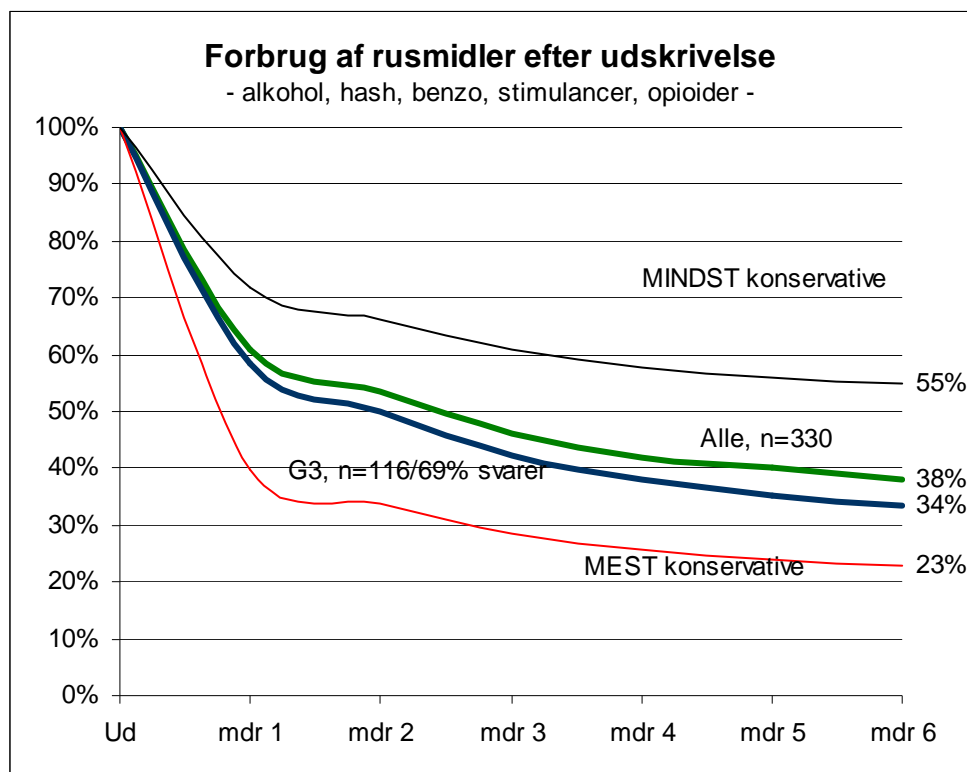
Tilbagefaldsprocenter for udtræk 1 (49 % besvarelse) var 52 %, for udtræk 2 (50 % besvarelse) var den 53 %, mens den for udtræk 3 (69 % besvarelse) var 54 %. Med andre ord en svag tendens til, at jo flere der deltager i en opfølgingsundersøgelse, desto højere bliver andelen, der har været i tilbagefald.

Den næstnederste graf viser således ikke overraskende, at jo flere vi får fat i, desto færre har været afholdende. Tendens er dog ret svag, alligevel må man altså bevæge sig ned mod den mest konservative graf, når andelen af klienter, der har været i tilbagefald, skal vurderes.

*Det skønnes derfor, at mellem 35-45 % af de 555 levende alkoholafhængige, der deltager i undersøgelsen, fortsat har et kontrolleret (eller intet) forbrug af alkohol og er afholdende fra hash, benzodiazepiner, centralstimulerende stoffer og opioider/heroin seks måneder efter, de har forladt institutionen (16 var, som tidligere nævnt, døde).*

I den næste graf er det afholdenhed, der er anvendt som kriterium for tilbagefaldsanalysen. Dette er et strengt kriterium, men ikke desto mindre det

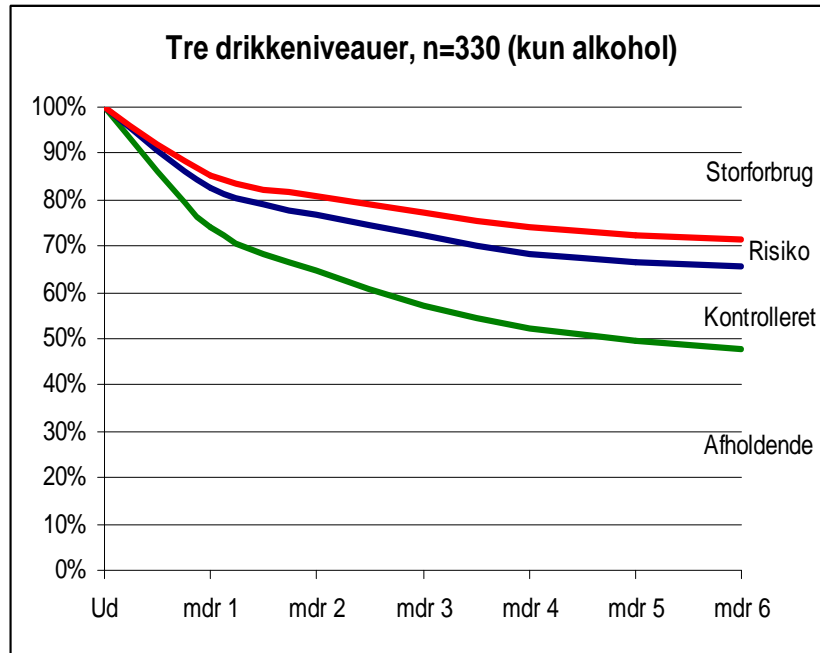
kriterium, som ikke mindst Minnesota-programmer arbejder ud fra (behandlingens formål). Det er derfor også relevant at inddrage dette i denne analyse.



**Figur 4.2 Afholdenhed seks måneder efter udskrivelsen**

I figuren ses det, at 38 % var afholdende og uden forbrug af illegale rusmidler eller benzodiazepiner de første seks måneder efter afsluttet behandling. 62 % havde altså haft et tilbagefald efter dette strenge tilbagefaldskriterium. For gruppe 3, hvor besvarelsesprocenten var 69 %, var det 34 %, der ikke var faldet tilbage. Igen skal vi for at estimere tilbagefaldet for hele gruppen bevæge os ned mod den mest konservative udregning. Det estimerer derfor, at mellem 25-32 % af de 330 har været fuldstændigt afholdende i de første seks måneder efter udskrivning.

I den næste graf skelnes der mellem afholdenhed, kontrolleret forbrug (højst 14/21 genstande om ugen), risikoforbrug (mellem 15/22-35 genstande om ugen) og storforbrug (mindst 35 genstande om ugen). Der er alene fokus på alkohol, og der differentieres ikke mellem de tre opfølgingsgrupper. Grafen forklares nedenfor.



**Figur 4.3** Forskellige forbrugsniveauer af alkohol

Den andel, der placerer sig nedenfor den nederste graf, viser, hvor mange af de 330 der efter eget udsagn ikke havde drukket alkohol siden udskrivel- sen for seks måneder siden (48 %). De kan godt have taget andre stoffer (derfor er flere afholdende end i sidste graf), og som før nævnt var besva- relsesprocenten for denne samlede gruppe kun på 58 %, hvilket betyder, at de 48 % uden tvivl er for højt. Et tal på mellem 40-45 % ville skønsmæs- sigt antageligt være pålideligt, og her regnes forbruget af andre stoffer altså ikke med.

Hvis man accepterer et kontrolleret forbrug af alkohol, ses det, at i alt 65 % enten er afholdende eller kontrollerede forbrugere seks måneder efter udskrivelsen. Altså har ca. 17 % af de 330 et kontrolleret forbrug seks må- neder efter udskrivelsen.

I alt 7 % (andelen mellem de to midterste grafer) har, hvad der her skal kaldes for et risikoforbrug af alkohol, hvilket her er bestemt som mellem 15/22 og 35 genstande om ugen.

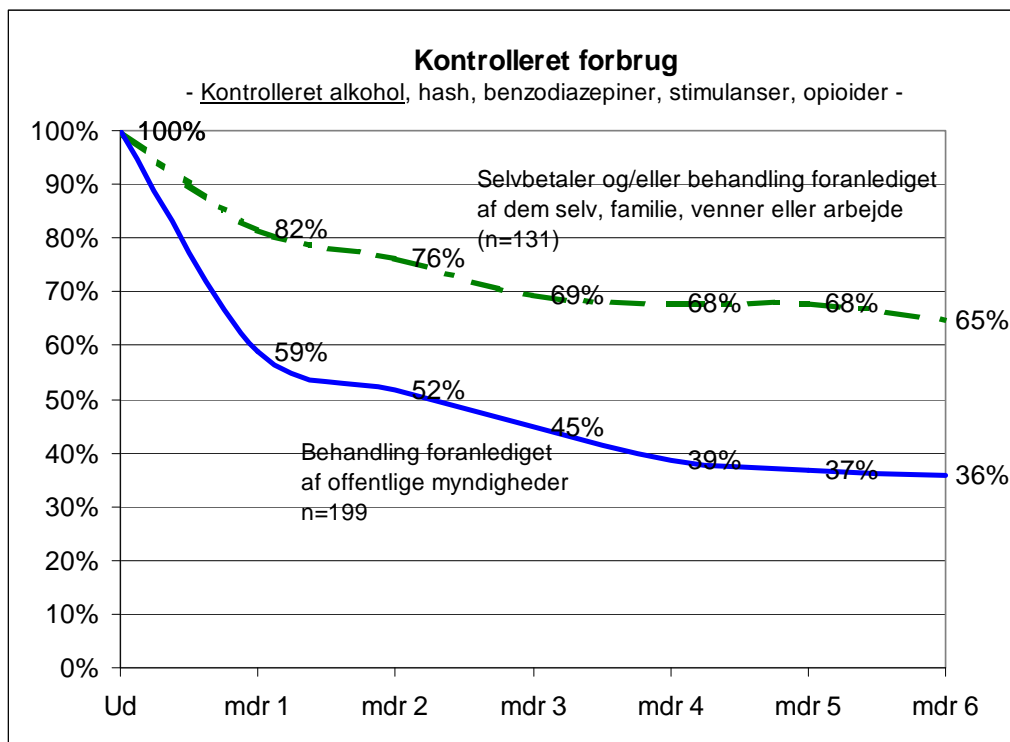
Endelig har den andel, der placerer sig over den øverste graf, et storfor- brug (28 %), som her er bestemt som mindst 35 genstande om ugen.

Ovenstående figur viser altså, at 65 % har, hvad der kan defineres som et kontrolleret forbrug af alkohol. Dette er for positivt et tal (på grund af svarprocenten på 58 %), og det er heller ikke rimeligt ikke også at inddrage andre stoffer som hash, benzodiazepiner, stimulanser (amfetamin, kokain mm.) og opioider/heroin.



### Forskellige grupper og forskellig tilbagefald

I nedenstående figur er det tilbagefald, der blev fundet hos to forskellige ressourcegrupper, sammenholdt med tilbagefaldsraten.

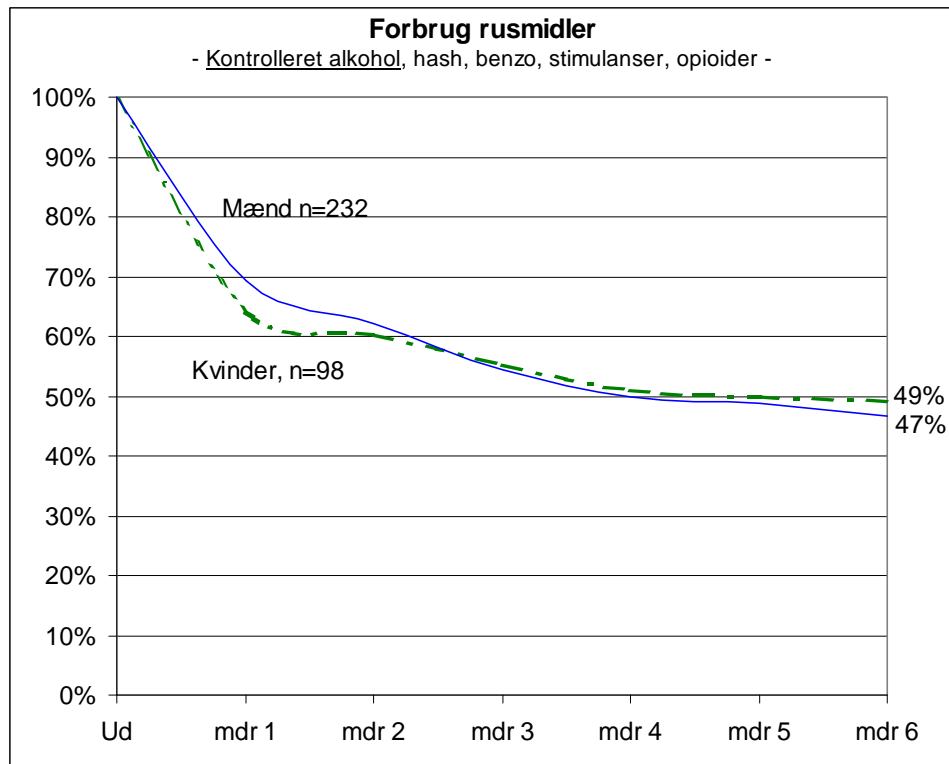


**Figur 4.4 Tilbagefald hos to forskellige ressourcegrupper**

I figuren ses det, at de klienter, hvor behandlingen var foranlediget af dem selv, familien, venner eller arbejdsplads og/eller de selv har betalt for behandlingen, klarer sig meget bedre end de klienter, hvor behandlingen er foranlediget af offentlige myndigheder. Således er det af første gruppe (privat initierede) 65 %, der seks måneder efter udskrivning ikke har haft et tilbagefald, mens det samme gælder for 36 % af den anden gruppe (offentligt initierede). Hvis afholdenhedskriteriet blev anvendt, ville det være 56 % af de privat initierede, som ikke havde haft et tilbagefald seks måneder efter udskrivning, mens det samme var tilfældet for 27 % af de offentligt initierede. Det er naturligvis ikke spørgsmålet, om de er privat eller offentligt initierede, der er forklaringen i sig selv. De privat initierede er således en helt anden ressourcegruppe end de offentligt initierede. På den anden side kan selvbetaling og det at få "stillet stolen for døren" af familie eller arbejdsgiver ikke afvises som en del af forklaringen. Men selvbetaling kan jo kun være en motiverende faktor for dem, der har penge til at betale, ligesom familiens pres kun kan være en motiverende faktor for dem, der har en familie.

## Køn

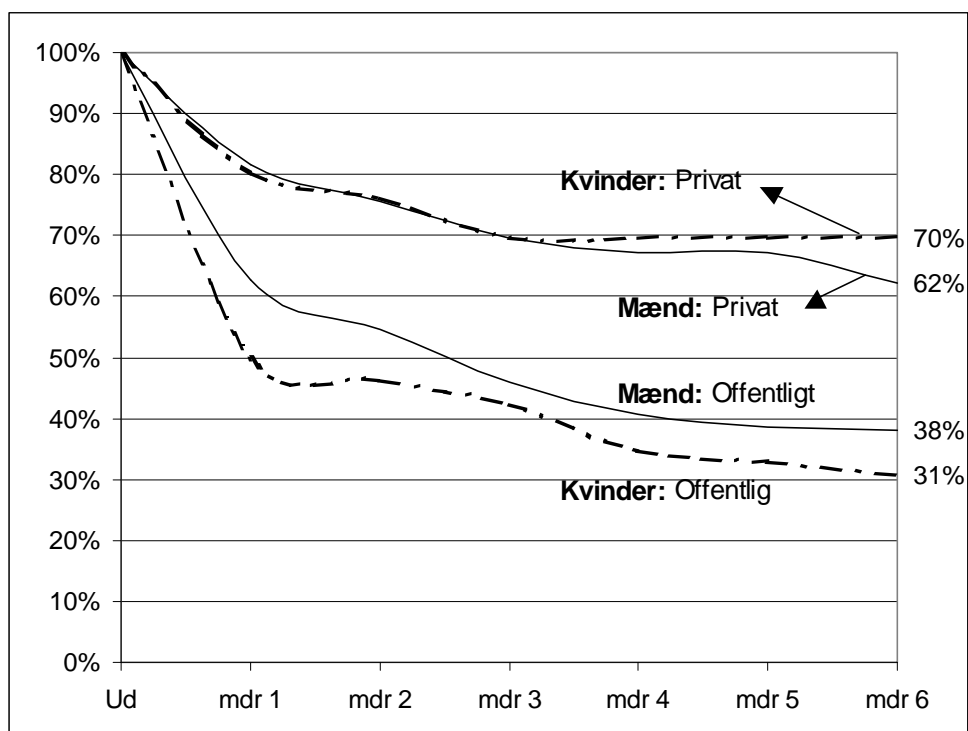
Som vist i nedenstående figur ser det umiddelbart ud, som om kvinder og mænd har tilnærmelsesvis den samme effekt af døgnbehandlingen.



**Figur 4.5 Effekten for henholdsvis kvinder og mænd (kontrolleret forbrug)**

49 % af mændene og 47 % af kvinderne havde ikke haft noget tilbagefald seks måneder efter, de havde forladt døgnbehandlingen (kontrolleret forbrug). Hvis afholdenhedskriteriet anvendes, er det henholdsvis 39 % og 37 %, der ikke har haft tilbagefald.

Når kvinder og mænd fordeles på privat initierede (selvbetalere og/eller behandling foranlediget af dem selv, familie, venner eller arbejde) og offentligt initierede (behandlingen foranlediget af alkoholambulatorium/rådgivning, egen læge eller anden offentlig instans), ser graferne ud som vist nedenfor. Igen er det kontrolleret forbrug kriteriet, der anvendes.



**Figur 4.6 Kvinder og mænd – privat og offentlig (kontrolleret forbrug)**

Forskellene er ikke signifikante. Der synes dog at være en tendens til, at det går ret godt for de privat initierede kvinder (70 % ingen tilbagefald), mens det går ret dårligt for de offentligt initierede kvinder (31 % ingen tilbagefald). Det sidste bliver endnu mere udtalt, hvis afholdenhedskriteriet anvendes. Her det kun 19 % af de offentligt initierede kvinder, der fortsat er afholdende seks måneder efter udskrivning, mens det samme gælder for 29 % af de offentligt initierede mænd. Generelt er der en tendens til, at flere kvinder end mænd rapporterer at have kontrolleret forbrug. Dette er dog ikke signifikant.



## 5. Hvad forudsiger tilbagefald?

Et stort antal undersøgelser har identificeret en lang række variable, som kan ses i signifikant relation til alkoholtilbagefald efter udskrivning fra et alkoholbehandlingsprogram. Disse variable kan inddrages i biologiske markører; personlighed og psykiatriske tilstande; sociale og samfundsmæssige markører; forbrug af rusmidler; forskellige tidsvariable såsom hvor lang tid personen har været afhængig af alkohol, og forskellige behandlingsvariable.

Det første problem er at differentiere mellemrisikofaktorer for udvikling af alkoholafhængighed og risikofaktorer for tilbagefald efter udskrivning fra alkoholbehandling. Risikofaktorer for udvikling af alkoholafhængighed er antageligt ofte også risikofaktorer for tilbagefald efter afsluttet behandling. Til gengæld er risiko for tilbagefald en langt bredere kategori, som også inkluderer de variable, der er et produkt af alkoholafhængigheden og en lang række behandlingsbetingelser. I den følgende introducerende beskrivelse af risikofaktorer skal der ikke systematisk differentieres mellem risikofaktorer for udvikling af afhængighed og tilbagefald.

En del undersøgelser har identificeret en sammenhæng mellem udvikling af alkoholafhængighed/tilbagefald efter behandling og biologiske markører. Der foreligger således stærke indikationer på, at dopamin-aktivitet spiller en vigtig rolle i forudsigelsen af tilbagefald. Også serotonin-aktiviteten og de endogene opioider kunne være væsentlige biologiske elementer i forudsigelsen af tilbagefald (Krystal et al. 1996, Herz 1997, Blum et al. 2000, Heinz et al. 2002, Ciraulo et al. 2003). Andre biologiske markører er det, der kaldes Event-Related-Potentials/P300 (Polich 1994, Hesselbrock et al. 2001), men også søvnmønster og cue reaktivitet (reaktionen på præsentationen af rusmiddelrelaterede stimuli) kunne være væsentlige elementer i forudsigelsen af tilbagefald (Ciraulo et al. 2003). Bare for at nævne nogle få. I den daglige praksis spiller disse biologiske markører ikke den store rolle for planlægningen af interventionen, først og fremmest fordi de er vanskelige at integrere i en praktisk risikovurdering.

Personligheden og de psykiatriske tilstande synes at være betydeligt mere populære tilnærmelser til vurdering af tilbagefald, selvom de nok ikke er meget nemmere at anvende og slet ikke mere entydige end de biologiske markører. Mange forsøg er blevet gjort på at inddrage alkoholafhængige i subtyper. Ikke mindst inddelingen af alkoholafhængige i type 1 og 2 (Cloninger 1987a and 1987b) eller type A og B (Babor et al. 1992 and Schuckit et al. 1995) har været populær. Cloningers typologi er udviklet på baggrund af de tre faktorer novelty-seeking (nyheds-/spændingssøgen), harm avoidance (problem-undgåelse) og reward dependence (belønnings-

afhængighed). Meszaros et al. (1999) fandt en positiv sammenhæng mellem novelty-seeking hos mænd og tilbagefald efter behandlingen. Jo mere novelty-seeking, desto hyppigere tilbagefald. Type B alkoholafhængighed er blevet kædet sammen med et generelt reduceret behandlingsoutcome (Monterosso et al. 2001), og analyser af tilbagefald indikerer, at type A alkoholafhængige får mere ud af interaktionel behandling og mindre ud af social færdighedstræning. Omvendt synes det at forholde sig med type B alkoholafhængige (Litt 1992). Type A er karakteriseret ved senere debutalder, færre risikofaktorer i opvækstårene, mindre alvorlig afhængighed, færre alkoholrelaterede problemer og færre psykopatologiske dysfunktioner. Type B derimod er karakteriseret ved tidligere debutalder, mange risikofaktorer i opvækstårene, alkoholproblemer i familien, høj grad af afhængighed, misbrug/afhængighed af flere stoffer, en mere kronisk behandlingshistorie (på trods af de er yngre), flere psykopatologiske dysfunktioner og en højere grad af livs-stress generelt (se Pedersen 2005). Også Babor, som har været hovedmanden i denne type-udvikling, argumenterer for, at type B er de mest behandlings-”resistente”. Disse sammenhænge er dog fundet i relativt få undersøgelser og har slet ikke ”bidt sig fast”, som konsistente forudsigelsesvariable i behandlingen af alkoholafhængige. Også multiple sameksisterende psykiatriske symptomtilstande har vist sig at kunne forudsige tilbagefald (Pelc 2002, Ciraulo et al. 2003, Bottlender 2005a), herunder ikke mindst angst og depression. Personlighedsforstyrrelserne synes også at kunne ses i sammenhæng med tilbagefald (Dawson et al 2005, Bradizza et al. 2006 og Krampe et al. 2006). Ikke mindst Antisocial Personlighedsforstyrrelse (APD) og Borderline Personlighedsforstyrrelse (BPD) er hyppigt forekommende blandt alkohol(og stof-)afhængige, og meget kunne tyde på, at ikke mindst alkoholafhængige med APD har forøget risiko for tilbagefald. Billedet er dog komplekst. F.eks. fandt Bradizza et al. (2006), at APD kombineret med en affektiv tilstand reducerede tilbagefaldet i forhold til ren APD. Endelig kan høj score i personlighedsfaktoren Neuroticism (emotionel ustabilitet) og lav score i Conscientiousness (samvittighedsfuldhed) også knyttes positivt til forøget risiko for tilbagefald (Bottlender 2005b). En sidste personlighedsdimension, som kan knyttes til tilbagefald, er den såkaldte self-efficacy (Long 1998, Maisto 2000 og Witkiewitz & Marlatt 2007). Self-efficacy kan lidt hurtigt defineres som en persons tro på sig selv, tro på egne evner og egne præstationspotentialer. Jo mindre self-efficacy, desto større risiko for tilbagefald.

Eksempler på sociale og samfundsmæssige markører er antal livskriser, personen har gennemgået i barndommen, ulykkelig og stressfyldt opvækst, stress generelt, arbejdsløshed og det at leve alene (Pelc 2002, Knop 2003, Ciraulo et al. 2003). Også stigmatisering og marginalisering kombineret

med de-institutionalisering (det sidste for personer med svære psykiatriske lidelser) kunne have betydning for behandlingsforløbet (se Phillips & Johnson 2001 og Room 2005). Det synes der dog ikke at være den store interesse blandt forskere for at undersøge.

Kategorien forbrug af rusmidler inkluderer blandt andet sværhedsgraden af afhængigheden, særlig stærk trang, drikkeadfærd, drikkemønster og brugen af sedativer (nerve-/sovemedicin) (se Wilsnack et al. 1998, Haver et al. 2001, Bottlender et al. 2005a/2005c). Tids-variabel kategorien indeholder bl.a. hvor lang tid personen har haft et misbrug af alkohol/være afhængig, hele afhængighedshistorien (history of drug addiction) og personens alder (Wilsnack et al. 1998, Haver et al. 2001, Pelc et al. 2002, Bottlender 2005a/2005c). Af behandlingsvariable, der kan forudsige tilbagefald, kan nævnes antal tidligere behandlingsepisoder (jo flere, desto større risiko for tilbagefald), afbrydelse af behandlingen før planlagt, behandlingens længde og forskellige behandlingsmatchnings-variable. Til det sidste fandt man f.eks. i Projekt Match, at klienter med et højt aggressionsniveau fik mere ud af motivationsforstærkende behandling (motivational enhancement therapy) end af kognitiv adfærdsterapi og 12-trins behandling (Project Match Research Group 1998).

Det skal bestemt ikke påstås, at ovenstående risikofaktorer er dækkende for de faktorer, der har en betydning for forudsigelse af tilbagefald efter afsluttet behandling. Risikofaktorer kan identificeres på mange måder, og det mest hensigtsmæssige er uden tvivl at udspecificere dem for bestemte grupper, såsom efter køn, drikkemønster, behandlingsmetoder osv. At identificere risikofaktorer for forskellige undergrupper kræver dog meget store undersøgelsesgrupper, og hvis der skal kontrolleres behørigt for gyldigheden af et sådant risiko-indeks kræves der endnu større grupper. I denne undersøgelse vil kontrollen foregå på følgende måde:

Gyldigheds-kontrollen af det udviklede risiko-indeks foregår på fire måder: *Kontrol 1*: Indekset udvikles på baggrund af to tredjedele af undersøgelsesgruppen (n=188) og afprøves, om det også virker på den sidste tredjedel af gruppen (n=108). De to grupper er valgt ud fra to sammenhængende indskrivningsperioder, og der er ingen signifikante forskelle på de to grupper, hvad angår køn, alder, før-behandlingsvariable eller andelen, der falder tilbage efter afsluttet behandling. Dette svarer til, at vi lavede to undersøgelser med samme type alkoholafhængige, hvor den sidste undersøgelse skulle bestå i en kontrol af de resultater, der er fundet i den første undersøgelse. Det skal pointeres, at det udviklede risiko-indeks ikke nødvendigvis virker på alle typer alkoholafhængige, men det skal vises, at det virker endog særdeles godt på netop denne forholdsvis brede population af

alkoholafhængige. *Kontrol 2:* For at påvise forudsigelseskraften i det udviklede risiko-indeks sammenkøres undersøgelsesgruppen med 2006 oplysninger fra det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Det forventes her, at de klienter, der er blevet genindskrevet, og som kan identificeres i NAB, i særlig grad tilhører den højeste risikogruppe. Hvis ikke dette er tilfældet, kan indekset ikke forudsige genindskrivning, hvilket svækker det i betydelig grad. *Kontrol 3:* Det undersøges, om forudsigelseskraften er lige stor på forskellige typer døgninstitutioner. Hvis ikke dette er tilfældet, kunne der være visse behandlingsmæssige betingelser, som kunne tænkes at ophæve forudsigelseskraften i indekset. *Kontrol 4:* Endelig kontrolleres indekset for dets forudsigelseskraft for kvinder og mænd og for forskellige aldersgrupper.

Behandlingsvariable inddrages ikke i denne del af undersøgelse. Disse kunne uden tvivl bidrage til at gøre forudsigelseskraften endnu stærkere, men eftersom der skal være tale om et indeks, der kan anvendes før (eller i forbindelse med) behandlingens påbegyndelse, giver det ingen mening at inddrage behandlingsvariable.

## **5.1 Udvikling af et risiko-indeks**

I det følgende skal det vises, hvilke variable der kan forudsige et problematisk alkoholforbrug seks måneder efter udskrivning, og der skal konstrueres et forudsigelses-indeks, som bygger på variable fra tiden før indskrivning, og som giver nogle kraftige indikationer på, hvem behandlingen lykkes for, og hvem der er i særlig risiko for tilbagefald. Som nævnt identificeres de forskellige risiko-variable kun ved at anvende ca. to tredjedele af materialet, her ved at anvende udtræk 1 og 3. Hermed etableres der to grupper - eksperimentgruppen (udtræk 1 og 3) og kontrolgruppen (udtræk 2). Disse to grupper forholder sig til hinanden som vist nedenfor.



**Tabel 5.1 Ligheder og forskelle mellem eksperiment- og kontrolgruppe**

	Eksperiment n=212	Kontrol n=118	
Alder	46,8	46,6	ns
Kvinder	28%	33%	ns
<i>EuropASI CS</i>			ns
Alkohol	0,56	0,54	ns
Stoffer	0,06	0,04	ns
Økonomi	0,61	0,62	ns
Job	0,20	0,16	ns
Familie	0,31	0,27	ns
Andet socialt	0,19	0,16	ns
Kriminalitet	0,03	0,02	ns
Psykisk	0,37	0,34	ns
Fysisk	0,30	0,25	ns
Genstande intensive	23	20	ns
Tidligere behandling	66%	61%	ns
Tilbagefald.	53%	53%	ns

Som det ses er der ingen signifikante forskelle mellem eksperiment- og kontrolgruppen, ej heller hvad angår tilbagefald til et forbrug af alkohol udover et kontrolleret forbrug og/eller et forbrug af illegale stoffer og/eller nerve-/sovemedicin.

Fra eksperimentgruppen blev der fundet følgende variable, som kunne forudsige tilbagefald.

**Tabel 5.2 Variable der korrelerer med et problematisk alkoholforbrug<sup>1</sup> seks måneder efter udskrivelse fra døgnbehandling**

Var	Udregning af score (Excel formula)	p.level <sup>1</sup>
1 Genstande alkohol i intensive perioder	Units/75	.004
2 Økonomiske problemer (EuropASI Comp. Score) <sup>2</sup>	CS score <sup>2</sup> (0 to1)	.04
3 Behandlingen foranlediget af klienten selv, familie eller arbejdsplads.	Yes/No (0-1)	.00009
4 Behandlingen betalt af klienten selv og/eller dennes familie	Yes/No (1-0)	.0004
5 Behandlet for alkoholproblemer før	Yes/No (1-0)	.01
6 Ordineret medicin for psykiske problemer sidste 30 dage	Yes/No (1-0)	.01
7 Selvmordstanker de sidste 30 dage	Yes/No (1-0)	.03
8 Forsøgt selvmord de sidste 30 dage	Yes/No (1-0)	.05
9 Belastet af sociale problemer/konflikter	1-4 CS score	.02
10 Behov for hjælp til fysiske problemer	1-4 CS score	.05
<b>SUM</b>		

<sup>1</sup> T-test for independent samples by groups or product moments and partial correlation (Statistica®).

<sup>2</sup> CS calculation: (((20-Days working last month)/20)+(1-Income from employment=1))/2 For calculation of CS score see <http://eib.emcdda.europa.eu>.

På baggrund af ovenstående variable kan der udregnes et indeks, hvor det er muligt at opdele klienterne i en højrisiko gruppe, en lavrisiko gruppe og en mellemrisiko gruppe.

**Tabel 5.3 A: Eksperimentgruppen**

Score	Procent		Tilbagefald
	af total	N	
Lav<2,5	22%	41	24%
M>=2,5<=5	41%	78	47%
Høj>5	37%	69	77%
		188	

**Tabel 5.3 B: Kontrolgruppen**

Score	Procent		Tilbagefald
	af total	N	
Lav<2,5	24%	26	27%
M>=2,5<=5	45%	49	59%
Høj>5	31%	33	73%
		108	

Som det ses indgår der henholdsvis 188 klienter (eksperiment) og 108 klienter (kontrol) i undersøgelsen. Dette giver 296 og altså ikke 330 klienter. Dette skyldes, at der ikke forelå gyldige oplysninger på samtlige 10 risiko-variable for 34 klienters vedkommende. Disse kunne derfor ikke indgå i analysen. Korrelationen mellem det udviklede risiko-indeks for eksperimentgruppen var .37 ( $p < .000000$ ,  $n=188$ ) og for kontrolgruppen .39 ( $p < .00004$ ,  $n=108$ )

Nogle ville måske indvende, at selvbetaling er en underlig variabel at inddrage. At trække denne variabel ud ændrer dog ikke meget ved forudsigelseskraften. Korrelationen for såvel eksperiment- som kontrolgruppe er her .36, og for lavrisiko gruppen er det henholdsvis 28 % (eksperiment) og 24 % (kontrol), der falder tilbage. For 1, hvilket ses i næste tabel. For højrisiko gruppen er det henholdsvis 77 % og 68 %. At inkludere selvbetaling styrker altså identificeringen af specielt højrisiko gruppen.

Som tidligere nævnt var den næste kontrol at forsøge at identificere de klienter, der er med i denne undersøgelse, i den foreløbige NAB database for 2006. Denne database er ikke komplet, men med mindre der finder en systematisk fejlindberetning sted, hvor særlige grupper af alkoholafhængige ikke registreres, er dette ikke nødvendigvis så stort et problem. Hvis ikke en sådan fejlberetning finder sted, må man forvente, at det i særlig grad er højrisiko klienter, som kan findes i NAB 2006.

For at finde så mange som muligt i NAB, som har været i døgnbehandling i 2003-5, er samtlige klienter fra denne periode inddraget, hvorfra der foreligger oplysninger, som gør det muligt at udregne en risiko-score. I alt 938, som er registreret i DanRIS fra 2003-5, kan der udregnes en risiko-score for. Af disse blev 104 genfundet i NAB 2006. Gennemsnitscoren for dem, der blev genfundet i NAB, var på 4,7, mens den for de øvrige 824 var 3,9. Dette er en stærkt signifikant forhøjet score ( $p = .00006$ ). Kun 13 % af dem, der findes i NAB, tilhører lavrisiko gruppen, mens dette var 25 % i

døgngruppen. Denne lavrisiko gruppe ser altså ud til i mindre grad at kunne genfindes i alkoholbehandling 1-3 år senere end højrisko klienterne. Af de klienter, der kunne genfindes i NAB 2006, var 42 % således højrisko klienter, mens det samme var tilfældet for 32 % af døgngruppen. Denne gruppe genfindes altså signifikant hyppigere igen 1-3 år efter i et nyt alkoholbehandlingsforløb.

Den tredje kontrol af det udviklede risiko-indeks går ud på at undersøge, hvorvidt risikogrupperne er dækkende på forskellige typer døgninstitutioner. Hvis dette er tilfældet udgør behandlingsbetingelserne enten ingen eller kun en mindre del af forklaringen på klienternes tilbagefald. Det er ikke muligt at undersøge risiko-indeksets forklaringskraft for hver enkelt institution, idet der så bliver for få klienter i nogle af grupperne. Det kræver med andre ord en vis masse at give et meningsfuldt billede af risiko-indeksets forklaringskraft. Institutionerne deles således op i de små Minnesota institutioner, de store Minnesota institutioner og ikke-Minnesota institutioner. Det skal igen pointeres, at dette ikke er nogen sammenligning af behandlingen på de enkelte institutioner, men alene et forsøg på at udvikle et risiko-indeks, der kan anvendes på tværs af forskellige døgninstitutioner. Før resultatet præsenteres skal det vises, hvor forskellig belastningsgraden på de tre typer institutioner er.

**Tabel 5.4 Andelen af klienter i forskellige risikogrupper på tre typer døgninstitutioner**

	Lav risiko n=67	Mellem risiko n=127	Høj risiko n=102
Damgaard	36%	59%	5%
Helios	46%	46%	7%
Majorgården	52%	38%	11%
Taarup	20%	41%	39%
Ringgården	4%	41%	55%
Sydgården	4%	45%	51%

Som det ses, er det helt klart Ringgården og Sydgården, der har højrisko klienterne indskrevet, mens det er Damgaard, Helios og Majorgården, der har flest lavrisiko klienter. Dette billede er stort set den samme, hvis selvbetalere tages ud. Det er stadig 4-5 % af klienterne, der tilhører lavrisiko gruppen på Sydgården og Ringgården, mens det er mellem 9-18 % på Majorgården, Damgaard og Helios, der tilhører højrisko gruppen.

I den næste tabel er det tilbagefald for de forskellige risiko-grupper fordelt på de forskellige typer institutioner, der vises.

**Tabel 5.5 Risiko-indeksets anvendelighed på tværs af forskellige typer døgninstitutioner**

	Små Minnesota	Store Minnesota	Ikke- Minnesota
Lav risiko	24%, n=21	27%, n=41	20%, n= 5
Mellem	35%, n=26	54%, n=46	58%, n=55
Høj risiko	67%, n= 3	60%, n=30	83%, n=69

Generelt ser risiko-indekset ud til at kunne bruges på vidt forskellige institutioner. Nogle af grupperne er så små, at brugbarheden kan diskuteres, men tendensen går alligevel i den rigtige retning. Klienterne i mellemrisiko gruppen ser ud til at klare sig rimeligt på de små Minnesota institutioner. De mellemrisiko klienter, der er indskrevet på de små Minnesota institutioner, er dog også de klart mindst belastede af klienterne fra mellemgruppen. Andre af forskellene kan være et produkt af særlige andre forhold, f.eks. personlighedsforstyrrelser. Igen skal der derfor ikke tages stilling til behandlingseffekten. Det siger denne undersøgelse ikke noget om. Derimod siger den noget om, at det udviklede risiko-indeks kan anvendes på tværs af meget forskellige døgninstitutioner med meget forskellige indskrevne klienter.

Hvis selvbetalere tages ud som variabel i indekset, fastholdes ovenstående billede stort set med mindre afvigelser.

Sluttelig skal risiko-indekset udspecificeres for henholdsvis køns- og aldersforskelle, og endelig skal kontrolkriteriet forholdes til afholdenhedskriteriet.

*Kvinder versus mænd:* I nedenstående tabel ses tilbagefald for de tre grupper fordelt på køn.

**Tabel 5.6 Risiko-indekset udspecificeret i køn**

	Tilbagefald Kontrolleret Kvinder		Tilbagefald Kontrolleret Mænd	
	n	Procent	Procent	n
Lav risiko	21	29%	24%	46
Mellem	35	37%	58%	92
Høj risiko	29	86%	71%	73
	85	52%	55%	211

Som det ses, identificeres lav- og højrisko grupper stort set lige godt for kvinder som mænd. Mellemrisko gruppen hos kvinder er dog tæt på at kunne betragtes som en lavrisiko gruppe.

*Alder:* Klienterne er her opdelt i dem, der mindst er 45 år, og dem, som er yngre.

**Tabel 5.7 Risiko-indekset udspecificeret på to aldersgrupper**

	Tilbagefald Kontrolleret ≥45 år		Tilbagefald Kontrolleret <45 år	
	n	Procent	Procent	n
Lav risiko	49	24%	28%	18
Mellem	69	51%	53%	58
Høj risiko	45	80%	72%	57
	163	51%	58%	133

Som det ses, virker risiko-indekset lige godt for klienterne i de to aldersgrupper.

*Afholdenhed versus kontrol:* I den sidste tabel sammenholdes kriteriet for kontrolleret forbrug med kriteriet for afholdenhed.

**Tabel 5.8 Risiko-indekset udspecificeret i to tilbagefalds-kriterier**

	N	Tilbagefald	Tilbagefald
		Kontrolleret	Afholdenhed
Lav risiko	67	25%	37%
Mellem	127	52%	63%
Høj risiko	102	75%	80%
	296	54%	63%

Ikke overraskende falder flere tilbage i forbrug, når afholdenhedskriteriet anvendes. Det betyder, at tilbagefaldsraten er højere i alle tre risikogrupper, hvilket ikke har ændret indeksets anvendelighed.



## Del 2. Den kvalitative undersøgelse

### 1. Indledning

Formålet med undersøgelsen er at belyse 'hvordan det går kvinder i alkohol døgntilstand, hvori de adskiller sig fra mændene, hvad angår vejen ind og vejen ud af alkoholafhængigheden'. Dette ønskes belyst både ved hjælp af en opfølgingsundersøgelse og analyse af kvantitative data samt gennem en interviewundersøgelse. I denne anden del af rapporten fokuseres udelukkende på resultater fra interviewundersøgelsen. Via præsentation af interviewdata fra kvalitative interview med både kvinder og mænd belyses primært:

- kvinders (og mænds) vej ind i alkoholafhængigheden
- deres eventuelle fastholdelse i afhængigheden
- deres vej ud af afhængigheden

Baggrunden for afrapporteringen er et ønske om at undersøge, hvorvidt der er specifikke kendetegn ved de interviewede kvinders beskrivelser af deres forløb op til, under, og efter behandling for alkoholproblemer. Og hvorvidt og på hvilke parametre disse adskiller sig fra de interviewede mænds beskrivelser af deres forløb op til, under, og efter behandling for alkoholproblemer. Forskning viser, at der kan være forskelle på mænds og kvinders grunde til at indgå i behandling for alkoholproblemer, samt at der kan være forskel på effekten af behandlingen, når man sammenligner populationer af kvinder og mænd. Ikke sådan at forstå, at køn nødvendigvis skal ses som den udslagsgivende variabel, der kan forklare de forskelle, vi blandt andet ser i brug, behandlingseffekt og typer af skader. Men på baggrund af vores viden om mere konkrete og observerbare forskelle mellem kvinder og mænd er det centralt at se, hvorvidt dette billede kan genfindes i henholdsvis kvindernes og mændenes beretninger om deres forløb.

Før præsentation af data og resultater fra den kvalitative undersøgelse gives i det følgende en kort skitsering af centrale forskningsmæssig viden vedrørende forskelle mellem mænd og kvinder med et alkoholproblem.

## 2. Baggrund

Ifølge Wilsnack & Wilsnack (1997) er der flere grunde til at interessere sig for køn og alkohol. Først og fremmest finder man, at mænd og kvinder, på tværs af kulturer og historiske perioder, har et meget forskelligt forbrugsmønster, hvor mænd typisk drikker oftere og typisk indtager mere alkohol end kvinder (Lex, 1992; Mäkelä et al., 2006). I kraft af dette forårsager mænds indtag af alkohol ofte alvorligere skader både på dem selv og andre.<sup>2</sup> Prævalensundersøgelser viser, at mænd er overrepræsenterede, når man ser på afhængighed og skadeligt brug af alkohol (ratio 3:1 til 4: 1 i mændenes favør) (Institute of Medicine, 1990). Ser man på danske befolkningsundersøgelser bekræftes billedet af, at mænd oftere end kvinder indtager alkohol, og at de hyppigere end kvinder overskrider de af Sundhedsstyrelsen anbefalede genstandsgrænser (Kjøller & Rasmussen, 2002). Samtidig er der en tendens til, at andelen, der drikker for meget, stiger hurtigere blandt kvinderne end blandt mændene. Ser man på de helt unge, finder man endog endnu mindre forskelle kønnene imellem, hvad angår risikabelt brug af alkohol (og andre rusmidler) (EMCDDA, 2005; Kessler et al, 2001).

Hvis man ser på udvikling af et problematisk brug af alkohol, udvikler kvinderne typisk et sådant brug senere i livet end mænd. Kvinder med alkoholproblemer udviser til gengæld flere psykopatologiske symptomer/lidelser end mænd, og de udvikler hurtigere end mænd symptomer, der knytter sig til alkoholrelaterede lidelser. Kvinder med alkoholproblemer udvikler således hurtigere end mænd hjerte-kar-sygdomme, mave- og tarmproblemer, og skader på leveren som følge af alkoholforbrug (Booth & McLaughlin, 2000; Lex, 1992; Wilsnack & Beckman, 1984). Når man forsker i undersøgelser af kvinder med problematisk brug af alkohol, taler man om accelereret *telescoping* (Piazza, Vrbka, & Yeager, 1989). Telescoping skal forstås som progression af alkoholafhængighed og skadeligt brug og refererer til de antal år, der går mellem identificerede milepæle ('identified landmarks') i forhold til udvikling af et problematisk brug af alkohol. Identificerede milepæle kan være: Alder ved påbegyndt brug af alkohol; alder for første episode med beruselse; alder hvor han/hun først vedkendte sig at have et problem med alkohol; og alder ved første indskrivning i behandling for alkoholproblem. Undersøgelser tyder på, at kvinder oplever en accelereret progression, hvorved de oplever, at der er færre år mellem de identificerede milepæle, end man finder det hos mænd. *Kvinder akkumule-*

---

<sup>2</sup> Eksempelvis i form af nedsat gennemsnitlig levetid ved indtag over genstandsgrænsen (Juel, Sørensen, & Brønnum-Hansen, 2006).



*rer tilsyneladende det samme antal symptomer afledt af alkoholmisbrug og afhængighed som mænd, men over en kortere årrække (Piazza et al., 1989).*

Undersøgelser af kvinder og mænd i alkoholbehandling viser, at der er forskelle på, hvordan mænd og kvinder drikker. Kvinder har tendens at drikke for meget/umådeholdent når de er alene, er under pres fra en drikkende ægtefælle/partner, og når de oplever negative emotionelle tilstande. Mænd derimod har tendens til at drikke for meget/umådeholdent, når de er i sociale sammenhænge, og når de oplever positiv emotionelle tilstande (Thom, 1986, 1987; Wilsnack, Wilsnack, & Klassen, 1984).

Rent fysisk reagerer mænd og kvinder forskelligt på indtagelse af alkohol (Hill, 1984; Mancinelli, Binetti, & Ceccanti, 2007). Kvinder synes mere udsatte for alkoholens skadelige virkninger på eksempelvis lever og hjerne, hvilket blandt andet skyldes, at kvinder omsætter alkoholen anderledes end mænd. Kvinder har lavere BMI, og en anden væskebalance i kroppen, hvorved en større andel af den alkohol, der er indtaget når leveren, og derved kan forårsage en hurtigere progression af leverskader. Ser man på skader på hjernen, er der studier, der antyder, at kvinders hjerne tager skade ved lavere dosis alkohol end mænds, hvorved man kan have en hypotese om, at kvinders hjerne er mere sårbar overfor alkoholens toksiske virkning (Mancinelli et al., 2007). Der synes således på det fysiologiske plan at være konkrete forskelle mellem mænd og kvinder, forskelle der muligvis kan have betydning for deres forløb før, under og efter behandling for alkoholproblemer.

De førnævnte prævalensundersøgelser for problematisk brug af alkohol indikerer, at man ligeledes vil kunne finde en skæv kønsmæssig fordeling blandt grupper, der søger behandling for problemer med alkohol. Ser man på behandlingsforløb, viser både nationale og internationale studier, at langt færre kvinder end mænd er i alkoholbehandling (Blume & Zilberman, 2005; Sundhedsstyrelsen, 2007). Eksempelvis viser tal fra Sundhedsstyrelsen, at knap 70 %, af de 5432 personer, der i 2006 modtog behandling for problemer med alkohol (i offentligt regi), var mænd (Sundhedsstyrelsen, 2007).

Samtidig viser andre undersøgelser, at kvinder med alkoholproblemer er mere tilbøjelige til at søge enten psykiatrisk behandling eller anden offentlig behandling frem for behandling, der direkte retter sig mod afhængighed og misbrug (Blume & Zilberman, 2005; Walitzer & Connors, 1997). Måske kan de forskelle, vi finder i antallet af kvinder og mænd i alkoholbehand-

ling, til dels være udtryk for eksistensen af barrierer i forhold til at søge behandling. Barrierer, der specielt påvirker kvinder, og som øger sandsynligheden for, at kvinder med alkoholproblemer er mere tilbøjelige til at søge hjælp for alkoholrelaterede problemstillinger i psykiatrien og sundhedsvæsenet generelt og ikke i misbrugsbehandlingen specifikt (Schober & Annis, 1996). I følge Beckman & Amaro (1984) og Walitzer & Connors (1997) oplever kvinder med alkoholproblemer flere negative konsekvenser af at søge behandling for alkoholmisbrug end mænd – det være sig konsekvenser i form af tab af job og venner samt opløste familierelationer. Kvinder, der søger alkoholbehandling, har, i det mindste delvist, overkommet barrierer såsom følelsen af skam og stigmatisering ('den kvindelige alkoholiker'), vanskeligheder i familien og problemer med at tage vare på deres børn, mens de er i behandling. Det er derfor muligt, at de kvinder, der søger alkoholbehandling, slet ikke er repræsentative for kvinder med alkoholproblemer generelt. Måske er kvinder, der søger alkoholbehandling, mere belastede og afhængige eller har større problemer end kvinder, der ikke søger behandling, hvorfor de er parate til at overskride de barrierer, de måtte opleve.

Ser man på, hvilke begrundelser henholdsvis mænd og kvinder giver for at søge behandling for alkoholproblemer, er der undersøgelser, der tyder på, at der er forskelle på kvinder og mænds begrundelser. I en undersøgelse af kvinder og mænd i alkoholbehandling fandt Thom (1986), at tre fjerdedele af mændene og en fjerdedel af kvinderne angav, at alkoholmisbrug var det centrale problem, de ønskede hjælp til at forandre. Mændene identificerede deres alkoholbrug som kilde til problemer i deres liv, henholdsvis: økonomiske problemer; kriminalitet; familiære problemer; arbejdsrelaterede vanskeligheder. I modsætning hertil identificerede kvinderne angst, depression, og stressfulde begivenheder ('life events') som deres hovedproblem. Også andre studier understøtter, at kvinder kan være mere tilbøjelige end mænd til at tilskrive deres vanskeligheder med alkohol til stressfulde begivenheder og mindre tilbøjelige end mænd til at definere deres problemer som alkoholrelaterede (Dahlgren & Willander, 1989; Schober & Annis, 1996).

Samlet set finder forskningen en række forskelle på kvinder og mænd med misbrug/skadeligt brug af alkohol. Som regel starter kvinderne et misbrug senere end mænd, til gengæld udvikler kvinder med alkoholmisbrug hurtigere fysiske symptomer på alkoholrelaterede skader end mænd, (jf. accelereret 'telescoping') (Lewis, Bucholz, Spitznagel, & Shayka, 1996; Piazza et al., 1989). I denne forbindelse fremhæver Blume og Zilberman (2005), at

kvinder oftere kan placere starten på deres problemer med alkohol til en bestemt belastende begivenhed.

Generelt drikker kvinder mindre end mænd (Kjøller & Rasmussen, 2002), men de er til gengæld oftere afhængige af receptpligtige midler (Blume & Zilberman, 2005). Alkoholmisbrugende kvinder har i højere grad end mænd tendens til at have en alkoholmisbrugende partner, en faktor der for nogle kvinder kan fungere som en barriere for at søge behandling (Chang, McNamara, Orav, & Wilkins-Haug, 2006). Alkoholmisbrugende kvinder har oftere end alkoholmisbrugende mænd en psykiatrisk diagnose (Walitzer & Connors, 1997), og kvinder med alkoholproblemer er mere tilbøjelige til at have oplevet både fysiske og seksuelle overgreb enten som børn eller voksne (Amaro, Fried, Cabral, & Zuckerman, 1990; Booth & McLaughlin, 2000).

Forskning på området angiver således en række parametre, hvorpå det kan forventes at finde forskel på mænd og kvinder. En del er allerede blevet belyst i rapportens kvantitative del (eksempelvis at kvinder oftere er afhængige af receptpligtig medicin end mænd), andre parametre vil blive inddraget i denne kvalitative del af rapporten, enten som afsæt til analyse af data eller i form af perspektivering af interviewundersøgelsens resultater. Det er således relevant i den kvalitative undersøgelse at belyse: hvorvidt der er forskelle på mænds og kvinders begrundelser for at indgå i behandling, hvorledes kvinder og mænd forstår deres problemer med alkohol, samt hvilke typer problemer henholdsvis kvinder og mænd beskriver i perioden op til behandling.

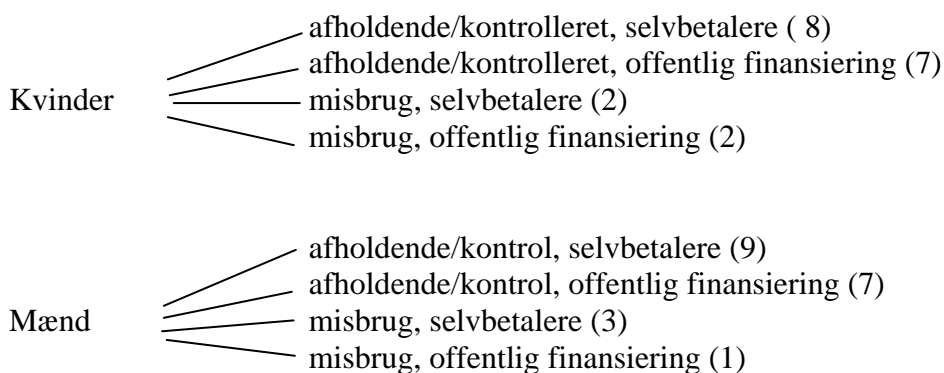


### 3. Udvælgelse og beskrivelse af interviewpersoner

#### *Udvælgelse*

Interviewpersonerne er fundet blandt de undersøgelsesdeltagere (n = 330), der deltog i opfølgingsundersøgelsen 6-9 måneder efter døgnbehandling for alkoholafhængighed/misbrug. Baggrunden for interviewundersøgelsen er som anført et ønske om at beskrive veje ind og ud af alkoholmisbrug og behandling herfor. Med afsæt i denne målsætning samt opfølgingsundersøgelsens konkrete resultater og effektmål (hhv. afholdende eller kontrolleret brug vs. problematisk brug af alkohol ved opfølgning) samt faktorerne selvbetalere/offentligt finansieret<sup>3</sup> og mænd/kvinder blev det, for at sikre interview med et bredt udsnit af undersøgelsesgruppen, valgt at søge at dække otte grupperinger gennem interview (se figur 1 nedenfor). Denne gruppering er baseret på de oplysninger, interviewpersonerne har givet i forbindelse med registrering i DanRIS samt ved opfølgingsinterviewet 6-9 måneder efter døgnbehandling.

Den endelige udvælgelse af interviewpersonerne indenfor de nævnte grupper tog dels afsæt i interviewernes vurdering af den opnåede interviewmæssige alliance fra opfølgingsundersøgelsen, og dels hvorvidt de pågældende undersøgelsesdeltagere havde givet tilsagn om at blive interviewet endnu en gang. På denne baggrund udvalgte vi et antal mulige interviewpersoner, der blev kontaktet. Denne fremgangsmåde blev valgt, idet kriterierne for udvælgelsen var at få så fyldige og varierede beskrivelser af veje ind og ud af alkoholmisbrug, og ikke nødvendigvis at opnå et repræsentativt udvalg.



**Figur 3.1** Gruppering af interviewpersoner (tallene i parentes antal interviewpersoner i denne gruppe)

<sup>3</sup> *Selvbetalere* dækker over ophold på døgninstitution, hvor enten vedkommende selv har betalt eller deres arbejdsgiver, pensionskasse eller fagforening har bidraget til finansieringen. *Offentlig finansieret* dækker over ophold på døgninstitution finansieret af en offentlig myndighed.

Hvor det var forholdsvist enkelt at lade faktorer som køn og finansiering være udgangspunkt for udvælgelse til interview, viste det sig undervejs i interviewundersøgelsen, at der var visse vanskeligheder ved at lade misbrugsstatus ved opfølgingsinterview være et afgørende kriterium. Dette er således baggrunden for, at det ikke lykkedes at få dækket de respektive grupper ligeligt ind. Misbrugsstatus kan betragtes som et fluktuerende fænomen, og således havde nogle af interviewpersonerne, i løbet af den tid der var gået fra opfølgingsinterview i 2004/5, til vi opsøgte dem for yderligere interview i 2006/7, enten genoptaget et problematisk brug af alkohol eller opnået et kontrolleret forbrug. Derudover ønskede en del af undersøgelsespersonerne enten ikke at medvirke, eller de dukkede ikke op til de aftalte interview.

Målsætningen var at interviewe fem personer i hver af de otte grupper (som vist i figur 3.1), det vil sige i alt 40 personer. Således blev mere end 100 personer kontaktet – og ud af disse indvilligede 40 i at lade sig interviewe. Med afsæt i interviewundersøgelsens formål om at indhente fyldige beskrivelser fra henholdsvis kvinder og mænd blev det i sommeren 2007 besluttet at standse indhentning af interview, selvom der på det tidspunkt manglede et enkelt interview.<sup>4</sup> Ved interviewundersøgelsens afslutning var de 8 grupperinger dækket ind – om end med en noget skæv fordeling (se tallene i parentes i figur 1). Det er dog en fordeling, der om muligt afspejler virkeligheden: At en stor del af de mennesker, der kommer i døgnbehandling for alkoholmisbrug, klarer sig og fastholder afholdenhed eller kontrol af alkoholindtag i kortere og længere perioder. Alle interviewpersoner er blevet interviewet af forskningsassistent Bjarke Nielsen i perioden september 2006 til juni 2007. Der er anvendt kvalitative interview med en spørgeguide (bilag 2). Interviewene har en varighed på mellem 30 og 80 minutter, de er efterfølgende blevet transskriberet, og repræsenterer således datamaterialet for den kvalitative analyse.

### **Beskrivelse af de 39 interviewpersoner**

Der blev interviewet i alt 39 personer, heraf 19 kvinder. De har i 2004/5 været indskrevet på en af følgende døgninstitutioner: Majorgården 11 (6 kvinder); Ringgården 5 (2 kvinder); Damgaard 2 (1 kvinde); Helios 7 (2 kvinder); Taarup 10 (5 kvinder); Sydgården 4 (3 kvinder).<sup>5</sup> Heraf var 22

---

<sup>4</sup> Denne interviewperson havde indvilliget i at lade sig interviewe, men udeblev to gange fra aftalt interview.

<sup>5</sup> Selvbetalere (n=22): Majorgården 10 (5 kvinder); Ringgården 1 kvinde; Damgaard 2 (1 kvinde); Helios 6 (1 kvinde); Taarup 3 (1 kvinde); Sydgården . Offentlig finansieret (n=17): Majorgården 1 kvinde; Ringgården 4 (1 kvinde); Helios 1 kvinde; Taarup 7 (4 kvinder); Sydgården 4 (3 kvinder).

selvbetalere, og 17 have fået finansieret deres forløb af det offentlige. De har en gennemsnitsalder på interviewtidspunktet på 50 år for kvinderne (range 37-59) og 52,5 år for mændene (range 32-71)<sup>6</sup> og en gennemsnitsalder ved indskrivning i døgn på 49,14 år (kvinder 47,77; mænd 50,46). De er således lidt ældre end populationen (n=330) som helhed, der har en gennemsnitsalder på 46,7 år.

### *Familie, børn og jobsituation*

På interviewtidspunktet bor otte af kvinderne og 12 af mændene sammen med deres ægtefælle eller partner. Ni af kvinderne bor således alene, og dette gør sig gældende for otte af mændene. Kun otte af interviewpersonerne har hjemmeboende børn, hvilket sandsynligvis skyldes interviewpersonernes gennemsnitligt høje alder. Tre af kvinderne og fire af mændene har ingen børn. De resterende interviewpersoner har hver mellem et og seks voksne børn.

### *Uddannelse og arbejde*

Af de 39 interviewpersoner er de 15 i almindeligt lønarbejde eller har selvstændig virksomhed. Ni får pension (hhv. førtidspension eller folkepension), 14 angiver at være jobsøgende (heraf to i jobtræning) og en enkelt har et fleksjob.

### *Misbrug*

De antal år, interviewpersonerne angiver at have haft et misbrug af alkohol, varierer fra 2-3 år til 20-25 år. Langt størstedelen (34 af 39) af interviewpersonerne anfører, at de i en længere årrække (mellem 10 og 25 år) har haft enten et stort dagligt forbrug eller et massivt overforbrug i weekender og ferier. En mindre del af interviewpersonerne (8) anfører, at de op til døgnbehandlingsforløbet har oplevet en kortere årrække/periode med intens og eskalerende forbrug af alkohol. Ud over alkohol anfører fem af de kvindelige interviewpersoner, at de har anvendt sove- og nervemedicin, enkelte rapporterer om brug af kokain eller morfin samt afhængighed af heroin. Dette stemmer overens med resultaterne fra den kvantitative opgørelse.

Ser man på interviewgruppen ud fra en fordeling på køn og misbrugsstatus, er der følgende kendetegn:

---

<sup>6</sup> Selvbetalere gennemsnitsalder: Mænd 54 år, kvinder 52,4 år; Offentligt finansieret gennemsnitsalder: Mænd 50,25 år; kvinder 47,33 år.

- 10 kvinder og 12 mænd har enten selv betalt for deres ophold på døgninstitution, eller deres arbejdsplads/pensionskasse/fagforening har betalt (selvbetalere)
- 9 kvinder og 8 mænd har fået finansieret deres ophold på døgninstitution af det offentlige.
- 6 kvinder og 10 mænd angiver, at de har været afholdende/haft kontrolleret brug af alkohol i hele perioden siden døgnbehandling
- 4 kvinder og 4 mænd angiver, at de på interviewtidspunktet har et problematisk brug af alkohol (heraf er 1 mand og 3 kvinder selvbetalere).
- De resterende beskriver, at de i perioden siden døgnbehandling i kortere eller længere perioder haft et problematisk brug af alkohol, men at de på tidspunktet for interview har været afholdende i en periode eller har et yderst begrænset indtag af alkohol.

I alt angiver 31 af de 39 interviewpersoner, at de er afholdende på interviewtidspunkt, heraf 15 kvinder og 16 mænd.



## 4. Fokus i interviewene, anvendte analysebegreber og centrale spørgsmål

### *Interview*

I alle interview har interviewguiden (bilag 2) fungeret som afsæt for samtalen. Det har i det enkelte interview været tilstræbt at skabe en dialog mellem interviewperson og interviewer, hvor retningen er blevet styret af de på forhånd givne overskrifter. Der har været mulighed for, i interviewet, at bruge tid på særlige emneområder, som interviewpersonen har anført som centrale, også selvom de ikke har været et omdrejningspunkt i interviewguiden. Det kan være emner som relationen til vedkommendes børn, betydningen af deltagelse i AA og konsekvenser af personens egne eller nære pårørendes fysiske og psykiske vanskeligheder.

### *Højdepunkter*

På baggrund af de indledende forskningsspørgsmål om 'veje ind og ud af alkoholafhængighed', har interviewspørgsmålene fokuseret på interviewpersonernes beretning om den periode, hvor deres brug af alkohol bevægede sig fra at være et almindeligt brug til afhængighed og misbrug; om perioden op til beslutning om indskrivning i døgnbehandling, samt hvorledes de oplevede at være i behandling og perioden efter døgnbehandling. På denne måde havde vi på forhånd defineret tre livsperioder, der kan fungere som tre adskilte 'højdepunkter' i interviewpersonernes beretning. I narrative analyser af tekster eller interviewmateriale betegnes denne type højdepunkter også som 'peaks' (Longacre, 1976), der skal forstås som episoder, der har en særlig betydning for fortællingens struktur.<sup>7</sup>

1. Således blev interviewpersonerne spurgt, om de kunne beskrive den periode, hvor deres brug af alkohol forandrede sig fra at være et kontrolleret og ikke skadeligt brug, til at være et for dem problematisk og/eller skadeligt brug. Denne type periode strækker sig almindeligvis over længere tid i interviewpersonernes liv. Men interviewpersonen kan ofte angive en række begivenheder, en bestemt type følelser eller adfærd hos sig selv og andre, der tilsammen har bidraget til dette skift.

---

<sup>7</sup> Betegnelsen 'peaks' bruges af Longacre til at beskrive episoder eller enheder i en fortælling, der er med til at skabe overfladestrukturen i historien. Han taler om 'pre-peak', der er episoder, der bygger op til et 'peak'. Et 'peak' er en type klimaks i historien (Longacre, 1976, p. 214-231).

2. Desuden blev interviewpersonerne bedt om at beskrive, hvorledes processen op til beslutning om at ændre adfærd/komme i døgnbehandling, forløb. Også dette forløb kan naturligvis opleves som opbygget over en længere periode, men adspurgte vil interviewpersonerne ofte angive en række begivenheder, relationer eller emotionelle oplevelser, der har haft betydning for denne beslutning.
3. Som det tredje 'højdepunkt' i fortællingen har vi spurgt til interviewpersonernes oplevelse af perioden efter opholdet på døgninstitutionen. Til hvad de oplever har støttet/ikke støttet dem i den periode, og hvad de mener, de har lært under døgnbehandlingsforløbet

### *Vendepunkter*

For nogle af interviewpersonerne gælder, at elementer af disse 'højdepunkter' bliver beskrevet som reelle vendepunkter i deres liv.<sup>8</sup> I studiet af fortællinger om at komme ud af misbrug anvendes begrebet vendepunkter eller 'turning points of the addiction career' til at definere den begivenhed, der fører til den konkrete 'recovery' proces (Koski-Jännes, 1998, p. 228). Vendepunkter fungerer som episoder eller begivenhedsrækker, der sætter individets selvopfattelse i bevægelse, hvorved individets sædvanlige måde at percipere og fortolke følelser og oplevelser bliver udfordret og siden forandret. Således er vendepunkter begivenheder, hvor individets sædvanlige handlinger, følelser og tanker ikke længere er tilstrækkelige til at fastholde tilværelsen, som den plejer at være (jf. Koski-Jännes, 1998). Vendepunkter beskrives som strukturelle dele af livshistorien, der kan være medvirkende til at styre fremtidige beslutninger i livet og kan opleves som katalysatorer for forandring (Hecksher, 2006; Koski-Jännes, 1998)<sup>9</sup>.

Det er ikke alle interviewpersoner i den aktuelle undersøgelse, der beskriver deciderede vendepunkter forstået som enkeltstående begivenheder. Ofte er der tale om, at de beskriver en akkumulation af hændelser, der tilsammen fører til beslutning om at forandre deres brug af rusmidler. Et vendepunkt kan ligeledes være ledsaget af en række begivenheder/episoder, der fungerer som igangsættere ('triggere') for beslutningen om forandring (McIntosh & McKeganey, 2000; Waldorf & Biernacki, 1979; Öjesjö, 2004). Igangsættere, der er udløsende for en forandring/beslutning om for-

---

<sup>8</sup> Forskellen mellem vendepunkter og betydningsfulde og uforglemmelige begivenheder er, at vendepunkter altid følges af forandring.

<sup>9</sup> Vendepunkter kan fungere som retningslinier for handlinger og som centrale bevægelsesgrunde i det individuelle livshistorie og er dermed væsentlige i individets forsøg på at skabe mening i sine oplevelser. (Hecksher, 2006, p.32).

andring, kan både være positive og negative. Positive igangsættere kan eksempelvis være at få et nyt job, blive forælder og at genetablere kontakt til familie. Negative igangsættere kan eksempelvis være fysisk og psykisk sygdom, abstinenser, arrestation, miste job, miste kontakt med familie og lignende (McIntosh & McKeganey, 2000; Öjesjö, 2004).

### *Centrale spørgsmål*

Til at belyse interviewmaterialet tages afsæt i de før beskrevne højdepunkter i fortællingerne. Således bliver de tre udvalgte dele af interviewpersonernes beretning belyst ud fra begreber som akkumulation af hændelser, igangsættende begivenheder og vendepunkter. Desuden er det centralt at identificere henholdsvis vedligeholdende/støttende og ikke-støttende handlinger og hændelser, der påvirker interviewpersonernes 'change of addiction career'.

Centrale spørgsmål i analysen vil derfor være:

1. Er det muligt at identificere en række begivenheder/akkumulation af hændelser for den periode, hvor interviewpersonen bevægede sig fra at have et brug af alkohol til et misbrug og afhængighed af alkohol?
2. Er det muligt at identificere konkrete vendepunkter for 'change of addiction career'?
3. Er det muligt at identificere interviewpersonernes baggrund for beslutning om at lade sig indskrive i døgnbehandling/forandre sit misbrug/afhængighed?
4. Er det muligt at identificere vedligeholdende/ikke vedligeholdende faktorer i forhold til 'change of addiction career'?
5. Er det muligt for alle tre typer højdepunkter at afdække/identificere typer af begivenheder/forløb, der kan knyttes til henholdsvis kvinder og mænd?

Afslutningsvist skal kort kommenteres på faktorer, der kan have betydning for tolkning af data. Først og fremmest er der tale om en retrospektiv undersøgelse, hvor interviewpersonerne bliver bedt om at fortælle om begivenheder, der ligger flere år tilbage. Undersøgelser viser, at et af problemerne med at spørge mennesker om en forandringsproces i fortiden, kan være, at de grunde, de giver til forandring, vil være nogle andre end dem, de ville give, hvis de var blevet spurgt forud for adfærdsændring (Cunningham, Blomqvist, Koski-Jannes, & Cordingley, 2005).

Desuden kan individer have forskellig kognitiv stil i forhold til at forstå sig selv i verden, hvilket vil afspejles i motiver og begrundelser. Eksempel-

vis vil nogle individer have en større tilbøjelighed end andre til at se sig selv som aktør i eget liv, mens andre kan have en tendens til at se sig selv som et objekt eller ligefrem offer for ydre kræfter, som han eller hun ikke har stor indflydelse på (Blomqvist, 1999). Desuden kan den måde, den enkelte fortæller om vigtige begivenheder i livet, være påvirket af konventioner eller en bestemt sociokulturel tilknytning.

Det er samtidig relevant at understrege, at der har været en vis selvselektion i udvælgelsen af interviewpersoner, hvilket kan betyde, at man får et skævt billede af populationen. Således kan man forestille sig, at de personer, der efter døgnbehandlingen har haft de største vanskeligheder, er de personer, der ikke har responderet på en henvendelse om deltagelse i interview. Omvendt kan personer, der oplever, de har lagt deres misbrug og tilværelsen som alkoholiker bag sig, fravælge deltagelse med den begrundelse, at de ikke ønsker at blive fastholdt i fortiden.

## 5. Fra brug til problem (afhængighed og misbrug)

I dette afsnit redegøres indledningsvist for kvindernes beskrivelser af den periode, hvor de gik fra at have et ikke-problematisk forbrug af alkohol til afhængighed og misbrug af alkohol og for nogle af andre stoffer. Disse beskrivelser kategoriseres i tre typer forløb. Efterfølgende sammenlignes med forløb beskrevet af de mandlige interviewpersoner.

Indtagelse af alkohol og andre rusmidler beskrives i litteraturen som en coping- eller mestringsstrategi på linje med andre copingstrategier (Carver, Schreier, & Weintraub, 1989). Lindgård (2002) beskriver den som en undvigende eller undgående copingstrategi. Kvinderne i den aktuelle undersøgelse beskriver generelt indtagelse af alkohol som en strategi til at klare indre eller ydre pres. Denne copingstrategi har på et tidspunkt i deres liv syntes anvendelig, tilgængelig og adækvat, og over tid bliver den for nogle af kvinderne den foretrukne strategi til at håndtere indre og ydre konflikter, emotionelt pres og lignende. Det undvigende eller undgående element i strategien medvirker til, at kvinderne ser sig i stand til at fortsætte deres brug og misbrug over tid, på trods af en forøgelse af de negative konsekvenser. Denne negligering af problemer relateret til indtagelse af alkohol kan for nogle kvinder blive understøttet af deres partner.

Ser man på de interviewede kvinders beskrivelser af perioden op til den undersøgte døgnbehandling, kan man udlede tre overordnede tendenser i form af forskellige veje ind i misbrug og afhængighed af alkohol. Henholdsvis:

- Alkohol som tidlig strategi
- Fra afstresning til eskalering af brug og problemer
- Hurtig progression og hurtig afvikling

## Kvinder

### *'Alkohol som tidlig copingstrategi' (gruppe 1)*

Den første type 'vej ind i misbrug' beskrives af kvinder, der, siden teenageårene eller fra først i 20'erne, har haft et brug og misbrug af alkohol og ofte sove- og nervemedicin. Disse kvinder beskriver at brug af alkohol og medicin har tjent som en strategi til at dulme depressive følelser og tanker og til at dæmpe angst. Om perioden efter døgnbehandling fortæller en 41-årig kvinde:

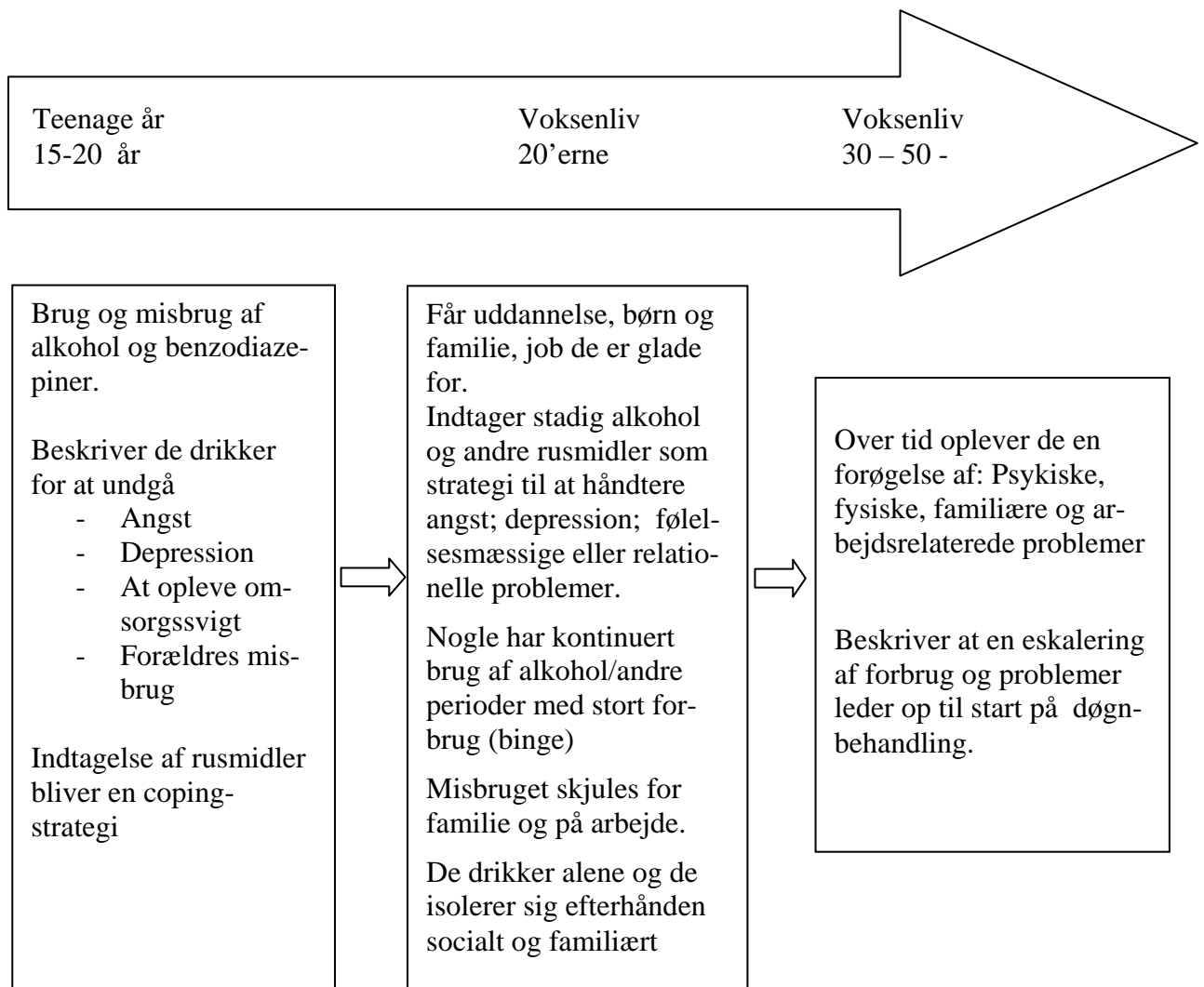
Jeg var jo sygemeldt i et næsten år, og var da meget i tvivl. Altså en af de ting, man nok glemmer, det er at alkohol, det jo dæmper angst. Og det var nok den [angsten], der var min største fjende.

De kvinder, der har forløb, der påbegyndes allerede i teenageårene, beretter om spiseforstyrrelser, problematiske opvækstforhold og fraværende og ofte alkohol- eller medicinafhængige forældre. De beskriver alle, at angst og depression, som de har søgt at håndtere ved hjælp af alkohol og medicin, er fulgt med ind i voksenlivet. I deres unge år beskriver kvinderne, at deres store forbrug af alkohol ofte er blevet indtaget sammen med jævnaldrende. Men nogle beskriver tillige, hvordan de almindeligvis foretrak at drikke alene - ikke for at opnå glæde eller samvær, men netop for at undgå ubehagelige følelser og oplevelser. Som en kvinde i 40'erne fortæller:

Jeg har aldrig drukket, fordi jeg synes, det var sjovt. Jeg har drukket, fordi jeg ikke kunne holde livet ud.

Deres brug af alkohol og sove-/nervemedicin udviklede sig over en kort årrække og dermed ind i voksenalderen til et massivt og kontinuert misbrug. En enkelt kvinde beskriver, at brug af heroin og kokain indgik i hendes kontinuerede forbrug.

De beskriver et misbrug og afhængighed med en varighed på mellem 14 til 25 år, der i perioder afløses af forsøg på afholdenhed, både ved egen hjælp, men også ved hjælp af forskellige typer intervention. Kvinderne beretter om såvel misbrugsbehandling (samtalebehandling, antabus og substituitionsbehandling) som psykiatrisk behandling (indlæggelse på psykiatrisk hospital i forbindelse med selvmordsforsøg og depressioner).



**Figur 5.1** Alkohol som tidlig copingstrategi' (gruppe 1)

Samtidig med dette misbrug har de formået enten at få en uddannelse eller have kontakt til arbejdsmarkedet. De har og har haft forpligtelser såsom familie og/eller jobs, de har været glade for, men som de i et eller andet omfang har misligholdt gennem flere år. På trods af tilknytning til familie og børn eller arbejde udvikler det sig efterhånden til, at alkoholen bliver det organiserende princip i deres tilværelse. Deres sociale liv bliver i stigende grad præget af, at de isolerer sig, drikker alene og samtidig gør sig store anstrengelser for at skjule misbruget for en eventuel partner, deres kolleger, øvrige familie og netværk. Nogle af kvinderne beskriver, hvordan de gennem mange år troede, at hvis de bare fik styr på deres personlige problemer, såsom angst eller spiseforstyrrelse, så ville de også holde op med at have problemer med alkohol. Men de beskriver, at deres brug af alkohol

efterhånden udvikler sig til et problem i sig selv. Andre understreger, at de altid har været afhængige af et eller andet og oplever, at de mangler den evne til at stoppe, som de fleste andre mennesker har. En enkelt kvinde fortæller om et liv præget af fysisk sygdom med brug og afhængighed af smertestillende midler.

Ser man på, hvordan denne del af interviewgruppen klarer sig efter døgnbehandling, er de alle afholdende fra alkohol ved interview, og de fleste har været det siden udskrivning fra døgnbehandling. Hovedparten har fået deres forløb finansieret af det offentlige. Samlet set er kvinderne i denne gruppe både psykisk og socialt præget af adskillige års misbrug og afhængighed af alkohol. De oplever stadig angst og depressive symptomer, de beskriver, at deres sociale og familiære kontakter ofte er sparsomme. De er dog fysisk set knap så belastede som den gruppe af kvinder, der skal beskrives i det følgende afsnit.

#### *Fra afstresning til eskalering af forbrug og problemer (gruppe 2)*

I modsætning til ovenstående så beskriver en gruppe af kvinderne, at deres misbrug alkohol indledtes i en voksen alder (i 20'erne og op til begyndelsen af 30'erne). I lighed med kvinderne i gruppe 1 beskriver disse kvinder, hvordan de har brugt eller bruger alkoholen til at slappe af eller til at håndtere og dulme depressive følelser eller kærestesorger. De beskriver, hvordan indtagelse af alkohol har indgået (og for nogle stadig indgår) som en central strategi i dagligdagen til at klare stress, problemer, slippe for fysisk ubehag/smerter og til håndtering af uforudsete hændelser. Som eksempel kan nævnes en kvinde i 50'erne, der beskriver, hvordan hun over en årrække bruger alkoholen som smertestillende middel, men hvor hun efter en brand i sit hus oplever, at forbruget eskaleres voldsomt. Indtagelse af alkohol som en copingstrategi har for disse kvinder været aktuel over en lang årrække (10-20 år), og kan således beskrives som en (vel)integreret del af deres handlerepertoire. En kvinde beskriver konflikter med partneren som igangsætter for hendes problematiske forbrug af alkohol:

...det startede faktisk, når vi blev uvenner For så kunne jeg hamle op med ham verbalt. Han var sådan en, der havde ordene i sin magt, ikke. ...Når vi skulle skændes, rent ud sagt, så tog jeg et glas eller to.

Overforbruget af alkohol beskrives af nogle som et kontinuert dagligt forbrug over en årrække og af andre som kortere eller længere perioder, hvor de drak intenst for derefter at have perioder, hvor de ikke indtog alkohol. Nogle af kvinderne havde en partner, der ligeledes indtog en del alkohol,



og ofte drak de sammen. En del af kvinderne så i en lang årrække deres forbrug af alkohol som en forholdsvis uproblematisk del af deres tilværelse. Men når de under interviewet ser tilbage, beskriver de det som afhængighed eller misbrug. Som en kvinde på 59 år beskriver udviklingen:

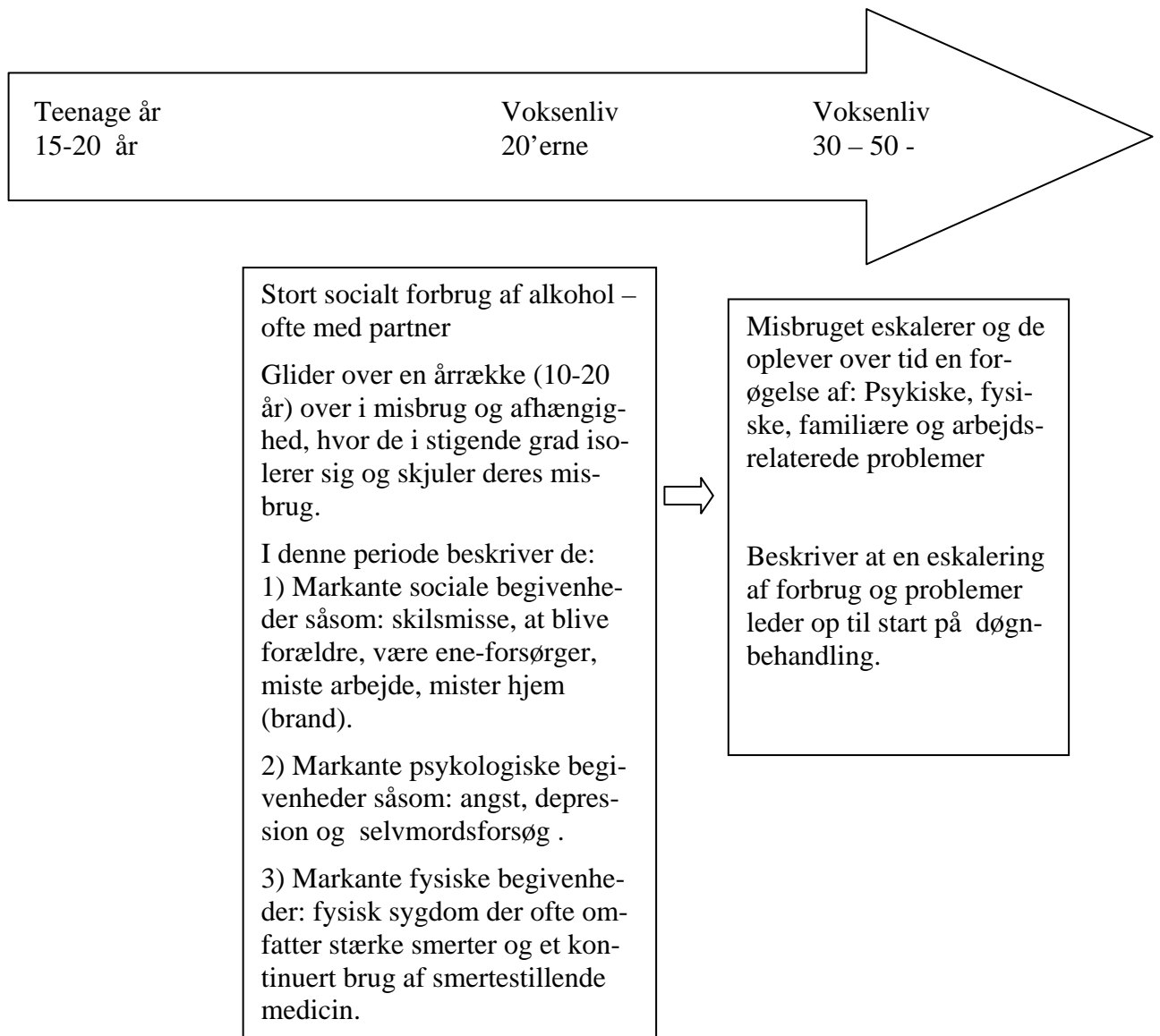
...så gik det jo hurtigt...der begyndte jeg at drikke noget hvidvin om aftenen, og det hjalp jo. Jeg kunne både falde i søvn og alting....Jeg fik ro på....jeg vidste ikke, jeg var alkoholiker. Jeg vidste ikke, at den ene tog den næste.

Så tog jeg et par glas vin, altså i starten, det var sådan en udvikling, og så benene op, og så lidt fjernsyn, og så gik jeg i seng, fordi jeg arbejdede faktisk meget, fik noget at spise, og gik tur med min hund, og sådan noget...men efterhånden der blev det jo til, at jeg om morgenen stillede en flaske vin på køkkenbordet, den var så lukket op, så jeg bare lige skulle gøre sådan, når jeg kom hjem, for det kunne ikke gå stærkt nok.

Flere af kvinderne knytter deres eskalerede brug af alkohol sammen med markante sociale, personlige, relationelle forandringer i deres liv. For nogle stiger deres forbrug markant efter opløsning af parforhold, for andre opleves en efterfølgende periode som eneforsørger som yderst belastende, hvorfor alkoholen benyttes til at skabe ro og kunne slappe af eller sove. Nogle af kvinderne fortæller, hvordan de mister deres arbejde, og andre går på pension, hvilket opleves som markante og belastende forandringer i deres dagligliv. En enkelt kvinde knytter forandring i alkoholbruget sammen med hendes mindreårige barns død, men også belastende arbejdsvilkår eller stress på arbejdspladsen beskrives som forhold, der knyttes til et stigende og efterhånden eskalerende forbrug. For andre kvinder er det massive psykiske problemer såsom en klinisk depression, der opleves som udslagsgivende/knyttes an til forøgelse af forbruget. Enkelte kvinder beretter om indtagelse af alkohol som erstatning for/i kombination med smertestillende medicin til lindring af smerter i forbindelse med fysisk sygdom.

...lige nu oplever jeg alkoholen som en fjende..... Det er fand' me ikke en ven.....det er en form for selvmedicinering, især når man har mange smerter, og at man er meget alene (kvinde, 56 år).

For flere af kvinderne bliver deres misbrug med tiden så invaliderende for deres tilværelse i øvrigt, at de til sidst ikke kan klare sig selv og eksempelvis ikke er i stand til at gå på arbejde eller fastholde egenomsorg.



**Figur 5.2** Fra afstresning til eskalering af forbrug og problemer (gruppe 2)

I forbindelse med indtrædelse af ovennævnte større forandringer oplever kvinderne, at forbruget eskaleres over tid, og de beskriver en forøgelse af de negative konsekvenser af alkoholindtaget. Negative konsekvenser forstået som fysiske og psykiske, familiære, arbejdsmæssige, økonomiske og sociale problemer. Disse konsekvenser har de indtil da formået enten at ignorere og skjule for omgivelserne, kompensere for ved i ædre perioder at kunne klare det hele og være 'verdensmester i familielivet', eller ved at have en ægtefælle, der kunne kompensere for dem i forhold til den nære fami-

lie. Efterhånden overstiger de negative konsekvenser dog de positive effekter af alkoholindtaget. For nogle tager det mange år, før det bliver tydeligt for personen selv, at der er tale om et problematisk brug af alkohol.

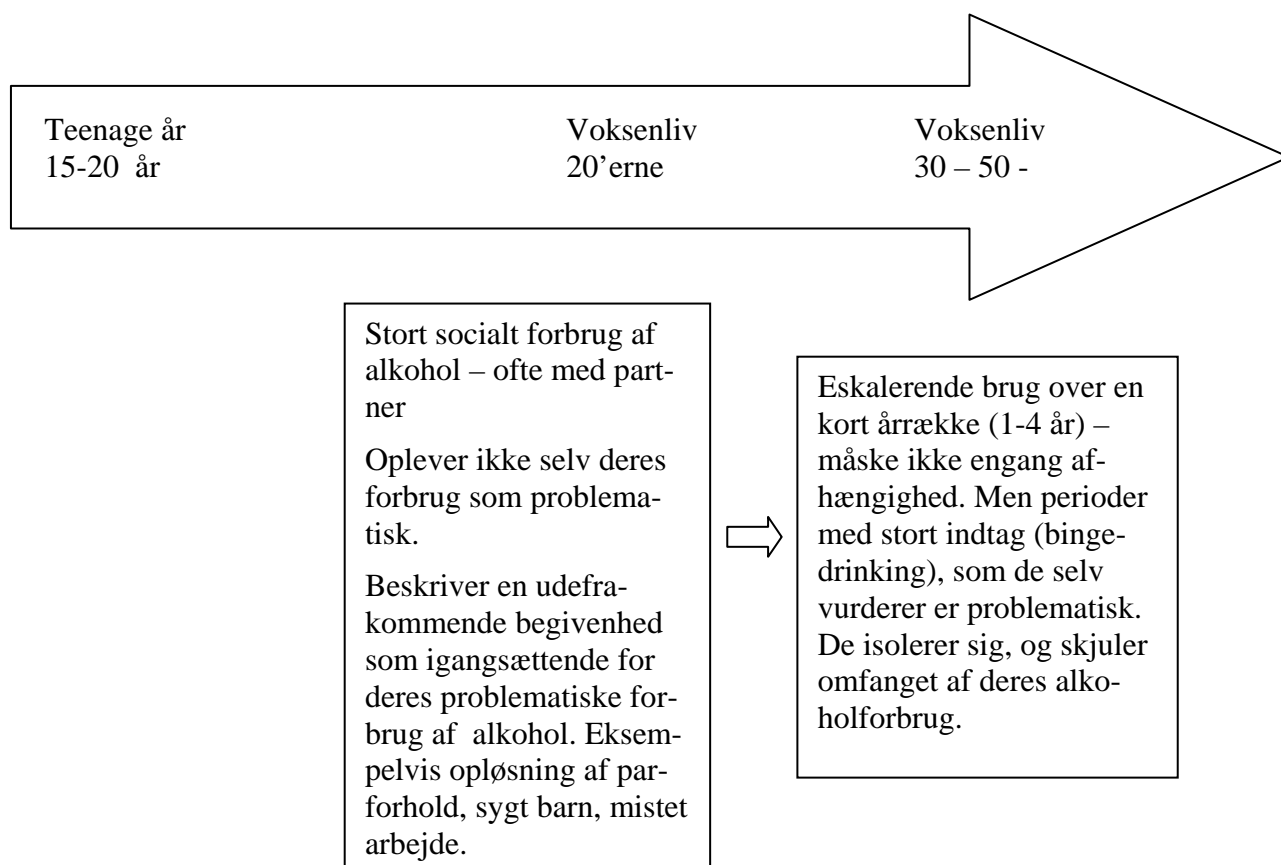
Blandt denne gruppe kvinder finder vi også enkelte, der i adskillige år har arbejdet i et miljø (eksempelvis restaurations- og hotelbranchen), hvor indtagelse af alkohol (og eller stoffer) var en almindelig foreteelse, og det ikke sås som en hindring for at udføre sit daglige arbejde. Nogle beskrives det nærmest som en forudsætning for at kunne indgå på lige fod med kolleger og samarbejdspartnere. Kvinderne beskriver, hvordan deltagelse i socialt samvær i deres branche og deres omgangskreds ofte var knyttet til indtagelse af alkohol (og stoffer). For disse kvinder fungerede indtagelse af alkohol både som middel til at knytte sociale og faglige bånd i arbejdstiden og som strategi til emotionelt at kunne håndtere pressede situationer. Som det vil blive belyst senere i dette kapitel, er denne type vej ind i misbrug af alkohol typisk noget, man ser blandt mænd, der oftere befinder sig på arbejdspladser, hvor indtagelse af alkohol er accepteret.

*Samlet set har kvinderne i gruppe 2 en noget dårligere prognose end kvinderne i den første gruppe. De har oftere tilbagefald siden døgnbehandling, og der er flere, der har et problematisk brug af alkohol på interviewtidspunktet.*

#### *Hurtig progression og hurtig afvikling (gruppe 3)*

Blandt interviewdeltagerne findes en lille gruppe kvinder, for hvem perioden med misbrug af alkohol har været forholdsvis kort, mellem et og fem år, og hvor deres øvrige problemer, forud for behandlingen, ikke har haft samme omfang som beskrevet blandt kvinderne i gruppe 1 og 2. De har alle enten selv betalt eller fået ophold på døgninstitutionen betalt af deres arbejdsgiver. Disse kvinder beskriver, at de gennem mange år har haft et uproblematisk forhold til alkohol og indtaget det som en 'afslappende og behagelig luksus' i selskabelige sammenhænge og i fritiden. Men de fortæller, at de i forbindelse med konkrete konfliktyldte hændelser udviklede et misbrug samt en afhængighed af alkohol, som de ikke havde oplevet før. De konkrete hændelser, der anføres som igangsættere, er blandt andet psykisk sygdom hos barn, opløste parforhold og det at træde ud af arbejdsmarkedet i forbindelse med pension. Kvinderne beskriver, hvordan de i denne periode skjuler deres alkoholindtag for deres nærmeste, de drikker alene og skammer sig over deres brug af og behov for alkohol. Samtidig isolerer de sig, og efterhånden undgår de i vid udstrækning at deltage i sociale sammenhænge – hvis de endelig deltager, har de ofte behov for at drikke forud

for dette samvær. Denne type forløb beskrives i et studie af Thom (1986) der undersøger mænds og kvinders vej ind i alkoholbehandling. I hendes studie var kvinderne generelt mere tilbøjelige en mænd til at se deres forbrug af alkohol som reaktion på en specifik stressende hændelse eller en respons på en problematisk social situation.



**Figur 5.3** Hurtig progression og hurtig afvikling (Gruppe 3)

På interviewtidspunktet er de alle afholdende. Man kunne spørge, hvorvidt disse kvinder siden ville kunne være at finde i en gruppe 2, altså blandt en gruppe af kvinder med et længerevarende misbrug bag sig. Sandsynligvis ikke, idet de langt størstedelen af deres voksenliv ikke har haft et misbrug, hvilket medvirker til, at deres netværk og arbejdsmæssige relationer netop ikke har været belastet af deres indtag af alkohol. Dermed også sagt at denne gruppe tilsyneladende besidder flere sociale og arbejdsmæssige ressourcer end henholdsvis gruppe 1 og 2.

## Mænd

*Mænd og veje ind i afhængighed:* Ser man på mændenes beskrivelser af vejen ind i afhængighed og misbrug af alkohol er det muligt at skabe en gruppering, der på mange måder ligner kvindernes i de ovenfor beskrevne grupper 1, 2 og 3. Men som det skal belyses, adskiller mændenes veje ind i alkoholmisbrug og afhængighed sig på centrale felter sig fra kvindernes.

### *Alkohol som tidlig copingstrategi (jf. gruppe 1)*

Som hos kvinderne finder vi blandt mændene en mindre gruppe, der har haft et stort forbrug af alkohol allerede fra teenageårene, et forbrug og efterhånden et misbrug, der strækker sig over perioder på 15 til 35 år. De beskriver, at de kommer fra familier, hvor forældre og/eller søskende ligeledes har haft et misbrug af alkohol. Disse mænd fortæller, at alkohol allerede i teenageårene hjalp dem til at håndtere angst, usikkerhed og generthed. Ligesom kvinderne fortæller de, at de på mange måder manglede evnen til at stoppe igen, når de først begyndte at drikke. Hvor deres jævnaldrene var i stand til at holde sig til eksempelvis et weekendbrug, der så at sige klinge af i takt med, at de blev ældre, så udviklede interviewpersonernes brug af alkohol sig tidligt til også at være en hverdagsforeteelse, der efterhånden gik over i afhængighed med forskellige abstinenssymptomer til følge. Mændene i denne gruppe oplevede i højere grad end kvinderne i gruppe 1, at deres muligheder for uddannelse og arbejde blev påvirket af deres misbrug og afhængighed. Således beskriver de, hvordan de tidligt mistede kontakten til uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet, og de beskriver, hvordan de samtidig med, at de modtog eksempelvis kontanthjælp, fastholdt et massivt brug af alkohol. I perioder er deres misbrug karakteriseret ved 'binge-drinking', og i andre perioder har de et kontinuert dagligt forbrug. Over tid oplever de en forøgelse af deres psykiske og fysiske problemer, men de beskriver, at de først langt henne i deres forløb begynder at betragte alkoholen som en del af deres problem.

Gruppen er karakteriseret ved at de på interviewtidspunktet bor alene, kun en af mændene er gift og har hjemmeboende børn. I modsætning til de af kvinderne, der havde en tidlig debut med alkoholmisbrug, så ser det ud, som om mændene i denne gruppe i mindre grad er etableret i en familie med fast bolig, uddannelse og arbejde. De har undervejs i deres forløb været indskrevet i flere typer misbrugsbehandling, både ambulante og døgnbehandling. Men de har i mindre grad end kvinderne været tilknyttet psykiatriske tilbud. Med hensyn til misbrugsstatus ved interview er de alle afholdende, men de anfører, at de har haft en eller flere perioder med massiv

indtagelse af alkohol siden døgnbehandling. Mændene i denne gruppe er både at finde blandt selvbetalere og blandt dem, der fik finansieret deres døgnbehandlingsforløb af det offentlige.

I den periode, hvor misbruget stod på, manglede mændene tilknytning til arbejdsmarkedet, og de havde i mindre grad end kvinderne tilknytning til familie, hvorfor de kan beskrives som mere socialt belastede end kvinderne.

### *Kontinuert forbrug som voksen (jf. gruppe 2)*

Som hos kvinderne finder vi en større gruppe mænd, for hvem misbrug og afhængighed har udviklet sig i deres voksne liv. Men på flere måder adskiller denne gruppe mænd sig fra kvinderne i gruppe 2 ('Fra afstresning til eskalering af forbrug og problemer'). Først og fremmest beskriver mændene hvordan indtagelse af alkohol igennem en længere årrække (10 –25 år) har være en integreret del af deres arbejdsliv og fritidsliv. For nogle i form af daglig (og ikke nødvendigvis et stort forbrug) indtagelse af alkohol på arbejdspladsen (ofte sammen med kolleger, og ofte som en accepteret del af arbejdslivet), for andre var indtagelse af store mængder alkohol en måde, de holdt fri på. Til forskel fra kvinderne, der som beskrevet ofte skjulte deres brug af alkohol, så er mændenes brug af alkohol i vid udstrækning karakteriseret ved, at de netop ikke skjuler det for deres omgivelser, hverken for kolleger, familie eller netværk. Når mændene hemmeligholder deres brug af alkohol, er det som regel i forbindelse med 'slip' eller tilbagefald efter udskrivning fra misbrugsbehandling. Hvor kvinderne i gruppe 2 beskriver, at de har brugt alkoholen til at slappe af eller håndtere og dulme depressive følelser eller kærestesorger, så beskriver mændene i højere grad deres indtagelse af alkohol som en integreret adfærd i deres liv. Ikke nødvendigvis en adfærd der tjener et bestemt formål, men nærmere som en fast bestanddel af en social, kollegial eller arbejdsmæssig samværsform.

*Hvor kvinderne i gruppe 2 knyttede en eskalering af deres alkoholforbrug sammen med markante sociale, personlige eller relationelle forandringer i deres liv, så fremgår det af mændenes beskrivelser, at de i højere grad begrundede deres psykiske vanskeligheder og problemer med familie, arbejde og netværk med deres afhængighed og misbrug af alkohol.*

Denne forskel mellem kvinder og mænd finder man ligeledes i Thom's studie fra 1986 (Thom, 1986). Hun fremhæver netop, at mændene i hendes sample havde en tendens til, at deres problematiske brug af alkohol udvik-

lede sig ud fra almindelige sociale sammenhænge, hvor indtagelse af alkohol var en normal social foreteelse.

Ligesom blandt kvinderne er der enkelte mænd, for hvem alkoholindtagelsen i forbindelse med arbejde har været knyttet til sociale sammenkomster, repræsentation og lignende. Mændene fortæller, at det store forbrug af alkohol efterhånden gled ind i privat- og fritidslivet, og de begyndte at drikke alene – og dermed begyndte de også at hemmeligholde det.

En del af mændene i denne gruppe har haft eller har kone og børn. De fortæller, hvordan deres alkoholindtagelse har påvirket deres deltagelse i familielivet, både overfor ægtefælle og børn, og de beskriver, hvordan de mange gange har marginaliseret sig selv til en position uden indflydelse og betydning i den nære familie. At det for en del af mændene er lykkedes at bevare familien samlet tilskrives det faktum, at deres ægtefælle har kompenseret for deres manglende deltagelse (dette fænomen ses også hos enkelte kvinder i undersøgelsen, men det er ikke så udtalt, idet kvinderne oftere skjuler deres brug – også for de nærmeste pårørende). Flere af mændene angiver, at deres misbrug efterhånden fik store konsekvenser for deres fysiske og psykiske helbred. Det havde som nævnt konsekvenser for deres familie, især ægtefælle og børn, i form af både fysisk og mentalt fravær. For nogle resulterede det i skilsmisse efterfulgt af en yderligere eskalering af forbrug af alkohol, andre oplevede, at deres partner ' stillede dem stolen for døren' og krævede, at de blev nødt til at forandre deres brug af alkohol, for at ægteskab og familieliv kunne fortsætte.

I denne gruppe fortæller mændene, at de oplever misbruget og afhængigheden er kommet 'snigende'. De har over mange år har haft et forbrug, de ikke selv har set som problematisk. Men i forbindelse med forandringer i hverdagslivet er det pludselig gået op for dem, hvor afhængige de er af alkohol, og hvor tæt deres tilværelse i al almindelighed er knyttet til brugen af alkohol. De beskriver, at forbruget er eskaleret - ofte som en generel reaktion på stressfulde begivenheder.

*Modsat kvinderne i gruppe 2, der ofte hemmeligholdt og skjulte deres brug af alkohol, er mændenes brug af alkohol i langt højere grad karakteriseret ved at være knyttet til bestemte sociale sammenhænge. Det er ofte først i forbindelse med perioder med eskalerende forbrug (ofte lige op til indskrivning i døgnbehandling), at de isolerer sig socialt og begynder at drikke alene.*

Mændene i denne gruppe har ofte gennem lang tid kunnet bibeholde deres arbejde – enten fordi indtagelse af alkohol var en integreret del af dagligdagen i deres branche, både for dem og deres kolleger; fordi de i vid udstrækning har formået at skjule, hvor stort deres forbrug reelt var; eller fordi de havde en arbejdsmæssig position, hvor ledelse eller kolleger har valgt at se gennem fingre med deres overforbrug.

Disse mænd beskriver, at det først er, når et stigende forbrug kombineres med oplevelsen af pres udefra og indefra, at de begynder at opleve deres indtag af alkohol som et problem. Det stigende forbrug er kendetegnet ved, at deres hverdag efterhånden bliver organiseret omkring indtagelse af alkohol. De begynder at drikke alene; de isolerer sig fra familie og venner; de bliver aggressive eller deprimerede; de drikker, før de skal på arbejde, mens de er på arbejde, på vejen hjem, om aftenen og om natten. Pres indefra eller udefra kan være: stress på arbejde; depression og angst; problemer i ægteskab og med deres børn; sygdom; fratagelse af kørekort; mistet arbejde etc. Hvorvidt mændene betragter deres stigende forbrug af alkohol som en årsag til eller en konsekvens af stigende pres varierer.

Mændene i denne gruppe fordeler sig både blandt selvbetalere og de, der fik finansieret deres døgnbehandlingsforløb af det offentlige. Hovedparten af mændene i denne gruppe har været afholdende fra alkohol og andre rusmidler siden udskrivning fra døgnbehandling. Men enkelte beskriver, at de aktuelt har et problematisk brug af alkohol.

### *Hurtig progression og hurtig afvikling*

Blandt de mandlige interviewdeltagere findes en mindre gruppe, der, som vi også så det blandt kvinderne, beretter om et forholdsvist kort forløb med misbrug og afhængighed af alkohol. Sammenlignet med kvinderne i gruppe 3 er mændenes forløb dog karakteriseret ved en tidsmæssigt noget længere periode fra påbegyndelse af alkoholisering og afhængighed til indskrivning i døgnbehandling. Samtidig er det kendetegnende for mændene i denne gruppe, at de generelt ikke ser sig selv som en person med et alkoholproblem, og deres vej ind i behandling er ofte karakteriseret ved, at de indvilliger i behandling på baggrund af et massivt pres udefra (ægtefælle, børn, arbejdsplads). Hos mændene bliver udviklingen af et alkoholisering ofte knyttet til problemer på arbejde, til arbejdsløshed eller indledning af en pensionisttilværelse. Den bliver dog også knyttet til ensomhed efter skilsmisse eller ægtefælles livstruende sygdom. I disse mænds beretninger knyttes alkoholisering således til en bestemt igangsættende social begivenhed. Som kvinderne i gruppe 3 beskriver mændene et (for nogle stort) socialt forbrug af alkohol gennem årene. Et forbrug, de ikke mener har givet dem



problemer hverken i forhold til arbejde eller familie. I det øjeblik de oplever en massiv ydre belastning, opbygger de i løbet af forholdsvis kort tid (for nogle blot få måneder) et stort forbrug, og til forskel fra mændene kategoriseret i gruppe 2, oplever i gruppe 3 ret hurtigt en række negative konsekvenser af indtagelse af store mængder alkohol. Flere beskriver, at de foretrak at drikke alene og gjorde sig store anstrengelser for at hemmeligholde deres misbrug af alkohol for deres nærmeste pårørende. Andre beskriver dog, at de netop ikke har lagt skjul på, at de har haft et stort alkoholforbrug. Mændene i denne gruppe er ofte gift og de har alle børn, og de har, i modsætning til mænd med tidlig debut af alkoholmisbrug, oftere en uddannelse og mange års erfaring på arbejdsmarkedet. Således kan denne gruppe generelt karakteriseres ved at besidde ressourcer i form af uddannelse, familiært netværk, og kolleger (for dem, der stadig er på arbejdsmarkedet). Når man ser bort fra den periode, der går mellem påbegyndelse af misbrug og afhængighed og indskrivning i behandling, så er der en lang række fællestræk for mænd og kvinder i denne type forløb.

### **Opsummering**

Opdeling i de forskellige typer forløb tager afsæt i det første højdepunkt i interviewpersonernes beretninger (jf. afsnit om analysebegreber). Det har vist sig muligt at beskrive både kvinder og mænd ud fra tre typer forløb: 1) Alkohol som tidlig copingstrategi; 2) Fra afstresning til eskalering af forbrug og problemer. Hos mændene betegnes denne gruppe som 'Kontinuert forbrug som voksen'; og 3) Hurtig progression og hurtig afvikling. Denne opdeling gjort det muligt at beskrive og tydeliggøre forskelle og ligheder mellem grupperne og mellem kvinder og mænds 'veje ind i afhængigheden'.

Generelt er kvinderne kendetegnet ved at knytte en stigning i alkoholforbrug sammen med markante sociale, personlige eller relationelle forandringer i deres liv. I modsætning hertil er der blandt mændene en tendens til, at de i højere grad begrundede deres psykiske vanskeligheder og problemer med familie, arbejde og netværk med deres vanskeligheder med at kontrollere deres indtag af alkohol. Disse resultater er på linje med Thoms (1986) undersøgelse af mænd og kvinder i alkoholbehandling, hvor mændene fortrinsvist så alkohol som kilde til deres problemer, mens kvinderne havde en tendens til at se angst, depression og stressfulde begivenheder som deres hovedproblem. Af andre centrale forskelle på henholdsvis mænds og kvinders beskrivelser af 'veje ind i afhængighed og misbrug' skal følgende nævnes:

- Kvinderne beskriver en tendens til at isolere sig og hemmeligholde deres afhængighed og misbrug over for både nære pårørende, kolleger og venner. I takt med, at afhængigheden og misbruget udvikler sig hos kvinden, stiger følelsen af skam og skyld ofte, hvilket forstærker kvindernes tendens til at drikke alene.
- Kvinderne beskriver, at de i gennem mange år oppebærer et skjult misbrug, samtidig med at de har arbejde og familie, uden at nogen griber ind. Blume og Zilberman (2005) og Thom (1986) beskriver i denne forbindelse, at det er kendetegnende for kvinder med et alkoholproblem, at der er et vist niveau af benægtelse både hos dem selv, men også i deres omgivelser. Hvis kvinden ikke passer ind i den generelle opfattelse (stereotyp) af en alkoholiseret kvinde, kan der ofte være en lang periode med misbrug og overforbrug, hvor andre i de nære omgivelser ikke griber ind.
- Kvinderne beskriver oftere end mænd, at de drikker alene.
- Kvinderne beskriver indledningsvist indtagelse af alkohol som en copingstrategi til at håndtere angst og depression.
- Mændene knytter oftere end kvinderne deres brug og siden misbrug af alkohol til sociale og arbejdsmæssige sammenhænge.
- Kvinderne i gruppe 3 ('Hurtig progression og hurtig afvikling') har, sammenlignet med mænd i den tilsvarende gruppe, en langt kortere periode fra misbrugets start til indskrivning i behandling. Hvilket stemmer overens med teorien om accelereret 'telescoping', som beskrevet i det indledende afsnit (Piazza et al., 1989). Det kunne foranledige til den hypotese, at kvinder, selv med et kortvarigt misbrug, oplever sig mere belastede af alkoholmisbrug end mænd.

## 6. Grunde til forandring – interviewpersonernes begrundelser for at søge døgnbehandling

I dette afsnit belyses interviewpersonernes baggrund for at ønske forandring af deres alkoholmisbrug/afhængighed og søge behandling herfor. De centrale spørgsmål er, hvilke grunde til forandring og grunde til at søge behandling interviewpersonerne beskriver, og er det muligt at identificere forskelle mellem mænd og kvinder?

I undersøgelser med fokus på individer, der ændrer på deres misbrug ved egen hjælp, ser man, at der ofte går en langvarig indre proces forud for beslutningen om fundamental ændring af drikkemønster. En proces hvor hensyntagen til de nærmeste pårørende eller til eget fysisk og psykisk velbefindende spiller en vigtig rolle (Blomqvist, 1999b; Granfield & Cloud, 1999). Andre studier påpeger, at individer, der indgår i behandling for alkoholmisbrug og afhængighed, ofte gør dette for at opnå akut lindring af en kaotisk livssituation, og ikke nødvendigvis på baggrund af en bevidst beslutning om at opnå en varig forandring af sit drikkemønster ((Cunningham et al., 2005; Sobell, 2007). Data fra den aktuelle undersøgelse viser dog, at der ofte vil være tale om en kombination af både et ønske om at lindre en kaotisk livssituation og samtidig en bevidst orientering mod, at der må være noget, der er bedre i tilværelsen end det aktuelle liv som afhængig og misbrugende.

I forskning om misbrug og i personlige beretninger om veje ud af misbrug møder man ofte antagelsen om, at et massivt afsavn eller akkumulation af negative konsekvenser af alkoholindtag må gå forud for accept af behandling for personer med misbrug (Klingemann, 1991). Dette betegnes også som 'hitting rock bottom', og betragtes af nogle som en forudsætning for at indgå i behandling for misbrug. Spørgsmålet er, hvorvidt materialet i den aktuelle undersøgelse understøtter en sådan antagelse om ophobning af negative konsekvenser af alkoholindtag i perioden op til behandling, eller om der er beretninger, der angiver andre veje til behandling. I en undersøgelse af misbrugere på vej i behandling finder Klingemann (1991) to andre typer begrundelser for forandring. Den ene type betegnes som 'cross-roads cases' (skillevej), hvor undersøgelsespersonerne beskriver, hvordan de oplever at komme til en skillevej i deres liv, og hvor de vælger at stoppe deres misbrug, før de når 'rock-bottom'. Den anden type betegnes som 'pressure-sensitive cases', hvor personen responderer positivt på omgivelsernes sociale pres, ofte i form af et ultimatum, der så at sige tvinger personen til at vælge mellem at fortsætte sit misbrug eller leve et liv tilpasset almene normer (Klingemann, 1991, p. 734).

Interviewpersonerne i den aktuelle undersøgelse er blevet spurgt om baggrunden for at tage beslutningen om at forandre deres brug af alkohol og om deres beslutning om at lade sig indskrive i døgnbehandling. Gennem analysen af interviewmaterialet er der fundet nogle tendenser i de grunde, interviewpersonerne giver for forandring, tendenser der også genfindes i andre undersøgelser på området (Blomqvist, 1999a; Cunningham et al., 2005). Idet den kvantitative del af rapporten har vist, at der kunne være stor forskel på undersøgelsespersonernes belastningsgrad, alt efter hvilken type finansiering der lå bag deres døgnbehandlingsforløb, vil denne variabel blive anført i beskrivelsen af data. I det følgende præsenteres en række forskellige begrundelser for at søge om hjælp til sit alkoholproblem. Afslutningsvist præsenteres en oversigtsmodel for elementer i beslutningsprocessens forløb.

### **At skabe et bedre liv**

En del af kvinderne, både blandt selvbetalerne og dem, der er offentligt finansierede (dog forholdsvist flere i gruppen af selvbetalere), angiver, at der, bag deres forsøg på forandring af misbrugsadfærd, ligger en erkendelse af eller ønske om, at det måtte være muligt at skabe bedre liv end det liv, de aktuelt levede med misbrug og afhængighed af alkohol og andre rusmidler. Først og fremmest beskriver kvinderne et ønske om at have et liv, hvor de kan have det godt uden at være afhængige, et liv der ikke er præget af løgne og hemmeligholdelse, og et liv hvor de kan lide sig selv og stå ved den, de er. Kvinderne beskriver beslutningen om at søge behandling som en bevidst og rationel beslutning – baseret på deres erfaring om, at de ikke selv ville være i stand til at forandre misbrugsadfærden. Adspurgt, hvad der var hendes mål med behandlingen, svarer en kvinde sidst i 40'erne:

...for det første så var det mig selv, jeg tænkte på. Det er dårligt for ens helbred ikke... så det var mest for min egen skyld. Det må man jo ikke sige, men det var det. Og at få et normalt liv, at holde jul, nytår og fødselsdage og alt det der, ikke ...

Blandt kvinderne ses således flere eksempler på motivation for forandring, der knytter til oplevelsen af at stå ved en skillevej i livet, hvor det er muligt at vælge et andet liv end livet med alkohol (jf. 'cross-road cases'). Blandt mændene anfører en del ligeledes, at de ikke længere magtede deres tilværelse i al almindelighed og livet som alkoholmisbruger i særdeleshed. Men i modsætning til kvinderne bliver disse overvejelser sjældent knyttet til specifikke ønsker såsom: "...jeg ville gerne have det godt indeni" (kvinde, 44 år), eller en stræben mod noget andet og bedre, og kan som sådan ikke karakteriseres som 'cross-road cases'.

### **Påvirkning, støtte samt ultimative krav**

Samtidig anfører flere af kvinderne, at pres fra ægtefæller og kærester enten i form af støtte til at opsøge og finde behandlingsmuligheder eller ultimative krav i forhold til at gå i behandling har været væsentlige for initiering af deres forandringsproces (dette finder man både hos gruppen af selvbetalerne og dem, der er offentligt finansierede).

Flere af kvinderne oplever således, at deres ægtefæller forlanger, at de søger behandling og fastholder afholdenhed som forudsætning for at opretholde relationen. Ligeledes beskriver flere, at ønsket om at bevare kontakten til deres børn og særligt børnebørn har været et væsentligt incitament til at søge og fastholde forandring af misbrugsadfærd (dette finder man både hos gruppen af selvbetalerne og dem, der er offentligt finansierede). Enkelte af kvinderne blandt selvbetalerne (tre kvinder) beskriver, at deres ønske om forandring af misbrugsadfærd blev påvirket og understøttet af deres ledelse på arbejdspladsen, kolleger eller endog underordnede. Ligeledes anfører halvdelen af de interviewede mænd, at deres beslutning om at stoppe blev påvirket eller understøttet af kolleger, ægtefæller, familie og ledere fra arbejdspladsen. Dette gør sig gældende for størstedelen af mændene blandt dem, der selv betaler, og en mindre del af mændene i gruppen af offentligt finansierede.

Enkelte blandt mændene i gruppen af selvbetalere anfører tilmed, at de udelukkende indgik i et døgnbehandlingsforløb, fordi de følte sig presset af deres ægtefælle og børn eller følte sig presset af deres arbejdsplads. Dette fænomen beskrives ikke blandt kvinderne.

Oplevelsen af at tage i behandling på grund af partnerens ultimative krav om ophør af misbrug synes lige almindelig blandt kvinder som blandt mænd. Det er centralt at påpege, at denne grund til at søge behandling blandt kvinderne ofte kombineres med andre grunde, mens det for nogle af mændene optræder som den eneste eller væsentligste grund til at søge behandling. Dette fænomen beskrives nærmere i afsnit 8. Denne type motivation for forandring kan sidestilles med det Klingemann (1991) betegner som 'pressure-sensitive cases', hvor individet netop indgår i en forandringsproces på baggrund af et pres udefra.

### **Problemer med job**

Blandt de kvinder, hvis døgnbehandlingsforløb blev betalt af dem selv eller deres arbejdsplads, finder man flere, der anfører, at de havde problemer på deres arbejde, og at det var en af grundene til, at de ønskede at skabe forandring (hvilket stemmer overens med, at denne gruppe, ifølge den kvantita-

tive opgørelse, oftere har et arbejde og derfor oftere har arbejdsmæssige problemer/er job-belastede, jf. EuropASI score) En kvinde fortæller, hvordan hendes misbrug efterhånden vanskeliggjorde, at hun kunne opretholde sine egne arbejdsmæssige standarder:

...hvis vi tager sådan en tre-fire års periode op til, at jeg lader mig indlægge [i døgnbehandling], der begynder jeg at mærke, at det bliver sværere og sværere at indhente det forsømte, når jeg kommer tilbage efter en fraværperiode....det blev sværere og sværere, arbejdsbyrden blev også større og større i den periode der, tingene blev decentraliseret, men det var også helt klart, at jeg var ikke...jo ældre jeg blev, og jo længere min alkoholisme havde været, så var jeg heller ikke i stand til, i løbet af et par dage, og så sige 'så ...og nu ligner jeg mig selv, og nu er jeg psykisk genopbygget'. Det tog mig længere og længere tid (kvinde, 56 år).

Blandt de kvinder, hvis behandlingsforløb var offentligt finansieret, fremhæver kun en enkelt, at problemer med arbejde var en væsentlig årsag til at søge behandling og forandring. En enkelt af mændene beskriver tilmed, at han blev presset i døgnbehandling af kommunen, alternativet var, at han ville miste sin kontanthjælp.

## Helbred

Fire kvinder i gruppen af selvbetalere anfører, at en forøgelse af fysiske konsekvenser af misbruget og dermed hensynet til eget fysiske helbred var en del af baggrunden for at ønske forandring og søge behandling. Dette gør sig gældende for en enkelt blandt de offentligt finansierede.<sup>10</sup> Blandt mændene anfører halvdelen (heraf flest offentligt finansieret), at helbredsproblemer var en væsentlig årsag til at ønske forandring og søge behandling. Mændene beskriver, at de ofte har haft alvorlige helbredsproblemer over en årrække, og at deres fysiske sygdomme er blevet forværret af deres indtag af alkohol. De beskriver, hvordan deres krop efterhånden ikke kunne holde til alkoholen og det liv, der fulgte med, og at valget efterhånden stod mellem at dø med alkohol eller overleve uden:

... man kan jo heller ikke .... blive ved med at holde til det ...Så må man vælge, ikke også, vil du dø af det, eller vil du leve så længe, som du nu kan? (mand, 55 år).

---

<sup>10</sup> Som det anføres i den kvantitative opgørelse, er personer i gruppen af privat finansierede ofte mere belastede ved indskrivning i behandling hvad angår alkohol (målt ved EuropASI) end de offentligt finansierede, hvilket bygger på det faktum, at de privat finansierede sjældent er afruget ved indskrivning på døgnbehandlingsinstitutionen). Dette kan naturligvis have en effekt.

## **Skræmmende og ydmygende oplevelser knyttet til indtagelse af alkohol**

Allerede i 1981 beskriver Tuchfeld i et studie af alkoholmisbrugere og spontan remission, at 'ydmygende oplevelser' er hyppigste begrundelse for forandring blandt alkoholmisbrugere. Et fænomen der også findes i den aktuelle undersøgelse. Blandt kvinderne i gruppen af selvbetalere er der således flere, der beskriver, hvordan baggrunden for at ønske forandring og søge behandling har været en indsigt i den betydning, som afhængighed, misbrug og kontroltab har for deres tilværelse. Blandt disse beskriver enkelte, hvordan et ønske om at undgå specifikke følelser, der knytter sig til indtagelse af alkohol, er en væsentlig grund til forandring (gælder både kvinder i gruppen af selvbetalere og de, der er offentligt finansierede). Kvinderne oplever det yderst skamfuldt at drikke og så bagefter ikke kunne huske, hvad der er sket, og hvad de har foretaget sig. De beskriver det som ydmygende at være 'fanget' i afhængigheden og miste kontrollen, når de drikker. Dette fænomen beskrives også blandt mændene, hvor enkelte fremhæver, at de lavede skandaler til sammenkomster, og at deres omgangskreds efterhånden holdt op med at invitere dem. Mændene beskriver dog ikke disse oplevelser som skamfulde, men nærmere som episoder der, for dem selv, understregede, hvor invaliderende deres misbrug var blevet også rent socialt.

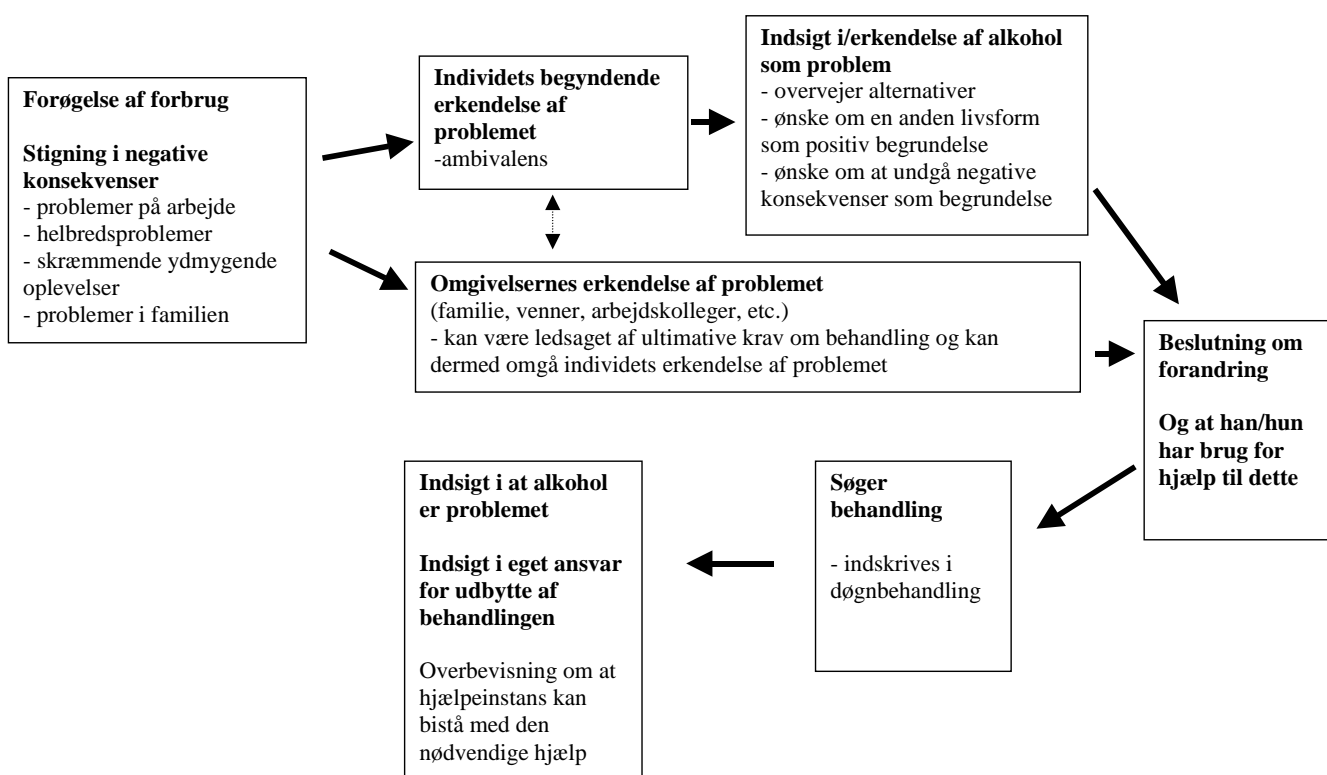
### **Opsummering**

De tre beskrevne typer begrundelser for forandring: 'Problemer på jobbet', 'Helbred', og 'Skræmmende og ydmygende oplevelser knyttet til indtagelse af alkohol' kan tilsammen kategoriseres som akkumulation af negative hændelser, der kan indikere, at personerne indenfor de enkelte områder oplever at nå 'rock-bottom'. Disse hændelser fremstår i fortællingerne som centrale motiver for forandring. Ønsket om 'At skabe et bedre liv' og oplevelserne af 'Påvirkning, støtte samt ultimative krav' kan derimod beskrives som mere positive motiver for forandring.

I figur 6.1. er det søgt at illustrere de overordnede linjer i beslutningsprocessens forløb. Denne skematiske fremstilling er dels inspireret af Pringle, (1982), og dels af Blomqvist (1999, 2005 og 2007), men bygger fortrinsvist på det præsenterede materiale. De beskrevne processer er naturligvis påvirket af både *individuelle faktorer* såsom værdier, kompetencer, erfaringer og ressourcer; af centrale begivenheder såsom *positive og negative 'life events'*; af de typer af *relationer og netværk* individet indgår i, det være sig både professionelle og personlige relationer; samt de *strukturelle politiske kulturelle og samfundsmæssige faktorer*, der påvirker udbud, type og tilgængelighed af behandling (Blomqvist, 2007). Desuden er behandlingsin-

stitutionernes evne til at anerkende individets aktuelle problemer, uanset om de er direkte relateret til alkohol, central for bevarelse af motivation for forandring, ligesom oplevelsen af, at institutionen er i stand til at bistå med den nødvendige hjælp, har betydning.

De forskellige begrundelser kan have varierende effekt og indflydelse på beslutningsprocessen på forskellige tidspunkter i forløbet. For en stor del af deltagerne i den aktuelle undersøgelse er undgåelse af negative effekter af alkoholmisbrug en central begrundelse i begyndelsen af forløbet, mens ønsket om at opnå en anden livsform bliver mere betydningsfuld senere i forløbet.



**Figur 6.1** Grunde til at indgå i behandling – overordnede linjer i beslutningsprocessens forløb (den skematiske fremstilling er blevet til på baggrund af data fra undersøgelsen, men er også inspireret af Pringle, 1982; Blomqvist, 1999; 2005)

### Kan man finde forskelle i mænds og kvinders grunde til at søge hjælp til forandring?

Langt størstedelen af de beskrevne grunde til at søge behandling findes både i kvindernes og mændenes beretninger. Der er således ikke fundet tydelige forskelle mellem mænd og kvinder i forhold til dette fænomen. Der er dog enkelte forskelle, der er værd at fremhæve:



- Kvinderne er i højere grad end mændene tilbøjelige til at begrunde deres indskrivning i døgnbehandling med et ønske om et bedre liv, til at ønske at undgå hemmeligholdelse og at være fri for afhængigheden. ('cross-road cases').
- Mændene derimod er mere tilbøjelige end kvinderne til at anføre hensyn til deres fysiske helbred som en væsentlig årsag til at søge behandling.
- Kvinderne er i højere grad end mændene tilbøjelige til at søge behandling for at undgå 'skræmmende og ydmygende oplevelser knyttet til indtagelse af alkohol'.

De interviewedes beslutninger om at ændre adfærd er fremkommet på baggrund af en for nogle ganske langvarig indre og ydre proces, og for andre en kortvarig og ofte ydre initieret proces, hvor både hensynet til eget fysiske og mentale helbred og pres fra familie, venner og kolleger har spillet en væsentlig rolle. Der er i interviewmaterialet ikke tale om, at specifikke positive hændelser såsom at blive forældre, få nyt job, eller genetablere kontakt til familie beskrives som afgørende incitament for, at ønske om forandring overgår til aktiv handling. Det generelle billede er derimod, at der for størstedelen både sker en akkumulation af negative hændelser i form af forøgelse af helbredsproblemer; forøget stress, angst eller depression; parforholdsproblemer; problemer på arbejde; oplevelse af ensomhed og social isolation, og at disse faktorer indledningsvist virker motiverende for forandring. Men at der samtidig er en del af interviewpersonerne, for hvem forandringen også motiveres af deres eget og deres sociale relationers ønske om et andet og bedre liv. For nogle er perioden fra oplevelsen af afhængighed til opstart af behandling forholdsvis kort, hvorved oplevelsen af afsavn og problemer ikke har været altomfattende. Således kan datamaterialet ikke entydigt understøtte en antagelse om 'hitting rock bottom' som forudsætning for at indgå i behandling.

Der er i den aktuelle undersøgelse enkelte interviewpersoner, der anfører en bestemt episode eller begivenhed som udslagsgivende for beslutningen om forandring. Denne type begivenheder betegnes i litteraturen som *vendepunkter*. I rapportens næste afsnit beskrives en række forskellige vendepunkter, som de er blevet beskrevet af interviewpersonerne i undersøgelsen.



## 7. Vendepunkter

Vendepunkter kan forstås som specifikke episoder, der af interviewpersonen defineres som den eller de begivenheder, der førte til eller igangsatte den konkrete forandringsproces. I den aktuelle undersøgelse er det som nævnt kun en del af interviewpersonerne, der beskriver konkrete episoder, der har fungeret som deciderede vendepunkter. I det følgende beskrives forskellige typer af vendepunkter fundet i interviewmaterialet.

### **Vendepunkt – erkendelse af konsekvenser for selvbilledet**

Som beskrevet oplever en stor del af interviewpersonerne, at de efterhånden mister kontrollen med deres misbrug, og at dette fører til en acceleration af de negative konsekvenser af afhængighed og misbrug. Dette tab af kontrol beskrives som ydmygende og ofte i modstrid med deres selvbillede. De beskriver, hvordan alkoholen og andre rusmidler/medicin efterhånden var blevet det organiserende princip for deres tilværelse, og dermed kom til at styre eksempelvis deres samvær med familien og deres indsats på arbejde. Nogle interviewpersoner beskriver specifikke episoder, der igangsætter en beslutning om at forandre indtag af alkohol og andre rusmidler. Eksempelvis en kvinde i 40'erne med familie og børn og mange års misbrug af både alkohol og morfin bag sig. Hun modtager substitutionsbehandling på det lokale misbrugscenter og beskriver, at hun med tiden får vanskeligere og vanskeligere ved at administrere denne behandling, der blandt andet omfatter en hjemtagningsordning i weekenderne. Hun beskriver det som meget ydmygende pludselig at opleve sig selv som 'narkoman' (hendes egne ord) og samtidig end ikke at være i stand til at følge substitutionsbehandlingen. Det bliver efterhånden tydeligt for hende selv, hvor afhængig hun er blevet. Og hun oplever, hvordan familien tager afstand fra hende og ikke ønsker at være sammen med hende. Hun fortæller:

[jeg] blev ... så mega mega høj, og det kunne jeg jo godt se, at det var jo helt forkasteligt, og det kunne jeg gøre hver weekend, ikke. Og min familie kunne jo ikke holde ud at se mig. Jeg sad og savlede med mad ud af munden og sådan noget [...] Altså, det var utroligt ydmygende, ikke. Og jeg tænkte, hvad er det der... hvad er der blevet af mig. Jeg skrumpede mere og mere ind og kunne ikke spise...

Efter at hun endnu en weekend har indtaget hele sin metadonration på en gang og suppleret med alkohol, beslutter hun sig for at bede om hjælp til at komme i stof- og alkoholfri behandling. Denne beslutning bygger dels på et ønske om at slippe af med de konkrete fysiske virkninger af et overforbrug, men også et ønske om at få et andet liv med mere selvtillid og håbet om

med tiden at kunne være en mor, hendes børn vil være bekendt. Hun fortæller:

”...jeg ville gerne have det godt indeni. Indeni. Sådan at jeg ikke skulle sidde og gemme nogle ting og sidde og være nervøs for, at folk kiggede på mig, fordi jeg så skæv ud. Og jeg ville gerne have noget selvtillid. Jeg ville gerne have [det] sådan: ’Hallo, I må gerne tale til mig, jeg er helt almindelig, jeg er normal i knoppen, kig på mig’..... Mit største ønske det var bare: ’for helvede kan jeg bare få det rigtig godt indeni’. Fordi hvis jeg kan få det rigtig godt indeni, så kan de [mand og børn] jo også få det godt..... Hvis jeg har det godt, så har de [mand og børn] det også godt”.

Den konkrete episode bliver for hende et billede på, hvor afhængig hun har været, og hvor lidt kontrol hun har haft med sit liv. Et billede der ikke stemmer overens med de forestillinger, hun har om sig selv som forælder og ægtefælle. Hendes måde at forstå sig selv på bliver udfordret og hendes selvbillede rystet (jf. Koski-Jännes, 1998). Ser vi denne beretning i lyset af definitionen af vendepunkter som en hændelse, hvor personens sædvanlige handlinger, tanker og følelser ikke længere er tilstrækkelige, kan man sige, at hun i den konkrete sammenhæng når til en erkendelse af, at hun ikke kan gøre andet end forandre sig, idet det billede, hun har af sig selv, ikke stemmer overens med hendes handlinger.

### **Vendepunkt – erkendelse af misbrugets konsekvenser for andre**

En anden type vendepunkt, der beskrives i interviewene, er den pludselige erkendelse af, hvilken betydning et misbrug kan have haft for andre – især børn. Dette beskrives blandt andet af en mand på 55 år med i alt seks børn. Han har et mangeårigt misbrug af alkohol bag sig. Han beskriver, at han oplevede en akkumulation af negative konsekvenser af alkoholmisbruget eksempelvis i form af manglende evne til egenomsorg, invaliderende fysiske symptomer og grænseoverskridende opførsel til familiesammenkomster og lignende. I en lang periode gik han fra det ene afrusningstilbud til det andet. Når han var afruset – gik han blot ud og drak videre. Han fortæller, hvordan han på sin partners og venners opfordring lader sig indskrive i døgnbehandling, men at han på tidspunktet for indskrivning er noget skeptisk overfor døgnbehandlingen, og at det ikke var hans eget ønske. Han beskriver den forandring, han oplevede i sin forståelse af sig selv og sit misbrug:

Da den første uge var gået, oplevede jeg i gruppeterapien, at vi snakkede om børn, og der skete et skift for mig. Jeg brød sammen, kunne ikke lide det billede, jeg kunne se af mig selv: ’hvor har jeg været en dum skid’; ’hvor har du svigtet og løjet’. ’At jeg ikke kom som aftalt, når jeg skulle være sammen med børnene’. Den

gruppeterapi betød, at jeg begyndte at fatte, jeg var alkoholiker og at jeg ikke kunne tåle at drikke (mand, 55 år).

Erkendelsen af, hvilke konsekvenser hans eget misbrug kan have haft for børnene, får afgørende betydning for, at han efterfølgende bliver motiveret for forandring, og dermed indgår aktivt i behandlingen.

### **Vendepunkt – at dø eller at forandre**

Andre beskriver mere dramatiske vendepunkter enten i form af livstruende fysiske symptomer som følgevirkninger af alkoholindtag (ofte i forbindelse med kroniske lidelser), eller at de direkte forsøger at tage deres eget liv. Et eksempel herpå er en yngre kvinde, der beskriver flere selvmordsforsøg som kulminationen på et kontinuert misbrug af alkohol siden teenageårene. Adspurgt hvorfor hun indgik i et døgnbehandlingsforløb, svarer hun:

Jeg havde ingen andre muligheder [end behandling]. Det er den eneste måde, jeg kan se på det i dag. Jeg havde ingen alternativer. Det var ikke lykket mig at dø, så var jeg jo nødt til at gøre noget andet ..... jeg er tvunget til at leve videre, så er der nødt til at ske et eller andet (kvinde, 41 år).

Andre interviewpersoner beskriver, hvordan de i forbindelse med indlæggelse på sygehus får at vide, at hvis de fortsætter deres massive indtag af alkohol, ville det indenfor en kort tidsperiode betyde døden. For nogle virker det motiverende i forhold til at ændre på sit indtag af alkohol.

### **Vendepunkt som kulmination**

Vendepunkterne fremstår i nogle af fortællingerne som kulmination på lang tids negative konsekvenser af alkoholmisbrug. Et eksempel er familiefaderen med adskillige års dagligt misbrug af alkohol, en tilspidset familiesituation, og kolleger, der efterhånden var trætte af hans ustabilitet. Han beskriver, hvordan han over noget tid har erkendt, at han ikke selv kan klare at skabe en forandring. Hvorefter han uforandret fortsætter sit misbrug af alkohol, vel vidende at det i sidste ende kunne betyde, at han ville dø af det. En dag oplever han at sidde hjemme i sin stue og være fuldstændig apatisk og tom indeni. Han magter ikke længere at holde styr på det, han kalder sit 'dobbeltliv'. Hvor han på den ene side forsøger at bibeholde et arbejde og et familieliv, som om han ikke drikker, og hvor han på den anden side er dybt afhængig af alkohol. I den konkrete situation tager hans ægtefælle beslutning om at kontakte en døgnbehandlingsinstitution og får umiddelbart plads til ham. Han beskriver forløbet:

Jamen det var en utrolig lettelse, sådan set ... at der lige pludselig skete noget, ... [jeg] havde en eller anden fornemmelse af, at nu var der gået hul på bylden ... vi aftalte, at vi skulle komme ud på [døgninstitutionen], og så kunne jeg lige se, og så kunne vi så køre hjem igen og så finde ud af, om jeg skulle derud. Men altså allerede da vi kørte af sted første gang om morgenen der, der havde jeg pakket min taske, og så var jeg sådan set bare glad for, at der skete noget ..... Det var jo ganske ukendt for mig, hele programmet, hele Tolvtrinsprogrammet og....men jeg tror stadigvæk, at det der...jeg følte mig satme så lettet så....og jeg tror, at det sådan 'bar igennem' de første par dage (mand, 51 år).

For denne mand kommer ægtefællens beslutning og handling til at fremstå som en igangsættende handling og et vendepunkt i hans fortælling.

### **Opsummering**

I interviewene beskrives en variation af episoder, der bidrager til, at interviewpersonerne får en gradvis erkendelse af deres misbrugsproblem, dets omfang og konsekvenser. Ikke alle disse episoder igangsætter en decideret forandring af misbrugsadfærd, men kan betragtes som elementer i en forandring på langt sigt. I dette afsnit er en række deciderede vendepunkter blevet skitseret, og som beskrevet kan vendepunkter både have en dramatisk karakter og være helt udramatiske. De fremstår i beretningerne som begivenheder eller episoder, der sætter interviewpersonens selvopfattelse i bevægelse og skaber en erkendelse af, at personens sædvanlige handlinger, tanker og følelser ikke længere er tilstrækkelige til at opretholde tilværelsen, som han eller hun kender den, og hvor de derfor er nødt til at skabe en forandring (jf. Koski- Jännes, 1998). Personen erkender, at han eller hun ikke kan gøre andet end forandre sig. Med vendepunkter som analysebegreb har det i dette afsnit ikke været muligt at finde tydelige forskelle mellem gruppen af mænd og kvinder.

## 8. Veje ud af misbrug

Som beskrevet i afsnit om undersøgelsens fokus og analysebegreber skal det belyses, hvorledes interviewpersonerne håndterer tiden efter døgnbehandling. Af rapportens kvantitative del fremgår det, at en stor del af interviewpersonerne kan forventes at være afholdende eller have et kontrolleret brug af alkohol i perioden efter døgnbehandling. Ligeledes kan det forventes, at kvinder, hvis døgnbehandlingsforløb var finansieret af det offentlige, generelt er at finde blandt dem, der klarer sig dårligst. Mens kvinder, hvis behandling blev betalt af dem selv/arbejdsgiver, generelt vil være dem, der klarer sig bedst.

Som i afsnittet om tiden op til døgnbehandling er det muligt at kategorisere interviewpersonerne i et antal grupper. Kategoriseringen har her afsæt i, hvorvidt interviewpersonerne har formået at fastholde afholdenhed/kontrolleret brug efter døgnbehandling, eller om de har eller har haft perioder med problematisk brug. Som det skal vises i nedenstående, giver denne opdeling mulighed for at differentiere mellem nogle ret forskellige grupper, hvor både tid i misbrug, køn og motivation for behandling ser ud til at have en betydning. Med afsæt i interviewpersonernes beskrivelser af den rolle, alkohol aktuelt har i deres liv samt deres misbrugsstatus, opdeles interviewpersonerne i fem grupper. For hver af disse grupper beskrives følgende:

- faktorer, der understøtter afholdenhed/kontrolleret brug af alkohol.
- faktorer, de oplever, kan vanskeliggøre vedligeholdelse af adfændsændringen.

De fem grupper skal her kort beskrives:

- 1) *'Mænd uden problem'* består af en gruppe, der hverken før døgnbehandlingen eller efter mener, at de har haft et stort alkoholproblem, og hvor behandlingsforløbet for langt de fleste er blevet initieret af deres familie eller arbejdsgiver. Lidt skarpt sat op kan man sige, at denne gruppe oplever, at de blev presset eller 'tvunget' i behandling. Denne gruppe drikker ofte kontrolleret og består udelukkende af mænd (tre selvbetalere og en offentligt finansieret).
- 2) *'Alkohol som et problem - A'*: En gruppe, der stadig betragter alkohol som et stort problem i deres tilværelse, og som oftest dagligt må arbejde for at vedligeholde deres tilværelse som ædru/afholdende. Denne gruppe består af interviewpersoner, der har været afholdende i hele perioden siden døgnbehandling (otte mænd og seks kvinder).

- 3) *'Alkohol som problem - B'*: Den tredje gruppe består af syv kvinder og fire mænd, der siden udskrivning fra døgnbehandling har haft kortere eller længere perioder med misbrug eller slip, men som aktuelt er afholdende.
- 4) *'Aktuelt brug af alkohol - A'*: Den fjerde gruppe består næsten udelukkende af mænd, der i lange perioder siden udskrivning fra døgnbehandling har haft et problematisk brug af alkohol, og som ikke er afholdende på interviewtidspunktet. De kan se, at deres alkoholforbrug kan skabe nogle problemer, men de har ikke aktuelt et ønske om at afholde sig fra alkohol (tre mænd og en kvinde).
- 5) *'Aktuelt brug af alkohol - B'*: Den femte gruppe består næsten udelukkende af kvinder (tre kvinder og en mand). Denne gruppe er pt. ikke er afholdende, men vil gerne være det. De ser alkohol som et problem, de er nødt til at forholde sig til, og som de gerne vil være foruden, de ser sig blot ikke i stand til at iværksætte denne forandring aktuelt.

Derudover er der to interviewpersoner, der beskriver en problematik præget af store psykiske vanskeligheder, både i tiden op til døgnbehandling og efter døgnbehandling. De er på interviewtidspunktet afholdende fra alkohol. Det er valgt at udelade disse fra den skitserede kategorisering, idet personer selv fremstiller deres problem med alkohol som sekundær til deres omfattende psykiske vanskeligheder.

### **Ad 1. Mænd uden problem**

Denne gruppe omfatter udelukkende mænd. De har alle gennemført døgnbehandlingen, og størstedelen har haft en forholdsvis kort periode med misbrug af alkohol op til indskrivning i døgnbehandling. På interviewtidspunktet beskriver de, at de enten er afholdende fra alkohol eller har et kontrolleret forbrug.<sup>11</sup>

Størstedelen af interviewpersonerne i denne gruppe anfører, at de oplevede sig presset i behandling, ofte af deres ægtefælle og voksne børn. Dette kolliderede ofte med deres egen opfattelse af, at andre ikke skal bestemme, om eller hvordan de drikker. Af hensyn til bevarelse af deres relationer indvilligede de imidlertid i at gå i behandling. En enkelt i denne gruppe beskriver ligeledes, hvordan en læges vurdering af hans helbred bevirkede, at han indstillede sit indtag af alkohol. De beskriver ikke alkohol som et stort pro-

---

<sup>11</sup> De har alle en uddannelse og mange års erfaring på arbejdsmarkedet, to er pensionister, og to er i fast arbejde.



blem i deres tilværelse, men flere beskriver derimod, hvordan deres nærmeste (familien, partner og nære venner) oplevede deres alkoholindtag som et stort problem. På den anden side fortæller de, hvordan de, i takt med at deres misbrug udviklede sig, oplevede en stigende isolation, ensomhed og tristhed, og at indtag af alkohol ikke længere var forbundet med glæde.

I perioden op til indskrivning i døgnbehandling fortæller de desuden, at der blev kortere og kortere tid mellem de perioder, hvor de drak meget, samt at de havde sværere ved at kontrollere deres indtag. Men de understreger alle i interviewene, at de ikke betragtede eller betragter sig selv som alkoholikere.

Døgnbehandlingsforløbet fremstilles nærmest som en parentes i deres tilværelse. Som en periode, hvor de fik mulighed for at tage hånd om ting i deres tilværelse, der ikke fungerede, såsom ægteskab, depression, stress og lavt selvværd. En parentes, der har været virksom, men som samtidig ikke har foranlediget en grundlæggende forandring af deres selvbillede.

Når de beskriver, hvad der støtter og motiverer dem i tiden efter døgnbehandling, har deres familierelationer og venner fra tiden før behandling en central placering. Ofte oplever de, at de i tiden efter behandling får genetableret kontakt til børn og børnebørn og venner. Samtidig beskrives etablering af en struktureret hverdag uden stress som central for tiden efter døgnbehandling. Derimod har aktiviteter, der retter sig mod at afholde sig fra indtagelse af alkohol, ikke en central placering i deres tilværelse, ligesom deres netværk heller ikke er afholdende fra alkohol. I modsætning til de grupper, der skal beskrives nedenfor, er deres tilværelse således ikke orienteret omkring fastholdelse af afholdenhed.

### **Ad 2. og 3. De afholdende med 'Alkohol som problem'**

Ser man på interviewpersoner, der kan placeres i denne kategori, fordeler de sig i henholdsvis en gruppe, der har holdt sig afholdende siden døgnbehandling, og en gruppe, der har haft et eller flere slip eller tilbagefald. I det følgende vil begge typer blive beskrevet, og data fra interviewene vil blive præsenteret for henholdsvis kvinder og mænd. For alle interviewpersonerne gælder, at de fortsat opfatter indtagelse af alkohol som et potentielt problem.

### *'Alkohol som problem - A'*

Blandt dem, der har været afholdende siden døgnbehandling, finder vi næsten en ligelig fordeling af mænd og kvinder (otte mænd og seks kvinder). I det følgende beskrives henholdsvis mænd og kvinder hver for sig.

#### *Mænd (8)*

Mændene i denne gruppe adskiller sig fra gruppen af 'Mænd uden problem' ved at se alkohol som et problem, de på trods af flere års afholdenhed fortsat må forholde sig til. De understreger således alle, at de også fremover vil være nødt til at afholde sig fra at indtage alkohol.<sup>12</sup>

Alle mændene beskriver et stort forbrug af alkohol igennem mange år. I perioden op til indskrivning i døgnbehandling er de typisk meget belastede både fysisk, psykisk og socialt. De beskriver, hvordan de 'var ved at falde fra hinanden', og hvordan de ofte mistede job, risikerede at miste deres familie og venner og ofte mistede kontakten til deres børn.

Størstedelen af mændene i denne gruppe har i dag kontakt til deres børn og 6 ud af 8 bor med partner. De fleste har en uddannelse og har mange års erfaring på arbejdsmarkedet bag sig, og de er aktuelt enten i fast arbejde eller modtager pension. Størstedelen (6 af 8) har en familie, dvs. de bor sammen med ægtefælle og eventuelt hjemmeboende børn.

Når denne gruppe mænd beskriver, hvilke faktorer der har været støttende og motiverende i tiden efter døgnbehandling, er oplevelser, de har haft i selve behandlingen, af stor betydning. For nogle har det været mødet med professionelle behandlere, hvor de oplevede sig selv i en sammenhæng, hvor de følte sig forstået og anerkendt. For andre har det været oplevelsen af at kunne identificere sig med de andre klienter på institutionen og derigennem dyrke et fællesskab med ligesindede. At opleve at andre også havde den samme type problemer, og at de ikke længere var nødt til at lyve om deres misbrug. Som en mand på 51 år formulerer sig om gruppebehandlingen på døgninstitutionen:

...Det var ikke spor mærkeligt at sidde og fortælle åndssvage historier om, hvad man havde gået og lavet, fordi enten havde man lige hørt det fra en af de andre, eller også var der én lige bagefter, der kunne fortælle det samme. Al den der 'skjuln' og løgn, det var jo pillet væk.

---

<sup>12</sup> Ser man på finansieringen, har tre af de otte i denne gruppe fået finansieret deres ophold af det offentlige.

Desuden fremhæver flere, at de redskaber, de lært i behandlingen til håndtering af risikosituationer, har været hjælpsomme også i årene efter udskrivning.

Et element, der kan betragtes som en direkte udløber af døgnbehandlingen, og som for en del har en støttende funktion, er deltagelse i møder i Anonyme Alkoholikere (AA). Nogle deltager flere gange ugentligt i AA-møder, andre fortæller, at de selv været med til at etablere grupper bestående af tidligere medklienter fra døgnbehandlingsinstitutionen, grupper der ikke nødvendigvis er knyttet til 12-trins ideologien, og som opleves som en stor støtte i dagligdagen.

Nogle af mændene beskriver desuden, hvordan de i dag er i stand til at deltage i både familiens og deres børns liv med nærvær og engagement. Dette beskrives som væsensforskelligt fra tilværelsen med misbrug af alkohol og opleves i høj grad som understøttende for fastholdelse af en tilværelse uden misbrug. Samtidig beskriver enkelte af mændene, hvordan de i dag har mulighed for at vælge i deres liv – en mulighed, de ikke oplevede, mens de drak:

...det hele havde jo en eller anden bagtanke, altså uanset hvad jeg skulle, så skulle jeg altid lige tænke på, 'jamen hvor er den næste øl henne', eller 'hvor er den næste flaske Gammel Dansk' ...det var hele tiden afhængig af det. Og så vælger man jo ikke frit... (mand, 51 år).

Et andet element, der ser ud til at have stor betydning for denne gruppe af mænd, er muligheden for at fastholde en struktureret hverdag med tilknytning til arbejdsmarkedet. Hvad enten denne tilknytning har form af regulært arbejde eller job med forskellige former for løntilskud. Således beskriver flere, at mangel på arbejde og oplevelsen af social isolation vanskeliggør fastholdelse af afholdenhed. Flere af mændene fremhæver desuden, at erkendelsen af, at de ikke selv har været i stand til at styre deres indtagelse af alkohol, er en væsentlig faktor i at fastholde afholdenhed.

Denne gruppe har på mange måder taget døgnbehandlingsforløbet og efterbehandlingen til sig som en kilde til at opretholde forandringen. Det kan synes noget overraskende, at de tre år efter udskrivning fra døgnbehandling stadig refererer til den store betydning, behandlingen og mødet med ligesindede har haft.

### *Kvinder (6)*

Kvinderne i denne gruppe af afholdende med 'Alkohol som problem' understreger alle, at de også fremover vil afholde sig fra at drikke alkohol og indtage andre rusmidler. Størstedelen af kvinderne i denne gruppe har haft en forholdsvist kort periode i massivt misbrug (mellem 2 og 10 år), dog har en enkelt kvinde haft et misbrug i mere end 20 år.<sup>13</sup> På dette punkt adskiller denne gruppe afholdende kvinder sig fra gruppen af mænd, som beskrevet ovenfor. Mere end halvdelen af kvinderne i denne gruppe bor med deres partner og eventuelt hjemmeboende børn.

En del af kvinderne gør sig mange overvejelser om den rolle, alkohol har og har haft i deres tilværelse. Flere beskriver, hvordan de i behandlingen lærte, at de ikke længere havde behov for alkoholen for at kunne fungere sammen med andre. De beskriver, hvordan de oplevede, at erkendelsen af, at de var afhængige, havde stor betydning for deres fortsatte forløb, idet de dermed havde mulighed for at vælge et liv uden alkohol. Dette gælder både for kvinder, der havde været i behandling på såkaldte Minnesota-institutioner, og kvinder, der havde været i behandling på andre typer institutioner. Samtidig fremhæver flere af kvinderne, i lighed med mændene, at det havde stor betydning at blive mødt med anerkendelse af netop deres problematik i behandlingen. Som en kvinde formulerer sig om starten på forløbet på døgninstitutionen:

...og så startede et helt nyt liv..... jeg lærte mig selv at kende, at træde i karakter, sige og vise hvad jeg tænker på en værdig måde, at manifestere hvem jeg er .....fra første sekund var jeg overbevist om, at 'det her er dit livs chance' (kvinde, 59 år).

Nogle af kvinderne fremhæver derudover, at det havde stor betydning at møde rollemodeller i form af behandlere, der selv havde prøvet at være afhængige af alkohol. Der er dog samtidig kvinder, for hvem deltagelse i efterbehandlingsgrupper og AA-møder ikke har fungeret støttende.

Flere af kvinderne har samme job, som før de kom i behandling, men når de bliver spurgt, hvad der har haft betydning i perioden efter behandlingen, fremhæves især støtte og anerkendelse fra den nære familie, efterbehandling og støtte fra ligesindede i AA, samt deres egen personlige udvikling.

---

<sup>13</sup> Ser man på finansieringen af deres døgnbehandlingsforløb, er fem ud af seks kvinder i denne gruppe selvbetalere.

Personlig udvikling omfatter ifølge interviewene blandt andet bearbejdning af sorg og traumer. En enkelt kvinde, der har drukket siden en ung alder, oplevede, at døgnbehandlingen og efterbehandlingen gav hende mulighed for at indhente noget af den udvikling og modenhed, hun var gået glip af, idet hun havde drukket størstedelen af sit voksne liv. Mændene i gruppen beskrevet ovenfor lægger ikke på samme måde vægt på den personlige udvikling i deres beskrivelse af vedligeholdende faktorer.<sup>14</sup> De lagde derimod stor vægt på deres arbejdsliv og fællesskab med ligesindede som en støtte.

Når kvinderne i denne gruppe beskriver, hvilke vanskeligheder de har oplevet i forhold til at opretholde afholdenhed fra alkohol, er mangel på netværk et centralt element. Samtidig fremhæver nogle af de kvinder, der har et socialt netværk, at manglende forståelse for deres problematik kan virke undergravende og ikke-støttende.

Fælles for både de afholdende kvinder og mænd er, at langt størstedelen har familie og netværk, der ikke afholder sig fra at indtage alkohol.

#### *'Alkohol som problem- B' – kvinder og mænd*

I denne gruppe finder vi mænd og kvinder, for hvem tiden siden døgnbehandling har været præget af tilbagefald eller slip af kortere eller længere varighed. Data for denne gruppe præsenteres samlet. Gruppen består af i alt syv kvinder og fire mænd.

Fælles for dem er, at de beskriver, at de har besluttet, at de ikke skal drikke mere. Men flere (både mænd og kvinder) beskriver, at de stadig har lyst til alkohol (og nerve-/sove medicin), samt at de har et ønske om at kunne drikke i sociale sammenhænge. Samtidig er de klar over, at de har vanskeligt ved at holde sig til nogle få genstande. På denne måde ser de stadig alkohol som et problem, de er nødt til at forholde sig til. Mændene i denne gruppe har mellem 15 og 25 års misbrug bag sig, kvinderne noget kortere, fra 1 år og op til 19 år.

Flere, både mænd og kvinder, beskriver, at de havde vanskeligt ved at identificere sig med behandlingskonceptet på døgninstitutionen samt efterbehandlingsforløbet. Dette medvirkede til, at de havde vanskeligt ved at profitere af døgnbehandlingen. I modsætning hertil beskriver andre i gruppen,

---

<sup>14</sup> Hvilket stemmer overens med afsnit om grunde til behandling, hvor det oftere var kvinder, der refererede til deres personlige udvikling som en væsentlig årsag til at søge behandling.

at de netop i behandlingen har lært konkrete redskaber til at forstå og modstå trang til alkohol og andre rusmidler.

Kvinderne i denne gruppe er veluddannede, fire ud af syv er i fast arbejde, to søger aktuelt pension, en er uden arbejde. Blandt mændene er en ud af tre i arbejde. De fremhæver alle den positive betydning for deres selvværd og fastholdelse af afholdenhed, som deres tilknytning til arbejdsmarkedet har.

Flere af kvinderne, men ingen af mændene, deltager jævnligt i møder i AA. Nogle af kvinderne beskriver, at de oplever støtte fra deres nærmeste familie, mens andre fremhæver, hvorledes konflikter og problemer med nuværende eller tidligere partner virker destabiliserende i forhold til at fastholde afholdenhed/kontrolleret brug.

Mangel på støtte fra netværk og partner er derimod kendetegnende for mændene i denne gruppe.

#### **Ad.4. 'Aktuelt brug af alkohol - A'**

Denne gruppe består næsten udelukkende af mænd. De er kendetegnet ved, at de ser sig selv som afhængige af alkohol, men de har aktuelt ikke noget ønske om at være afholdende. De kan dog godt se, at alkoholen giver dem problemer, især i relation til signifikante andre, men de beskriver samtidig, hvordan alkohol hjælper dem til at føle sig mindre ensomme, til at føle mindre kedsomhed og tristhed, og til at håndtere stressede situationer. Alle mændene har haft et misbrug i en forholdsvist kort periode, fra fire til seks år, mens den eneste kvinde har haft et misbrug i mere end 20 år.

Alle mændene har en lang videregående uddannelse og har tidligere haft velbetalte og attraktive jobs. Nu bor og lever de alene (en enkelt er gift men ikke samboende med sin ægtefælle), de har alle voksne børn, som de ser i begrænset omfang. To af de tre har oplevet, at deres familier er blevet opløst, og at de i den forbindelse har mistet deres faste bopæl gennem mange år. Ingen af de tre har et socialt netværk, og de har alle mistet deres faste arbejde. En enkelt beskriver dog, at han har en løs ansættelse, hvor han indimellem varetager opgaver for sit gamle firma. De har alle bevæget sig fra at have en velfungerende familie samt et velbetalt og prestigefyldt arbejde til at stå uden arbejde, netværk og for nogle uden familie. De beskriver alle, hvordan mangel på arbejde, depression og ensomhed samt let adgang til økonomiske midler har fremmet deres afhængighed og misbrug af alkohol. Faktorer der ligeledes beskrives at være med til at vedligeholde deres aktuelle misbrugsstatus.

Den eneste kvinde i denne gruppe har aktuelt en samlever, hun har en kortere uddannelse og har et spinkelt socialt netværk. Hun beskriver i modsætning til ovenstående, at misbrug af alkohol, i kraft af hendes arbejde i restaurationsbranchen, har været hverdag for hende i mange år.

Flere både mænd og kvinder i denne gruppe beskriver, at døgnbehandlingsforløbet ikke passede/hjalp dem, at de enten ikke gennemførte, eller ikke var enige i det præsenterede behandlingskoncept. De anvender hverken værktøjer fra behandlingsforløbet eller deltager i netværksgrupper. Samlet set har de et meget spinkelt socialt og familiært netværk, og de oplever ensomhed og isolation.

#### **Ad. 5. 'Aktuelt brug af alkohol B'**

Denne gruppe består næsten udelukkende af kvinder (fire kvinder, en mand). Aktuelt har de alle et problematisk brug af alkohol, enten i form af et kontinuert forbrug eller i form af perioder, hvor de indtager en del alkohol, afløst af perioder hvor de ikke drikker så meget. Nogle oplever afhængigheden og alkoholen som en fjende – men samtidig er alkoholen noget, der har hjulpet på både ensomhed og fysiske smerter. De ser afhængigheden som et problem og er bange for at komme til at drikke lige så meget igen, som de gjorde tidligere.

Størstedelen af kvinderne har haft et døgnbehandlingsforløb finansieret af det offentlige. De har alle haft et misbrug igennem mange år (mellem 15 og 25 år). De har alle mange års erfaring fra arbejdsmarkedet, men ingen har aktuelt et arbejde. Kvinderne beskriver ustabile og for nogles vedkommende destabiliserende familiære relationer. Størstedelen beskriver ligeledes et ustabil og spinkelt socialt netværk. Mange har alvorlige fysiske lidelser såsom alvorlige rygproblemer, epilepsi, mavesår og problemer med leveren.

Nogle i gruppen beskriver, at de har oplevet, at døgnbehandlingen og deres efterfølgende deltagelse i AA har hjulpet dem. Andre understreger, at de oplevede, at behandlingskonceptet ikke passede til dem, at behandlingspersonalet ikke tog hensyn til deres specifikke problemstillinger, hvorfor de havde vanskeligt ved at profitere af behandlingen.

## Opsummering

På baggrund af misbrugsstatus ved interview er der i dette afsnit fremhævet tre overordnede grupperinger: henholdsvis kontrolleret drikkende, de afholdende og de med problematisk brug. Derudover er grupperne opdelt efter deres oplevelse af, hvorvidt alkohol har været og stadig er et problem, de ønsker at forholde sig til. Blandt nogle af grupperne er der tale om tydelige forskelle mellem mænd og kvinder, for andre er forskellene mindre udtalte. Der er påvist følgende forskelle grupperne og kønnene imellem:

1. I interviewgruppen (n=39) findes en gruppe mænd ('mænd uden problem'), der tilsyneladende klarer sig godt efter døgnbehandling, som har et intakt netværk og til dels familie, og som klart udtrykker, at de ikke ser alkohol som et omfattende problem i deres tilværelse. Der er derimod en tendens til, at deres nærmeste i langt højere grad har set deres forbrug som problematisk, hvilket er baggrunden for, at det er i denne gruppe, vi finder de eneste interviewpersoner, der oplever sig tvunget i behandling af deres pårørende. Der er ingen kvinder i interviewgruppen, der beskriver dette forhold til alkohol eller til døgnbehandlingsforløbet.
2. I interviewgruppen findes en anden gruppe mænd, der har været afholdende siden døgnbehandling, og som stadig aktivt forholder sig til alkohol som et problem. Sammenligner man de afholdende mænd med en tilsvarende gruppe kvinder, kan man se, at kvinderne har haft en noget kortere periode i misbrug i årene op til døgnbehandling, hvilket kan underbygge tesen om accelereret 'telescoping' (Piazza, Vrbka, & Yeager, 1989), der blandt andet omfattede, at kvinder indleder misbrug senere end mænd, men at de til gengæld hurtigere oplever sig belastet af alkoholmisbrug end mænd, og således kommer i døgnbehandling efter kortere tid i misbrug end mænd.
3. Både blandt de kvinder og mænd, der har været afholdende siden døgnbehandling, finder man, at selve behandlingsforløbet, behandlingsideologien, efterbehandlingen og en eventuel tilknytning til AA og andre netværksgrupper tillægges stor betydning. Blandt dem, der har haft tilbagefald, eller som aktuelt har et misbrug af alkohol, finder man derimod i højere grad beretninger om interviewpersoner, der oplever ikke at have profiteret af behandlingen; som ikke fandt, at behandlingskonceptet passede til dem (gælder både for mænd og kvinder), og som havde vanskeligt ved at identificere sig med de andre klienter i behandlingen.
4. Generelt tillægges støtte fra den nære familie stor betydning som vedligeholdende faktor i tiden efter døgnbehandling. Flere, både



mænd og kvinder, beskriver blandt andet, hvordan de har fået genoprettet relationen til deres børn og børnebørn.

5. Ser man på grupperne beskrevet under overskriften 'Alkohol som et problem' finder man følgende forskelle: Blandt dem, der har haft tilbagefald siden døgnbehandling er der flere, der har oplevet, at behandlingen ikke passede til dem, flere med et spinkelt netværk, og flere, der beskriver konflikter eller manglende støtte fra familie og venner.
6. Der er en tendens til, at kvinder, der aktuelt ikke har et problematisk brug af alkohol, ser deres personlige modnings- og udviklingsproces som en forudsætning for, at de stadig kan afholde sig fra problemer med alkohol; at de har et arbejde og fortsat har kontakt med deres familie. Samtidig er der en tendens til, at de mænd, der aktuelt ikke har problemer med alkohol, i højere grad ser deres tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse som en forudsætning for fastholdelse af afholdenhed.

På grund af interviewgruppens beskedne størrelse (n=39) er der tale om forholdsvis små grupperinger, der dog alligevel påpeger nogle tydelige forskelle mellem mænd og kvinder, mellem dem, der formår at afholde sig fra alkoholmisbrug, og dem, der aktuelt har et misbrug af alkohol. Det kan samtidig understreges, at disse grupperinger ikke nødvendigvis skal ses som stationære. Det må nærmere betegnes som et øjebliksbillede af deres aktuelle livsbetingelser og forhold til alkohol. Oversigten på omstående side giver et overblik over henholdsvis vedligeholdende og ikke vedligeholdende faktorer belyst ud fra de fem grupper.

**Oversigt over faktorer, der virker understøttende og vedligeholdende i forhold til forandring af misbrugsadfærd, og faktorer, der vanskeliggør eller ikke vedligeholder adfærdsændringen. Beskrevet ud fra de fem grupper i afsnit 8.**

Gruppe 1-5	Vedligeholdende og understøttende faktorer	Faktorer der vanskeliggør eller modarbejder en adfærdsændring
<p><b>1. 'Mænd uden problem'</b></p>	<p>Pres fra familie/venner                      Ønske om at bevare familien fører til accept af indskrivning i behandling                      Sundhedspersonales vurdering af helbredsmæssige konsekvenser af fortsat alkoholindtag                      En struktureret hverdag uden stress</p>	<p>Individets holdning til at andre ikke skal bestemme over deres liv og handlinger</p>
<p><b>2. 'Alkohol som problem – A'</b>                      Afholdende siden udskrivning fra døgnbehandling</p>	<p><b>Mænd:</b>                      Genetablering af relation til egne børn                      Bor med partner                      Have uddannelse og arbejde                      At opleve at blive anerkendt i behandlingen                      At være sammen med ligesindede på døgninstitutionen og i efterbehandlingen                      Deltagelse i Anonyme Alkoholikere (AA)                      Struktureret hverdag                      Erkendelse af at alkohol er et problem</p> <p><b>Kvinder:</b>                      Erkendelse af at de ikke længere har behov for alkohol for at kunne fungere                      Erkendelse af afhængighed                      At opleve at blive anerkendt i behandlingen                      At møde positive rollemodeller blandt behandlingspersonalet på døgninstitutionen                      Deltagelse i AA                      At være sammen med ligesindede på døgninstitutionen og i efterbehandlingen                      Personlig udvikling (modningsproces og bearbejdning af traumer)                      Have arbejde og kollegialt fællesskab</p>	<p><b>Mænd:</b>                      Isolation og ensomhed                      Mangel på arbejde</p> <p><b>Kvinder:</b>                      Manglende socialt netværk                      Deltagelse i AA og efterbehandling kunne for nogle virke undergravende på afholdenhed fra alkohol</p>

Gruppe	Vedligeholdende og understøttende faktorer	Faktorer der vanskeliggør eller modarbejder en adfærdssændring
<p><b>3. 'Alkohol som problem – B'</b> - kortere eller længere tilbagefald siden udskrivning fra døgnbehandling, men aktuelt uden problematisk brug af alkohol</p>	<p>At bruge konkrete redskaber i dagligdagen til at håndtere trang og problemer Tilknytning til arbejdsmarkedet Deltagelse i AA</p>	<p>Problemer med at identificere sig med døgnbehandlingskonceptet Konflikter med partner virker destabiliserende Manglende netværk og at bo alene er kendetegnende for mændene i denne gruppe</p>
<p><b>4. 'Aktuelt brug af alkohol A'</b> - ønsker ikke aktuelt at forandre forbrug af alkohol</p>		<p>Spinkelt netværk Ensomhed og isolation Manglende kontakt med familie Let adgang til økonomiske midler Opløsning af familie Mangel på arbejde Depression Alkohol hjælper til at føle sig mindre trist og ensom, til at undgå kedsomhed og at klare stress</p>
<p><b>5. 'Aktuelt brug af alkohol B'</b> - ønsker at forandre forbrug af alkohol</p>	<p>At bruge konkrete redskaber i dagligdagen til at håndtere trang og problemer Deltagelse i AA</p>	<p>Kan ikke bruge det de har lært i behandlingen Oplever ikke AA som en støtte Problemer med at identificere sig med døgnbehandlingskonceptet Alkohol hjælper på fysiske smerter og ensomhed Destabiliserende familierelationer Ustabilt/spinkelt netværk Fysiske sygdomme</p>



### 3. Litteratur

#### *Kvantitative undersøgelse*

- Babor, TF, Hofmann, M, DelBoca, FK, Hesselbrock, V, Meyer, RE, Dolinsky, Z, Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. In: *Archives of General Psychiatry*. 49(8):599-608.
- Blum, K, Braverman, ER, Holder, JM, Lubar, JF, Monastra, VJ, Miller, D, Lubar, JO, Chen, TJ, Comings, DE. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. In: *Journal of Psychoactive Drugs*. 32 Suppl:i-iv, 1-112.
- Bottlender M, Soyka M. (2005a). Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 1;80(1):83-9.
- Bottlender M, Soyka M. (2005b). Impact of different personality dimensions (NEO Five-Factor Inventory) on the outcome of alcohol-dependent patients 6 and 12 months after treatment. In: *Psychiatry Research*, 15;136(1):61-7.
- Bottlender M, Soyka M. (2005b). Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. In: *European Addiction Research*, 11(3):132-7.
- Bradizza CM, Stasiewicz PR, Paas ND. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. In: *Clinical Psychology Review*, 26(2):162-78. Review.
- Carey KB, Carey MP, Maisto SA, Henson JM. (2004). Temporal stability of the timeline followback interview for alcohol and drug use with psychiatric outpatients. In: *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6):774-81.
- Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Iscan EN. (2003). Outcome predictors in substance use disorders. In: *Psychiatric Clinics of North America*, 26(2):381-409. Review.

Cloninger, CR. (1987a). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. In: *Science*. 24;236(4800):410-16.

Cloninger, CR. (1987b). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. In: *Archives of General Psychiatry*. 44(6):573-88.

Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. In: *Addiction*, 100(3): 281-92.

DeMarce JM, Burden JL, Lash SJ, Stephens RS, Grambow SC. (2007). Convergent validity of the Timeline Followback for persons with comorbid psychiatric disorders engaged in residential substance use treatment. In: *Addictive Behaviors*, 32(8):1582-92. Epub 2007 Jan 24.

Haver B, Dahlgren L, Willander A. (2001). A 2-year follow-up of 120 Swedish female alcoholics treated early in their drinking career: prediction of drinking outcome. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(11):1586-93.

Heinz A, Jones DW, Bissette G, Hommer D, Ragan P, Knable M, Wellek S, Linnoila M, Weinberger DR. (2002). Relationship between cortisol and serotonin metabolites and transporters in alcoholism [correction of alcoholism]. In: *Pharmacopsychiatry*, 35(4):127-34.

Herz A. (1997). Endogenous opioid systems and alcohol addiction. In: *Psychopharmacology*, 129(2):99-111. Review.

Hesselbrock V, Begleiter H, Porjesz B, O'Connor S, Bauer L. (2001). P300 event-related potential amplitude as an endophenotype of alcoholism--evidence from the collaborative study on the genetics of alcoholism. In: *Journal of Biomedical Science*, 8(1):77-82.

Knop J, Penick EC, Jensen P, Nickel EJ, Gabrielli WF, Mednick SA, Schulsinger F. (2003). Risk factors that predicted problem drinking in Danish men at age thirty. In: *Journal of Studies on Alcohol*, 64(6):745-55.

Krampe H, Wagner T, Stawicki S, Bartels C, Aust C, Kroener-Herwig B, Kuefner H, Ehrenreich H. (2006). Personality disorder and chronicity of addiction as independent outcome predictors in alcoholism treatment. In: *Psychiatric Services*, 57(5):708-12.

Krystal JH, Webb E, Cooney NL, Kranzler HR, Southwick SW, Heninger GR, Charney DS. (1996). Serotonergic and noradrenergic dysregulation in alcoholism: m-chlorophenylpiperazine and yohimbine effects in recently detoxified alcoholics and healthy comparison subjects. In: *American Journal of Psychiatry*, 153(1):83-92.

Litt, MD, Babor, TF, DelBoca, FK, Kadden, RM, Cooney, NL. (1992). Types of alcoholics, II. Application of an empirically derived typology to treatment matching. In: *Archives of General Psychiatry*, 49(8):609-14.

Long CG, Hollin CR, Williams MJ. (1998). Self-efficacy, outcome expectations, and fantasies as predictors of alcoholics' posttreatment drinking. In: *Substance Use and Misuse*, 33(12):2383-402.

Maisto SA, Connors GJ, Zywiak WH (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. In: *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3):257-66.

Meszaros K, Lenzinger E, Hornik K, Füreder T, Willinger U, Fischer G, Schönbeck G, Aschauer HN. (1999). The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. The European Fluvoxamine in Alcoholism Study Group. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(3):483-6.

Miller WR, Wilbourne PL and Hetttema JE (2003). What works? A summary of alcohol treatment research. In: Hester and Miller (Eds.) *Handbook of alcohol treatment research*, New York: Pearson Education, Inc., p.13-63.

Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM, Oslin DW, Rukstalis M, O'Brien CP, Volpicelli JR. (2001). Predicting treatment response to naltrexone: the influence of craving and family history. In: *American Journal on Addictions*, 10(3):258-68.

Pedersen, MU (2005). *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Pedersen, MU. (2007). Evidence based practice in the real world. In: *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol.24, 605-614.

Pelc I, Ansoms C, Lehert P, Fischer F, Fuchs WJ, Landron F, Pires Preto AJ, Morgan MY. (2002). The European NEAT program: an integrated approach using acamprosate and psychosocial support for the prevention of relapse in alcohol-dependent patients with a statistical modelling of therapy success prediction. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(10):1529-38.

Phillips, P, Johnson, S. (2001). How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 36(6):269-76.

Polich, J, Pollock, VE, Bloom, FE. (1994). Meta-analysis of P300 amplitude from males at risk for alcoholism. In: *Psychological Bulletin*. 115(1):55-73.

Project Match Research Group (1998), Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6):1300-11.

Room R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. In: *Drug and Alcohol Review*, 24(2):143-55. Review.

Sackett D.L., Rosenberg W.M. (1995). The need for evidence-based medicine. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*. 88(11):620-4. Review.

Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Muir Gray J.A., Haynes B.R., Richardson W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. In: *British Medical Journal*, 312:71-72.

SBU (Statens Berädning för Medicinsk Utvärdering) (2001). *Behandling av alkohol och narkotikaproblem*, volymn 1. Stockholm.

Schuckit MA, Tipp JE, Smith TL, Shapiro E, Hesselbrock VM, Bucholz KK, Reich T, Nurnberger JI Jr. (1995). An evaluation of type A and B alcoholics. In: *Addiction*, 90(9):1189-203.



Søgaard Nielsen A, Becker U, Højgaard B, Blædel Lassen A, Willemann M, Søgaard J og Grønbæk M (2006). *Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering*.  
<http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CEMTV/Alkoholbeh/MTValkoholbehandling.pdf>

Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjanson AF, Harris TB (1998). Ten-year prediction of women's drinking behavior in a nationally representative sample. In: *Women's Health*. 4(3):199-230.

Witkiewitz K, Marlatt GA. (2007). Modelling the complexity of post-treatment drinking: it's a rocky road to relapse. In: *Clinical Psychological Review*, 27(6):724-38.

#### *Kvalitative undersøgelser*

Amaro, H., Fried, L. E., Cabral, H., & Zuckerman, B. (1990). Violence during pregnancy and substance use. In: *American Journal of Public Health*, 80(5), 575-579.

Beckman, L. J., & Amaro, H. (1984). Patterns of women's use of alcohol treatment agencies. In S. C. Wilsnack & L. J. Beckman (Eds.), *Alcohol problems in women. Antecedents, consequences and intervention* (pp. 319-348). New York: The Guilford Press.

Blomqvist, J. (1999a). *Inte bara behandling - väger ut ur alkoholisbruket*. Stockholm: Bjurner och Bruno.

Blomqvist, J. (1999b). Treated and untreated recovery from alcohol misuse. Environmental influences and perceived reasons for change. In: *Substance Use & Misuse*, 34(10), 1371-1406.

Blomqvist, J., & Christophs, I. (2005). *Vägen til vården. Kvinnor och mäns skäl at söka hjälp respektive börja behandling för alkoholproblem* (FoU-rapport 2005:9). Stockholm: SoRAD.

Blomqvist, J. (2007). *Fänomenet självläkning vid missbruksproblem - en kort historik*. Paper presented at the Conference on: Self-change from addiction problems: prevalence, processes, and implication for prevention and treatment, Stockholm, november 2007.

Blume, S. B., & Zilberman, M. L. (2005). Addictive disorders in women. In R. J. Frances & S. I. Miller & A. H. Mack (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (pp. 437-453). New York: The Guilford Press.

Booth, B. M., & McLaughlin, Y. S. (2000). Barriers to and need for alcohol services for women in rural populations. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(8), 1267-1275.

Carver, C. S., Schreier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Chang, G., McNamara, T. K., Orav, E. J., & Wilkins-Haug, L. (2006). Alcohol Use by Pregnant Woman: Partners, Knowledge, and other Predictors. In: *Journal of studies on alcohol*, 67(2), 245-251.

Cunningham, J. A., Blomqvist, J., Koski-Jannes, A., & Cordingley, J. (2005). Current heavy drinkers' reasons for considering change: Results from a natural history general population survey. In: *Addictive Behaviors*, 30, 581-584.

Dahlgren, L., & Willander, A. (1989). Are Special Treatment Facilities for Female Alcoholics Needed? A Controlled 2-Year Follow-up Study from a Specialized Female Unit (EWA) versus a Mixed Male/Female Treatment Facility. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13(4), 499-504.

EMCDDA, Annual Report, 2005, *The state of the drugs problem in the EU analysis and statistics*. <http://issues05.emcdda.eu.int>

Granfield, R., & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York: New York University Press.

Hecksher, D. (2006). *Tidligere misbrugeres fortællinger. Identitet, forandring og strategier*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Hill, S. (1984). Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women. In S. C. Wilsnack & L. J. Beckman (Eds.), *Alcohol problems in women*. New York: The Guilford Press.

Institute Of Medicine (IOM) (1990) *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. (Washington, DC, National Academy Press.

Juel, K., Sørensen, J., & Brønnum-Hansen, H. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Kessler, R., Aguilar-Gaxiola, S., Berglund, P. A., Caraveo-Anduaga, J. J., DeWitt, D. J., Greenfield, S. F., Kolody, B., Olfson, M., & Vega, W. A. (2001). Patterns and predictors of treatment seeking after onset of a substance use disorder. In: *Archives of General Psychiatry*, 58, 1065-1071.

Kjøller, M., & Rasmussen, N. K. (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 ... & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Klingemann, H. K.-H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. In: *British Journal of Addiction*, 86, 727-744.

Koski-Jännes, A. (1998). Turning point in addiction careers: five case studies. In: *Journal of Substance Misuse*, 3, 226-233.

Lewis, C. E., Bucholz, K. K., Spitznagel, E., & Shayka, J. J. (1996). Effects of gender and comorbidity on problem drinking in a community sample. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(3), 466-476.

Lex, B. W. (1992). Alcohol problems in special populations. In J. H. Mendelson & N. K. Mello (Eds.), *Medical diagnosis and treatment of alcoholism* (pp. 75-76). St. Louis: McGraw-Hill.

Lindgaard, H. (2002). *Voksne børn fra familier med alkoholproblemer - mestrings og modstandsdygtighed*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.

Longacre, R. (1976). *The anatomy of speech notions*. Lisse: Peter de Ridder.

Mancinelli, R., Binetti, R., & Ceccanti, M. (2007). Woman, alcohol and environment: Emerging risks for health. In: *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 31, 246-253.

McIntosh, J., & McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. In: *Social Science and Medicine*, 50(1501-1510).

Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K., & Room, R. (2006). Drinking patterns and their gender differences in Europe. In: *Alcohol & Alcoholism*, 41(Supl.1), 8-18.

- Piazza, N. J., Vrbka, J. L., & Yeager, R. D. (1989b). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. In: *The International Journal of The Addictions*, 24, 19-28.
- Pringle, G. H. (1982). Impact of the criminal justice system on the substance abusers seeking professional help. In: *Journal of Drug Issues, Summer*, 275-283.
- Schober, R., & Annis, H. M. (1996). Barriers to help-seeking for change in drinking: a gender-focused review of the literature. In: *Addictive Behaviors*, 21(1), 81-92.
- Sobell, M. B. (2007). The role of treatment in changing addictive behaviors. In H. Klingemann & L. C. Sobell (Eds.), *Promoting self-change from addictive behaviors. Practical implications for policy, prevention, and treatment*. New York: Springer.
- Sundhedsstyrelsen. (2007). *Alkoholbehandlingen i Danmark 2006 (foreløbige tal)* (11). København: Sundhedsstyrelsen.
- Thom, B. (1986). Sex-differences in help-seeking for alcohol problems - 1. The barriers to help-seeking. In: *British Journal of Addiction*, 81, 777-788.
- Thom, B. (1987). Sex-differences in help-seeking for alcohol problems - 2. Entry into treatment. In: *British Journal of Addiction*, 82, 989-997.
- Tuchfeld, B. S. (1981). Spontaneous remission in alcoholics - empirical observations and theoretical implications. In: *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 626-641.
- Waldorf, D., & Biernacki, P. (1979). Natural recovery from heroin addiction: A review of the incidence literature. In: *Journal of Drug Issues*, 9, 281-289.
- Walitzer, K. S., & Connors, G. J. (1997). Gender and treatment of alcohol-related problems. In R. W. Wilsnack & S. C. Wilsnack (Eds.), *Gender and alcohol. Individual and social perspectives*. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Wilsnack, R. W., & Wilsnack, S. C. (Eds.). (1997). *Gender and alcohol. Individual and social perspectives*. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., & Klassen, A. D. (1984). Women's drinking and drinking problems: Patterns from a 1981 national survey. In: *American Journal of Public Health*, 74, 1231-1238.

Wilsnack, S. C., & Beckman, L. J. (Eds.). (1984). *Alcohol problems in women. Antecedents, consequences and intervention*. New York: The Guilford Press.

Öjesjö, L. (2004). Turnings in alcoholism: A thematic analysis of life histories from the Lundby Alcohol Subset. In P. Rosenqvist & J. Blomqvist & A. Koski-Jannes & L. Öjesjö (Eds.), *Addiction and life course* (Vol. 44, pp. 267-274). Helsinki: NAD.



## **4. Bilag**

### *Bilag 1*

1. Alkoholspørgeskema: Tidslinje
2. EuropASI
3. Alkoholspørgeskema: Sociale systemer
4. Struktureret personlighedsfortælling (FFC)

### *Bilag 2*

1. Interviewguide

# 1. Alkoholspørgeskema: Tidslinje

Den første måned efter udskrivelsen, var du da...

Udskriv. Dato_____	I døgnbehandling <input type="checkbox"/> Nej	I antabus behandling <input type="checkbox"/> Nej	Til AA/NA møder <input type="checkbox"/> Nej	I beskæftigelse <input type="checkbox"/> Nej	Under uddannelse <input type="checkbox"/> Nej
1. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
2. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
3. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
4. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
5. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
6. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
7. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
8. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
9. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
10. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
11. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
12. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
13. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
14. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
15. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
16. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
17. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
18. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
I dag dato_____					



**Den første måned efter udskrivelsen, kom du da i ambulant behandling på et misbrugsbehandlingscenter**

Har ikke været i ambulant behandling på noget tidspunkt

Udskriv. Dato_____	Over 7 samtaler pr. mdr.	4-7 samtaler	1-3 samtaler
1. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
2. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
3. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
4. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
5. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
6. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
7. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
8. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
9. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
10. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
11. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
12. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
13. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
14. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
15. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
16. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
17. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
18. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
I dag dato_____			

Den første måned efter udskrivelsen, kom du da...

Udskriv. Dato_____	I fængsel <input type="checkbox"/> Nej	På værested <input type="checkbox"/> Nej	Hos egen prakti- serende læge <input type="checkbox"/> Nej	Hos psykiater <input type="checkbox"/> Nej	Hos psykolog <input type="checkbox"/> Nej	På almindelig hospital <input type="checkbox"/> Nej
1. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
2. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
3. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
4. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
5. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
6. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
7. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
8. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
9. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
10. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
11. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
12. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
13. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
14. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
15. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
16. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
17. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
18. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
I dag dato_____						

**Den første måned efter udskrivelsen, havde du da...**

Har været helt afholdende siden udskrivelsen

**Den højeste gælder**

Udskriv. Da- to_____	Var du helt afhol- dende	mindst én uge hvor du drak mere end 35 genstande	mindst én uge hvor du drak 22- 35 genstande (begge inkl.)	mindst én uge hvor du drak 1-21 genstande (begge inkl.)	Hvorfor tilbage- fald (hvis aktuelt)	Hvorfor atter absti- nent (hvis aktuelt)
1. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
2. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
3. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
4. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
5. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
6. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
7. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
8. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
9. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
10. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
11. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
12. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
13. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
14. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
15. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
16. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
17. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
18. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
I dag da- to_____						

Den første måned efter udskrivelsen, indtog jeg (bare én gang er nok til X i ja for måneden)...

Udskriv. Dato_____	Benzo, sedativa, risolid, sovemedicin	Hash	Stimulanser, hallucinogener (kokain, XTC, svampe, amfetamin, kokain)	Heroin, opioidder, ketogan, pitidin, metadon	Antidepressiva og psykofarmaka (nozinan, cisordinol mv.)
	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Nej
1. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
2. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
3. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
4. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
5. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
6. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
7. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
8. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
9. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
10. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
11. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
12. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
13. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
14. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
15. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
16. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
17. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
18. måned	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
I dag dato_____					

## EuropASI

	Sidste 30 dage	
1 Alkohol - brug	<input type="text"/>	17 Hvor bekymret eller besværet har du været de sidste 30 dage af disse problemer med <u>narkotika</u> 0 = intet problem <input type="text"/> 0 til 4 1 = ubetydeligt problem 2 = moderat problem 3 = betydeligt problem 4 = meget stort problem
2 Alkohol - misbrug	<input type="text"/>	
3 Heroin	<input type="text"/>	
4 Metadon/LAAM	<input type="text"/>	
5 Andre opiater/ider (ex. opium, ketogan, analgesic)	<input type="text"/>	18 Hvor vigtigt er det for dig nu at blive behandlet for disse problemer med <u>narkotika</u> 0 = intet behov <input type="text"/> 0 til 4 1 = ubetydeligt behov 2 = moderat behov 3 = betydeligt behov 4 = meget stort behov
6 Piller (ex. benzo., sedativa, hypnoticae)	<input type="text"/>	
7 Kokain	<input type="text"/>	19 Hvor mange dage, de sidste 30 dage, har du oplevet problemer med alkohol <input type="text"/> Antal dage
8 Amfetamin/ecstasy	<input type="text"/>	
9 Cannabis	<input type="text"/>	20 Hvor bekymret eller besværet har du været de sidste 30 dage af disse problemer med <u>alkohol</u> 0 = intet problem <input type="text"/> 0 til 4 1 = ubetydeligt problem 2 = moderat problem 3 = betydeligt problem 4 = meget stort problem
10 Hallucinogener (ex. LSD, svampe)	<input type="text"/>	
11 Inhalanter (ex. gas og lim)	<input type="text"/>	21 Hvor vigtigt er det for dig nu, at blive behandlet for disse problemer med <u>alkohol</u> 0 = intet behov <input type="text"/> 0 til 4 1 = ubetydeligt behov 2 = moderat behov 3 = betydeligt behov 4 = meget stort behov
12 Andre (ex. subutex temgesic/understreg hvis en af disse)	<input type="text"/>	
13 Mere end ét stof om dagen (2-12) antal dage:	<input type="text"/>	22 Hvor mange penge tror du, du har brugt i løbet af de sidste 30 dage på alkohol <input type="text"/> Antal kroner
14 Injektion sidste 30 dage <input type="text"/> (antal dage)		23 Hvor mange dage har du haft arbejde de sidste 30 dage? (eksklusiv illegale aktiviteter) Antal dage: <input type="text"/>
15 Hvor mange penge tror du, du har brugt i løbet af de sidste 30 dage på illegal narkotika Antal kroner <input type="text"/>		
16 Hvor mange dage, de sidste 30 dage, har du oplevet problemer med narkotika <input type="text"/> Antal dage		

**24 Indtægtskilder de sidste 30 dage?**

(sæt gerne mere end ét kryds)

- 24.1  Lønindkomst  
24.2  SU (Statens uddannelsesstøtte)  
24.3  Arbejdsløshedsdagpenge  
24.4  Aktivering/løn m. tilskud  
24.5  Sygedagpenge  
24.6  Kontanthjælp  
24.7  Revalideringsydelse  
24.8  Førtidspension/pension  
24.9  Fra familie, venner o.lign.  
24.10  Illegal aktiviteter  
24.11  Prostitution  
24.12  Andet

hvilket:

**25 Hvilke af ovenstående 12 indtægtskilder var, de sidste 30 dage, din hovedindtægtskilde?**

Nummer fra sp.24.1 til 24.12:

**26 Hvor mange dage har du de sidste 30 dage oplevet arbejdsmæssige problemer (såvel problemer med arbejdet som problemer med at finde arbejde)** Antal dage

**27 Hvor besværet eller bekymret har du været i forhold til arbejde de sidste 30 dage?**  0 til 4

- 0 = intet problem  
1 = ubetydeligt problem  
2 = moderat problem  
3 = betydeligt problem  
4 = meget stort problem

**28 Hvor vigtigt er det for dig at blive hjul-med disse arbejdsmæssige problemer?**  0 til 4

- 0 = intet behov  
1 = ubetydeligt behov  
2 = moderat behov  
3 = betydeligt behov  
4 = meget stort behov

**29 Venter du i øjeblikket på at blive tiltalt, på en dom eller på at afsone straf?**  Nej  Ja

**30 Hvor mange dage i løbet af de sidste 30 dage har du været involveret i illegale aktiviteter for at skaffe penge?** dage

**31 Hvor alvorlige synes du dine aktuelle problemer med kriminalitet er?**

- 0 til 4  
0 = intet problem  
1 = ubetydeligt problem  
2 = moderat problem  
3 = betydeligt problem  
4 = meget stort problem

**32 Hvor vigtigt er det for dig at få hjælp til ovenstående problemer med kriminalitet?**

- 0 til 4  
0 = intet behov  
1 = ubetydeligt behov  
2 = moderat behov  
3 = betydeligt behov  
4 = meget stort behov

**33 Se 24.10**

**34 Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du haft alvorlige konflikter med din familie** Antal dage

**35 Hvor besværet eller bekymret har du været de sidste 30 dage p.g.a. disse familiemæssige problemer**  0 til 4

0 = intet problem  
1 = ubetydeligt problem  
2 = moderat problem  
3 = betydeligt problem  
4 = meget stort problem

**36 Hvor vigtigt er det for dig at modtage behandling eller vejledning for disse familiemæssige problemer**  0 til 4

0 = intet behov  
1 = ubetydeligt behov  
2 = moderat behov  
3 = betydeligt behov  
4 = meget stort behov

**37 Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du haft alvorlige konflikter med andre end din familie** Antal dage

**38 Hvor besværet eller bekymret har du været de sidste 30 dage p.g.a. sociale problemer generelt**  0 til 4

0 = intet problem  
1 = ubetydeligt problem  
2 = moderat problem  
3 = betydeligt problem  
4 = meget stort problem

**39** Hvor vigtigt er det for dig at modtage behandling eller vejledning for disse sociale problemer  0 til 4

- 0 = intet behov
- 1 = ubetydeligt behov
- 2 = moderat behov
- 3 = betydeligt behov
- 4 = meget stort behov

**Har du haft tydelige perioder, de sidste 30 dage, hvor du har oplevet alvorlige problemer med nogen af nedenstående:**

**40** Mor  JA  NEJ  HAR INGEN

**41** far  JA  NEJ  HAR INGEN

**42** Brødre/søstre  JA  NEJ  HAR INGEN

**43** Partner/ægtefælle  JA  NEJ  HAR INGEN

**44** Børn  JA  NEJ  HAR INGEN

**45** Anden vigtig familie  JA  NEJ  HAR INGEN

**46** Nære venner  JA  NEJ  HAR INGEN

**47** Naboer  JA  NEJ  HAR INGEN

**48** Kollegaer  JA  NEJ  HAR INGEN

**49** Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer indenfor de sidste 30 dage?  
Antal dage  0 til 4

**50** Hvor plaget eller besværet har du været af disse fysiske problemer de sidste 30 dage?  0 til 4

- 0 = intet problem
- 1 = ubetydeligt problem
- 2 = moderat problem
- 3 = betydeligt problem
- 4 = meget stort problem

**51** Hvor vigtigt er det for dig med behandling nu for disse fysiske gener?  0 til 4

- 0 = intet behov
- 1 = ubetydeligt behov
- 2 = moderat behov
- 3 = betydeligt behov
- 4 = meget stort behov

**Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode, hvor du har oplevet:**

(for spørgsmål 52, 53 og 54 af mindst 14 dages varighed)

**52** svær depression  JA  NEJ

**53** svær angst/anspændthed  JA  NEJ

**54** svære koncentrationsproblemer  JA  NEJ

**55** oplevet hallucinationer  JA  NEJ

**56** problemer med at kontrollere voldelig adfærd  JA  NEJ

**57** fået ordineret medicin for psykiske problemer  JA  NEJ

**58** alvorlige selvmordstanker  JA  NEJ

**59** forsøgt selvmord  JA  NEJ

**60** Hvor mange dage, i løbet af de sidste 30 dage, har du oplevet nogle af de i sp. 52 til 59 beskrevne psykologiske og følelsesmæssige problemer? Antal dage

**61** Hvor besværet eller bekymret har du været af disse psykiske eller følelsesmæssige problemer de sidste 30 dage?  0 til 4

- 0 = intet problem
- 1 = ubetydeligt problem
- 2 = moderat problem
- 3 = betydeligt problem
- 4 = meget stort problem

**62** Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for disse psykiske problemer?  0 til 4

- 0 = intet behov
- 1 = ubetydeligt behov
- 2 = moderat behov
- 3 = betydeligt behov
- 4 = meget stort behov

**1 Har du været i kontrollerede omgivelser indenfor de sidste 30 dage?**

- Nej
- Fængsel
- Alkohol eller stofmisbrugsbehandling
- På hospital/ i medicinsk behandling
- Psykiatrisk behandling
- Afgiftning alene
- Andet

**2 Hvor har du boet de sidste 30 dage?**

- i selvstændig bolig
- på lejet værelse
- hos familie/venner
- på institution
- i støttebolig/bofællesskab
- i familiepleje
- på herberg/pensionat
- i fængsel
- på gaden/ingen bolig
- Andet

**3 Har injiceret de sidste 6 mdr.**

(måneder)

**4 Injektion de sidste 6 måneder?**

- Har ikke delt sprøjte med andre
- Har indimellem delt med andre
- Har ofte delt med andre

**5 Hvor mange gange har du indtaget en overdosis stof siden sidste interview**

**6 Hvor ofte har du haft alkohol delirium tremens siden sidste interview**

**7 Er du prøveløsladt eller har du en betinget dom med vilkår?**

- Nej
- Ja
- Ved ikke

**EuropASI**

**Hvor mange gange har du været sigtet for følgende siden sidste interview?**

*antal gange*

- 8** Besiddelse og/eller handel med stoffer?
- 9** Berigelseskriminalitet (Tyveri, indbrud, bedrageri, falskneri, hæleri, afpresning)?
- 10** Røveri, overfald, brandstiftelse, mord, manddrab?
- 11** Anden kriminalitet?
- 12** Hvor mange af disse sigtelser resulterede i dom?
- 13** Forstyrrelse af den offentlige ro og orden?
- 14** Kørsel i stof/alkoholpåvirket tilstand?
- 15** Overtrædelse af færdselsloven?
- 16** Hvor lang tid har du været i fængsel siden sidste interview?   
*Antal måneder*
- 17 Sædvanlige samlivsforhold siden sidste interview**  
*(ved flere - den længst varende)*
  - Sammen med partner og børn under 18 år
  - Sammen med partner alene
  - Sammen med børn alene
  - Sammen med forældre
  - Sammen med familie
  - Sammen med venner
  - Alene
  - Ingen stabile samlivs- og boligforhold



### 3. Alkoholspørgeskema: sociale systemer

#### Hvem har du haft kontakt med de seneste 30 dage

Skriv antal dage ud for personen/-erne, hvor mange år du har haft kontakt til dem og vurder derefter kontaktens gennemsnitlige kvalitet de sidste 30 dage

*I hvor høj grad tilfredsstiller kontakten dine behov (sæt cirkel om tal)*

	Antal dage	Kendt i Antal år	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
<b>Far</b> (biologiske, pleje, sted)			3	2	1	0
<b>Mor</b> (biologiske, pleje, sted)			3	2	1	0
<b>Søskende 1</b> (bio. el. sted)			3	2	1	0
<b>Søskende 2</b> (bio. el. sted)			3	2	1	0
<b>Anden familie 1</b> (bio. el. sted)			3	2	1	0
<b>Anden familie 2</b> (bio. el. sted)			3	2	1	0
<b>Barn 1</b>			3	2	1	0
<b>Barn 2</b>			3	2	1	0
<b>Barn 3</b>			3	2	1	0
<b>Kæreste/Partner/ægtefælle</b>			3	2	1	0
<b>Ven</b> (ex.misbruger) 1			3	2	1	0
<b>Ven</b> (ex.misbruger) 2			3	2	1	0
<b>Ven</b> (ikke misbruger) 1			3	2	1	0
<b>Ven</b> (ikke misbruger) 2			3	2	1	0
<b>Ven</b> (misbruger) 1			3	2	1	0
<b>Ven</b> (misbruger) 2			3	2	1	0
<b>Sagsbehandler 1</b>			3	2	1	0
<b>Sagsbehandler 2</b>			3	2	1	0
<b>Behandler/rådgiver 1</b>			3	2	1	0
<b>Behandler/rådgiver 2</b>			3	2	1	0
<b>Forsorgsmedarbejder</b>			3	2	1	0
<b>Anden 2:</b> _____			3	2	1	0
<b>Anden 3:</b> _____			3	2	1	0
<b>Anden 4:</b> _____			3	2	1	0

sæt X

Ingen

## I hvilke organisationer/grupper er du kommet de seneste 30 dage

Skriv antal dage ud for grupperne/organisationerne, hvor mange år du har haft kontakt til dem og vurder derefter kontaktens gennemsnitlige kvalitet de sidste 30 dage

*I hvor høj grad tilfredsstiller kontakten dine behov (sæt cirkel om tal)*

	Antal dage	Kendt i Antal år	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
Familie sammenkomster			3	2	1	0
Venne sammenkomster misbrugere			3	2	1	0
Venne sammenkomster x-misbr.			3	2	1	0
Venne sammenkomster Ikke-misbr.			3	2	1	0
Kirken/religiøs samling			3	2	1	0
Beskæftigelsessted			3	2	1	0
- lønnet			3	2	1	0
- aktivering			3	2	1	0
- frivilligt arbejde			3	2	1	0
Uddannelsesinstitution			3	2	1	0
- hvilken: _____			3	2	1	0
- hvilken: _____			3	2	1	0
Fritidsaktiviteter			3	2	1	0
- hvilken: _____			3	2	1	0
- hvilken: _____			3	2	1	0
- hvilken: _____			3	2	1	0
NA/AA			3	2	1	0
Værested			3	2	1	0
Behandlingscenter			3	2	1	0
Fængslet			3	2	1	0
Bistandskontoret			3	2	1	0
Arbejdsformidlingen			3	2	1	0
Anden 1: _____			3	2	1	0
Anden 2: _____			3	2	1	0
Anden 3: _____			3	2	1	0

sæt X

Ingen

<b>Biologiske familie</b>	JA	NEJ	VED IKKE
1. Har din mor nogensinde været afhængig af rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har din far nogensinde været afhængig af rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Plejefamilie/adoptivfamilie</b>	JA	NEJ	VED IKKE
3. Har din plejemor nogensinde været afhængig af rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har din plejefar nogensinde været afhængig af rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Skolegang/folkeskolen</b>	Helt forkert	Delvis forkert	Delvis rigtigt	Meget rigtigt
1. Jeg var god til sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg var ukoncentreret i timerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg var stille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg var god til at læse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg havde få, men gode kammerater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg havde svært ved at sidde stille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg blev mobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg var god til at regne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vi var nogle få ballademagere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg havde ofte konflikt med lærerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg var god til de kreative fag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg hadede at gå i skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg havde mange gode kammerater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jeg var et forstyrrende element i timerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ingen lagde rigtigt mærke til mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg var god til at løse opgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jeg havde ofte konflikter med klassekammerater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg betragter mig selv som helt almindelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jeg skiftede skole flere gange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jeg kunne godt lide at gå i skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jeg blev smidt ud af skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jeg var målrettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>Debut</b></p> <p>1. Hvor gammel var jeg da jeg første gang var beruset af alkohol</p> <p>2. Hvor gammel var jeg første gang jeg oplevede alkohol var et problem</p> <p>3. Hvor gammel var jeg da jeg første gang røg hash</p> <p>4. Hvor gammel var jeg da jeg første gang jeg sniffede gasser</p> <p>5. Hvor gammel var jeg da jeg første gang du tog een eller flere af flg. rusmidler (benzodiazepiner, sovemidler, ecstasy, amfetamin, kokain eller lignende stimulanser). <i>Du tog dem selv – du fik dem ikke af f.eks. forældre.</i></p>	<p>___alder</p> <p>___alder</p> <p>___alder <input type="checkbox"/></p> <p>___alder <input type="checkbox"/></p> <p>___alder <input type="checkbox"/> aldrig prøvet (sæt X)</p>
---	--

<b>KONKRETE OPLEVELSER</b>	<b>SÆT X</b>	JA Helt klart	JA Måske	Næppe mere end alle andre eller ved ikke	NEJ Det tror jeg ikke	Nej Hel klart
Har du inden du var 13 år haft konkrete oplevelser, som du mener har en negativ indflydelse på dit liv i dag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>OPVÆKST GENERELT</b>	<b>SÆT X</b>	JA Helt klart	JA Måske	Næppe mere end alle andre eller ved ikke	NEJ Det tror jeg ikke	Nej Hel klart
Har du inden du var 13 år haft en opvækst, som du mener generelt har en negativ indflydelse på dit liv i dag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bor udenfor hjemmet	Hjemmeboende
1. Egne børn under 18 med forældremyndighed (antal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Egne børn under 18 år uden forældremyndighed (antal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Samlevers børn under 18 år (antal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Børn under 18 år med samkvem (antal)		

<p><b>1 Hvordan har dit drikkemønster overvejende været gennem de sidste 6 måneder (sæt kun X ved én)</b></p> <p>1. Har drukket hver dag <input type="checkbox"/></p> <p>2. Har drukket flere dage i ugen <input type="checkbox"/></p> <p>3. Har hovedsageligt drukket i weekenden (helligdage/ferier) <input type="checkbox"/></p> <p>4. Har haft drukture (længere sammenhængende perioder) <input type="checkbox"/></p> <p>5. Har drukket nogle dage <input type="checkbox"/></p> <p>6. Har lejlighedsvis drukket én dag <input type="checkbox"/></p> <p>7. Har været fuldstændig ædru <input type="checkbox"/></p> <p>2 Antal genstande om ugen (gennemsnit fra den sidste måned) (1 GENSTAND = 2 CL):  Øl ___ Vin ___ Spiritus ___ Hedvin ___ Andet ___</p>	<p>3 Gennemsnitlige antal genstande pr. dag i det sidste halve år under intensive drikkeperioder. <i>Skriv antal:</i>  Øl ___ Vin ___ Spiritus ___ Hedvin ___ Andet ___</p> <p>4 Ryger dagligt: _____ gram tobak (se omregning nedenfor)  Ryger lejlighedsvis <input type="checkbox"/>  Eks-ryger fra: _____ (dato)  Aldrig røget <input type="checkbox"/></p> <p>Omregning:  1 cigaret=1 gram, 1 cerut=1 pibe=3 gram. 1 cigar=4 gram  1 ØL = 1 GENSTAND  1 FL. VIN = 6 GENSTANDE  1 FL. SPIRITUS = 35 GENSTANDE  1 FL. HEDVIN = 10 GENSTANDE</p>
--	---

<p><b>HAR DIT FORBRUG AF ALKOHOL ELLER ANDRE STOFFER INDENFOR DEN SIDSTE MÅNED ELLER GENTAGNE GANGE SIDEN DU AFSLUTTEDE BEHANDLINGEN HAFT FØLGENDE KENDETEGN.</b></p>	
	<p><b>JA NEJ</b></p>
1. Jeg har haft trang til at drikke alkohol/indtage stoffer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Jeg har haft svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Jeg har haft abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Jeg har haft toleransudvikling (behøvet at indtage mere og mere for at opnå virkning)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Alkoholen/stofferne har haft en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Jeg har haft et vedblivende forbrug trods erkendt skadesvirkning	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Struktureret personlighedsfortælling (FFC)

### **Instruktion**

På de næste 2 sider ser du opstillet i alt 300 ord, som alle kan sige noget om en person. Sæt kryds ved de ord, som du synes beskriver dig bedst.

Hvis du tænker på isolerede situationer kan du antagelig bruge de fleste ord, men det er dig som person, der har interesse - så vær selvkritisk i dine valg.

- *Du har sikkert været hjælpsom flere gange i dit liv, men er du også generelt en hjælpsom person?*

Vær opmærksom på, at du ikke kan overskue alle ordene. Tag et ord af gangen og spørg dig selv: ”Er jeg det”? Bliv ikke for længe ved det enkelte ord.

Du skal ikke svare på, hvordan du gerne ville være (idealet), eller hvordan du tror andre ser dig - **det er hvordan du ser dig selv, som du skal svare på.**

Der er ingen øvre eller nedre grænse for, hvor mange krydser du må sætte. Læs eventuelt listen igennem hurtigt en enkelt gang og start så afkrydsningen fra en ende af.

**(Sæt kryds ud for tallet til venstre for ordet)**

**Som person er jeg...***(sæt kryds ud for de ord der kan bruges)*

1	accepterende	39	direkte	76	fraværende	113	initiativrig
2	afbalanceret	40	diskret	77	fredelig	114	intelligent
3	affekteret	41	diskussionslysten	78	frimodig	115	interesseret
4	afhængig	42	distraherbar	79	frygtsom	116	intolerant
5	afslappet	43	dominerende	80	følsom	117	ironisk
6	aktiv	44	doven	81	gavmild	118	irritabel
7	almindelig	45	drillende	82	gemytlig	119	kejtet
8	alsidig	46	dristig	83	genert	120	klart-tænkende
9	ambitiøs	47	drømmende	84	glat	121	klynkende
10	anerkendende	48	dumdristig	85	glemsom	122	koldblodig
11	anspændt	49	dygtig	86	godmodig	123	kompetent
12	ansvarsbevidst	50	effektiv	87	grov	124	kompliceret
13	ansvarsløs	51	egenartet	88	grundig	125	krakilsk
14	arbejdsom	52	egensidig	89	grådig	126	kritisk
15	arrogant	53	egocentrisk	90	handlekraftig	127	krævende
16	barnlig	54	egoistisk	91	helstøbt	128	kunstnerisk
17	barsk	55	energisk	92	hengiven	129	kvik
18	begavet	56	fantasirig	93	hensynsfuld	130	kølig
19	begejstret	57	fej	94	hensynsløs	131	langsom
20	behagelig	58	fjendtlig	95	hjælpesom	132	larmende
21	beklagende	59	fjolle	96	humoristisk	133	letbevægelig
22	bekymret	60	flink	97	hurtig	134	letsindig
23	beregrende	61	flittig	98	hæmmet	135	ligetil
24	besindig	62	flygtig	99	hævngerrig	136	livlig
25	beskeden	63	foranderlig	100	høflig	137	logisk
26	beslutsom	64	forbeholden	101	højroestet	138	loyal
27	bestemmende	65	fordringsløs	102	hård	139	lunefuld
28	betænksom	66	fordybet	103	hårdhudet	140	magelig
29	bidende	67	foretagsom	104	idealistisk	141	manipulerbar
30	blød	68	formel	105	idérig	142	medfølelse
31	blødhjertet	69	fornuftig	106	ihærdig	143	meningstilkendegivende
32	bredt interesseret	70	fornærmet	107	impulsiv	144	metodisk
33	bøjelig	71	forsigtig	108	imødekommende	145	mild
34	charmerende	72	forstandig	109	indadvendt	146	mistænksom
35	checket	73	forstående	110	individualistisk	147	mistroisk
36	dannet	74	forudseende	111	indlevende	148	moden
37	defensiv	75	forvirret	112	indsigtsfuld	149	moderat
38	diktatorisk					150	modig

151	munter	189	robust	226	sparsommelig	264	ufølsom
152	mærkelig	190	rodet	227	spontan	265	uhæmmet
153	naturlig	191	rolig	228	stabil	266	uhøjtidelig
154	nervøs	192	rosende	229	stikkende	267	ukompliceret
155	neutral	193	sagtmodig	230	stille	268	ukonventionel
156	nydende	194	samarbejdsvillig	231	stiv	269	umiddelbar
157	nysgerrig	195	samvittighedsfuld	232	streng	270	umoden
158	omgængelig	196	sarkastisk	233	stridslysten	271	uovervejet
159	opfindsom	197	sej	234	striks	272	upålidelig
160	opgivende	198	selvfstraffende	235	struktureret	273	upåvirkelig
161	oprigtig	199	selvbehersket	236	stædig	274	urealistisk
162	oprørsk	200	selvfornægtende	237	stærk	275	uselvisk
163	optimistisk	201	selvglad	238	støjende	276	usentimental
164	organiseret	202	selvisk	239	sund	277	usikker
165	original	203	selvmedlidende	240	svag	278	utaknemmelig
166	overfladisk	204	selvoptaget	241	systematisk	279	utilfreds
167	overspændt	205	selvsikker	242	sårbar	280	utiltalende
168	overtroisk	206	selvstændig	243	taktfuld	281	utålmodig
169	parat	207	selvtillidsfuld	244	taktløs	282	uvenlig
170	partisk	208	sensitiv	245	tavs	283	varm
171	pertentlig	209	sentimental	246	temperamentsfuld	284	varsom
172	pessimistisk	210	seriøs	247	tilbageholdende	285	vedholdende
173	pjanket	211	sikker	248	tilfreds	286	vedligeholdene
174	pragmatisk	212	sjusket	249	tilgivende	287	velovervejet
175	praktisk	213	skarp	250	tillidsfuld	288	venlig
176	principløs	214	skarpsindig	251	tiltalende	289	vigtig
177	progressiv	215	skiftende	252	tolerant	290	vild
178	præcis	216	sky	253	traditionel	291	villig
179	pålidelig	217	sløv	254	trist	292	vittig
180	påståelig	218	et snakkehoved	255	troværdig	293	vranten
181	rar	219	snakkesalig	256	træg	294	vægelsindet
182	rastløs	220	snerpet	257	tålmodig	295	værdig
183	rationel	221	snild	258	uambitiøs	296	ydmyg
184	realistisk	222	snobbet	259	ubarmhertig	297	ægte
185	reflekterende	223	snævert interesseret	260	udadvendt	298	ængstelig
186	reserveret	224	sofistikeret	261	udspekuleret	299	ærlig
187	retsindig	225	sorgløs	262	uenergisk	300	åbenhjertig
188	risikovillig			263	uformel		



## Bilag 2

### Interviewguide

#### Før døgnbehandling:

- Hvordan var livet (familiemæssigt, socialt, arbejdsmæssigt/økonomisk, helbred)
- Hvordan indgik alkohol – og i hvilket omfang (beskriv en typisk dag, og var der forskel på hverdag og weekend?)
- Brug af andre rusmidler/medicin (lægeudskrevet; håndkøbsmedicin fx hovedpinetabs; illegale stoffer; nikotin)
- Hvor problematisk synes du selv det var (dit drikkeri/forbrug eller hvad siger man?) og i forhold til hvad/hvem/hvilke ting?
- Andres reaktioner, evt. kommentarer på dit alkoholforbrug?
- Overvejelser over og beslutning om behandling? Hvor og hvordan søgte du hjælp?
- Motivation forud for behandlingen?
- Havde du selv prøvet at nedsætte forbruget eller helt at stoppe?
- Hvem støttede (familie, venner, andre?) Hvilken form for støtte?
- Hvor lang tid gik der fra beslutning til af sted?
- Fortalte du til andre, at du skulle i behandling (familie, venner, kollegaer, naboer osv.)?
- Mål med og forestillinger om/forventninger til behandling og behandlingsudbytte? (afholdenhed, kontrolleret forbrug eller?)

#### Om behandlingen:

- Motivation gennem behandlingsforløbet (stabil eller svingende)
- Hvad var godt/nyttigt i behandlingen – hvad fik du med?
- Gennemførte du? Eller hvis afbrudt behandling – hvorfor og hvordan?

#### Efter døgnbehandlingen:

- Livet og hverdagen og relationerne til andre efter behandlingen?
- Drikkemønstre efter behandlingen (sammenlignet med før?)
- Overvejelser over forholdet til alkohol på sigt?
- Brug af andre rusmidler/medicin/nikotin i dag?
- Hvordan ser en typisk dag/uge ud nu. Beskriv!
- Opfølgende behandling (offentlig) i hjemkommune/-amt?
- Deltagelse i selvhjælpsgrupper (kendskab til AA før behandlingen eller er det en ny ting?)
- Hvem er din/dine vigtigste støtter i dag?
- Hvad er sværest i dag/hvilke problemer fylder mest?
- Er der noget du gør i dag, som du ikke gjorde før og omvendt?
- Væsentlige/afgørende livs(stils)ændringer?