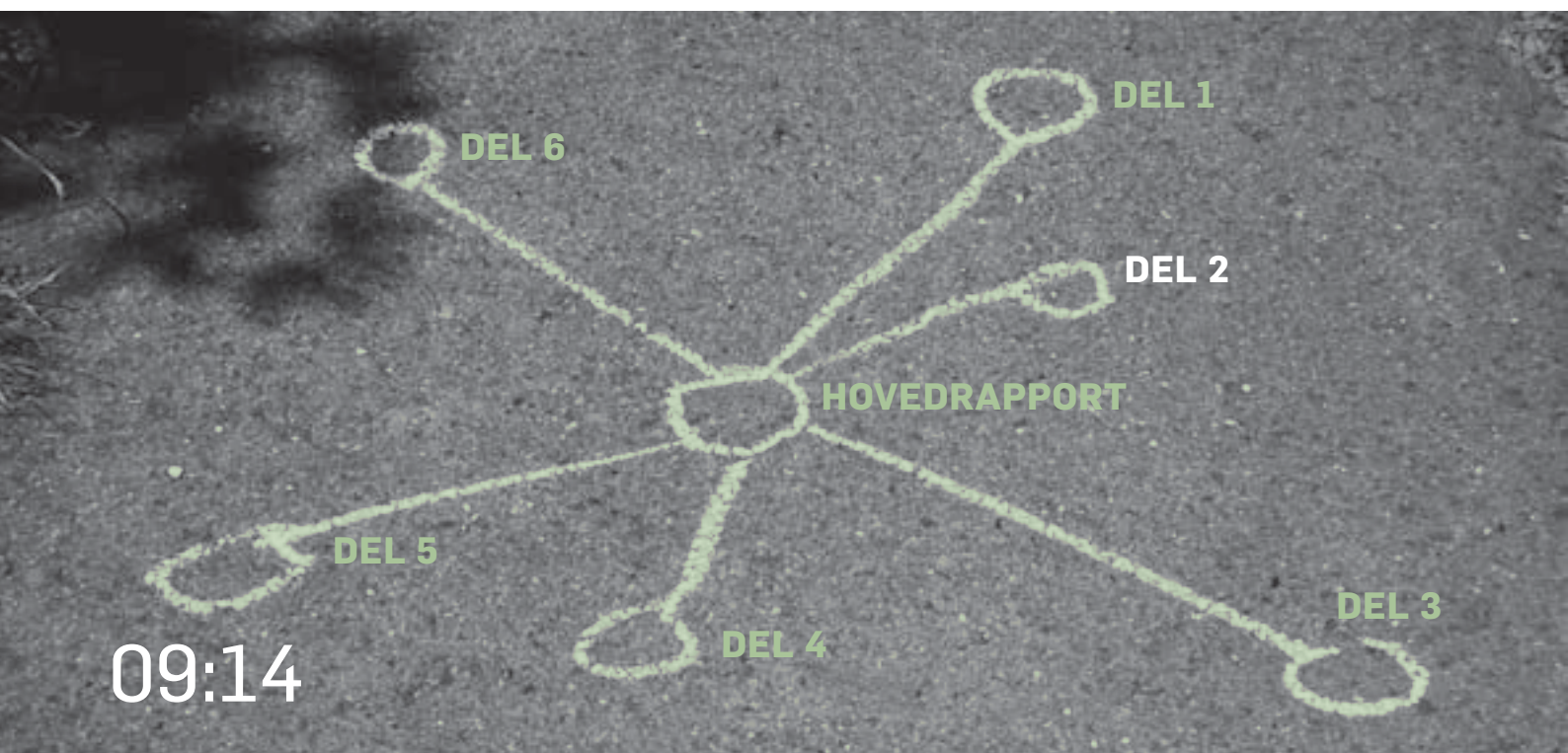


DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING

BRUGERNES OG DE PÅRØRENDES PERSPEKTIV



MAREN SØRENSEN
DORTHE SKOV
CHRISTOPH HOUMANN ELLERSGAARD
ANTON GRAU LARSEN
NAJA BUONO STAMER

09:14

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

BRUGERNES OG DE PÅRØRENDES PERSPEKTIV

DEL 2

MAREN SØRENSEN
DORTHE SKOV
CHRISTOPH HOUMANN ELLERSGAARD
ANTON GRAU LARSEN
NAJA BUONO STAMER

KØBENHAVN 2009
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING. BRUGERNES OG DE PÅRØRENDES
PERSPEKTIV

Afdelingsleder: Lars Pico Geerdsen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelser

Undersøgelsens følgegruppe:

Rafai Al-Atia, Kommunernes Landsforening

Preben Brandt, Rådet for Socialt udsatte

Klaus Debel-Hansen, Servicestyrelsen

Peter Ege, Socialforvaltningen, Københavns Kommune

Ib Hansen, Centerlederforeningen

Mette Kronbæk, Servicestyrelsen

Ingelis Langgaard, KABS, Socialpædagogernes Landsforbund

Niels Løppenthin, Direktoratet for Kriminalforsorgen

Mads Uffe Pedersen, Center for Rusmiddelforskning

Helle Petersen, Sundhedsstyrelsen

Anette Poulsen, Indenrigs- og Socialministeriet

Anne-Dorthe Sørensen, Danske Regioner

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7487-941-1

Layout: Hedda Bank

Netpublikation

© 2009 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig
angivelse af kilden. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser
til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	INDLEDNING	13
	Undersøgelsens formål	13
	Rapportens opbygning	15
2	DESIGN OG DATA	17
	Brugerundersøgelsen	17
	Repræsentativitetsanalyse	25
	Pårørendeundersøgelsen	31

	Analyser og afrapportering	35
3	BESKRIVELSE AF BRUGERNE	37
	Brugernes karakteristika	37
	Stofmisbrug og tidligere behandling	42
4	DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING	49
	Formål med behandlingen	49
	Intensitet af behandlingen	66
	Behandlingsindhold	76
	De fysiske rammer for stofmisbrugsbehandlingen	112
	Brugernes tilfredshed med behandlingen	113
	Brugernes behandling – opsummering	124
5	HENVISNINGSFORLØBET	129
	Brugerinddragelse	130
	Henvi­snings­tid	159
	Brugernes viden om deres klagerettigheder	162
	Opsummering på henvisningsforløbet	169
6	SAMARBEJDE MELLEM BRUGER OG KONTAKTPERSON	173
	Struktur for møder med kontaktperson	173
	Indholdet af bruger-kontaktpersonsamtalerne	184
	Den gode kontaktperson	185
7	HELHEDSORIENTERET INDSATS	197
	Indsats over for psykiske problemer	198
	Indsats over for fysiske problemer	222
	Indsats over for sociale problemer	226

	Problemer med forsørgelse og uddannelse	232
	Problemer med børn	237
	Problemer med kriminalitet	239
	Brugerens samarbejde med de offentlige instanser	243
	Opsummering for den helhedsorienterede indsats	268
8	SOCIALE NETVÆRK I BEHANDLINGEN	271
	Fokus på styrkelse af sociale netværk	271
	Inddragelse af pårørende og partner	275
9	VÆRESTEDER, SOCIALE TILBUD OG UDSLUSNING	285
	Social støtte og samvær	285
	Afslutning af behandling og udslusning	310
10	SÆRLIGE BRUGERGRUPPER	317
	De kvindelige brugere	317
	Brugere med etnisk minoritetsbaggrund	320
	Nye brugere	320
	Misbrugstyperne	321
11	DE PÅRØRENDE	323
	De pårørendes livssituation	324
	De pårørendes muligheder for hjælp	332
	De pårørendes oplevelse af behandlingsprocessen	344
	De pårørendes syn på behandlingstilbuddene	358
	Barrierer i behandlingssystemet	373
	De pårørendes forslag til forbedringer	383
12	SAMMENFATNING	389

Metode	389
Stofmisbrugsbehandlingen	390
Henvisningsforløbet og brugerens samarbejde med kontaktpersonen	392
Den helhedsorienterede indsats	394
Socialt netværk, støtte og udslusning	395
De pårørendes perspektiv	396
LITTERATUR	399
BILAG 1: REGRESSIONER	401
RAPPORTER I SERIEN	405
SPØRGESKEMA TIL BRUGERNE	407
SPØRGESKEMA TIL PÅRØRENDE	445

FORORD

Denne rapport er den anden delrapport i en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, som SFI har gennemført for Servicestyrelsen i perioden december 2007 til maj 2009. Undersøgelsen omhandler den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142.

Undersøgelsen bygger på et omfattende empirisk datamateriale, hvor både brugere, pårørende, behandlingsledere, kommunale medarbejdere og repræsentanter for de frivillige sociale organisationer er blevet interviewet. SFI retter en tak til alle de personer, der har medvirket i undersøgelsen.

Denne delrapport belyser henholdsvis brugernes og de pårørendes erfaringer, ønsker og holdninger til den sociale stofmisbrugsbehandling. De øvrige rapporter i serien omhandler følgende:

- Delrapport 1 belyser de frivillige organisationers syn på den sociale stofmisbrugsbehandling og opfattelse af deres rolle i den sammenhæng.
- Delrapport 3 kortlægger behandlingstilbud og metoder i den sociale behandling.

- Delrapport 4 beskriver kommunale myndigheders arbejde med at kvalitetsudvikle den sociale stofmisbrugsbehandling
- Delrapport 5 belyser sagsbehandlingsprocessen, herunder udredning og visitation samt brugerinddragelse.
- Delrapport 6 afdækker, hvilken situation brugere af behandlingssystemet i 2006 befinder sig i 2-3 år efter, det vil sige i 2008/2009, og om der kan observeres nogle sammenhænge mellem behandlingstilbuddenes karakter og brugernes senere livssituation.
- Undersøgelsens hovedrapport sammenfatter resultaterne af de seks delrapporter i en samlet analyse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

Denne rapport er udarbejdet af forskningsassistent, cand.scient.pol. Maren Sørensen, cand.scient.soc. Dorthe Skov, stud.scient.soc. Christoph Houmann Ellersgaard, stud.scient.soc. Anton Grau Larsen og stud.scient.soc. Naja Buono Stamer. Stud.scient.san. Katrine Cortnum-Fly har bidraget til undersøgelsens dataindsamling og bearbejdning. Forsker Lars Benjaminsen har været projektleder på undersøgelsen, mens Finn Kenneth Hansen, CASA, har fungeret som referee på samtlige rapporter i serien. Undersøgelsen har desuden været fulgt af en følgegruppe (se kolofonen). Både referee og følgegruppe takkes for deres kommentarer.

København, august 2009

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Denne rapport er den anden delrapport i en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, som SFI gennemfører for Servicestyrelsen. Undersøgelsen omhandler den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven og er gennemført i perioden december 2007 til maj 2009.

Rapporten beskriver den sociale stofmisbrugsbehandling set fra brugernes og de pårørendes perspektiv. Ud fra brugernes beskrivelser og svar belyser vi, hvilken behandling brugerne modtager, og hvilke ønsker de har til behandlingen. Desuden beskriver vi den hjælp, brugerne modtager i forbindelse med problemer ud over selve stofmisbruget, herunder problemer med økonomi, bolig og psykisk helbred. De pårørendes oplevelse af stofmisbrugsbehandlingen og deres ønsker til støtte og inddragelse beskrives også.

Analyserne er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.013 stofmisbrugere i behandling, en spørgeskemaundersøgelse blandt 315 pårørende til stofmisbrugere og kvalitative interview med 30 brugere af stofmisbrugsbehandlingen og kvalitative interview med 15 pårørende.

MANGE BRUGERE FÅR KUN SJÆLDENT SAMTALER

Den sociale stofmisbrugsbehandling består af samtaler med behandlere, som kan have en uddannelsesbaggrund som fx socialrådgiver,

socialpædagog, sygeplejerske eller psykolog, og gruppebehandling. Blandt de 1.013 brugere i spørgeskemaundersøgelsen modtager 44 pct. social stofmisbrugsbehandling sjældnere end hver 14. dag. Behandlingstilbud med så lav en intensitet karakteriserer vi som 'ad hoc-ydelser'. De mere intensive behandlingstilbud (hvor behandling modtages oftere end hver 14. dag) kan overordnet inddeles i tre, nemlig 'ambulant behandling', 'dagbehandling' og 'døgnbehandling'.

Hovedparten af brugere, som modtager ad hoc-ydelser, får substitutionsbehandling med fx metadon. Deres stofmisbrugsbehandling består derfor primært af medicinsk behandling, mens de kun i begrænset omfang modtager social behandling. Der er fx kun 8 pct. i denne gruppe, som får psykologsamtaler, mod et gennemsnit på 25 pct. for alle brugerne. Samtidigt er der tale om længerevarende behandling, som primært har et stabiliserende sigte. Det er kun 26 pct. af brugerne, som modtager ad hoc-ydelser, hvor stoffrihed er et planlagt eller opnået mål for behandlingen. Blandt brugere, som modtager social stofmisbrugsbehandling hver 14. dag eller oftere, er stoffrihed planlagt eller opnået for 58 pct.

Der er en klar tendens til, at brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, er væsentligt mindre tilfredse med behandlingen end brugere, som får en mere intensiv social stofmisbrugsbehandling. Der er således 64 pct. af brugerne, som modtager ad hoc-ydelser, som er 'tilfredse' eller 'meget tilfredse', mod et gennemsnit på 81 pct. blandt brugerne, som får samtaler eller deltager i gruppebehandling mindst hver 14. dag.

BRUGERNE FØLER, AT DE BLIVER INDDRAGET

Brugerne oplever i forholdsvis høj grad at have indflydelse på deres behandling, selvom et mindretal er blevet præsenteret for valgmuligheder i forhold til, hvad de skal opnå med behandlingen, og hvor behandlingen skal foregå. Det er kun 39 pct. af brugerne i substitutionsbehandling, som blev tilbudt at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling.

I de kvalitative interview giver brugerne udtryk for, at de lægger vægt på, at deres kontaktperson lytter til deres ønsker og ud fra dette vælger den rette behandling. 49 pct. af brugerne mener, at deres kontaktperson 'i høj grad' var lydhør over for deres ønsker, da de startede deres seneste behandlingsforløb, og yderligere 27 pct. mener, at kontaktpersonen 'i nogen grad' var lydhør. Der er desuden 75 pct. af

brugerne, som er tilfredse med deres mulighed for at justere deres behandling undervejs. Der er med andre ord en stor del af brugerne, som oplever at blive lyttet til, både i forbindelse med valg af behandling og i forbindelse med ændringer i løbet af behandlingsforløbet.

Der er dog også nogle brugere, som giver udtryk for, at de har andre ønsker til deres stofmisbrugsbehandling. 20 pct. af brugerne ønsker fx at blive stoffri, selvom dette ikke er et planlagt formål med deres behandling, og 16 pct. af de brugere, som ikke er i døgnbehandling, ønsker at komme i døgnbehandling. Vi kan imidlertid ikke ud fra analyserne afgøre, om en målsætning om stoffrihed og døgnbehandling er hensigtsmæssig for disse brugere, da vi i denne rapport udelukkende belyser brugernes egne ønsker.

62 PROCENT AF BRUGERNE ANGIVER AT HAVE PSYKISKE PROBLEMER

I spørgeskemaet angiver 62 pct. af brugerne at have psykiske problemer som fx depression, angst eller psykoser. Disse problemer er udbredte i alle aldersgrupper og blandt misbrugere af både opiater (dvs. heroin mv.), hash og centralstimulerende stoffer. Psykiske problemer er udbredte blandt brugerne, uanset hvilken behandlingsintensitet de modtager. Blandt brugere, som modtager ad hoc-ydelser, er der dog en markant mindre andel af brugerne med psykiske problemer, som får den hjælp, de har brug for i forbindelse med deres psykiske problemer.

Blandt alle brugere med psykiske problemer er det 53 pct., som oplever 'i høj grad' eller 'i nogen grad' at modtage den hjælp til deres psykiske problemer, som de har brug for. 28 pct. oplever 'slet ikke' at modtage den hjælp, de har brug for til deres psykiske problemer. For brugerne, som kun modtager ad hoc-ydelser, er det kun 36 pct., som 'i høj grad' eller 'i nogen grad' oplever at modtage den hjælp til deres psykiske problemer, som de har brug for, og 41 pct. oplever 'slet ikke' at få denne hjælp.

34 pct. af brugerne, som angiver at have psykiske problemer, får behandling hos en psykiater eller psykolog. Dette svarer til 21 pct. af alle brugere. Behandlingen hos en psykiater eller psykolog foregår oftest direkte i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen, mens den for 24 procents vedkommende foregår i psykiatrien.

PÅRØRENDE ØNSKER MERE STØTTE

Mange pårørende oplever det som en stor belastning at være pårørende til en stofmisbruger, og mange oplever ikke at få tilstrækkelig støtte og information. Halvdelen af de pårørende svarer således, at de 'i høj grad' mangler støtte og information i forbindelse med brugerens misbrug og behandling.

Der er særligt et stort ønske blandt de pårørende om at blive inddraget i brugerens stofmisbrugsbehandling, idet 56 pct. af de pårørende 'i høj grad' ønsker at blive inddraget i behandlingen. 42 pct. af brugerne i undersøgelsen har fået en eller flere af deres pårørende inddraget i behandlingen. Inddragelsen er fx sket ved, at de pårørende har deltaget i pårørendekurser udbudt af behandlingsstedet eller har deltaget i samtaler mellem brugeren og dennes kontaktperson eller behandler.

De pårørende udtrykker et klart ønske om at blive inddraget mere i behandlingen, fx oplever 62 pct. af de pårørende, at de bliver inddraget for lidt i behandlingen. Blandt brugerne er det kun 15 pct., som ønsker at få deres pårørende inddraget mere i behandlingen, mens 71 pct. af brugerne mener, at deres pårørende bliver inddraget i behandlingen i tilpas omfang. Kun 3 pct. mener, at deres pårørende bliver inddraget for meget. Der er således både blandt brugere og pårørende et ønske om, at de pårørende bliver mere inddraget i behandlingen, men ønsket er mere udbredt blandt de pårørende end blandt brugerne.

INDLEDNING

UNDERSØGELSENS FORMÅL

Denne undersøgelse har til formål at belyse styrker og svagheder i den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark set fra et bruger- og pårørendeperspektiv. Rapporten beskriver brugernes og de pårørendes oplevelse af behandlingssystemets mulighed for at tilbyde den rette hjælp og støtte. Analysen af brugernes oplevelse er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.013 brugere, samt 30 kvalitative interview med brugere i forskellige former for behandling. De pårørendes oplevelse af behandlingssystemet er belyst ved en spørgeskemaundersøgelse blandt 315 pårørende samt 15 kvalitative interview.

Mere specifikt er rapportens formål at belyse:

- Hvilken social behandling og behandlingsintensitet brugerne modtager.
- Hvilke forventninger brugerne og de pårørende har til behandlingen og målsætningen for denne.
- I hvilken grad der er overensstemmelse mellem disse ønsker og forventninger og den behandling, brugeren rent faktisk modtager.
- Hvilke barrierer brugerne og de pårørende oplever for opnåelse af den ønskede behandling.

- Om brugerne og deres pårørende oplever, at der bliver taget hånd om deres problemer ud over misbrug i form af en helhedsorienteret indsats fra kommunens side.
- Brugernes oplevelse af sagsbehandlingen, herunder om den bliver koordineret hensigtsmæssigt i forhold til at etablere det bedst mulige behandlingsforløb.
- Brugernes mulighed for valgfrihed og selvbestemmelse fx i forhold til forskellige behandlingstyper.
- De pårørendes oplevelse af styrker og svagheder ved de forskellige typer behandlingstilbud.
- De pårørendes oplevelse af at blive inddraget i behandlingen og brugernes ønske om dette.

Undersøgelsen omhandler den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142. I denne rapport anvender vi Servicestyrelsens afgrænsninger af social stofmisbrugsbehandling, som er 'en social indsats med det formål at stabilisere, reducere eller bringe et problematisk forbrug af illegale rusmidler til ophør – med en intensitet, der mindst svarer til ambulant behandling (tilbud om mindst to samtaler om måneden)¹. I denne undersøgelse defineres social stofmisbrugsbehandling som samtaler med psykologer og andre behandlere på behandlingsstedet samt gruppebehandling. Medicinsk behandling herunder navnlig substitutionsbehandling samt sociale aktiviteter (eksempelvis sociale arrangementer eller sport) defineres ikke som social stofmisbrugsbehandling. Vi undersøger dog fx, hvor mange der modtager substitutionsbehandling, og om brugerne modtager sociale fritidstilbud. Ligeledes belyser undersøgelsen, hvor mange der modtager ad hoc-ydelser, dvs. modtager social stofmisbrugsbehandling med en intensitet på mindre end to samtaler om måneden.

Konklusionerne i denne rapport bygger på oplevelser og holdninger blandt brugere i behandling og deres pårørende. Idet undersøgelsen inkluderer en bred gruppe af brugere og deres pårørende, er det muligt at tegne et nuanceret billede af behandlingssystemets styrker og svagheder. Rapporten afdækker ikke opfattelser og holdninger

1. Servicestyrelsen: Vejledning til monitorering af ydelser (DanRIS-Ambulant), s. 4.

blandt stofmisbrugere, som har valgt ikke at søge behandling. Der kan derfor være aspekter ved behandlingssystemet, som afholder disse stofmisbrugere fra at søge behandling, og som ikke bliver belyst i denne rapport. Fokus i rapporten er således ikke på, hvilke aspekter der motiverer stofmisbrugere til at søge behandling, men hvordan selve behandlingssystemet fungerer.

Undersøgelsen er anden delrapport i en serie af syv, der alle omhandler forskellige aspekter af den sociale misbrugsbehandling i Danmark. De øvrige delrapporter er følgende:

- Delrapport 1 belyser de frivillige organisationers syn på den sociale stofmisbrugsbehandling og opfattelse af deres rolle i den sammenhæng.
- Delrapport 3 kortlægger behandlingstilbud og metoder i den sociale behandling.
- Delrapport 4 belyser arbejdet med at kvalitetsudvikle den sociale stofmisbrugsbehandling.
- Delrapport 5 omhandler sagsbehandlingsprocessen, herunder udredning og visitation samt brugerinddragelse.
- Delrapport 6 afdækker, hvilke resultater af den sociale stofmisbrugsbehandling der kan identificeres 2 til 3 år efter behandlingen for brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006.
- Undersøgelsens hovedrapport sammenfatter resultaterne af de seks delrapporter i en samlet analyse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

RAPPORTENS OPBYGNING

I kapitel 2 beskriver vi undersøgelsens design og dataindsamling, mens vi i kapitel 3 kort beskriver brugerne af den sociale stofmisbrugsbehandling, som undersøgelsen omhandler. I kapitel 4 beskriver vi den sociale stofmisbrugsbehandling, som brugerne modtager, med hensyn til formål, intensitet, indhold og fysiske rammer. Herunder belyser vi også, om der er forskelle mellem brugernes ønsker til deres behandling og den behandling, de faktisk modtager. I kapitel 5 skildrer vi brugernes

henvisningsforløb i forbindelse med start i behandlingen, hvor vi sætter særligt fokus på brugernes mulighed for selvbestemmelse, brugernes viden om deres klagerettigheder og varigheden af henvisningsforløbet. I kapitel 6 undersøger vi brugernes samarbejde med deres kontaktperson, herunder hvordan og hvor ofte de mødes, omfanget og problemet ved skiftende kontaktpersoner, samt hvilke kvaliteter brugerne mener, en god kontaktperson skal have. I kapitel 7 sætter vi fokus på kommunernes helhedsorienterede indsats og undersøger i hvilken grad, brugerne får hjælp til fysiske, psykiske og sociale problemer, samt om de oplever koordineret sagsbehandling mellem myndighederne. I kapitel 8 beskriver vi brugernes oplevelse af inddragelsen af pårørende i den sociale stofmisbrugsbehandling. I kapitel 9 skildrer vi brugernes oplevelse af udslningsfasen samt deres anvendelse af frivillige organisationers tilbud herunder væresteder og Anonyme Narkomaner (NA). Kapitel 10 samler op på resultaterne for en række undergrupper af brugere af stofmisbrugsbehandlingen, herunder kvinder og brugere med etnisk minoritetsbaggrund. I kapitel 11 undersøger vi, hvordan pårørende til brugerne oplever den sociale stofmisbrugsbehandling. I kapitel 12 samler vi op på undersøgelsens resultater.

DESIGN OG DATA

I dette kapitel beskriver vi undersøgelsens design og empiriske grundlag. Undersøgelsen bygger på en kombination af et kvantitativt og kvalitativt empirisk grundlag i form af en spørgeskemaundersøgelse og kvalitative interview. De kvalitative interview har både til formål at kvalificere spørgeskemaer og samtidigt give en uddybende forståelse af, hvilke styrker og svagheder behandlingssystemet opleves at have. Denne model anvender vi både i forbindelse med undersøgelsen af brugernes og deres pårørendes oplevelser og holdninger.

BRUGERUNDERSØGELSEN

Målgruppen for denne undersøgelse er personer, som er tilknyttet det sociale stofmisbrugsbehandlingssystem i 2008, dvs. brugere af den sociale stofmisbrugsbehandling i 2008. Det er relevant at afgrænse undersøgelsen til aktive brugere af behandlingssystemet, idet formålet med undersøgelsen er at vurdere styrker og svagheder ved den sociale stofmisbrugsbehandling, hvilket kan være vanskeligt for stofmisbrugere uden kontakt med behandlingssystemet. Der kan dog være barrierer i systemet, som afholder stofmisbrugere fra at søge behandling. Sådanne

forhindringer bliver kun afdækket indirekte gennem de nuværende brugeres oplevelser. Undersøgelsen søger heller ikke at belyse årsagerne til, at brugerne af stofmisbrugsbehandlingen er stofmisbrugere. Fokus for undersøgelsen er således alene den sociale stofmisbrugsbehandling.

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

SFI-Survey har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.013 brugere af stofmisbrugsbehandlingen, hvoraf 1.008 har besvaret hele spørgeskemaet. I designet af undersøgelsen er det forsøgt at sikre en så repræsentativ respondentgruppe som muligt.

Undersøgelsen er gennemført ved interview med brugere på et udvalg af behandlingscentre i hele landet. Desuden er der efter forudgående samtykke foretaget telefon- eller besøgsinterview med et antal brugere, der kommer på behandlingsstederne forholdsvis sjældent.

Det har ikke været muligt at udtrække en simpel tilfældig stikprøve af alle brugere indskrevet i behandling i hele landet, da brugernes kontaktoplysninger kun kan udleveres til forskningsmæssigt brug ved forudgående samtykke. Et sådant samtykke skal indhentes af behandlingsstedet og derefter sendes til SFI, hvilket kan forventes at resultere i et forholdsvis højt frafald samtidig med, at det vil være meget ressourcekrævende for behandlingsstederne.

Som alternativ har vi til undersøgelsen udvalgt 41 kommunale og regionale misbrugscentre, hvoraf nogle har flere afdelinger, samt 15 private døgnbehandlingssteder og et privat dagbehandlingscenter til undersøgelsen. Denne opdeling i døgnbehandling og anden behandling er valgt ud fra et hensyn om, at det vil give den bredeste gruppe af deltagere at træffe brugerne, hvor de får behandling.

Oprindeligt havde vi udvalgt 20 misbrugscentre og 15 døgnbehandlingscentre. Det stod dog tidligt i interviewfasen klart, at det oprindelige udvalg på 20 centre var for lavt et antal, og antallet af centre blev derfor udvidet. Senere i forløbet viste det sig særligt, at der var udvalgt for få centre i København og enkelte øvrige områder, og dataindsamlingen blev forlænget, og enkelte nye centre blev inddraget i undersøgelsen. Interview fra de 41 kommunale og regionale misbrugscentre samt 15 døgnbehandlingssteder vurderes tilsammen at give et bredt billede af, hvordan brugerne oplever den sociale stofmisbrugsbehandling.

Undersøgelsen inkluderer således ikke alle kommunale og regionale misbrugscentre i Danmark eller alle døgnbehandlingsinstitutioner, da en repræsentation af alle misbrugscentre og behandlingssteder ville medføre, at kun ganske få brugere skulle interviewes hvert sted.

Interviewene er fordelt således, at 183 interview er foretaget på døgnbehandlingssteder, og de resterende er foretaget på kommunale behandlingssteder. Der er foretaget en oversampling af brugere i døgnbehandling, idet kun 9,5 pct. af brugerne ifølge DanRIS og Sundhedsstyrelsens data for 2007 modtager døgnbehandling². Overrepræsentationen af brugere i døgnbehandling er valgt på baggrund af et ønske om at kunne tage højde for de betydelige forskelle i indholdet af behandlingen på forskellige døgninstitutioner, samt for at give større sikkerhed i estimationerne for denne behandlingstype, som relativt få brugere får. I analyserne vægter vi brugere i døgnbehandling, så deres overrepræsentation ikke påvirker resultaterne af undersøgelsen. De udvalgte kommuner og døgnbehandlingsinstitutioner er beskrevet i tabellerne 2.1 og 2.2.

UDVÆLGELSE AF KOMMUNALE OG REGIONALE MISBRUGSCENTRE

De kommunale eller regionale misbrugscentre varetager i langt de fleste kommuner al behandling bortset fra døgnbehandling. Alle misbrugscentre har derfor brugere med mange forskellige typer problemer og mange typer behandling. Dog kan sammensætningen i brugergruppen og deres problemer afvige fra region til region. Udvalgelsen af misbrugscentre er derfor primært sket ud fra et princip om geografisk fordeling. Vi har således udvalgt misbrugscentre i de seks største byer og mindst et misbrugscenter i hvert af de tidligere amter. Antallet af interview på hvert misbrugscenter er fastsat efter, hvor stor en procentdel af stofmisbrugere i behandling i 2006 der kom fra dette amt.³ De steder, hvor vi har udvalgt flere misbrugscentre i et tidligere

2. Procentdelen er beregnet på baggrund af Sundhedsstyrelsens opgørelse af antal brugere indskrevet i behandling i 2007 (Narkotikasituationen i Danmark, 2008: 30) og DanRIS opgørelser over antallet af brugere indskrevet i døgnbehandling i 2007.

3. Sundhedsstyrelsens 'Register over stofmisbrugere i behandling' giver mulighed for at se antallet af stofmisbrugere i behandling fordelt på amtsniveau i 2006, hvilket er de senest tilgængelige oplysninger på undersøgelsestidspunktet.

amt, fordeles 'amtets interview' blandt dem. Det medfører eksempelvis, at vi har gennemført betydeligt flere interview i Københavns Kommune end i det tidligere Sønderjyllands Amt. Derved forventer vi, at undersøgelsen er geografisk repræsentativ. Efterfølgende er misbrugscentre udvalgt ud fra et ønske om variation i brugerantal og om at inddrage både større og mindre provinsbyer såvel som landområder. Som tabel 2.1 viser, giver disse udvælgelseskriterier en bred fordeling af misbrugscentre i Danmark.

Seks kommunale og regionale misbrugscentre valgte ikke at deltage. Disse fordeler sig på tre centre i Region Syddanmark, et center i Region Midtjylland, et center i Region Sjælland og et center i Region Hovedstaden.

Begrundelserne for ikke at deltage har bl.a. været, at de ikke havde de fysiske rammer til at stille lokaler til rådighed for interviewerne, at de ikke havde overskuddet til at deltage i undersøgelsen pga. personalemangel, sygdom osv., at ressourcerne på interviewtidspunktet blev brugt på implementering af it-systemer, eller en kombination af ovenstående. Det kan være problematisk for repræsentativiteten i undersøgelsen, at nogle kommunale og regionale misbrugscentre har valgt ikke at deltage. Begrundelserne for ikke at deltage kunne tyde på, at disse institutioner i særlig grad føler sig pressede personalemæssigt, ressourcemæssigt eller i forhold til de fysiske rammer. Dette pres kan have indflydelse på den service, som brugerne modtager. Udvalget af institutioner er dog generelt så dækkende geografisk, at vi vurderer, at det forholdsvist begrænsede antal institutioner, der ikke deltog i undersøgelsen, ikke har afgørende indflydelse på undersøgelsens resultater.

TABEL 2.1

Oversigt over misbrugscentre, der indgår i den kvantitative undersøgelse.

Misbrugscentre
Rådgivningscenter Vest, Københavns Kommune
Rådgivningscenter Amager, Københavns Kommune
Rådgivningscenter Nord, Københavns Kommune
Rådgivningscenter Indre, Københavns Kommune
Ambulatoriet i Classensgade, Københavns Kommune
Stæren, Københavns Kommune
Familieambulatoriet Thorasvej, Københavns Kommune
Specialinstitutionen Forchammersvej, Københavns Kommune
Netværket, Københavns Kommune
Plan-A, privat dagbehandling
Frederiksberg Kommunes Rådgivningscenter
Brydehuset, Ballerup Kommune
Kagshuset, Herlev Kommune
KABS – Hvidovre
KABS – Glostrup
KABS – Gentofte
Helsingør Misbrugscenter
RABS – Roskilde
Medicinudleveringen – Roskilde
Køge Rådgivnings- og Behandlingscenter
Rådgivningscentret, Holbæk Kommune inkl. dagbehandling
Kalundborg Rådgivningscenter
Slagelse Kommunes Misbrugscenter
Næstved Sundhedscenter
Center for afhængighed, Guldborgsund Kommune
Rådgivningscentret for Misbrug, Ringsted Kommune
Rusmiddelcenter Odense
Rusmiddelcenter Odense, voksenafdelingen Nyborg
Behandlingscenter Svendborg, voksne
Misbrugscentret i Sønderborg
Center for Misbrug, Esbjerg Kommune
Misbrugscentret, Fredericia Kommune
Kolding Misbrugscenter
Vejle Misbrugscenter
Center for Socialt Udsatte, Horsens
Sundhedscenter Vest, Ringkøbing
Misbrugscenter Herning
Center for Misbrugsbehandling, Århus Kommune
Misbrugscentret Silkeborg
Center for Stofmisbrugsbehandling, Randers Kommune
Thisted Misbrugscenter – herunder afdelingen i Morsø Kommune
Center for Misbrug og Socialt Udsatte, Aalborg Kommune
Misbrugscentret, Team Nord, Frederikshavn
Bornholms Regionskommune, Psykiatri og Handicap

UDVÆLGELSE AF DØGNBEHANDLINGSSTEDER

Størstedelen af døgnbehandlingen af stofmisbrugere foregår på institutioner, som ikke er knyttet til en bestemt kommune og derfor har brugere fra mange forskellige kommuner. Døgnbehandlingsstederne er derfor ikke udvalgt efter et så strengt geografisk princip som kommunerne, selvom der dog er søgt at opnå en vis geografisk spredning. Døgnbehandlingsinstitutionerne er derudover udvalgt ud fra et ønske om variation i forhold til behandlingsmetode, antal af brugere og ejerforhold. Stederne varierer således fra at have 6 til 60 brugere i behandling, og fordelingen på antallet af pladser svarer tilnærmelsesvis til fordelingen i populationen af døgninstitutioner. Der er både offentlige og selvejende behandlingsinstitutioner inkluderet, og deres behandlingsmetoder dækker de primært anvendte behandlingsfilosofier – fra ren 12-trin⁴ til socialpædagogisk tilgang. Tabel 2.2 viser, hvilke døgninstitutioner der har været med i spørgeskemaundersøgelsen.

4. 12-trins behandling omtales også som Minnesotabehandling. For yderligere beskrivelse af denne behandlingstilgang se delrapport 3 (Behandlingstilbud og metoder).

TABEL 2.2

Døgninstitutioner inkluderet i den kvantitative undersøgelse.

Navn	Landsdel	Behandlingstilgang	Antal pladser
Alfa-Fredensborg	Sjælland	Cenaps modellen	22
Hjulsøgård	Jylland	Terapeutisk, Socialpædagogisk 12-trin	20
Freedom House	Falster		19
Kongens Ø	Sjælland	Minnesota	60
Kråsiglund	Jylland	Minnesota, socialfaglig/ socialpædagogisk	30
Opbygningsgården	Jylland	Terapeutisk samfund	15
Sct. Ols	Bornholm	Miljøterapeutisk samfund	49
Sæbyhus	Sjælland	Systemisk, men bredt funderet	20
Sønderbjerggaard	Sjælland	Helhedsorienteret	6
Fonden Valhalla	Sjælland	Kognitiv	10
Sundbogård	Langeland	Socialpædagogisk/terapeutisk	8
Betesda	Jylland	Kognitiv, socialpædagogisk	10
Behandlingsinstitu- tionen Kysten	Lolland	Socialpædagogisk	15
Behandlingscenter Monbjerg	Jylland	Pædagogisk og psykoterapeutisk	15
Den selvejende insti- tution Moesgård	Sjælland	Løsningsfokuseret terapi	40

INFORMATION, SAMTYKKE OG INTERVIEW

Personalet på de udvalgte institutioner har alle modtaget informationsmateriale samt plakater til information af brugerne. Institutionerne har i den forbindelse i større eller mindre grad forsøgt at motivere brugerne til at deltage og forklare dem undersøgelsens formål.

På døgnbehandlingsinstitutionerne har processen for spørgeskema-interviewene været, at en interviewer har besøgt institutionen på nogle med personalet aftalte dage. Intervieweren har spurgt 60-100 pct. af brugerne, om de ønsker at deltage, og har gennemført interviewene i et separat lokale på behandlingsstedet. Brugernes anonymitet i undersøgelsen er i den forbindelse blevet yderligere understreget for at opnå så fyldestgørende svar som muligt.

Interviewene på de kommunale stofmisbrugscentre er i de fleste tilfælde foregået på en tilsvarende måde. En interviewer har siddet på misbrugscentrets afdelinger i en periode og spurgt alle brugere, der kom

ind, om de ønskede at deltage i undersøgelsen. De interesserede brugere er blevet interviewet på behandlingsstedet i et separat lokale.

En del af misbrugscentrenes brugere kommer dog ikke på behandlingsstedet hver uge, fx fordi de henter metadon på apoteket, er i privat dagbehandling eller kun er i kontakt med misbrugscentret forholdsvis sjældent. Ifølge en uformel rundspørge blandt de udvalgte behandlingssteder er dette tilfældet for ca. 30 pct. af brugerne. Der er dog store variationer fra kommune til kommune. SFI har søgt også at få kontakt til en del af disse brugere. Som tidligere nævnt kan SFI ikke umiddelbart få udleveret kontaktoplysninger på brugerne fra de kommunale og regionale misbrugscentre, da disse oplysninger kun kan udleveres med brugerens samtykke. De udvalgte misbrugscentre er derfor blevet bedt om at sende et brev til alle brugere, der ikke kommer på misbrugscentrets behandlingssteder hver uge, hvor de opfordres til at give samtykke til, at SFI må kontakte dem. Brugere i døgnbehandling har ikke indgået i udvælgelsen, da døgnbehandlingsstederne er udvalgt separat, som det fremgår ovenfor. I brevet til brugerne er der vedlagt en frankeret svarkuvert, som kunne bruges til at sende samtykkeerklæringen til SFI. De første 20 misbrugscentre, som SFI kontaktede, indvilgede i at gøre dette, og ifølge misbrugscentrenes opgørelser er disse breve sendt til ca. 1.500 brugere fordelt over hele landet. Disse brugere er desuden i større eller mindre grad blevet opfordret til at deltage i undersøgelsen af personalet på misbrugscentret i forbindelse med samtaler. 187 brugere har givet samtykke til, at SFI må kontakte dem. Disse brugere har modtaget et informationsbrev og er derefter blevet kontaktet og interviewet telefonisk eller på deres bopæl alt efter, hvad de har ønsket. Det var muligt for SFI på denne måde at gennemføre spørgeskemainterviewet med 130 af de brugere, som havde givet samtykke. Denne procedure med udsendelse af samtykkebreve blev kun gennemført for de 20 oprindeligt udvalgte behandlingssteder. Da det efterfølgende viste sig at være nødvendigt at inddrage yderligere kommunale misbrugscentre i undersøgelsen, blev denne procedure fravalgt, da den viste sig at være ressourcemæssigt krævende for de deltagende misbrugscentre. Samtidig krævede indhentelsen af samtykke, at brugerne på misbrugscentret havde en forholdsvis lang svarfrist, hvilket det ikke var muligt at give de sidste behandlingssteder inden for undersøgelsens tidsrammer.

Undersøgelsen har måttet indrettes efter de faktiske forhold på det enkelte behandlingssted. To behandlingssteder har således ikke haft

mulighed for at have en interviewer siddende på behandlingsstedet, enten pga. de fysiske rammer eller ud fra et ønske om at værne om brugernes anonymitet. Her har brugerne derfor kun haft mulighed for at deltage ved at give samtykke og blive kontaktet telefonisk.

Fordeling af interview på det enkelte misbrugscenter mellem 'samtykkeinterview' og interview på behandlingsstedet ville optimalt set afspejle den reelle fordeling af brugere på misbrugscentret. Dette har dog ikke været muligt pga. den begrænsede mængde samtykker. På den anden side vil en del af de brugere, som måske kun kommer på behandlingsstedet hver 3. eller 4. uge, blive tilbudt at deltage i forbindelse med, at de kommer til samtale på misbrugscentret. Disse to effekter forventes dog kun delvist at opveje hinanden. Undersøgelsesdesignet kan derfor give en vis skævhed i retning af, at lidt færre brugere, der forholdsvist sjældent modtager behandlingsydelser, indgår fra disse behandlingssteder.

REPRÆSENTATIVITETSANALYSE

Fremgangsmåden med at interviewe brugere på centrene, suppleret med interview baseret på samtykke fra brugere, der vurderes at komme sjældent på centrene, indebærer en risiko for en skævhed i gruppen af interviewpersoner sammenlignet med den samlede population af brugere.

I dette afsnit sammenligner vi brugerne i undersøgelsen med populationen af alle stofmisbrugere i behandling på en række parametre, som Sundhedsstyrelsen opgør årligt. Derved undersøges, i hvilken grad brugerne i undersøgelsen kan siges at være repræsentative for alle stofmisbrugere i behandling i Danmark. Sammenligningen er baseret på de senest tilgængelige tal fra Sundhedsstyrelsen fra 2006, mens SFT's undersøgelse er gennemført i 2008. Sammenligningen er lavet på det vægtede datasæt, som bliver anvendt i alle analyserne. Antallet af brugere i døgnbehandling er således vægtet ned i denne analyse. Resultaterne af sammenligningen er angivet i tabel 2.3.

Brugerne i undersøgelsen afviger mest fra populationen mht. hovedstof, alder og behandlingsomfang. Overrepræsentationen af brugere, som har opiatater som misbrugsstof, og som får substitutionsbehandling – og dermed også ældre brugere – kan skyldes, at

størstedelen i denne gruppe kommer relativt ofte på behandlingsstedet for at hente deres substitutionsmedicin. Modsat kommer brugere, som ikke modtager substitutionsmedicin, kun på behandlingsstedet i forbindelse med, at de modtager social stofmisbrugsbehandling, og denne gruppe brugere er derfor svære at komme i kontakt med. Populationsandelen er desuden behæftet med en vis usikkerhed, da hovedstof og behandlingstype ikke er angivet for ca. 10 pct. af brugerne af stofmisbrugsbehandlingen i Sundhedsstyrelsens register.

Det er således særligt unge brugere og brugere, som modtager ambulant behandling uden substitutionsmedicin, der er underrepræsenterede i vores undersøgelse. Ifølge Sundhedsstyrelsens register er ca. 38 pct. af brugerne i stoffri behandling af en intensitet svarende til ad hoc-, ambulant eller dagbehandling, mens dette er tilfældet for 27 pct. i stikprøven. For brugerne i aldersgruppen 18-24 år er det ca. 79 pct. i populationen mod 61 pct. i stikprøven.

Ser vi på undersøgelsens resultater, adskiller brugere, som tager substitutionsmedicin, sig fra brugere, som ikke tager substitutionsmedicin, mht. formål, intensitet og indhold af behandlingen såvel som tilfredshed med behandlingen. Blandt brugere i ad hoc-, ambulant eller dagbehandling, som ikke modtager substitutionsmedicin, er der markant flere, som er stoffri (61 mod 1 pct.), flere som er meget tilfredse med behandlingen (58 mod 36 pct.) og de fysiske rammer (75 mod 37 pct.) samt flere, som modtager psykologsamtaler (35 mod 21 pct.), gruppebehandling (47 mod 6 pct.) og deltager i fritidsaktiviteter (41 mod 25 pct.) sammenlignet med brugere, som modtager substitutionsbehandling. Underrepræsentationen af brugere, som ikke modtager substitutionsmedicin, kan derfor betyde, at niveauet blandt alle brugerne i populationen på disse parametre undervurderes noget.

TABEL 2.3

Sammenligning af stofmisbrugere i undersøgelsen og populationen af stofmisbrugere i behandling i 2006. Procent.

Parameter	Andel i stikprøve	Andel i population	Forskel
<i>Køn:</i>			
Mænd	72	74	-2
Kvinder	28	26	2
<i>Alder:</i>			***
18-24 år	8	19	-11
25-34 år	25	33	-8
35-65 år	67	48	19
<i>Børn:</i>			***
Har ikke børn i hjemmet	83	91	-8
Har børn i hjemmet	17	9	8
<i>Uddannelse:</i>			***
Højest 10. kl.	60	68	-8
Gymnasial uddannelse	6	5	1
Faglig eller erhvervsuddannelse	26	20	6
Videregående uddannelse	8	7	1
<i>Hovedstof:</i>			***
Opiater	76	57	19
Andet	24	43	-19
<i>Behandlingstype:</i>			***
Substitutionsbehandling	76	57	19
Stoffri behandling	25	43	-19
<i>Behandlingsomfang:</i>			
Ambulant behandling	90	90	0
Døgnbehandling	10	10	0
<i>Tidligere behandlet eller ej:</i>			***
Behandlet tidligere	62	72	-10
Ikke behandlet tidligere	38	28	10
<i>Region:</i>			
København Kommune	19	20	-1
Region Hovedstaden u. Københavns Kommune	18	17	1
Region Sjælland	10	13	-3
Region Syddanmark	28	26	2
Region Midtjylland	19	18	1
Region Nordjylland	6	6	0

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001 ved P/chi-test.

Sammenligner vi brugere interviewet på behandlingsstederne og brugere, som har givet samtykke, adskiller de to grupper sig ikke signifikant fra

hinanden mht. foretrukket misbrugsstof, alder, behandlingshistorik, formålet med deres behandling, og hvor tilfredse de er med behandlingen. Blandt brugerne, som er interviewet på baggrund af samtykke, er der dog en væsentligt mindre andel på kontanthjælp mv., mens der er væsentligt flere (28 mod 8 pct. af de øvrige brugere), som arbejder, er under uddannelse eller revalidering, og lidt flere, som er på pension. I gruppen interviewet på baggrund af samtykke er der desuden dobbelt så mange med en videregående uddannelse. Gruppen modtager hovedsageligt ad hoc-ydelser (53 pct.) eller ambulant behandling (41 pct.), men modtager i samme grad som øvrige brugere substitutionsbehandling. Der er således en tendens til, at brugere interviewet på baggrund af samtykke er mere ressourcestærke økonomisk og uddannelsesmæssigt. Tabel 2.3 viser, at brugere med videregående uddannelser ikke er underrepræsenteret i undersøgelsen generelt, mens det ikke er muligt at vurdere, om brugere i arbejde er underrepræsenteret.

DEN KVALITATIVE DELUNDERSØGELSE

Den kvalitative undersøgelse af brugernes oplevelse af den sociale stofmisbrugsbehandling består af 30 interview med brugere i behandling. Interviewene er gennemført i to faser, hvor der i perioden februar til april 2008 blev gennemført 19 interview, mens de resterende 11 interview blev gennemført i perioden september til november 2008.

For det første har disse interview bidraget til at kvalificere spørgeskemaundersøgelsen, både ved at fremdrage særlige temaer og problemområder, som brugerne oplever som væsentlige i deres møde med det sociale behandlingssystem, og ved mere specifikt at give viden om relevante kategoriseringer til brug for spørgeskemaundersøgelsen. De kvalitative interview med brugere har således fungeret som en sikring af, at spørgsmål, formuleringer og forløb i spørgeskemaet er vedkommende for brugere i forskellige behandlingstilbud og behandlingsfaser. For det andet bruges den viden, der er indsamlet gennem de kvalitative interview, til at nuancere og uddybe de svar og resultater, der fremkommer i spørgeskemaundersøgelsen. Interviewene i anden fase er således særligt blevet brugt til at uddybe og forklare resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen. I de følgende afsnit vil der dog ikke blive skelnet mellem interview fra de to faser, da de i rapporten alle bliver brugt til at uddybe og forklare betydningen af de statistiske resultater.

Den kvalitative undersøgelse har ikke til hensigt at være repræsentativ, da udbredelsen af holdninger og oplevelser bliver undersøgt i spørgeskemaundersøgelsen. For at give et så kvalificeret baggrundsmateriale som muligt har vi dog søgt at lade valget af interviewpersoner afspejle variationen i misbrugstype, misbrugshistorie, behandlingstype og geografi, som findes blandt brugerne af den sociale stofmisbrugsbehandling. Med hensyn til behandlingstype er fordelingen:

- seks interview med brugere i privat døgnbehandling
- fire interview med brugere i privat dagbehandling
- tre interview med brugere i offentlig dagbehandling
- ti interview med brugere i ambulant substitutionsbehandling
- fire interview med brugere i anden ambulant behandling
- tre interview med brugere, som ikke på interviewtidspunktet er i stofmisbrugsbehandling.

De deltagende behandlingsinstitutioner er oplistet i tabel 2.2.

TABEL 2.4

Behandlingssteder inkluderet i den kvalitative undersøgelse.

Navn på behandlingssted	Type behandling	Antal interview
Højlykke, Vejle	Privat døgnbehandling	4
Cenaps, København	Privat dagbehandling	4
Rusmiddelcenter Odense	Offentlig, ambulant behandling	2
Rådgivningscenter Indre, Københavns Kommune	Offentlig, ambulant behandling	3
Stæren, Københavns Kommune	Offentlig, ambulant behandling med værestedsfunktion	3
Perron 3, Slagelse Kommune	Offentlig, ambulant behandling for unge	2
U-turn, Københavns Kommune	Offentlig, ambulant behandling for unge	1
Reden, Århus	Værested for kvinder	3
Shalom	Privat døgnbehandling	2
Toftlund	Offentlig dagbehandling	3
Stofbehandling Holstebro, Holstebro Kommune	Offentlig, ambulant behandling	3

Interviewpersonerne er desuden en blanding af unge brugere, som oftest har hash mv. eller centralstimulerende stoffer⁵ som hovedproblem, og metadonbrugere, som ofte er ældre, og som har været misbrugere i flere år.

I de gennemførte brugerinterview har det også været et ønske at afdække eventuelle specifikke behov blandt særlige grupper, der udgør en minoritet i behandlingssystemet. Vi har derfor gennemført interview med tre brugere (kvinder) af Reden i Århus, hvor de mest udsatte kvinder i form af stofmisbrugere og prostituerede kommer. I alt har vi gennemført seks kvalitative interview med kvinder. Det har også været et ønske at fokusere på særlige behov blandt stofmisbrugende etniske minoriteter. Denne gruppe har det dog været vanskeligt at komme i kontakt med, og det har derfor alene været muligt at få et begrænset antal interview med repræsentanter for denne gruppe i den kvalitative analyse.

Der er blevet gennemført interview på 10 behandlingssteder samt på værestedet Reden. I tabel 2.4 findes en liste over disse 11 steder og deres geografiske placering. På de enkelte institutioner er interviewpersonerne blevet spurgt enten af personalet eller af en interviewer fra SFI, om de vil deltage.

I de tilfælde, hvor institutionerne har udvalgt interviewpersonerne, har det ofte været en praktisk nødvendighed for at kunne identificere brugeren og motivere denne til at deltage. Der er i den situation risiko for, at fx særligt positive eller relativt velfungerende brugere er blevet udvalgt. Der er dog ingen tegn på dette i materialet. Umiddelbart har udvælgelseskriteriet for institutionerne i højere grad været, om brugeren havde lyst til og ville være i stand til at gennemføre et interview. Interviewpersonerne har således været i stand til at pege på en række problemområder i den sociale stofmisbrugsbehandling, og spørgeskemaundersøgelsen fastslår, i hvilken grad disse problemer er generelt udbredte. Fordi interviewene kombineres med spørgeskemaundersøgelsen, er det således ikke af afgørende betydning, hvordan interviewpersonerne er udvalgt.

Interviewene blev gennemført som semi-strukturerede interview, der blev optaget på bånd. Den til formålet udarbejdede spørgeguide indeholdt overordnet spørgsmål om:

5. Centralstimulerende stoffer inkluderer amfetamin, kokain, ecstasy og lignende stoffer.

- Hvorfor brugeren henvendte sig for at få behandling, hvordan vedkommende oplevede forløbet frem til, behandlingen blev påbegyndt, brugerens viden om sine rettigheder, hvordan brugeren blev inddraget, og hvilke styrker og svagheder brugeren oplevede i behandlingssystemet i den forbindelse.
- Hvad brugeren synes om samarbejdet med sin kommunale kontaktperson eller misbrugskonsulent samt dennes koordinering af behandling med andre offentlige myndigheder eller enheder.
- Hvad brugeren synes om selve behandlingen, herunder formål, indhold, brugerinddragelse, og hvordan behandlingen kunne gøres bedre.
- Hvordan brugeren oplever udslusningen fra behandling, herunder om der er lagt planer for forløbet og koordineret med andre kommunale enheder.
- Brugerens holdning til og oplevelse af inddragelse af pårørende i misbrugsbehandlingen.
- Hvordan brugeren oplever, at der bliver taget hånd om de problemer, vedkommende evt. har ud over sit misbrug, fx hvis brugeren mangler en bolig eller gerne vil have et arbejde.

Alle interviewpersoner er anonyme i rapporten, selvom forskergruppen er bekendt med deres navne.

PÅRØRENDEUNDERSØGELSEN

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

315 pårørende til stofmisbrugere i behandling har svaret på et spørgeskema, som er udviklet på baggrund af 15 kvalitative interview.

Alle brugere er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt, om SFI må kontakte deres pårørende med henblik på at interviewe dem om deres oplevelse af stofmisbrugsbehandlingen. Der er alene blevet spurgt efter pårørende, som ikke selv er misbrugere, da det ellers vil være vanskeligt at adskille brugerens og den pårørendes syn på misbrugsbehandlingen. Hver bruger har haft mulighed for at oplyse navn, adresse og telefonnummer på en til tre pårørende. 348 brugere har valgt at give samtykke til, at SFI kan kontakte mindst én af deres pårørende, hvilket har givet kontakttinformation til 404 pårørende i alt.

Af disse er der dog kun 315, som har kunnet kontaktes via brugerens oplysninger, og som har ønsket at medvirke i undersøgelsen. For at få så mange deltagere i spørgeskemaundersøgelsen som muligt har SFI kontaktet alle de pårørende, som brugeren har givet kontaktoplysninger på. I 48 tilfælde er to pårørende til den samme bruger derfor blevet interviewet, og i fire tilfælde er tre pårørende til den samme bruger blevet interviewet.

Alle pårørende med oplyste adresser har fået tilsendt et informationsbrev og er efterfølgende blevet kontaktet telefonisk op mod seks gange med henblik på at gennemføre interviewet.

DEN KVALITATIVE DELUNDERSØGELSE AF PÅRØRENDE

Den kvalitative undersøgelse af pårørendes oplevelser af og erfaringer med den sociale stofmisbrugsbehandling består af 15 interview med pårørende til en aktuel eller tidligere stofmisbruger. Interviewene er gennemført i perioden april til maj 2008 og har fundet sted enten på den pårørendes bopæl, arbejdsplads eller via telefonen.

Formålet med den kvalitative undersøgelse har – på linje med den kvalitative undersøgelse blandt brugerne – til formål at kvalificere den efterfølgende spørgeskemaundersøgelse, således at væsentlige temaer og problemområder, som de pårørende fremdrog, blev indlejret i spørgeskemaet. Desuden har formålet været at perspektivere og give en dybere forståelse for de statistiske resultater, der fremkom i spørgeskemaundersøgelsen til de pårørende.

De interviewede pårørende er alle personer, som enten er i familie (dvs. forældre, kærester, ægtefæller, brødre og søstre) eller nære venner med en bruger. Samtlige af de pårørende har oplyst, at de ikke er stofmisbrugere. Dette forhold var en vigtig parameter i udvælgelsen af de pårørende, da man i givet fald ellers kunne forvente, at deres perspektiv på behandlingssystemet i høj grad ville kunne stamme fra egne behandlingserfaringer.

For at give et så bredt og nuanceret billede af de pårørendes oplevelser af og erfaringer med det sociale behandlingssystems styrker og svagheder, søgte vi pårørende med en vis variation, hvad angår geografisk opholdssted og familie-/venneforhold, samt den relaterede stofmisbrugers misbrugsmønster, behandlingstype og misbrugstype. Desuden hvorvidt den pårørende oplevede, at brugeren ud over sit stofmisbrug har/havde en psykiatrisk lidelse eller ej.

Geografisk er de pårørende fordelt således, at syv er bosiddende på Sjælland, seks kommer fra Jylland, og to er fra Fyn. Den pårørendes relation til den stofmisbrugende er fordelt således, at ni af de pårørende er forældre til brugeren, to er pårørende til en kæreste/ægtefælle, som er bruger, hvor parret ikke har barn/børn, tre er pårørende til en kæreste/mand, hvor parret har barn/børn, og en er både pårørende til en ven og en bror. Der er to pårørende, som har en etnisk minoritetsbaggrund, og fire pårørende angiver at være pårørende til brugere med en psykiatrisk lidelse, fx ADHD eller borderline.

Med hensyn til misbrugs- og behandlingstype er der tre pårørende til brugere, hvis hovedstof er/har været hash mv., ni er pårørende til brugere, hvis hovedstof er/har været en blanding af mange stoffer, og tre er pårørende til brugere, hvis hovedstof er/har været heroin. Samtlige af de pårørende har erfaringer med ambulant og døgnbehandling, på nær to pårørende, som udelukkende har kendskab til ambulant behandling.

I 10 af interviewene er den bruger, som de interviewede er pårørende til, i aktuel behandling – enten i døgnbehandling eller ambulant behandling. Og i fem af interviewene har brugeren for mellem et halvt og 3 år siden afsluttet døgn- eller ambulant stofmisbrugsbehandling, hvoraf nogle på interviewtidspunktet er i efterbehandling. Formålet med også at interviewe pårørende til tidligere brugere i behandling er at undersøge de pårørendes oplevelser af og erfaringer med en afsluttet behandlingsindsats.

Vi har kontaktet de pårørende via pårørendeorganisationer, som har spurgt deres medlemmer, om de havde interesse i medvirken til undersøgelsen. Vi har kontaktet følgende organisationer med henblik på at skaffe kontakt til pårørende: Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere, Blå Kors, Al-Anon, KABS, Nar-Anon og Pårørendeforeningen L.F.H.N. (Brugerforeningen). Organisationerne er udvalgt ud fra deres formodede kontakt til mange pårørende.

Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere formidlede kontakt til syv pårørende, Nar-Anon fik kontakt til syv pårørende, og Pårørendeforeningen L.F.H.N. formidlede kontakt til en pårørende. De øvrige foreninger ønskede ikke at spørge deres pårørendemedlemmer enten pga. det hårde pres, som organisationerne oplevede, deres pårørende gennemgik, eller pga. at organisationerne for øjeblikket ikke havde kendskab til pårørende til en bruger, som ønskede at lade sig interviewe til undersøgelsen.

Ved at kontakte de pårørende via pårørendeforeningerne er der en risiko for, at det kun er en bestemt type pårørende, vi kommer i kontakt med. Det er således muligt, at det primært er de mest ressourcestærke pårørende, som har overskud til at engagere sig i en pårørendeforening. På den anden side er fordelene ved at rekruttere deltagere til interview på denne måde, at deltagerne har forholdt sig til at være pårørende til en bruger og måske også har et mere indgående kendskab til brugerens behandling. Disse pårørende har således i høj grad bidraget til at finde frem til, hvilke aspekter ved behandlingen det er mest relevant for os at spørge til i spørgeskemaundersøgelsen. Svarene fra deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen kan derimod sige mere om, hvor udbredte de oplevelser, som er blevet beskrevet i de kvalitative interview, er.

Før interviewene fik informanterne tilsendt information om undersøgelsen og dens sigte. Interviewene havde en varighed fra 45 minutter til 2 timer. Ved fire af interviewene deltog den pårørendes ægtefælle eller ven/veninde også i interviewet pga. et ønske fra den pårørende om at have én at støtte sig til og hjælpe sig med at huske misbrugsforløbet. Interviewene, der alle blev optaget på bånd, blev gennemført ved hjælp af en semistruktureret interviewguide, som indeholdt spørgsmål i relation til følgende temaer:

- Den pårørendes oplevelse af misbrugsforløbet, indtil brugeren begyndte behandlingen.
- Den pårørendes forventning til behandlingen, fx om der forventes stoffrihed, stabilisering eller reduktion af forbrug, hvordan den pårørende oplever varetagelse af fysiske, psykiske og sociale problemer, som den misbrugende evt. har ud over sit stofmisbrug.
- Den pårørendes oplevelse af styrker og svagheder ved behandlingstilbuddene.
- Den pårørendes oplevelse af sammenhængen i koordinationen mellem de forskellige offentlige myndigheder eller enheder som fx behandlingsstedet, Kriminalforsorgen, væresteder, støtte- og kontaktperson (SKP'er) og jobcentre.
- Den pårørendes oplevelse og erfaring med barrierer i behandlingssystemet, som modvirker opnåelse af den forventede behandling.

- Den pårørendes holdning til og erfaring med at blive inddraget aktivt i behandlingsprocessen, herunder hvilke styrker og svagheder den pårørende oplevede i den forbindelse.
- Den pårørendes forståelse af en helhedsorienteret indsats, herunder bl.a. erfaringer og oplevelse med udslusning.
- Den pårørendes forslag til forbedringer til den sociale stofmisbrugsbehandling.

De pårørende optræder anonyme i rapporten, dog er forskergruppen bekendt med deres navne. Da ikke alle pårørende har gjort deres omverden bekendt med deres situation eller var usikre på, om deres udtalelser kunne påvirke den misbrugendes forhold til behandlingssystemet, var anonymiteten en væsentlig betingelse for at lade sig interviewe til undersøgelsen.

ANALYSER OG AFRAPPORTERING

Resultaterne af undersøgelsen bliver rapporteret i krydstabeller, hvor brugernes svar bliver rapporteret fordelt efter en række karakteristika ved brugerne og deres behandling. Der kan dog vise sig at være statistisk signifikante forskelle i krydstabellerne, som ikke er signifikante, hvis der tages højde for andre karakteristika ved brugeren eller behandlingen. Alle afsnit i brugeranalysen afsluttes derfor med en regressionsanalyse for at se, om nogen af forskellene skyldes en bagvedliggende forskel på andre variable. I analyserne indgår logistiske, ordinale, lineære og multinominale regressioner, hvor de sidste er placeret i bilag 1 pga. deres omfang. For alle ordinale analyser er der lavet forudsætningstest om proportionelle odds, og hvis denne forudsætning ikke er opfyldt, vælger vi en alternativ regressionsanalyse, som fx multinominal regression.

De pårørendes svar er ikke analyseret i regressioner, da antallet af deltagere er så forholdsvist, at det ikke er hensigtsmæssigt.

BESKRIVELSE AF BRUGERNE

I dette kapitel beskrives brugerne i undersøgelsen, og det undersøges, i hvilken grad de er repræsentative for alle brugere af den sociale stofmisbrugsbehandling.

BRUGERNES KARAKTERISTIKA

28 pct. af brugerne, som har besvaret spørgeskemaet, er kvinder (jf. tabel 3.1).

TABEL 3.1
Brugernes køn. Procent og antal.

Køn	Procent	Antal
Mænd	72	725
Kvinder	28	285
I alt	100	1.008

Aldersmæssigt er der færrest deltagere i aldersgruppen 18-24 år, mens der er væsentligt flere deltagere i de følgende alderskategorier. Brugere i aldersgruppen 18-24 år er således underrepræsenteret i undersøgelsen.

TABEL 3.2

Brugernes alder. Procent og antal.

Alder	Procent	Antal
18-24 år	8	75
25-34 år	25	255
35-44 år	39	390
45- år	29	289
I alt	100	1.009

Tabel 3.3 viser, at to tredjedele af brugerne, som har deltaget i undersøgelsen, ikke har børn. For dem, som har børn, har ca. halvdelen børnene boende i hjemmet.

TABEL 3.3

Brugernes status i forhold til hjemmeboende børn. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har hjemmeboende børn	16	168
Har børn, der ikke er hjemmeboende	15	155
Har ikke børn	68	686
I alt	100	1.008

Tabel 3.4 viser, at 9 pct. af brugerne i undersøgelsen har etnisk minoritetsbaggrund. Vi har placeret brugerne i denne kategori, hvis de enten selv primært er vokset op i udlandet, eller hvis begge deres forældre primært er vokset op i udlandet. Af de 93 deltagere med etnisk minoritetsbaggrund er 44 pct. førstegenerationsindvandrere fra et ikke-vestligt land, 33 pct. førstegenerationsindvandrere fra et vestligt land og 23 pct. andengenerationsindvandrere. Deltagere fra ikke-vestlige lande kommer fra Algeriet, Brasilien, Columbia, Egypten, Filippinerne, Iran, Libanon, Liberia, Namibia, Pakistan, Peru, Rusland, Somalia, Thailand, Tyrkiet, Ukraine og Vietnam.

TABEL 3.4

Brugernes etniske baggrund. Procent og antal.

Etnisk baggrund	Procent	Antal
Dansk	91	916
Etnisk minoritetsbaggrund	9	93
I alt	100	1.009

Tabel 3.5 viser boligforholdene for brugerne i undersøgelsen. Størstedelen af brugerne bor i lejebolig, mens 2 pct. af brugerne angiver at bo på gaden. Derudover bor 9 pct. på herberg, hos venner/familie, i sommerhus el.lign. og regnes derfor også som hjemløse (Benjaminsen & Christensen, 2007). Det er dermed 11 pct. af brugerne, som er hjemløse.

TABEL 3.5

Brugernes boligforhold. Procent og antal.

Boligtype	Procent	Antal
Ejer- eller andelsbolig	7	67
Lejebolig	73	733
Lejet værelse	4	35
Hos familie eller venner	6	61
Støttebolig/bofællesskab/ halvvejshus	5	47
Herberg eller pensionat	2	15
På institution	1	14
Gaden/ingen bolig	2	24
Sommerhus/kolonihavehus el.lign.	1	13
I alt	100	1.009

Størstedelen af brugerne i undersøgelsen har ingen kompetencegivende uddannelse, idet 60 pct. ikke har nogen uddannelse ud over folkeskolen. 26 pct. har taget en form for faglig uddannelse, mens kun 6 pct. har en gymnasial uddannelse, og 7 pct. har en videregående uddannelse som højest gennemførte uddannelse. I de følgende kapitler vil uddannelsesniveaet blive beskrevet som folkeskole, gymnasial uddannelse, faglig uddannelse, herunder militær uddannelse, eller videregående uddannelse for at have et tilstrækkeligt antal deltagere i hver gruppe til at kunne gennemføre analyserne.

TABEL 3.6

Brugernes højeste uddannelsesniveau. Procent og antal.

Uddannelse	Procent	Antal
Under 7. klasse	4	40
7.-8. klasse	13	134
9.-10. klasse	43	429
Gymnasial uddannelse	6	63
Specialarbejderuddannelse	3	28
Handelsskolens grunduddannelse	2	20
Faglært	15	154
Anden faglig uddannelse	6	59
Kort videregående udd.	3	30
Mellemlang videregående udd.	3	34
Lang videregående udd./ph.d	1	12
Andet, herunder militæret/forsvaret	0	4
I alt	100	1.006

Af tabel 3.7 ses, at størstedelen af brugerne er offentligt forsørgede. I alt er 37 pct. førtidspensionister, mens 51 pct. får kontanthjælp mv., 10 pct. er i arbejde eller under uddannelse, mens 1 pct. er uden officiel indtægt eller forsørges af familie og venner. Der er dog kun 13 brugere, som er uden officiel indtægt, og disse brugere udelades derfor i analyser, hvor brugernes indkomsttype indgår.

TABEL 3.7

Brugernes indkomsttype. Procent og antal.

Indkomsttype	Procent	Antal
Arbejde eller lærlingeløn	10	98
SU eller legater	0	4
Arbejdsløshedsdagpenge	1	12
Aktiveringsydelse	0	2
Sygedagpenge	4	44
Kontanthjælp	44	446
Revalideringsydelse	2	15
Førtidspension	37	368
Folkepension	0	1
Anden pension	1	7
Forsørges af familie/venner/partner	0	4
Ingen indtægt	1	8
I alt	100	1.008

I de følgende kapitler opdeles brugernes indkomsttype i flg. kategorier:

- arbejde, indbefatter SU og revalideringsydelse
- kontanthjælp mv., dækker kontanthjælp, dagpenge, sygedagpenge og aktiveringsydelse
- pension, inkluderer folke-, førtids- og anden pension.

Da der kun er 12 brugere, som er uden indtægt eller forsørges af venner og familie, har vi udeladt denne gruppe af analyser, hvor variablen for indkomsttype indgår.

Brugerne er også blevet spurgt om, hvilke andre måder de tjener penge på. Som det fremgår af tabel 3.8, angiver 74 pct., at de ikke tjener penge på andre måder, mens de resterende 26 pct. har en eller flere former for indtægt ved siden af den officielle indtægt. Disse tal må opfattes som minimumsangivelser, da det må forventes, at nogle deltagere har været tilbageholdende med at rapportere illegale indtægter på trods af deres anonymitet i undersøgelsen.

TABEL 3.8

Brugernes indtægt ud over den officielle indtægt. Procent og antal.

Indtægtskilde	Procent	Antal
Har kun den officielle indtægt	74	747
Forsørges af familie/venner/partner	7	66
Samle flasker/klunse osv.	2	18
Sort arbejde	7	65
Salg af narkotika og andre stoffer	5	49
Berigelseskriminalitet (tyveri, hæleri, svindel mv.)	6	60
Anden kriminalitet	2	20
Prostitution	2	19
Andet	4	36

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1005 brugere. Brugerne kan være repræsenteret i flere kategorier samtidig.

52 pct. af brugerne rapporterer, at de pga. deres misbrug har stiftet gæld, som de oplever som et problem.

De fleste deltagere i undersøgelsen er således i en relativt udsat økonomisk situation, på kontanthjælp mv. kombineret med illegale indtægter og gældstiftelse. De fleste har desuden en relativt kort uddannelsesmæssig baggrund, og 11 pct. kan regnes som hjemløse. Der er således tale om en marginaliseret gruppe i samfundet, også når man ser bort fra selve stofmisbruget.

STOFMISBRUG OG TIDLIGERE BEHANDLING

I tabel 3.9 ses brugernes brug af stoffer den sidste måned, inden de begyndte den behandling, de modtog på interviewtidspunktet. En meget stor del af brugerne har taget heroin, benzodiazepiner eller hash, inden de påbegyndte behandlingen, mens en noget mindre andel har taget hallucinogener eller ecstasy.

TABEL 3.9

Brugernes stofmisbrug den sidste måned, inden den behandling, de modtog på interviewtidspunktet, blev påbegyndt. Procent og antal.

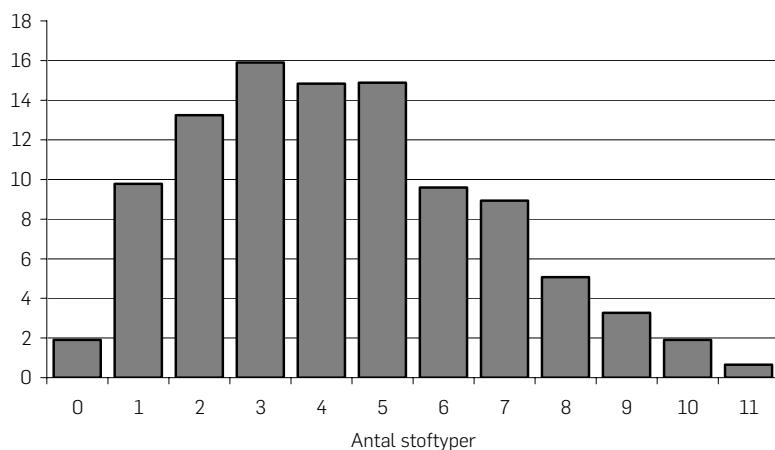
Stoftype	Procent	Antal
Ordineret metadon el. lign. substitutionsmedicin	28	284
Illegal metadon el. lign.	32	323
Heroin	65	658
Andre opiater	41	414
Illegale benzodiazepiner	53	530
Amfetamin	33	328
Kokain	46	460
Ecstasy og lign. designerdrugs	11	114
Hallucinogener	13	127
Hash mv.	71	713
Alkohol	43	436
Andet	1	13
Tog ikke stoffer	2	9

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.009 brugere. Da brugerne kan have taget flere stoffer, kan vedkommende fremgå flere gange.

Af figur 3.1 ses det, at størstedelen af brugerne har taget mellem to og fem forskellige slags stoffer den sidste måned, inden de startede i den behandling, de er i på interviewtidspunktet. Det vidner om, at størstedelen af brugerne har et blandingsmisbrug og derfor har behov for behandling for misbrug af mere end en type stoffer.

FIGUR 3.1

Antal stoftyper, brugerne tog den sidste måned, inden de påbegyndte den behandling, de var i på interviewtidspunktet. Procent af brugere.



I tabel 3.10 er brugernes hovedstof, inden de startede i behandling, angivet. Brugerne er blevet spurgt om, hvad deres foretrukne stof er, og de har haft mulighed for at svare et eller flere stoffer. 70 pct. af brugerne har valgt kun at angive et foretrukket stof, men resten har valgt to eller flere stoffer. For at give et overblik er brugerne her opdelt i fire grupper efter deres foretrukne stoffer: opiater, opiater/blandingsmisbrug, centralstimulerende stoffer og hash mv. 'Opiater' indeholder brugere, som har svaret, at deres hovedmisbrugsstof var opiater såsom heroin, morfin, metadon eller andre opiater. Gruppen opiater/blandingsmisbrug dækker over deltagere, som har angivet både opiater og en anden stoftype som hovedmisbrugsstof, og som har taget det andet stof mindst 25 gange om måneden. Denne opdeling af brugere med opiater som hovedmisbrugsstof er valgt ud fra et argument om, at brugere, som kun har et hovedstof med et mindre misbrug af andre stoffer, adskiller sig fra brugere, som har flere stoffer, som de i lige høj grad anvender og er afhængige af. Disse brugere kan have brug for en forskellig tilgang i behandlingen. 'Centralstimulerende stoffer' indeholder brugere, som har svaret, at deres hovedstof er et eller flere af stofferne: kokain, amfetamin, ecstasy og lignende designerdrugs eller hallucinogener. Kategorien 'hash mv.' består af brugere, som har svaret, at hash eller benzodiazepiner er

deres hovedmisbrugsstof, og som ikke har angivet andre hovedmisbrugsstoffer. Af tabellen fremgår det, at størstedelen af brugerne i undersøgelsen er opiatmisbrugere med og uden blandingsmisbrug.

Opdelingen betyder, at en del brugere har svaret, at deres foretrukne stof var hash mv. eller centralstimulerende stoffer, før de startede i behandling, selvom de også havde et misbrug af opiater. De kan derfor modtage substitutionsbehandling, selvom deres hovedstof er hash mv. Alternativt kunne hovedmisbrugsstoffet fastlægges ud fra, hvilket stof brugeren havde taget flest gange den seneste måned. Brugere kan dog være tvunget til at substituere deres foretrukne misbrugsstof med andre typer stoffer pga. priser, tilgængelighed osv. Hyppighed er derfor ikke en optimal indikator for, hvilket stof der er brugerens hovedmisbrugsstof. I denne undersøgelse er der således valgt en tilgang, hvor brugeren selv angiver, hvilket stof der er hovedmisbrugsstof, også selvom brugeren tidligere kan have haft et misbrug af opiater.

TABEL 3.10

Brugernes hovedmisbrugsstof. Procent og antal.

Hovedmisbrugsstof	Procent	Antal
Opiater	56	556
Opiater/blandingsmisbrug	20	203
Centralstimulerende stoffer	14	143
Hash mv.	9	93
I alt	100	995

Tabel 3.11 viser, om brugerne har taget substitutionsmedicin eller stoffer den seneste måned op til interviewet og hvilke typer. Det fremgår, at 65 pct. har indtaget ordineret substitutionsmedicin, mens 33 pct. har røget hash, og en noget mindre del har taget andre typer af stoffer. Der er desuden 169 deltagere, svarende til 17 pct., som hverken har taget stoffer eller substitutionsmedicin den seneste måned. Ud over disse 17 pct., er der 39 pct., som udelukkende har taget ordineret substitutionsmedicin, og dermed er der sammenlagt 56 pct. af brugerne, som angiver, at de ikke har taget illegale stoffer den seneste måned.

TABEL 3.11

Brugernes brug af stoffer den seneste måned. Procent og antal.

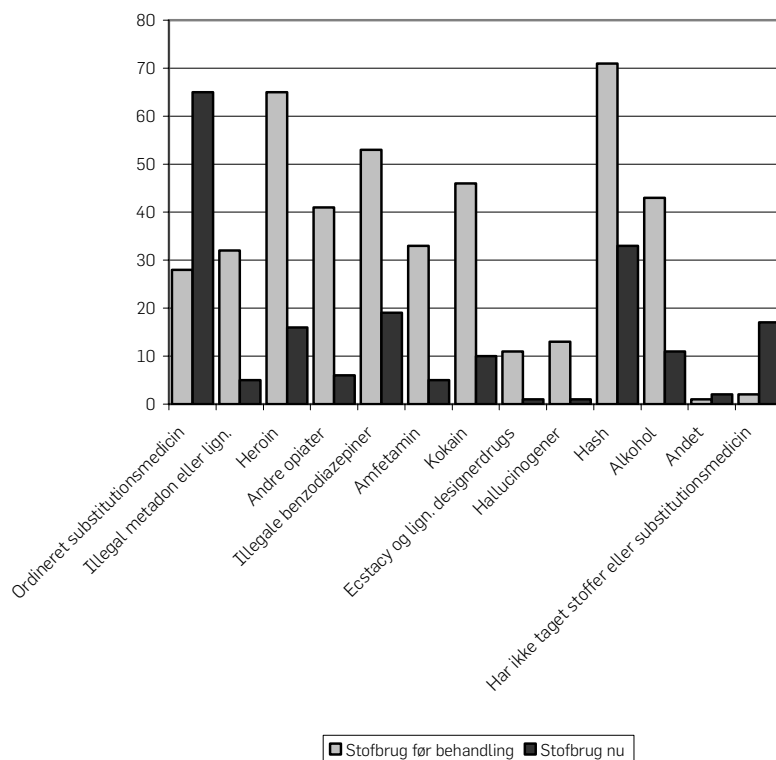
Stofstype	Procent	Antal
Ordineret metadon el. lign.		
Substitutionsmedicin	65	658
Illegal metadon el. lign.	5	51
Heroin	16	158
Andre opiater	6	58
Illegale benzodiazepiner	19	187
Amfetamin	5	51
Kokain	10	99
Ecstasy og lign.		
designerdrugs	1	9
Hallucinogener	1	7
Hash mv.	33	330
Alkohol	11	114
Andet	2	25
Har ikke taget stoffer el. substitutionsmedicin	17	169

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.008 brugere. Brugerne kan være repræsenteret i flere kategorier.

I figur 3.2 sammenlignes brugen af stoffer før behandlingen med brugen af stoffer den seneste måned. Figuren viser en tydelig reduktion i brugen af illegale stoffer og alkohol. Der er dog en vis usikkerhed forbundet med resultaterne, da de er baseret på brugernes egen rapportering af stofmisbrug. Nogle deltagere kan på trods af deres anonymitet have haft et ønske om ikke at afsløre stofmisbrug på interviewtidspunktet, fx hvis der i behandlingen er et krav om, at man er stoffri eller ikke har noget sidemisbrug. Der er dog en klar tendens til, at det at komme i behandling reducerer brugen af alle illegale stoffer, og at brugen af illegale stoffer for en betydelig dels vedkommende er erstattet af brug af ordineret substitutionsmedicin.

FIGUR 3.2

Sammenligning af hvilke stoffer brugerne brugte før behandling og på interviewtidspunktet. Procent af brugerne.

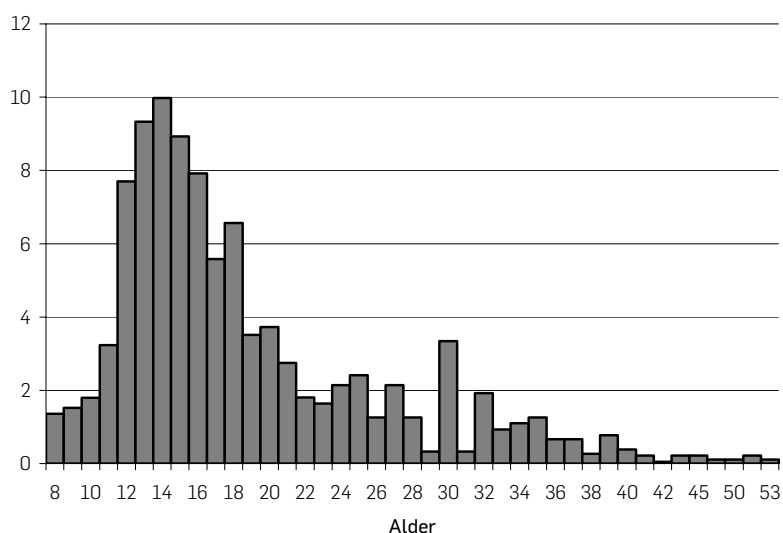


Figur 3.3 viser, hvor gamle brugerne var, da de startede deres misbrug. Her er tale om brugernes egen vurdering af, hvornår deres misbrug startede, og der er derfor ikke nødvendigvis tale om misbrug af det stof, de er i behandling for. Det er bemærkelsesværdigt, at en fjerdedel af brugerne startede deres misbrug, inden de var 14 år gamle. Der er endda 14 deltagere, som angiver, at de startede, da de var 8 år gamle. Halvdelen af brugerne var blevet misbrugere, inden de fyldte 17, og tre fjerdedele havde et misbrug som 22-årige. Der er med andre ord en stor del af brugerne, som påbegyndte deres misbrug, mens de stadig burde være i kontakt med skolesystemet eller andre offentlige myndigheder. Dette resultat vidner om, at en intensiveret forebyggende indsats over for børn og unge i skolealderen kunne være hensigtsmæssig for at mindske antallet af stofmisbrugere. Samtidig skal det dog også bemærkes, at en

stor del af brugerne har været misbrugere i mange år, og alderen ved misbrugsstart kan således ikke direkte bruges til at evaluere den forebyggende indsats på interviewtidspunktet.

FIGUR 3.3

Brugernes alder ved misbrugsstart. Procent.



Tabel 3.12 viser, hvor længe brugerne har været misbrugere på interviewtidspunktet. Dette interval er beregnet ud fra deres alder på interviewtidspunktet og ved misbrugsstart, hvilket betyder, at der ikke er taget højde for, at brugerne kan have haft stoffri perioder, efter de blev misbrugere.

TABEL 3.12

Beregnet varighed af brugernes misbrug. Procent og antal.

Varighed	Procent	Antal
1-5 år	7	70
6-10 år	12	116
11-20 år	35	351
21- år	47	467
I alt	100	1.004

Som det fremgår af tabel 3.12, har kun 7 pct. af brugerne været misbrugere i under 6 år, mens næsten halvdelen af brugerne har været misbrugere i over 20 år.

En del brugere har tidligere været i behandling for deres stofmisbrug, men der er også en betydelig del, som ikke tidligere har været i behandling for deres stofmisbrug. Af brugerne i undersøgelsen har 38 pct. ikke tidligere været i behandling, 11 pct. har været i behandling en enkelt gang tidligere, mens 31 pct. har været i behandling mellem to og fem gange. De resterende 20 pct. har været i behandling mere end fem gange.

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

I dette kapitel undersøger vi, hvad formålet med brugernes behandling er, hvilken intensitet af behandling de modtager, samt hvad indholdet af behandlingen er. Afslutningsvis beskriver vi brugernes tilfredshed med behandlingen, alt efter hvilken behandling brugeren modtager.

FORMÅL MED BEHANDLINGEN

I dette afsnit undersøger vi nærmere, hvad formålet er med den behandling, brugerne af den sociale stofmisbrugsbehandling får, hvilke ønsker de selv har til behandlingen, og hvad de oprindeligt ønskede at få ud af behandlingen, da de henvendte sig i behandlingssystemet.

FORMÅL MED DEN BEHANDLING BRUGERNE ER I PÅ INTERVIEWTIDSPUNKTET

I forhold til brug af stoffer kan formålet med behandlingen være stoffrihed, reduktion af forbrug eller stabilisering af forbrug. Der kan både være tale om reduktion/stabilisering af forbrug af illegale stoffer og substitutionsmedicin. Med stoffrihed menes i denne undersøgelse, at

brugeren hverken tager illegale stoffer eller substitutionsmedicin. Det skal dog bemærkes, at en del brugere på substitutionsmedicin opfatter sig selv som stoffri, så længe de ikke har noget sidemisbrug.

Blandt brugerne i undersøgelsen har en del allerede opnået stoffrihed, og de tager således hverken illegale stoffer eller substitutionsmedicin som fx metadon. Deres behandling har primært til hensigt at fastholde denne stoffrihed og hindre tilbagefald. En anden gruppe brugere er ikke stoffri på interviewtidspunktet, men behandlingen er planlagt med henblik på, at de skal blive det i løbet af de næste par år. Begge disse grupper kan siges at være i et stoffrit behandlingsforløb. Der er dog også en stor gruppe, som ikke er stoffri, og hvor det heller ikke er planlagt, at de skal blive det inden for den nærmeste fremtid. Endelig er der en gruppe, som ikke har oplyst, hvad formålet med deres behandling er. Gruppens størrelse skyldes, at en del brugere har svaret, at de var stoffri og derfor ikke er blevet spurgt, om det er meningen, at de skal blive stoffri på længere sigt. Ud fra spørgsmålet om, hvilke stoffer de har taget den seneste måned, viser det sig dog, at de har taget substitutionsmedicin eller illegale stoffer, og de regnes derfor ikke som stoffri i denne undersøgelse. Disse personer placeres i gruppen 'ikke oplyst'.

Af tabel 4.1 ses det, at halvdelen af brugerne ikke er i et behandlingsforløb, hvor det er planlagt, at de skal være stoffri. Der er 17 pct. af brugerne, som allerede er stoffri, og 28 pct. for hvem det er planlagt, at de skal blive stoffri inden for de næste par år.

TABEL 4.1

Formål med brugernes behandling på interviewtidspunktet fordelt på alder. Procent.

Alder	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke oplyst	I alt procent	I alt antal
18-24 år	44	33	9	13	100	75
25-34 år	22	35	34	10	100	256
35-44 år	17	28	49	6	100	390
45- år	4	20	71	6	100	289
I alt	17	28	49	7	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 152$, $P = 0,000$.

Der er sammenhæng mellem brugernes alder, og om det er planlagt, at de skal blive stoffri af deres behandling. Det hænger også sammen med, at der er flere af de ældre brugere, som er opiatmisbrugere. Som det fremgår af tabel 4.1, falder sandsynligheden for, at formålet med behandlingen er stoffrihed, jo ældre brugeren er. Det er således 77 pct. af brugerne i alderen 18-24 år, som er eller skal blive stoffri, mens tallet falder til 57 pct. for de 25-34-årige og 24 pct. for brugere over 44 år.

Tabel 4.2 viser, at der er en signifikant forskel på, hvad formålet med behandlingen er afhængigt af brugerens etnicitet. Der er en væsentlig højere procentdel stoffri blandt de danske brugere, mens der er markant flere brugere med etnisk minoritetsbaggrund, for hvem det er planlagt, at de skal blive stoffri i løbet af de næste par år. Sammenlagt er der således flere brugere med etnisk minoritetsbaggrund, som er i behandling, hvor de er eller skal blive stoffri, end der er danske brugere i denne gruppe.

TABEL 4.2

Formål med behandling på interviewtidspunktet fordelt på etnicitet.
Procent.

Etnicitet	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke oplyst	I alt procent	I alt antal
Dansk	18	26	49	7	100	917
Anden etnisk baggrund	5	45	39	11	100	93
I alt	17	28	48	7	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 23$, $P = 0,000$.

Tabel 4.3 sammenligner formålet med brugerens behandling med, hvilken type indtægt brugeren har. Der er en klar tendens til, at brugere, som har lønindtægt eller er på kontanthjælp mv., i væsentligt højere grad er stoffri end brugere på pension. Det kan være udtryk for, at brugere, som er blevet stoffri, bedre kan genoptage eller fastholde kontakten med arbejdsmarkedet, men det kan også være udtryk for, at brugere, der stadig har nogen kontakt med arbejdsmarkedet, oftere får behandling, som hjælper dem til at blive stoffri. 70 pct. af brugerne på pension har

ikke stoffrihed som planlagt mål for behandling mod 39 pct. af brugerne på kontanthjælp mv. og 24 pct. af brugerne i arbejde. Det hænger særligt sammen med, at mange ældre metadonbrugere er på førtidspension.

TABEL 4.3

Formål med brugernes behandling på interviewtidspunktet, fordelt på indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke oplyst	I alt procent	I alt antal
Arbejde	36	25	24	14	100	118
Kontanthjælp mv.	23	31	39	7	100	504
Pension	2	23	70	5	100	376
I alt	17	27	49	7	100	998

Anm.: $\chi^2 = 166$, $P = 0,000$.

TABEL 4.4

Formål med brugernes behandling på interviewtidspunktet, fordelt på hovedmisbrugsstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke oplyst	I alt procent	I alt antal
Opiater	8	30	56	6	100	560
Opiater/ blandings- misbrug	10	28	56	6	100	203
Centralstimulerende stoffer	38	22	29	10	100	144
Hash mv.	37	26	22	16	100	93
I alt	15	28	49	7	100	1.000

Anm.: $\chi^2 = 151$, $P = 0,000$.

Af tabel 4.4 fremgår det, at brugere i behandling for misbrug af hash mv. og centralstimulerende stoffer i langt højere grad end opiatmisbrugerne

er stoffri. Tilsvarende er der lidt flere blandt opiatmisbrugerne, for hvem det er planlagt, at de skal blive stoffri. Blandt brugerne i alderen 18-24 år er det 55 pct., der har hash mv. eller centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, mens det er 26, 22 og 17 pct. for de følgende aldersgrupper. En del af forskellen på misbrugsgrupperne kan således også skyldes, at yngre og mindre erfarne brugere oftere kommer i stoffri behandlingsforløb. Også når der tages højde for fordelingen på hovedmisbrugsstoffer, som det gøres i regressionsanalysen i bilag 1, er der en signifikant forskel mellem aldersgrupperne i andelen, der er stoffri, hvor denne andel er højest i de yngre aldersgrupper.

TABEL 4.5

Formål med brugernes behandling på interviewtidspunktet, fordelt på bytype. Procent.

Bytype	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke oplyst	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	18	22	51	9	100	192
Københavns omegn	19	31	42	8	100	194
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	9	29	59	4	100	276
By m. 30.000 indbyggere el. mere	17	28	48	7	100	184
By m. mindre end 30.000 indbyggere	26	27	37	11	100	165
I alt	17	28	49	7	100	1.011

Anm.: $\chi^2 = 42$, $P = 0,000$.

Tabel 4.5 beskriver formålet med brugerens behandling fordelt på bytype. Københavns omegn inkluderer alle kommuner i Region Hovedstaden med undtagelse af Københavns Kommune og Bornholms Regionskommune samt Roskilde, Solrød, Greve og Køge Kommune. De mellemstore og mindre kommuner er inddelt efter, om kommunens største by har over eller under 30.000 indbyggere. Fordelingen viser, at Københavns Kommune og Århus, Aalborg, Odense og Esbjerg har den laveste andel, som er eller skal blive stoffri, med 36 pct. Den største

andel af brugere, der er stoffri eller i behandling, og hvor stoffrihed er planlagt, findes i kommuner, hvis hovedby har mindre end 30.000 indbyggere.

Der er således en række aspekter, som har betydning for, hvad formålet med brugerens behandling er. Brugerens alder, indkomsttype, etniske tilhørsforhold, hovedmisbrugsstof og varighed af misbruget har alle betydning for formålet med brugernes behandling. Derudover er der geografiske forskelle i forhold til bytype. Derimod har brugerens køn, uddannelse, og om brugeren tidligere har været i behandling, ingen betydning.

TABEL 4.6

Brugernes tilfredshed med behandlingen, fordelt på formål med deres behandlingen. Procent.

Formål med behandlingen	Meget Utilfreds	Utilfreds	Hverken/ Eller	Tilfreds	Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Er stoffri	4	2	2	31	60	100	166
Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	6	9	11	29	44	100	279
Ikke planlagt stoffrihed	8	11	13	33	34	100	491
Ikke oplyst	8	10	7	30	46	100	74
I alt	7	9	10	31	42	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 52$, $P = 0,000$.

Tabel 4.6 beskriver brugernes tilfredshed med behandlingen fordelt efter, hvad formålet er med deres behandling. Den største forskel på grupperne findes i andelen, der er 'meget tilfredse'. Blandt brugere, der allerede er stoffri, er 60 pct. 'meget tilfredse', mens det kun er tilfældet for 44 pct. af dem, hvor det er planlagt, at de skal være stoffri, og 34 pct. af dem, hvor der ikke er planlagt stoffrihed. Det skal dog også bemærkes, at den overordnede tilfredshed med behandlingen er meget høj, og selv for gruppen af brugere, der ikke er eller skal blive stoffri, er 67 pct. 'tilfredse' eller 'meget tilfredse'. Når der i tabel 4.81 også tages højde for

behandlingsindholdet og intensiteten, bliver denne sammenhæng dog ikke signifikant.

ØNSKER TIL FORMÅL MED BEHANDLINGEN

Brugerne er også blevet spurgt, om de ønsker at blive stoffri inden for de næste par år, hvis de ikke allerede er det. For en stor del af brugernes vedkommende er der overensstemmelse mellem brugernes ønsker til fremtiden og deres behandling. Som det fremgår af tabel 4.7, er der dog 20 pct. af brugerne, som ønsker at blive stoffri, men hvor det ikke er planlagt, og 1 pct. af brugerne, hvor der er planlagt stoffrihed, uden de ønsker det. 63 pct. af brugerne er eller ønsker at blive stoffri, men for en tredjedel af disse er stoffrihed ikke et planlagt mål for behandlingen.

TABEL 4.7

Brugernes ønsker til og det planlagte formål med behandlingen.

Procent og antal.

	Procent	Antal
Planlagt stoffrihed og ønsker stoffrihed	27	270
Planlagt stoffrihed, men ønsker ikke stoffrihed	1	9
Ikke planlagt stoffrihed, men ønsker at blive stoffri	20	198
Ikke planlagt stoffrihed og ønsker ikke stoffrihed	27	271
Er stoffri	16	164
Uoplyst	10	101
I alt	100	1.013

Anm.: Uoplyst inkluderer brugere, som ikke har svaret på det ene eller begge spørgsmål – herunder brugere, som har angivet at være stoffri, men har taget stoffer eller substitutionsmedicin den seneste måned.

I det følgende undersøger vi, om der er nogle grupper af brugere, hvor der i særlig grad er forskel på det formål, der er planlagt for brugerens behandling og brugernes ønske om stoffrihed eller ej.

I disse analyser indgår brugere med uoplyst behandlingsformål og stoffri brugere ikke, da det ikke er muligt at vurdere overensstemmelsen for disse brugere, da de ikke er blevet stillet de spørgsmål, som indgår i analysen. Der er ikke nogle signifikante forskelle for hverken

køn, alder, uddannelse, etnicitet, stofmisbrugstype eller tidligere behandling med hensyn til, om der er overensstemmelse mellem det planlagte formål med brugerens behandling og brugerens ønske om at blive stoffri eller ej. Da kun bytype har en signifikant betydning i regressionsanalysen, rapporteres regressionsanalysen ikke.

TABEL 4.8

Overensstemmelse mellem brugerens ønske om stoffrihed og det planlagte formål med brugerens behandling, fordelt på bytype. Procent.

Bytype	Overensstemmelse ml. behandlingens formål og brugerens ønske mht. stoffrihed	Forskel på behandlingens formål og brugerens ønske mht. stoffrihed	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	62	38	100	133
Københavns omegn	72	29	100	137
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	81	19	100	237
By m. 30.000 indbyggere el. mere	66	34	100	139
By m. mindre end 30.000 indbyggere	75	25	100	101
I alt	72	28	100	747

Anm.: $\chi^2 = 18$, $P = 0,001$. Brugere, som ikke har svaret på det ene eller begge spørgsmål, herunder brugere, som har angivet at være stoffri, men har taget stoffer eller substitutionsmedicin den seneste måned, er ikke inkluderet.

Der er en forskel mellem grupperne af kommuner på overensstemmelsen mellem det planlagte formål med behandlingen og brugerens ønske mht. stoffrihed eller ej. Af tabel 4.8 ses det, at der er størst grad af overensstemmelse mellem brugerønsker og behandlingens formål i Århus, Aalborg, Odense og Esbjerg med 81 pct. Hovedbyer med under 30.000 indbyggere har et næsten lige så højt niveau, mens der i hovedbyer med 30.000 indbyggere eller mere kun er overensstemmelse

for 66 procents vedkommende, og i Københavns Kommune kun er overensstemmelse for 62 pct.

Der er således en række personlige karakteristika hos brugeren, som har betydning for, hvilket formål brugernes behandling har, men disse karakteristika har ikke betydning for, om behandlingen har det formål, brugerne ønsker. Der kan dog i nogen grad være tale om, at brugerne bliver socialiseret til at ønske formålet med den behandling, de får, hvis fx personalet anser dette formål for det bedste for brugeren. Vi har derfor også spurgt brugerne om deres oprindelige formål med at gå i stofmisbrugsbehandling, hvilket vil blive beskrevet i det følgende afsnit.

ØNSKET FORMÅL VED BEHANDLINGSSSTART

En del brugere henvender sig til behandlingssystemet med en klar idé om, hvad de ønsker at få ud af behandlingen, fx at de ønsker at blive stoffri og/eller få metadon. Der er dog også en del brugere, som henvender sig til behandlingssystemet, fordi de ikke længere kan magte livet som misbrugere, men uden de har en klar idé om, hvilken type hjælp de ønsker. I dette afsnit beskriver vi, hvilke ønsker brugerne havde til behandlingen, da de henvendte sig første gang på behandlingsstedet.

34 pct. af brugerne ønskede ved den første henvendelse at blive stoffri hurtigst muligt, mens 48 pct. ønskede at blive stabiliseret eller nedtrappet, 16 pct. henvendte sig for at opnå noget andet, og 3 pct. henvendte sig ikke selv.

Tabel 4.9 viser, at 67 pct. af brugerne, som oprindeligt ønskede at blive stoffri, er blevet stoffri, eller det er planlagt, at de skal blive det inden for de næste par år. Der er 24 pct. af de brugere, som oprindeligt ønskede at blive stoffri, hvor det ikke er en planlagt del af deres behandling. Der er dog også 33 pct., som henvendte sig for at blive nedtrappet og stabiliseret, som er stoffri, eller hvor det er planlagt, hvilket også er tilfældet for 36 pct. af de brugere, som henvendte sig for at opnå noget andet. Der er således en forholdsvis stor del af brugerne, hvor der er sket ændringer i, hvad der er formålet med behandlingen i forhold til de oprindelige ønsker. Dette understreger, at stofmisbrugsbehandling er en proces, hvor brugere kan blive motiveret til helt at stoppe misbruget, selvom det ikke var deres oprindelige ønske, men hvor de også kan fravige et oprindeligt ønske om stoffrihed i løbet af behandlingsprocessen.

TABEL 4.9

Formålet med behandlingen, fordelt efter brugernes ønskede formål ved behandlingsstart. Procent.

Oprindelige ønske	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke angivet	I alt procent	I alt antal
Stoffrihed	33	34	24	10	100	340
Nedtrapning og stabilisering	5	28	62	6	100	480
Noget andet	18	18	56	8	100	162
Henvendte sig ikke selv	18	11	68	4	100	28
I alt	17	28	48	7	100	982

Anm.: $\chi^2 = 179$, $P = 0,000$, 2 celler med forventede antal mindre end 5, minimum forventet antal er 2,05.

I de følgende tabeller (4.10-4.12) ser vi specifikt på de brugere, som oprindeligt ønskede stoffrihed, da de henvendte sig for at få behandling. Vi fokuserer på denne gruppe, da det her er særligt tydeligt, om brugeren rent faktisk er kommet i en behandling med det formål, brugeren oprindeligt ønskede. Det undersøges, om der er nogle særlige karakteristika ved de brugere, som er blevet henholdsvis stoffri, har planlagt stoffrihed og ikke har planlagt stoffrihed.

Tabel 4.10 viser, at der er en signifikant forskel på, om brugeren opnår den ønskede stoffrihed i forhold til, hvilken type indkomst vedkommende har. Brugere, som har arbejde eller er på kontanthjælp mv., er i langt højere grad stoffri eller stoffrihed er et planlagt formål for behandlingen. Brugere i arbejde har i lidt højere grad opnået stoffrihed end brugere på kontanthjælp mv., som dog er stoffri for 42 procents vedkommende. Blandt brugere på pension ser billedet meget anderledes ud. Her er kun 5 pct. stoffri, og 41 pct. har planlagt stoffrihed. Samlet set giver det 46 pct. i stoffri behandling mod henholdsvis 75 og 82 pct. blandt brugere på kontanthjælp mv. og i arbejde. Det faktum, at en væsentligt mindre andel af denne gruppe rent faktisk er stoffri, kan vidne om, at målsætningen om stoffrihed er sværere at gennemføre for denne gruppe. Af de brugere, som ønsker stoffrihed, er det 51 pct. af brugerne

på kontanthjælp mv., men kun 11 pct. af brugerne på pension, som er i døgnbehandling. Muligheden for at komme i døgnbehandling kan også have en indflydelse på brugernes mulighed for at blive stoffri, da døgnbehandling kan give den mest intensive stoffri behandling. Grundene til, at brugere på pension ikke kommer i døgnbehandling og i stoffri behandling, kan være mange. Brugere på pension vil ofte udgøre den svageste gruppe af brugere i behandling, hvilket formentlig samvarierer med deres evne til at kræve og gennemføre en stoffri behandling.

Brugerens uddannelsesmæssige baggrund har derimod ingen sammenhæng med, om brugeren opnår den ønskede stoffrihed.

TABEL 4.10

Formålet med behandlingen for brugere, der oprindeligt ønskede stoffrihed, fordelt på indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke angivet	I alt procent	I alt antal
Arbejde	57	22	8	14	100	51
Kontant-hjælp mv.	42	33	16	9	100	184
Pension	5	41	46	7	100	95
I alt	34	34	23	9	100	330

Anm.: $\chi^2 = 71$, $P = 0,000$. 1 celle med forventet antal på mindre end 5.

Tabel 4.11 viser, at der er stor forskel på, om brugerne har opnået stoffrihed alt efter, hvilket hovedmisbrugsstof de har. Mens der henholdsvis er 58 og 47 pct. af brugerne af centralstimulerende stoffer og hash mv., som er stoffri på interviewtidspunktet, er det kun tilfældet for 18-26 pct. af brugere, der har opiater som hovedmisbrugsstof. Der er også sammenlagt noget færre opiatmisbrugere, som er stoffri eller har stoffrihed som planlagt del af behandlingen, end misbrugere af hash mv. og centralstimulerende stoffer.

TABEL 4.11

Formålet med behandlingen for brugere, der oprindeligt ønskede stoffrihed, fordelt på hovedstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke angivet	I alt procent	I alt antal
Opiater	18	43	32	7	100	158
Opiater/blandingsmisbrug	26	39	29	6	100	51
Centralstimulerende stoffer	58	21	9	12	100	66
Hash mv.	47	21	16	16	100	57
I alt	32	34	24	9	100	332

Anm.: $\chi^2 = 55$, $P = 0,000$.

En anden parameter, som har sammenhæng med, om brugerne har fået den ønskede stoffri behandling, er bytypen. Der er færrest brugere fra Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg, som har opnået stoffrihed.

TABEL 4.12

Formål med behandlingen for brugere, der oprindeligt ønskede stoffrihed, fordelt på bytype. Procent.

Bytype	Er stoffri	Planlagt stoffrihed inden for de næste par år	Ikke planlagt stoffrihed	Ikke angivet	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	37	29	21	13	100	62
Københavns omegn	32	37	19	12	100	81
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	23	38	35	5	100	80
By m. 30.000 indbyggere el. mere	34	18	31	7	100	61
By m. mindre end 30.000 indbyggere	43	34	11	13	100	56
I alt	33	34	24	10	100	340

Anm.: $\chi^2 = 21$, $P = 0,047$.

Der er således sammenhæng mellem hovedmisbrugsstof samt brugerens indtægtstype i forhold til, om brugeren kommer i den ønskede stoffri behandling. Derudover er der visse geografiske forskelle. I modsætning til, når man spørger til brugernes nuværende ønsker til behandling, har personlige karakteristika en betydning i forhold til, om behandlingen har det sigte, brugeren oprindeligt ønskede. Dette tyder på, at personer i bestemte indkomst- og stofgrupper ændrer deres ønske til behandlingen undervejs.

Det er værd at bemærke, at 53 pct. af brugerne, som ønskede at blive stoffri ved behandlingsstart, samtidig ønskede at få metadon. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at brugerne kan have et umiddelbart behov og ønske om at få metadon, men at det ikke udelukker, at de også har et ønske om at blive stoffri. For en del brugeres vedkommende kan der dog også være tale om, at brugerne opfatter sig som stoffri, hvis de udelukkende modtager substitutionsmedicin og ikke tager nogen illegale stoffer.

TABEL 4.13

Hvorvidt brugeren henvendte sig for at få metadon eller ej, fordelt på oprindeligt ønske til formålet med behandlingen. Procent.

Oprindeligt ønske om formål med behandlingen	Henvendte sig for at få metadon	Henvendte sig ikke for at få metadon	I alt procent	I alt antal
Stoffrihed	47	53	100	337
Nedtrapning og stabilisering	90	10	100	479
Andet	62	38	100	158
Henvendte sig ikke selv	54	46	100	26
I alt	70	30	100	1.000

Anm.: $\chi^2 = 185$, $P = 0,000$.

Ud over de brugere, som ved henvendelse vidste, at de ville være enten stoffri eller nedtrappes og stabiliseres, er der 132 brugere, som ville have noget andet ud af behandlingen. I det følgende beskrives nogle af de forhold, brugerne i de kvalitative interview fortalte, at de gerne ville have ud af behandlingen.

HVAD ØNSKER BRUGERNE AT FÅ UD AF BEHANDLINGEN?

Mange brugere ønsker ved hjælp af stofmisbrugsbehandlingen at blive i stand til at skabe sig et normalt liv. Det kan fx være i form af et godt socialt netværk, som en bruger beskriver det:

Det, jeg gerne vil have ud af behandlingen, er at komme til at fungere 100 pct. optimalt over for andre og omverdenen, være imødekommende og åben og frem for alt at kunne holde mig clean ... Jeg vil jo gerne have det, man kalder 'et såkaldt normalt liv', hvor jeg har det godt med mig selv og gør de ting, der er gode for mig. En glad hverdag, måske få et hus, kone og barn, at tingene kommer til at fungere, det er mange år siden, jeg har prøvet det. Man kan godt komme til at misunde den lille familie, det er sådan noget, jeg også gerne vil have (Kim, 28 år, opiatmisbruger).

For andre brugere handler det om at kunne tage en uddannelse eller få et arbejde:

Jeg vil bare gerne have en behandling, hvor jeg kan blive clean, hvor jeg kan komme tilbage og få et arbejde. Jeg har nemlig stadig ren straffeattest ... Jeg vil gerne prøve at blive integreret i samfundet, være nyttig, være en skatteborger, det har jeg altid ønsket at være ... en, der betaler skat, væk fra bistand ... (Dejan, 35 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

For en del af brugerne er målet med behandlingen dog ikke at skabe de store forandringer i deres liv. Som en ældre substitutionsbruger siger om behandlingen:

Jeg bruger det som en slags måde at få livet til at gå på. Sådan bruger jeg det. Jeg er her hver dag, ikke? ... Jeg ved ikke, om jeg kan sige, at jeg har nogle mål med det. Mit mål er at have det godt, ikke? Og det har jeg ved at komme her (Erik, 54 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

Sådanne udtalelser kommer primært fra substitutionsbrugere. Der er også en del af disse brugere, som ønsker at blive stoffri:

Jeg er ikke fri, når jeg er på det metadon, jeg er bundet som en slave af et stof. Hvis jeg bliver clean, kan jeg begynde en uddannelse og gøre den færdig ... (Dejan, 35 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

Nogle mener dog, at det kan blive svært at opnå stoffrihed, bl.a. fordi de er blevet afhængige af den metadon, de modtager.

Jeg ville gerne være stoffri, men vi bliver jo også afhængige af metadonen ... så det bliver en større proces, hvis jeg skal ud af det. Så nu må jeg se, om jeg måske skal have metadon resten af mit liv (Hans, 52 år, opiat- og alkoholmisbruger).

Motivationen for at søge behandling var dog ikke for alle brugerne sådanne klare formål. Ofte har brugerne været i misbruget gennem flere år og har levet et hårdt liv i mange år. En kvindelig bruger beskriver sin begrundelse for at søge hjælp til at stoppe misbruget således:

Du får så meget smerte til sidst ... der er ikke nogen undskyldninger tilbage, du kan ikke holde ud at være i dig selv, så du er simpelthen nødt til at gøre et eller andet (Lotte, 49 år, opiatmisbruger i dagbehandling).

Størstedelen af brugerne har et ønske om at tage ansvar over for deres eget liv igen og komme videre, inden konsekvenserne af misbruget bliver så omfattende, at de enten dør af misbruget eller mister alt (arbejde, familie, lejlighed m.m.).

Jeg gider ikke ende på en bodega som 40-årig og så sidde og sige: "Det var sgu ærgerligt, at livet forsvandt." (Kasper, 28 år, misbruger af centralstimulerende stoffer).

Jeg har simpelthen levet ude i skraldespanden, virkelig været helt ussel og ødelagt og ved at dø. Til sidst gik jeg op og bad om hjælp (Kim, 28 år, opiatmisbruger i døgnbehandling).

Den afgørende motivationsfaktor for de fleste brugeres årsag til at søge behandling er, at de har nået til en erkendelse af, at deres misbrug ikke

kan fortsætte på denne måde, at de har nået bunden og har brug for hjælp til at komme ud af misbruget. En bruger beskriver, at hans liv inden behandlingen var blevet 'uhåndterligt' både i forbindelse med økonomien, familien og med kæresten. Da dette gik op for ham, valgte han at søge behandling.

Den ene dag tager den anden dag med sig, og det er kun med minusser på hele dagsprogrammet, det hele går ad helvede til både med økonomi, med kæresten og familien. Det er noget rod det hele ... (Lars, 38 år, misbruger af centralstimulerende stoffer).

Kontakten til brugernes netværk ødelægges, de bliver opsagt fra deres arbejde, mister retten til at se deres børn, hvilket for de fleste ender ud i ensomhed og social deroute. En bruger fortæller, at hans kæreste slog op med ham på grund af hans misbrug. Dette var medvirkende til, at han nåede til den erkendelse, at han havde brug for hjælp.

Grunden til, at jeg sidder her i dag, er, at min kæreste slog op med mig på grund af mit misbrug og alt det, der følger med. Jeg løj og havde skjulte dagsordener, og det kunne jeg heller ikke selv holde ud til sidst (Simon, 22 år, misbruger af hash og centralstimulerende stoffer).

I mange tilfælde er det de pårørende, der sørger for, at brugeren får hjælp til at komme ud af misbruget.

Jeg var begyndt ikke at kunne være i dagligdagen, jeg blev ondsksfuld, voldelig. Jeg kunne ikke passe mit eget liv og begyndte at lave noget handel med hælervarer ... til sidst, så ville min storebror ikke acceptere det mere (Thomas, 24 år, opiat-misbruger i dagbehandling).

I interviewene er der også eksempler på brugere, som har ændret mening om, hvad de skal opnå med behandlingen undervejs. Nogle brugere beskriver, at de håbede, at behandlingen kunne give dem en stoffri periode.

Jeg ville helt fra starten opnå stoffrihed, så har jeg ændret mening nogle gange, hvor jeg bare ville opnå clean-perioder på kortere eller længere tid ... men så har de fået banket ind i hovedet på mig, at det kan du ikke ... det er enten eller (Thomas, 24 år, opiatmisbruger i dagbehandling).

Nogle brugere beskriver også behandlingsopholdet som en mulighed for at få en pause og rekreation fra det hårde liv med stofferne samt at komme væk fra det misbrugsmiljø, der er medvirkende til at fastholde dem i misbruget.

Jeg vil ud på bøhlandet ... det er det, jeg har brug for. Jeg bor her på Nørrebro, hvor det flyder med metadon. Hvis folk tager stoffer, så er der masser af stoffer og piller at få her ... Jeg er træt af at bo i København (Dejan, 35 år, opiatmisbruger i ambulantly behandling).

Inden jeg tog i behandling, var mit formål nok bare at få et break, sådan lige en måned eller to ... Jeg kunne godt se, at det hele gik ad helvede til, kun den forkerte vej, så jeg tænkte, jeg lige kunne komme i behandling en måned eller to for lige at komme på fode igen (Lars, 38 år, misbruger af centralstimulerende stoffer i døgnbehandling).

Brugernes motivation for at søge stofmisbrugsbehandling er således meget forskellig, men for de flestes vedkommende er det ønsket om et godt eller i det mindste et bedre liv, som får dem til at søge behandling.

OPSUMMERING PÅ FORMÅLET MED BEHANDLINGEN

Der er 14 pct. af brugerne i undersøgelsen, som er stoffri, dvs. hverken tager illegale stoffer eller substitutionsmedicin, mens 28 pct. har stoffrihed som et planlagt mål med deres behandling, og 49 pct. ikke har planlagt stoffrihed. Det er særligt yngre brugere, brugere i arbejde eller på kontanthjælp mv. og misbrugere af hash mv. og centralstimulerende stoffer, som er stoffri eller har stoffrihed som planlagt mål med behandlingen inden for de næste par år.

For 70 pct. af brugerne er der overensstemmelse mellem brugerens ønske om at blive stoffri eller ej og formålet med behand-

lingen. Der er således 27 pct., som ønsker at blive stoffri, og hvor stoffrihed er et planlagt mål for behandling, 27 pct., som ikke ønsker at blive stoffri, og hvor dette heller ikke er et planlagt mål for behandlingen, samt 16 pct. af brugerne, som allerede er stoffri. For 20 pct. er der dog ikke overensstemmelse med brugerens ønske om stoffrihed og det planlagte formål med behandlingen. Brugernes personlige karakteristika har ikke nogen indflydelse på, om behandlingen har det formål, brugeren ønsker. Det er der derimod, når man ser på, hvad formålet er med behandlingen for de 34 pct. af brugerne, som oprindeligt ønskede stoffrihed, da de henvendte sig for at få behandling. Af disse brugere er 33 pct. stoffri, 34 pct. har planlagt stoffrihed, og for 24 pct. er der ikke planlagt stoffrihed. Det er særligt opiatmisbrugere og brugere på pension, som ikke er eller ikke skal blive stoffri. Da disse personlige karakteristika ikke synes at have indflydelse på overensstemmelsen mellem brugernes ønsker om stoffrihed på interviewtidspunktet og formålet med den behandling, de modtager, må disse brugere i højere grad ændre deres ønsker til behandlingen. Idet halvdelen af brugerne, som oprindeligt ønskede stoffrihed, også ønskede at få substitutionsmedicin, kunne det tyde på, at disse brugere, efter de er startet i substitutionsbehandling, ændrer deres ønsker til behandlingen i retning af stabilisering og reduktion frem for stoffrihed.

INTENSITET AF BEHANDLINGEN

I dette afsnit beskriver vi nærmere intensiteten af den sociale stofmisbrugsbehandling, brugerne får fra behandlingsstedet. De behandlingsydelse, som indgår i beregningen af intensiteten af behandlingen, er samtaler med psykologer eller andet personale i enerum og gruppebehandling. Fritidsaktiviteter kan være en del af den sociale stofmisbrugsbehandling, men kan ikke alene udgøre behandlingsindsatsen, og fritidsaktiviteter indgår derfor ikke i beregningen af behandlingsintensiteten.

Som det fremgår af tabel 4.14, er der 44 pct. af brugerne, som kun modtager sociale stofmisbrugsbehandlingsydelser ad hoc, dvs. sjældnere end hver anden uge. Af disse er der 61 pct., som har angivet, at de har modtaget social stofmisbrugsbehandling nul gange den seneste måned. De modtager således social stofmisbrugsbehandling sjældnere

end én gang om måneden. Langt størstedelen af disse brugere modtager dog substitutionsbehandling og er i kontakt med behandlingssystemet i den forbindelse. Det er således muligt, at disse brugere har kontakt med behandlerne i forbindelse med, at de får udleveret deres medicin, men det er ikke en kontakt, som udvikler sig til en samtale i enrum med en behandler. 40 pct. af brugerne får ambulant behandling, hvilket betyder at de får behandlingssamtaler i enrum eller gruppebehandling 1-11 gange om måneden. 7 pct. får dagbehandling dvs. social stofmisbrugsbehandling mindst tre gange om ugen, mens 10 pct. har angivet, at de er i døgnbehandling.

TABEL 4.14

Intensiteten af den sociale stofmisbrugsbehandling for brugerne i undersøgelsen. Procent og antal.

Behandlingsintensitet	Procent af brugere	Antal brugere
Ad hoc-ydelser	44	442
Ambulant	40	402
Dagbehandling	7	70
Døgnbehandling	10	96
I alt	100	1.010

I det følgende undersøger vi, om nogle typer brugere har større sandsynlighed for at få den ene eller den anden behandlingsintensitet. Som det fremgår af tabel 4.15, kan man se, at alder har en betydning for, hvilken behandlingsintensitet brugeren modtager. Der er således en klar tendens til, at ældre brugere i højere grad modtager ad hoc-ydelser, mens de yngre brugere oftere modtager dag- og døgnbehandling. Særligt med hensyn til dagbehandling skiller gruppen af 18-24-årige sig ud, idet 24 pct. i denne gruppe går i dagbehandling, mens det kun er tilfældet for 11 pct. af de 25-34-årige og endnu færre i de ældre aldersgrupper. Samlet set er det kun 7 pct. af brugerne, som er i dagbehandling. Der tegner sig derfor et billede af, at denne behandlingsform ikke er særligt brugt og primært benyttes til de yngre brugere.

TABEL 4.15

Intensiteten af den sociale stofmisbrugsbehandling for brugerne i undersøgelsen, fordelt på alder. Procent.

Alder	Ad hoc- ydelser	Ambulant behand- ling	Dagbe- handling	Døgnbe- handling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	16	40	24	21	100	76
25-34 år	29	47	11	14	100	254
35-44 år	43	43	5	8	100	389
45- år	65	29	1	5	100	288
I alt	44	40	7	10	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 142$, $P = 0,000$.

Indkomsttype har også sammenhæng med, hvilken behandling brugeren får. Der viser sig et billede af, at brugere i arbejde i noget højere grad får ad hoc- og ambulant behandling end brugere på kontanthjælp mv. og i mindre grad får døgnbehandling. At en stor del af brugerne i arbejde får ad hoc- eller ambulant behandling, er sandsynligvis et udtryk for, at denne behandlingsintensitet bedst kan kombineres med et aktivt arbejdsliv, da det kan være vanskeligt at være i dag- eller døgnbehandling og samtidig fastholde et arbejde. En del af disse brugere vil være i stand til at varetage et arbejde trods misbrug eller ved hjælp af substitutionsmedicin, og en del vil være i udslusningsfasen af deres behandling, hvor nogle bliver i stand til at varetage et arbejde.

Brugere på kontanthjælp mv. har derimod en signifikant tendens til i mindre grad at være i både ad hoc- og ambulant behandling, mens gruppen markant oftere er i dag- og døgnbehandling end brugere på pension og i arbejde. Som sagt er det ikke overraskende, at der ikke er så mange brugere med en arbejdsindkomst i døgnbehandlingsforløb.

Andelen i døgnbehandling er markant højere for brugere på kontanthjælp mv. end brugere på pension. Brugere på pension kan ikke forventes på denne måde at være forhindret i at deltage i mere intensive behandlingsforløb. Der er altså tale om, at denne gruppe enten ikke ønsker eller ikke bliver tilbudt mere intensive behandlingsforløb. Denne forskel er signifikant, også når der tages højde for brugerens alder og misbrugets varighed. Blandt brugere, som ikke er i døgnbehandling, er der dog ikke nogen tendens til, at brugere på pension i højere grad ønsker døgnbehandling. Det faktum, at brugere på pension i højere grad får ad hoc- og ambulant behandling og i mindre grad døgnbehandling

end brugere på kontanthjælp mv. er, må derfor som udgangspunkt ses som et udtryk for denne gruppes ønsker til behandlingen.

TABEL 4.16

Intensiteten af den sociale stofmisbrugsbehandling for brugerne i undersøgelsen, fordelt på indkomsttype. Procent.

Indkomst- type	Ad hoc- ydelser	Ambulant behandling	Dagbe- handling	Døgnbe- handling	I alt procent	I alt antal
Arbejde	40	49	9	3	100	116
Kontant- hjælp mv.	33	41	11	15	100	501
Pension	60	36	1	4	100	375
I alt	44	40	7	10	100	992

Anm.: $\chi^2 = 104$, $P = 0,000$.

Tabel 4.17 viser, at brugerens hovedmisbrugsstof har betydning for intensiteten af behandlingen. Opiatmisbrugerne får i markant højere grad ad hoc-ydelser end brugere med andre hovedmisbrugsstoffer, og de får for en stor dels vedkommende substitutionsbehandling. Gruppen af opiatmisbrugere får samtidig i markant mindre grad døgnbehandling end brugere, hvis hovedstof er centralstimulerende stoffer eller hash mv. Det tyder på, at brugere, som primært har opiatmisbrug som problem, hjælpes med substitutionsmedicin kombineret med en lav intensitet af social stofmisbrugsbehandling, mens brugere, som har et hovedmisbrugsstof, der ikke kan behandles med substitutionsmedicin, i højere grad får tilbudt mere intensive behandlingsforløb.

Begge opiat-hovedstofgrupper får kun i meget lille grad dagbehandling i forhold til misbrugere af hash mv. og centralstimulerende stoffer. Af misbrugere af hash mv. og centralstimulerende stoffer er der dermed 33-35 pct. i dag- eller døgnbehandling, mens det kun er tilfældet for 16 pct. af opiatmisbrugerne med blandingsmisbrug og 9 pct. af opiatmisbrugerne. Som det forklares i det følgende afsnit, er der ikke nogen sammenhæng mellem brugernes hovedmisbrugsstof og ønsket om at komme i døgnbehandling blandt brugere, som ikke allerede er i døgnbehandling. Da denne gruppes andel af stofmisbrugere i behandling samtidig vokser (Sundhedsstyrelsen, 2008: 33), kan kommunerne i fremtiden blive udsat

for et større pres end i dag for at tilbyde behandling af en højere intensitet.

TABEL 4.17

Intensiteten af den sociale stofmisbrugsbehandling for brugerne i undersøgelsen, fordelt på hovedstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Ad hoc-ydelser	Ambulant behandling	Dagbehandling	Døgnbehandling	I alt procent	I alt antal
Opiater	53	38	3	6	100	558
Opiater/ Blandingsmisbrug	43	42	5	11	100	202
Centralstimulerende stoffer	26	38	19	16	100	144
Hash mv.	18	48	16	17	100	93
I alt	44	40	7	10	100	997

Anm.: $\chi^2 = 112$, $P = 0,000$.

TABEL 4.18

Lineær regression af antal gange, brugeren har modtaget social stofmisbrugsbehandling den seneste måned.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau
<i>Alder:</i>	-0,130	0,0359	***
Indtægtstype			
Arbejde	-0,576	1,0764	
Kontanthjælp mv.	3,724	0,7283	***
Pension	Reference	Reference	Reference
<i>Hovedmisbrugsstof:</i>			
Opiater	-5,910	1,0167	***
Opiater/blandingsmisbrug	-4,448	1,1327	***
Centralstimulerende stoffer	-0,732	1,1793	
Hash mv.	Reference	Reference	Reference
Konstant	13,876	1,8575	***

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 982 brugere.

Anm.: * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$.

Tabel 4.18 viser en lineær regression af det samlede antal samtaler med psykologer, andre behandlere og gruppebehandling, som brugeren har modtaget den sidste måned. Den viser, at der er en sammenhæng mellem

intensiteten af brugerens behandling og brugerens alder, indkomsttype og hovedmisbrugsstof, når der kontrolleres for andre faktorer, mens der ikke er nogen sammenhæng mellem behandlingsintensiteten og brugerens køn, uddannelse, etnicitet, tidligere behandlinger og bopælskommune. Det er således i højere grad yngre brugere, brugere på kontanthjælp mv. og brugere med hash mv. eller centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, som får en mere intensiv behandling.

Tabel 4.19 viser en klar tendens til, at brugere, der er i dag- eller døgnbehandling, oftere er stoffri, hvilket er tilfældet for 52-59 pct. af disse brugere. 40 pct. af brugerne i ambulant behandling er endnu ikke stoffri, men stoffrihed er planlagt, og 42 pct. af brugerne i ambulant behandling er ikke i stoffri behandlingsforløb. For brugere, som modtager ad hoc-ydelser, er stoffrihed derimod ikke et mål i behandlingen for 70 procents vedkommende. Intensiteten af behandlingen hænger således stærkt sammen med, om stoffrihed er formålet med behandlingen eller ej.

TABEL 4.19

Sammenhæng mellem behandlingsformål og intensiteten af brugerens behandling. Procent.

	Stoffri	Stoffrihed planlagt	Stoffrihed ikke planlagt	Formål ikke angivet	I alt procent	I alt antal
Ad hoc- ydelser	5	21	70	5	100	442
Ambulant behandling	13	40	41	7	100	403
Dagbe- handling	52	19	16	13	100	69
Døgnbe- handling	59	13	10	18	100	96
I alt	16	27	49	7	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 351$, $P = 0,000$.

ØNSKER TIL BEHANDLINGSINTENSITET

I dette afsnit undersøger vi, hvor mange af de brugere der ikke får døgnbehandling, som ønsker sig at komme i en sådan behandling, og om disse brugere har nogle særlige karakteristika.

Der er 16 pct. af brugerne, som ikke er i døgnbehandling, som har svaret, at de gerne vil i en sådan behandling. Der er ingen forskel på hyppigheden af ønsket om døgnbehandling mellem mænd og kvinder eller mellem etnisk danskere og indvandrere. Heller ikke uddannelse eller hovedmisbrugsstof har nogen betydning for, om brugerne ønsker døgnbehandling. Dette resultat underbygger, at selvom hovedstof har indflydelse på, om brugeren kommer i døgnbehandling, så er denne forskel primært udtryk for, at ønsket om døgnbehandling er forskelligt i grupperne.

Der er dog forskel på ønsket om døgnbehandling alt efter brugerens alder, indkomsttype og behandlingsmæssige erfaring, ligesom det har betydning, hvilken kommune brugerne kommer fra.

Det er særligt de 25-34-årige brugere, som ønsker at komme i døgnbehandling, mens gruppen af brugere over 44 år i mindst grad ønsker at komme i døgnbehandling. Når vi kontrollerer for tidligere behandlinger og indkomsttype, som det gøres i regressionsanalysen i tabel 4.24, er der dog flest 18-24-årige, som ønsker døgnbehandling.

TABEL 4.20

Brugernes ønske om døgnbehandling, fordelt på alder. Procent.

Alder	Ønsker ikke døgnbehandling	Ønsker døgnbehandling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	83	17	100	59
25-34 år	77	23	100	217
35-44 år	84	16	100	352
45- år	90	10	100	275
I alt	84	16	100	903

Anm.: $\chi^2 = 15$, $P = 0,002$.

Anm.: Brugere, som allerede er i døgnbehandling, indgår ikke i denne analyse.

Det er i højere grad brugere, der tidligere har været i behandling, som ønsker at komme i døgnbehandling. Det tyder på, at brugere, som kender behandlingssystemet, i højere grad foretrækker denne type behandling. Her skal det dog samtidig bemærkes, at blandt dem, der tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, og som ikke allerede er i døgnbehandling, ønsker 80 pct. ikke at komme i døgnbehandling, og i gruppen, der ikke tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, ønsker 91 pct. ikke at komme i døgnbehandling.

TABEL 4.21

Brugernes ønske om døgnbehandling, fordelt på, om de tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent.

Tidligere behandling	Ønsker ikke døgnbehandling	Ønsker døgnbehandling	I alt procent	I alt antal
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	91	9	100	337
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	80	20	100	565
I alt	84	16	100	902

Anm.: $\chi^2 = 21$, $P = 0,000$.

Anm.: Brugere, som allerede er i døgnbehandling, indgår ikke i denne analyse.

Tabel 4.22 viser, at det særligt er brugere på kontanthjælp mv., som ønsker at komme i døgnbehandling (19 pct.), men også 15 pct. af brugerne på pension ønsker døgnbehandling. Selvom der er den største andel brugere på kontanthjælp mv. i døgnbehandling, er der også flest fra denne gruppe blandt dem, som ikke er i døgnbehandling, der ønsker denne behandling.

TABEL 4.22

Brugernes ønske om døgnbehandling, fordelt på indkomsttype. Procent.

Indtægtstype	Ønsker ikke døgnbehandling	Ønsker døgnbehandling	I alt procent	I alt antal
Arbejde	93	7	100	114
Kontanthjælp mv.	81	19	100	420
Pension	85	15	100	357
I alt	84	16	100	891

Anm.: $\chi^2 = 10$, $P = 0,007$

Anm.: Brugere, som allerede er i døgnbehandling, indgår ikke i denne analyse.

Der er en vis geografisk variation, idet brugere i Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg i mindre grad ønsker døgnbehandling end brugere i andre dele af landet. Kun 8 pct. i disse byer ønsker døgnbehandling på trods af, at der ikke er signifikant flere, der får døgnbehandling i disse kommuner. Der er således ikke nogen klar sammenhæng mellem, hvor mange brugere der er i døgnbehandling, og hvor mange der ønsker at komme det kommunerne imellem.

TABEL 4.23

Brugernes ønske om døgnbehandling, fordelt på bytype. Procent.

Bytype	Ønsker ikke døgnbehandling	Ønsker døgnbehandling	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	83	17	100	173
Københavns omegn	83	17	100	170
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	92	8	100	260
By m. 30.000 indbyggere el. mere	75	25	100	165
By m. mindre end 30.000 indbyggere	83	17	100	138
I alt	84	16	100	906

Anm.: $\chi^2 = 24$, $P = 0,001$.

Anm.: Brugere, som allerede er i døgnbehandling, indgår ikke i denne analyse.

TABEL 4.24

Binær logistisk regression for, om brugere, der ikke er i døgnbehandling, ønsker at komme i døgnbehandling.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Alder:</i>			**	
18-24 år	1,158	0,463	*	3,184
25-34 år	1,052	0,307	**	2,864
35-44 år	0,601	0,269	*	1,825
45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Indtægtstype:</i>			*	
Arbejde	-1,234	0,432	**	0,291
Kontanthjælp mv.	-0,217	0,231		0,805
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Tidligere behandling eller ej:</i>				
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	0,888	0,230	***	2,429
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			**	
Københavns Kommune	0,121	0,319		1,129
Københavns omegn	0,110	0,318		1,116
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,806	0,334	*	0,447
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,372	0,301		1,450
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-2,632	0,353	***	0,072

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 806 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

OPSUMMERING AF INTENSITET AF BEHANDLINGEN

Ovenstående tabeller viste, at det især er karakteristika ved den enkelte bruger, der har betydning for intensiteten af brugerens behandling. Overordnet er der en tendens til, at brugere, som er unge, og som er på kontanthjælp mv. og/eller har hash mv. eller centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, i højere grad får dag- og døgnbehandling end ældre brugere, brugere på pension og opiatmisbrugere. Brugere, der modtager ad hoc-ydelser, er derimod oftere ældre opiatmisbrugere, som lever af pension.

16 pct. af brugerne, som ikke på interviewtidspunktet er i døgnbehandling, ønsker at komme i døgnbehandling. Der er særligt tale om yngre brugere, brugere på kontanthjælp mv. og brugere, som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Der er desuden væsentligt færre brugere fra Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg, som ønsker døgnbehandling, end fra de øvrige kommuner.

BEHANDLINGSINDHOLD

I dette afsnit beskriver vi, hvilke behandlingstyper brugeren modtager, og om behandlingen fokuserer på årsager til misbruget eller på at modvirke negative konsekvenser af misbruget, samt hvad brugernes ønsker til behandling er.

BEHANDLINGSTYPER

I dette afsnit beskriver vi indholdet af brugerens behandling. Som tabel 4.25 viser, får 76 pct. af brugerne i undersøgelsen substitutionsbehandling, 25 pct. får psykologsamtaler, 77 pct. får samtaler med andet personale, 20 pct. deltager i gruppebehandling, og 34 pct. deltager i fritidsaktiviteter

Der er dog en tydelig forskel på, hvad behandlingen indeholder alt efter, hvilken intensitet den har, som det fremgår af tabel 4.25.

TABEL 4.25

Indhold i brugernes behandling, fordelt på behandlingstype. Procent.

Behand- lingstyper	Substitu- tionsbe- handling	Psykolog- samtaler	Samtaler med andet personale	Gruppe- behandling	Fritids- aktiviteter
Ad hoc- ydelser	93	8	62	1	21
Ambulant behandling	77	39	92	14	29
Dagbehand- ling	27	31	83	91	71
Døgnbehand- ling	21	37	83	79	87
I alt procent	76	25	77	20	34
I alt antal P	1.011 0,000	1.006 0,000	1.008 0,000	1.010 0,000	1.009 0,000

Anm.: Brugerne kan modtage flere typer behandling og derfor være repræsenteret i flere kategorier.

Der er fx 93 pct. af de brugere, som modtager ad hoc-ydelser, som får substitutionsmedicin, mens det kun er tilfældet for 21 pct. af brugerne i døgnbehandling. Med hensyn til psykologbehandling skiller brugere, som kun får ad hoc-ydelser, sig ud, idet kun 8 pct. i denne gruppe får psykologsamtaler, mens 31-39 pct. i de andre behandlingsintensiteter får sådanne samtaler. Færre af brugerne, som kun får ad hoc-ydelser, får samtaler i enrum med andet personale end psykologer. Med hensyn til gruppebehandling er det tydeligt, at dette er en behandlingstype, som primært tilbydes brugere i dag- eller døgnbehandling, og langt størstedelen af brugerne i dagbehandling (91 pct.) deltager i gruppebehandling. På samme måde er fritidsaktiviteter også noget, som primært tilbydes brugere i dag- eller døgnbehandling, selvom der dog er henholdsvis 21 og 29 pct. af brugerne i ambulant behandling og brugere, der modtager ad hoc-ydelser, som deltager i fritidsaktiviteter.

Der danner sig et billede af, at dag- og døgnbehandlingen primært består af gruppebehandling, samtaler med andet personale og aktiviteter, kombineret med psykologsamtaler for en tredjedels vedkommende. Ad hoc-ydelser består derimod primært af substitutionsbehandling kombineret med samtaler med andet personale for to tredjedels vedkommende og aktiviteter for en mindre del af brugernes

vedkommende. Den ambulante behandling placerer sig mellem disse typer, idet tre fjerdedele af brugerne får substitutionsbehandling og deltager i aktiviteter i samme grad som brugere, der kun får ad hoc-ydelser, men samtidig er andelen af disse brugere, som får samtaler med psykologer og andre behandlere, som minimum tilsvarende brugerne i døgnbehandling. Brugere, som kun får ad hoc-ydelser, får således ikke bare en lavere intensitet af behandlingen, men også et substantielt andet indhold. I det følgende undersøges det, om bestemte karakteristika ved brugerne hænger sammen med indholdet i brugerens behandling.

SUBSTITUTIONSBEHANDLING

Tabel 4.26 viser, at der aldersgrupperne imellem er stor forskel på, hvor mange brugere der er i substitutionsbehandling. Blandt den yngste gruppe er det 25 pct., som er i substitutionsbehandling, mod 67 pct. af de 25-34-årige. Andelen i substitutionsbehandling stiger også over de følgende aldersgrupper, og for brugerne over 46 år er andelen på 92 pct. Det kan delvist forklares ved, at der er flere opiatmisbrugere i de ældre alderskategorier, og der derfor også er en større gruppe, som kan komme i substitutionsbehandling. Når vi tager højde for dette forbehold i regressionsanalysen i tabel 4.31, er der dog stadig en signifikant sammenhæng med alder. Dette betyder, at der er en større sandsynlighed for, at ældre opiatmisbrugere er i substitutionsbehandling end de yngre opiatmisbrugere.

TABEL 4.26

Hvorvidt brugerne får substitutionsbehandling eller ej, fordelt på alder. Procent.

Alder	Får ikke substitutionsbehandling	Får substitutionsbehandling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	75	25	100	76
25-34 år	33	67	100	255
35-44 år	22	78	100	390
45- år	8	92	100	289
I alt	25	75	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 158$, $P = 0,000$.

Uddannelse har også en betydning for, om brugeren er i substitutionsbehandling eller ej, idet brugere, som har afsluttet en faglig eller videregående uddannelse, i mindre grad får substitutionsbehandling. Sammenhængen er ikke helt signifikant her. Sammenhængen bliver signifikant, når der i regressionsanalysen tages højde for hovedmisbrugsstof. Der er altså en tendens til, at lavere uddannede i højere grad får substitutionsbehandling.

TABEL 4.27

Hvorvidt brugerne får substitutionsbehandling eller ej, fordelt på uddannelse. Procent.

Uddannelse	Får ikke substitutionsbehandling	Får substitutionsbehandling	I alt procent	I alt antal
Højst 10. klasse	23	78	100	604
Gymnasial udd.	25	75	100	61
Faglig eller erhvervsudd.	27	73	100	263
Videregående udd.	36	64	100	77
I alt	25	756	100	1.005

Anm.: $\chi^2 = 8$, $P = 0,053$.

Af tabel 4.28 fremgår det, at næsten alle brugerne på pension får substitutionsbehandling, mens det samme gælder en væsentligt lavere procentdel blandt brugere på kontanthjælp mv. og i arbejde.

TABEL 4.28

Hvorvidt brugerne får substitutionsbehandling eller ej, fordelt på indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Får ikke substitutionsbehandling	Får substitutionsbehandling	I alt procent	I alt antal
Arbejde	57	43	100	117
Kontanthjælp mv.	32	68	100	504
Pension	5	95	100	376
I alt	25	75	100	997

Anm.: $\chi^2 = 156$, $P = 0,000$.

Om brugeren får substitutionsbehandling, afhænger selvfølgelig også af, hvilket hovedmisbrugsstof brugeren har. Det er således udelukkende

misbrug af opiater, som kan behandles med substitutionsmedicin. Ca. halvdelen af brugerne med hash mv. og centralstimulerende stoffer som hovedstof er også i substitutionsbehandling. Det skyldes primært, at brugerne er blevet spurgt om, hvad deres foretrukne stof var, inden de startede i stofmisbrugsbehandlingen, jf. beskrivelsen i kapitel 3, og brugere kan således have svaret, at deres hovedstof var hash mv., selvom de også havde et misbrug af opiater, herunder navnlig et tidligere misbrug, som de modtager substitutionsbehandling for.

TABEL 4.29

Hvorvidt brugerne får substitutionsbehandling eller ej, fordelt på hovedmisbrugsstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Får ikke substitutionsbehandling	Får substitutionsbehandling	I alt procent	I alt antal
Opiater	11	89	100	560
Opiater/blandingsmisbrug	15	85	100	203
Centralstimulerende stoffer	54	47	100	144
Hash mv.	69	31	100	93
I alt	24	77	100	1.000

Anm.: $\chi^2 = 232$, $P = 0,000$.

TABEL 4.30

Hvorvidt brugerne får substitutionsbehandling eller ej, fordelt på bytype. Procent.

Bytype	Får ikke substitutionsbehandling	Får substitutionsbehandling	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	29	71	100	193
Københavns omegn	27	73	100	194
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	13	87	100	276
By m. 30.000 indbyggere el. mere	27	74	100	185
By m. mindre end 30.000 indbyggere	33	67	100	165
I alt	25	75	100	1.013

Anm.: $\chi^2 = 28$, $P = 0,000$.

Tabel 4.30 viser, at der er en markant forskel på brugen af substitutionsbehandling i de forskellige kommuner. Den største andel substitutionsbrugere findes i Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg. Denne fordeling kan delvist være udtryk for, at de større byer tiltrækker opiatmisbrugere, en gruppe som oftere kommer i substitutionsbehandling. Det kan dog også være et udtryk for, at opiatmisbrugerne i disse byer i mindre grad bliver tilbudt stoffri behandling. Den sidste forklaring understøttes af, at sammenhængen fastholdes i regressionsanalysen, når vi tager højde for brugersammenhængen mht. fx alder og hovedstof.

Som tabel 4.31 viser, er substitutionsbrugerne kendetegnet ved at være ældre, opiatmisbrugere med kort uddannelsesbaggrund, som primært lever af pension. Der er altså tale om de svageste i gruppen af misbrugere. Ud fra disse analyser kan det dog ikke afgøres, om brugerne ender i denne sociale situation pga., at de får substitutionsmedicin over en længere periode, eller om det netop er de socialt svage, som tilbydes denne behandling. Dette vil blive undersøgt i delrapport 6, som omhandler, hvad tidligere brugere har fået ud af behandlingen. Her undersøger vi, om der er en sammenhæng mellem indholdet af brugerens behandling de seneste tre år, og hvordan deres livssituation har udviklet sig. Derimod har køn, etnicitet og tidligere behandlingserfaring ingen sammenhæng med, om brugeren får substitutionsbehandling.

Ud fra de kvalitative interview er det tydeligt, at en del brugere har et ret ambivalent forhold til substitutionsbehandlingen. På den ene side udtrykker en del brugere, at de er glade for at få substitutionsmedicinen, men på den anden side problematiserer en del også, at de bliver afhængige af metadonen. Holdningen blandt mange er, som Erik på 54 år, som er opiatmisbruger i ambulant behandling, formulerer det: ”Metadon er et stof, som man, hvis man tager det, skal være indstillet på, at det er for resten af livet.” Blandt brugerne er der således en opfattelse af, at substitutionsbehandling er en behandlingsform, de meget nødig vil undvære, idet den forbedrer deres livskvalitet, men de oplever samtidig, at behandlingsformen fastholder dem i en afhængighed.

TABEL 4.31

Logistisk regressionsanalyse af, om brugeren får substitutionsbehandling.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Alder:</i>			***	
18-24 år	-2,637	0,448	***	0,072
25-34 år	-1,047	0,333	**	0,351
35-44 år	-0,800	0,316	*	0,449
45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Indkomsttype:</i>			***	
Arbejde	-2,652	0,369	***	0,070
Kontanthjælp mv.	-1,703	0,305	***	0,182
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Uddannelse:</i>			*	
Højest 10. klasse	1,033	0,351	**	2,810
Gymnasial uddannelse	1,037	0,536		2,822
Faglig eller erhvervsuddannelse	0,613	0,366		1,846
Videregående uddannelse	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Hovedmisbrugsstof:</i>			***	
Opiater	2,912	0,326	***	18,387
Opiater/blandingsmisbrug	2,492	0,363	***	12,082
Centralstimulerende stoffer	0,671	0,346		1,955
Hash mv.	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			*	
Københavns Kommune	0,565	0,312		1,759
Københavns omegn	0,668	0,322	*	1,951
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,937	0,315	**	2,553
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,407	0,319		1,502
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	0,125	0,507		1,134

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 978 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

SAMTALER MED PSYKOLOG

Der er 25 pct. af brugerne, som får samtaler med en psykolog. Af tabel 4.32 fremgår det, at der procentvist er lidt flere kvinder end mænd, som modtager psykologsamtaler. Sammenhængen er ikke signifikant i krydstabellen, men bliver det, når vi tager højde for en række andre karakteristika ved brugerne og den kommune, de bor i, som det gøres i regressionsanalysen i tabel 4.35. Der er desuden en tendens til, at brugere

med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad får psykologsamtaler (36 pct.) end etniske danskere.

TABEL 4.32

Hvorvidt brugerne får psykologbehandling eller ej, fordelt på køn.

Procent.

Køn	Får ikke psykologbehandling	Får psykologbehandling	I alt procent	I alt antal
Kvinde	72	29	100	284
Mand	76	24	100	721
I alt	75	25	100	1.005

Anm.: $\chi^2 = 3$, $P = 0,103$.

TABEL 4.33

Hvorvidt brugerne får psykologbehandling eller ej, fordelt på etnicitet.

Procent.

Etnicitet	Får ikke psykologbehandling	Får psykologbehandling	I alt procent	I alt antal
Dansk	76	24	100	913
Etnisk minoritetsbaggrund	65	36	100	93
I alt	75	25	100	1.006

Anm.: $\chi^2 = 6$, $P = 0,015$.

Af tabel 4.34 fremgår det, at de yngste brugere i højere grad får psykologsamtaler end de ældre brugere. Blandt de 18-24-årige er der således 36 pct., som får psykologsamtaler, mens det er 26 pct. blandt de 26-45-årige og 20 pct. blandt brugerne over 45 år.

Tabel 4.35 viser desuden, at brugere, som kun har angivet opiat er som hovedstof, i markant mindre grad får psykologsamtaler end brugere med andre hovedstoffer. Dette resultat indikerer, at gruppen af brugere, som kan behandles medicinsk med substitutionsmedicin, i mindre grad får terapeutisk behandling.

TABEL 4.34

Hvorvidt brugerne får psykologbehandling eller ej, fordelt på alder.
Procent.

Alder	Får ikke psykologbehandling	Får psykologbehandling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	65	36	100	76
25-34 år	74	26	100	252
35-44 år	74	26	100	390
45- år	80	20	100	289
I alt	75	25	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 9$, $P = 0,026$.

TABEL 4.35

Hvorvidt brugerne får psykologbehandling eller ej, fordelt på
hovedstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Får ikke psykologbehandling	Får psykologbehandling	I alt procent	I alt antal
Opiater	81	19	100	559
Opiater/blandingsmisbrug	69	31	100	202
Centralstimulerende stoffer	69	32	100	143
Hash mv.	68	33	100	93
I alt	75	25	100	997

Anm.: $\chi^2 = 20$, $P = 0,000$.

TABEL 4.36

Hvorvidt brugerne får psykologbehandling eller ej, fordelt på bytype.
Procent.

Bytype	Får ikke psykologbehandling	Får psykologbehandling	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	70	30	100	192
Københavns omegn	68	32	100	194
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	78	23	100	276
By m. 30.000 indbyggere el. mere	77	23	100	185
By m. mindre end 30.000 indbyggere	83	17	100	163
I alt	75	25	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 14$, $P = 0,008$.

Der er også geografiske forskelle i brugen af psykologer i den sociale stofmisbrugsbehandling. Der er flest brugere i København og Københavns omegn, som får psykologbehandling, mens der er færrest i de mindre byer.

Ud fra tabel 4.37 kan man se, at det i højere grad er kvinder, unge og etniske brugere, samt brugere fra København og Københavns omegn og brugere, der ikke har opiater som hovedmisbrugsstof, som modtager psykologsamtaler. Derimod har brugerens uddannelse, indkomsttype og tidligere behandling ingen sammenhæng med, om brugeren får psykologsamtaler.

TABEL 4.37

Logistisk regression af, hvilke grupper af brugere der får psykologsamtaler.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Kvinde	0,346	0,166	*	1,413
Etnisk dansk	-0,598	0,246	*	0,550
<i>Alder:</i>			*	
18-24 år	0,845	0,307	**	2,329
25-34 år	0,392	0,217		1,481
35-44 år	0,426	0,196	*	1,531
45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Hovedmisbrugsstof:</i>			**	
Opiater	-0,598	0,260	*	0,550
Opiater/blandingsmisbrug	0,039	0,282		1,040
Centralstimulerende stoffer	-0,058	0,292		0,944
Hash mv.	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			*	
Københavns Kommune	0,615	0,273	*	1,849
Københavns omegn	0,831	0,267	**	2,295
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,399	0,263		1,490
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,277	0,282		1,320
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-1,156	0,418	**	0,315

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 992 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

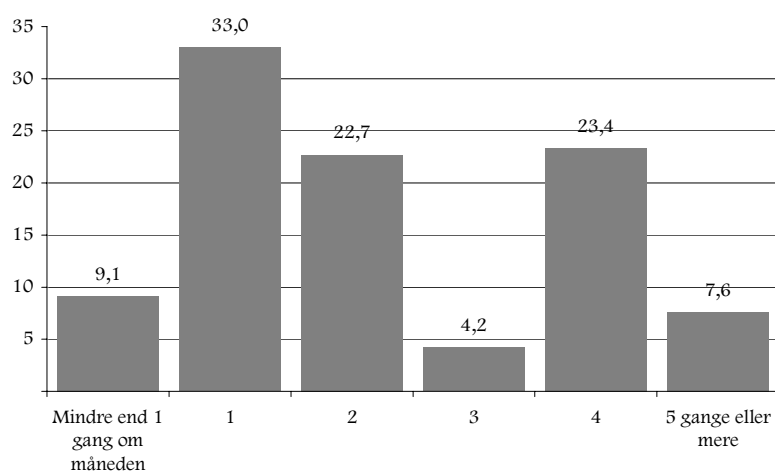
Figur 4.1 viser fordelingen af brugerne på, hvor ofte de modtager psykologsamtaler. Blandt de brugere, som modtager psykologsamtaler,

får 31 pct. sådanne samtaler én gang om ugen eller oftere, mens 42,1 pct. får sådanne samtaler én gang om måneden eller sjældnere.

FIGUR 4.1

Antal gange om måneden brugerne modtager psykologsamtaler.

Procent.



SAMTALER MED ANDET PERSONALE

Der er en væsentligt større andel af brugerne (77 pct.), som får samtaler med behandlere, som ikke er psykologer. Der er umiddelbart heller ikke så stor forskel på, hvem der får disse samtaler, og hvem der ikke gør. Der er dog en sammenhæng med indkomsttype og bytype.

Der er således lidt flere brugere på kontanthjælp mv., som får samtaler med andet personale, end brugere i arbejde og på pension. Der er desuden en tendens til, at flere brugere i Københavns omegn (86 pct.) får sådanne samtaler, mens der er noget færre i Københavns Kommune (67 pct.), som angiver, at de får sådanne samtaler. Der er dog også flere i Københavns Kommune, som modtager psykologbehandling, og når vi ser på psykologsamtaler og samtaler med andet personale under ét, svarer niveauet i Københavns Kommune til gennemsnittet for alle kommuner.

TABEL 4.38

Hvorvidt brugerne får samtaler med andet personale eller ej, fordelt på indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Får ikke samtaler med andet personale	Får samtaler med andet personale	I alt procent	I alt antal
Arbejde	26	74	100	117
Kontanthjælp mv.	19	82	100	504
Pension	28	72	100	374
I alt	23	77	100	995

Anm.: $\chi^2 = 12$, $P = 0,002$.

TABEL 4.39

Hvorvidt brugerne får samtaler med andet personale eller ej, fordelt på bytype. Procent.

Bytype	Får ikke samtaler med andet personale	Får samtaler med andet personale	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	33	67	100	193
Københavns omegn	14	86	100	195
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	22	78	100	277
By m. 30.000 indbyggere el. mere	22	78	100	185
By m. mindre end 30.000 indbyggere	25	75	100	164
I alt	23	77	100	1.014

Anm.: $\chi^2 = 21$, $P = 0,000$.

Som det fremgår af tabel 4.40, er der således lidt større sandsynlighed for at få samtaler med behandlere, som ikke er psykologer, hvis brugeren er yngre og bor i Københavns omegn, end hvis brugeren er ældre eller bor uden for København. Brugerens køn, alder, uddannelse, indtægt, hovedmisbrugsstof, og om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, har derimod ingen betydning. De fundne

geografiske forskelle skyldes med andre ord ikke forskelle i brugergruppen, i hvert fald ikke i forhold til disse parametre.

TABEL 4.40

Logistisk regression af, hvilke grupper af brugere der får samtaler med andet personale.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Indkomsttype:</i>			**	
Arbejde	,197	,245		1,217
Kontanthjælp mv.	,636	,167	***	1,888
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			***	
Københavns Kommune	-,506	,241	*	,603
Københavns omegn	,712	,279	*	2,039
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	,210	,236		1,233
By m. 30.000 indbyggere el. mere	,132	,257		1,141
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	,798	,202	***	2,220

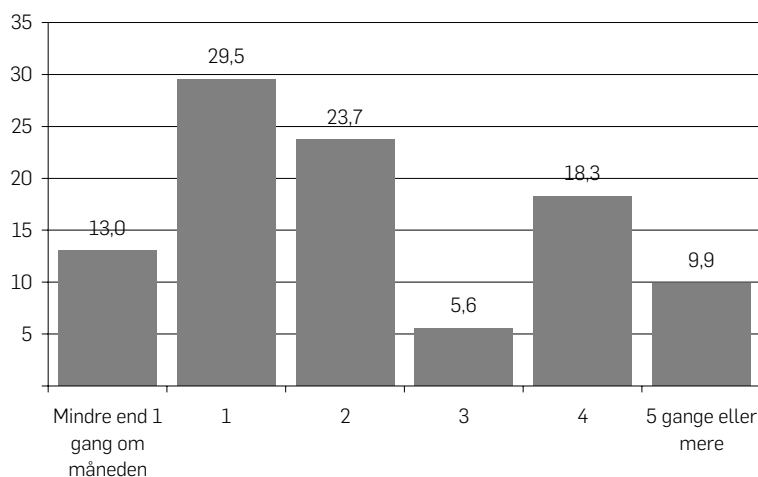
Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 995 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Figur 4.2 viser fordelingen af brugerne på, hvor ofte de modtager samtaler med andet personale. Blandt de brugere, som modtager samtaler med andet personale end psykologer, er der 28,2 pct., som får sådanne samtaler hver uge eller oftere, mens 42,5 pct. får sådanne samtaler en gang om måneden eller sjældnere.

FIGUR 4.2

Antal gange om måneden brugerne modtager samtaler med andet personale. Procent.



GRUPPEBEHANDLING

I det følgende beskriver vi, hvilke aspekter der har betydning for, om brugeren er i gruppebehandling eller ej. Som det fremgår af tabel 4.25, er det hovedsageligt brugere, som er i dag- eller døgnbehandling, som deltager i gruppebehandling. Det er derfor mange af de samme faktorer, der afgør, om brugeren får dag- eller døgnbehandling, som er afgørende for, om brugerne får gruppebehandling.

TABEL 4.41

Hvorvidt brugerne får samtaler med gruppebehandling eller ej, fordelt på alder. Procent.

Alder	Får ikke gruppebehandling	Får gruppebehandling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	46	54	100	76
25-34 år	71	29	100	254
35-44 år	84	16	100	390
45- år	92	8	100	290
I alt	80	20	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 100$, $P = 0,000$.

Af tabel 4.41 fremgår det, at jo yngre brugeren er, jo større sandsynlighed er der for, at vedkommende deltager i gruppebehandling. Der er således 54 pct. af brugerne i aldersgruppen 18-24 år, som deltager i gruppebehandling, mod kun 8 pct. af brugerne over 44 år.

TABEL 4.42

Hvorvidt brugerne får samtaler med gruppebehandling eller ej, fordelt på hovedstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Får ikke gruppebehandling	Får gruppebehandling	I alt procent	I alt antal
Opiater	88	12	100	560
Opiater/blandingsmisbrug	84	16	100	202
Centralstimulerende stoffer	59	41	100	144
Hash mv.	59	42	100	94
I alt	80	20	100	1.000

Anm.: $\chi^2 = 90$, $P = 0,000$.

Ud over unge brugere er det også i særlig grad brugere, der har centralstimulerende stoffer og hash mv. som hovedmisbrugsstof, der deltager i gruppebehandling. Som det fremgår af tabel 4.42, er det 41-42 pct. af disse brugere, som deltager i gruppebehandling, mod kun 12-16 pct. af brugere med opiatere som hovedmisbrugsstof. Gruppebehandling er således en del af behandlingstilbuddet for næsten halvdelen af misbrugerne af centralstimulerende stoffer og hash mv.

TABEL 4.43

Hvorvidt brugerne får samtaler med gruppebehandling eller ej, fordelt på indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Får ikke gruppebehandling	Får gruppebehandling	I alt procent	I alt antal
Arbejde	77	23	100	117
Kontanthjælp mv.	70	30	100	504
Pension	94	6	100	376
I alt	80	20	100	997

Anm.: $\chi^2 = 81$, $P = 0,000$.

Brugere på pension får i markant mindre grad gruppebehandling, hvilket som før nævnt hænger sammen med, at meget få brugere på pension er i døgn- og dagbehandling. Der er således en tendens til, at det særligt er brugere på kontanthjælp mv. og i arbejde, som deltager i gruppebehandling, hvilket igen tyder på, at det er de mest ressource-stærke brugere, som får denne behandlingstype.

TABEL 4.44

Logistisk regression af, hvilke grupper af brugere der får gruppebehandling.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Alder:</i>			***	
18-24 år	1,525	0,370	***	4,597
25-34 år	0,821	0,297	**	2,274
35-44 år	,0340	0,288		1,405
45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Indkomsttype:</i>			***	
Arbejde	0,939	0,355	**	2,558
Kontanthjælp mv.	1,563	0,272	***	4,774
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Hovedmisbrugsstof:</i>			***	
Opiater	-1,402	0,271	***	0,246
Opiater/blandingsmisbrug	-1,055	0,311	**	0,348
Centralstimulerende stoffer	-0,021	0,297		0,979
Hash mv.	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-2,121	0,360	***	0,120

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 982 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

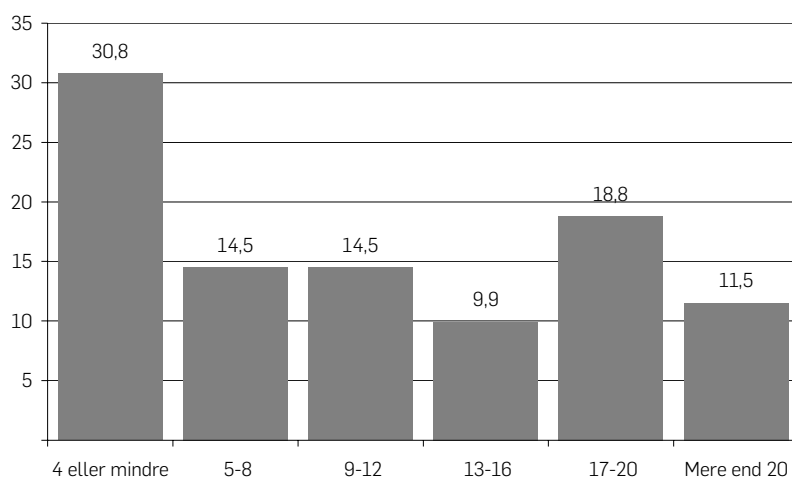
Brugere i gruppebehandling er oftere unge og misbrugere af central-stimulerende stoffer og hash mv. De lever desuden oftest af en løn eller kontanthjælp mv. Brugerens køn, etnicitet, uddannelse, og om vedkommende tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, har derimod ingen betydning for, om vedkommende er i gruppebehandling. Der er desuden ingen forskel på brugen af gruppebehandling kommunerne imellem.

Figur 4.3 viser fordelingen af brugerne på, hvor ofte de modtager gruppebehandling. Blandt brugere, som modtager gruppebehandling, er der 30,8 pct., som deltager i denne behandlingstype én gang om ugen eller sjældnere. Derudover er der 29 pct., som deltager i gruppebehandling to til tre gange om ugen, og 42,2 pct., som deltager i

gruppebehandling fire dage om ugen eller mere. Gruppebehandling foregår således hovedsageligt i relativt intensive forløb, hvor brugeren ofte mødes med gruppen.

FIGUR 4.3

Antal gange om måneden brugerne modtager gruppebehandling.
Procent.



I brugergruppen er der delte meninger om gruppebehandling. Der er en del, der er meget glade for gruppebehandling. Lotte på 49 år, som er opiatmisbruger i dagbehandling siger: "Det virker rigtigt, rigtigt godt." Christian, som er 25 år, misbruger af hash og centralstimulerende stoffer og er i dagbehandling beskriver også, at "det er svært i starten at skulle åbne op over for alle andre, men det gør man jo bare ..." Og "problemstillingerne er ofte på sin vis ens", og brugerne kan dermed spejle sig i hinanden.

Der er dog også brugere, som mener, at behandlingen foregår for meget i grupper, og at der mangler nogle tilbud til enspændere. En bruger siger for eksempel:

De der gruppemøder, dem kan jeg ikke lide at komme til ...
altså, det må man så tage med jo ... det er et krav – det skal man
... det har jeg skrevet under på, inden jeg kom. Jeg har fundet

ud af, at det er meget sjovt alligevel, men det er ikke altid, jeg gider, det må jeg indrømme. Fordi man snakker med ham alene om mandagen, og så kommer vi sammen og snakker to timer om tirsdagen [i gruppen], og det synes jeg er meget, også fordi jeg ikke er god til gruppe[behandling]. Men det er også meget godt, jeg får det, for det er også, fordi jeg ikke er så god til at åbne mig op over for andre ... så det er nok meget godt, at jeg går der (Lasse, 40 år, misbruger af opiater og centralstimulerende stoffer).

Det kan således være en overvindelse for brugerne at komme i gruppebehandling, men samtidig kan behandlingstypen hjælpe dem i forhold til at åbne op over for andre mennesker.

FRITIDSAKTIVITETER

Den sidste behandlingstype, som brugerne har svaret på, om de deltager i, er fritidsaktiviteter. Som tidligere nævnt kan fritidsaktiviteter være en del af den sociale stofmisbrugsbehandling ifølge Servicestyrelsens definitioner, men fritidsaktiviteter kan ikke alene udgøre den sociale stofmisbrugsbehandling. Fritidsaktiviteter er dog medtaget her, da brugerne i de kvalitative interview nævner fritidsaktiviteter som en vigtig del af det, der sker på behandlingsstedet. Brugernes ønsker til behandlingen beskriver vi nærmere i det næste afsnit af dette kapitel. Fritidsaktiviteterne adskiller sig desuden fra de øvrige ydelser såsom gruppebehandling eller samtaler med psykologer, da det ofte ikke er en ydelse, brugerne skal visiteres til. Nogle væresteder kræver forudgående visitation, men mange behandlingssteder tilbyder ture og sociale arrangementer til alle brugere, der er indskrevet i behandling.

Af tabel 4.45 fremgår det, at det særligt er brugere på kontanthjælp mv. eller på pension, som deltager i fritidsaktiviteterne, mens brugere i arbejde i noget mindre grad deltager i aktiviteterne. Disse brugere har dog også væsentligt mindre fritid til at deltage i sådanne aktiviteter.

TABEL 4.45

Hvorvidt brugerne deltager i fritidsaktiviteter eller ej, fordelt på indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Deltager ikke i fritidsaktiviteter	Deltager i fritidsaktiviteter	I alt procent	I alt antal
Arbejde	79	21	100	116
Kontanthjælp mv.	60	41	100	504
Pension	70	30	100	375
I alt	66	34	100	995

Anm.: $\chi^2 = 22$, $P = 0,000$.

Det er desuden i høj grad brugere med hash mv. eller centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, som deltager i fritidsaktiviteter. Det kan hænge sammen med, at denne gruppe i markant højere grad er i dag- og døgnbehandling, og brugere i disse behandlingstyper deltager i væsentligt flere aktiviteter som del af deres behandling.

TABEL 4.46

Hvorvidt brugerne deltager i fritidsaktiviteter eller ej, fordelt på hovedstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Deltager ikke i fritidsaktiviteter	Deltager i fritidsaktiviteter	I alt procent	I alt antal
Opiater	72	28	100	560
Opiater/blandingsmisbrug	66	34	100	203
Centralstimulerende stoffer	49	51	100	142
Hash mv.	60	40	100	93
I alt	66	34	100	998

Anm.: $\chi^2 = 27$, $P = 0,000$.

Som ved de foregående behandlingstyper er der geografiske forskelle på, i hvilken grad de bruges. I tabel 4.47 kan man se, at næsten halvdelen af brugerne i Københavns omegn deltager i fritidsaktiviteter, mens det er en tredjedel af brugerne fra Københavns Kommune og en fjerdedel fra Århus, Odense Aalborg og Esbjerg, som deltager i fritidsaktiviteter.

TABEL 4.47

Deltagelse i fritidsaktiviteter, fordelt på region. Procent.

Bytype	Deltager ikke i fritids- aktiviteter	Deltager i fritids- aktiviteter	I alt procent	I alt Antal
Københavns Kommune	66	34	100	193
Københavns omegn	51	49	100	195
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	76	24	100	276
By m. 30.000 indbyggere el. mere	65	35	100	184
By m. mindre end 30.000 indbyggere	69	31	100	164
I alt	66	34	100	1.012

Anm.: $\chi^2 = 31$, $P = 0,000$.

TABEL 4.48

Logistisk regression af, hvilke grupper af brugere der deltager i fritidsaktiviteter.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans- niveau	Odds ratio
<i>Indkomsttype:</i>			***	
Arbejde	-0,678	0,273	*	0,508
Kontanthjælp mv.	0,389	0,151	*	1,475
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Hovedmisbrugsstof:</i>			***	
Opiater	-0,446	0,245		0,640
Opiater/blandingsmisbrug	-0,190	0,273		0,827
Centralstimulerende stoffer	0,504	0,282		1,655
Hash mv.	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			***	
Københavns Kommune	-0,013	0,237		0,987
Københavns omegn	0,690	0,230	**	1,993
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,311	0,228		0,732
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,124	0,239		1,132
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-0,685	0,295	*	0,504

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 981 brugere, * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$.

Samlet set er det således brugerens indkomsttype og hovedmisbrugsstof, samt hvilken kommune vedkommende bor i, som er afgørende for, om

brugeren deltager i fritidsaktiviteter eller ej. Det er således især brugere på kontanthjælp mv. og misbrugere af hash mv. eller centralstimulerende stoffer, som deltager i fritidsaktiviteter. Derimod har køn, alder, uddannelse, varighed af misbrug eller tidligere behandlinger ingen betydning for, om brugeren deltager i fritidsaktiviteter. Der er desuden lidt færre, der deltager i fritidsaktiviteter i Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg.

Mange af brugerne er glade for aktiviteterne både i form af udflugter og sociale arrangementer og i form af fysisk aktivitet, og mange brugere nævner i de kvalitative interview aktiviteter som et område, hvor behandlingen kunne forbedres.

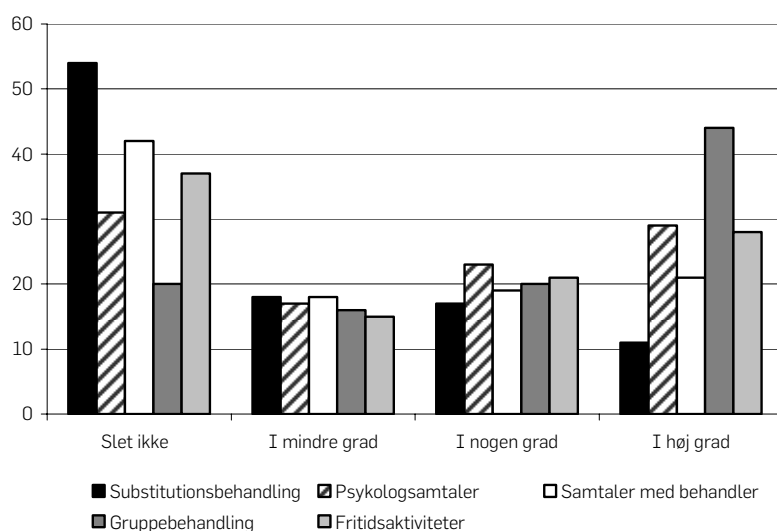
FOKUS PÅ ÅRSAGER ELLER KONSEKVENSER I BEHANDLINGEN

Vi har spurgt brugerne om, i hvilken grad deres behandling fokuserer på årsagerne til deres misbrug og på tilbagefaldsforebyggelse, for nærmere at kunne afdække indholdet i brugernes behandling. Figur 4.4 viser, i hvilken grad brugerens behandling fokuserer på årsagerne til misbruget, fordelt efter, hvilken type behandling vedkommende modtager.

Figuren viser, at det særligt er brugere, som deltager i gruppebehandling, fritidsaktiviteter eller får psykologsamtaler, der oplever, at behandlingen 'i høj grad' fokuserer på årsagerne til misbruget. Forskellen mindskes dog betydeligt, hvis der tages højde for, om brugeren får nogle af de andre behandlingstyper. Samtidig mener 55 pct. af brugerne i substitutionsbehandling, at deres behandling 'slet ikke' fokuserer på årsagerne til misbruget, mens dette er tilfældet for 44 pct. af brugerne, som modtager samtaler med behandlere. Der tegner sig et billede af, at både samtaler med psykologer og andre behandlere kan fokusere i varierende grad på årsagerne til misbruget. Gruppebehandling er derimod mere målrettet årsagerne, mens dette generelt ikke er tilfældet for substitutionsbehandlingen.

FIGUR 4.4

Sammenligning af, i hvilken grad behandlingen ifølge brugerne fokuserer på årsagerne til misbruget, fordelt på behandlingsindhold. Procent.



Anm.: Behandlingstyperne er ikke gensidigt udelukkende, og brugerne kan derfor være repræsenteret i flere kategorier.

Tabel 4.49-4.53 angiver fordelingerne på de forskellige behandlingstyper samt styrken af sammenhængen.

TABEL 4.49

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget, fordelt på, om brugeren modtager substitutionsbehandling. Procent.

Behandlingsindhold	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Får ikke substitutionsbehandling	17	16	21	47	100	243
Får substitutionsbehandling	54	18	17	11	100	743
I alt	45	18	18	20	100	986

Anm.: Gamma = -0,646, P = 0,000.

TABEL 4.50

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget, fordelt på, om brugeren modtager psykologsamtaler. Procent.

Behandlingsindhold	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Får ikke psykologsamtaler	50	18	16	16	100	740
Får psykologsamtaler	31	17	23	29	100	244
I alt	45	18	18	19	100	984

Anm.: Gamma = 0,323, P = 0,000.

TABEL 4.51

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget, fordelt på, om brugeren modtager samtaler med behandler. Procent.

Behandlingsindhold	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Får ikke samtaler med behandler	55	16	15	14	100	224
Får samtaler med behandler	42	18	19	21	100	761
I alt	55	18	18	20	100	985

Anm.: Gamma = 0,211, P = 0,000.

TABEL 4.52

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget, fordelt på, om brugeren modtager gruppebehandling. Procent.

Behandlingsindhold	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Får ikke gruppebehandling	51	18	18	14	100	792
Får gruppebehandling	20	16	20	44	100	195
I alt	45	18	18	20	100	987

Anm.: Gamma = 0,549, P = 0,000.

TABEL 4.53

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget, fordelt på, om brugeren modtager fritidsaktiviteter. Procent.

Behandlingsindhold	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Får ikke fritidsaktiviteter	49	19	17	15	100	649
Får fritidsaktiviteter	37	15	21	28	100	337
I alt	45	18	18	20	100	986

Anm.: Gamma = 0,262, P = 0,000.

Hvis man sammenligner med intensiteten af behandlingen, er det tydeligt, at brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, i langt mindre grad mener, at deres behandling fokuserer på årsagerne til deres misbrug, end brugere, som får en mere intensiv behandlingsindsats. Der er en generel tendens til, at jo mere intensiv behandling, jo mere fokuseres der ifølge brugerne på årsagerne til misbruget i behandlingen.

TABEL 4.54

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget, fordelt efter intensiteten af brugerens behandling. Procent.

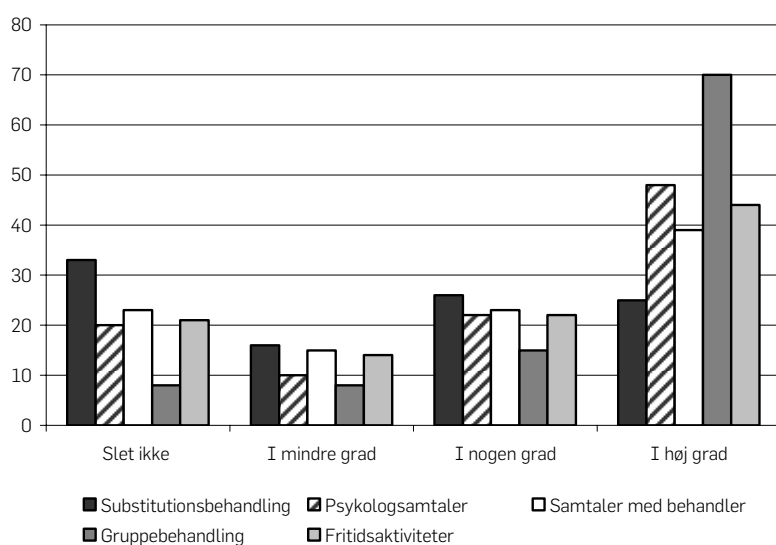
Behandlingsintensitet	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	59	18	16	8	100	427
Ambulant behandling	41	19	19	21	100	393
Dagbehandling	22	16	28	34	100	68
Døgnbehandling	17	12	17	54	100	94
I alt	45	18	18	20	100	982

Anm.: Gamma = 0,439, P = 0,000.

Figur 4.5 viser, i hvilken grad brugeren mener, at deres behandling fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, fordelt efter, hvilken type behandling vedkommende modtager.

FIGUR 4.5

Sammenligning af brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, fordelt på behandlingsindhold. Procent.



Som det fremgår af figur 4.5 er forskellene på de forskellige behandlingstyper væsentligt mindre her, end de var mht., om behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget. De fleste af brugerne inden for de fleste af behandlingstyperne mener, at behandlingen 'i høj grad' fokuserer på at forebygge tilbagefald. Substitutionsbehandlingen skiller sig dog ud, idet 33 pct. af brugerne af denne type behandling mener, at behandlingen 'slet ikke' fokuserer på at forebygge tilbagefald. Det hænger sandsynligvis sammen med, at der ikke nødvendigvis er tilknyttet et krav om reduceret stofmisbrug eller sidemisbrug til substitutionsbehandlingen, og det er derfor ikke et overraskende resultat. Der er desuden hele 70 pct. af brugerne, som deltager i gruppebehandling, der mener, at deres behandling 'i høj grad' fokuserer på at

forebygge tilbagefald. Det tyder på, at der i gruppebehandlingen er en generel tendens til i højere grad at fokusere på tilbagefaldsforebyggelse end på årsagerne til, at misbruget startede.

I tabellerne 4.55 til 4.59 er fordelingerne på de forskellige behandlingstyper samt styrken af sammenhængen angivet.

TABEL 4.55

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, fordelt på, om brugeren modtager substitutionsbehandling. Procent.

Behandlingsindhold	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Får ikke substitutionsbehandling	10	7	16	67	100	246
Får substitutionsbehandling	33	16	26	25	100	740
I alt	27	14	24	35	100	986

Anm.: Gamma = -0,618, P = 0,000.

TABEL 4.56

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, fordelt på, om brugeren modtager psykologsamtaler. Procent.

Behandlingsindhold	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Får ikke psykologsamtaler	30	15	24	31	100	737
Får psykologsamtaler	20	10	22	48	100	244
I alt	27	14	24	35	100	981

Anm.: Gamma = 0,282, P = 0,000.

TABEL 4.57

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, fordelt på, om brugeren modtager samtaler med behandler. Procent.

Behandlingsindhold	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Får ikke samtaler med behandler	41	12	24	23	100	224
Får samtaler med behandler	23	15	23	39	100	760
I alt	27	14	24	35	100	984

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 834 brugere, Gamma = 0,296, P = 0,000.

TABEL 4.58

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, fordelt på, om brugeren modtager gruppebehandling. Procent.

Behandlingsindhold	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Får ikke gruppebehandling	32	15	26	27	100	790
Får gruppebehandling	8	8	15	70	100	194
I alt	27	14	24	35	100	984

Anm.: Gamma = 0,638, P = 0,000.

TABEL 4.59

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, fordelt på, om brugeren deltager i fritidsaktiviteter udbudt af behandlingsstedet. Procent.

Behandlingsindhold	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Får ikke fritidsaktiviteter	31	14	25	31	100	650
Får fritidsaktiviteter	21	14	22	44	100	333
I alt	27	14	24	35	100	983

Anm.: Gamma = 0,217, P = 0,000.

Det er særligt brugere, som modtager ad hoc-ydelser, og i lidt mindre grad brugere i ambulant behandling, som ikke oplever, at deres behandling fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse. Derimod mener 64-68 pct. af brugerne i dag- og døgnbehandling, at deres behandling 'i høj grad' fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse.

TABEL 4.60

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse, fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	37	18	27	18	100	427
Ambulant behandling	24	12	22	42	100	392
Dag-behandling	12	6	15	68	100	68
Døgn-behandling	9	9	19	64	100	92
I alt	27	14	24	35	100	979

Anm.: Gamma = 0,428, P = 0,000.

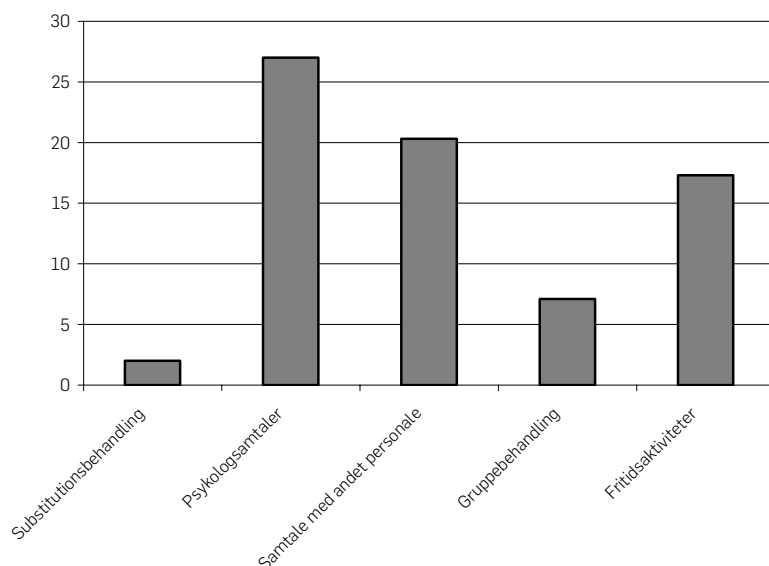
ØNSKER TIL INDHOLD AF BEHANDLINGEN

Vi har spurgt brugerne, om der er nogen typer behandling, som de ikke får, men som de gerne vil have.

Figur 4.6 angiver, hvor stor en procentdel af gruppen der ikke får en behandling, men som ønsker en specifik type behandling. Af figuren er det tydeligt, at det særligt er psykologsamtaler, samtaler med andet personale og i lidt mindre grad fritidsaktiviteter, som brugerne ønsker sig. Det er markant, at 27 pct. af de brugere, som ikke modtager psykologsamtaler, ønsker sig det, hvilket kunne tyde på, at brugerne savner et terapeutisk islæt i deres behandling. Samtidig er der 20 pct. af brugerne, som ikke har samtaler med andet personale, som gerne vil have sådanne samtaler. Brugere ønsker også flere fritidsaktiviteter, hvilket fremgår af både figur 4.6 og de kvalitative interview. Fritidsaktiviteter er ifølge Servicestyrelsens definitioner ikke karakteriseret som social stofmisbrugsbehandling, men fylder alligevel en del i brugernes ønsker.

FIGUR 4.6

Brugernes ønsker til specifikke behandlingsydelser blandt dem, som ikke allerede får ydelsen. Procent.



Anm.: Brugerne kan have svaret i mere end én kategori.

TABEL 4.61

Brugernes ønsker til specifikke behandlingsydelser, fordelt på intensiteten af deres behandling på interviewtidspunktet. Procent.

Behandlings-intensitet	Substitutions-behandling	Psykolog-samtaler	Samtaler m. andet personale	Gruppe-behandling	Fritids-aktiviteter
Ad hoc-ydelser	3	25	21	6	18
Ambulant behandling	3	31	17	9	15
Dagbehandling	0	28	17	0	40
Døgndagbehandling	1	26	25	5	15
I alt procent	2	27	20	7	18
Antal brugere, som ikke får ydelsen	248	758	232	811	669

Anm.: Brugere kan have svaret i mere end én kategori. Forskel mellem behandlingsintensiteterne er kun signifikant for ønsket om fritidsaktiviteter med $\chi^2 = 8$, $P = 0,038$.

Tabel 4.61 viser sammenhængen mellem brugernes ønsker til specifikke behandlingsydelser, som de ikke allerede får, og behandlingsintensiteten. Tabellen viser, at ønsket om samtaler med psykologer og andre behandlere er et gennemgående ønske for brugere i alle behandlingsintensiteter, mens ønsket om flere fritidsaktiviteter er særligt fremtrædende blandt brugere i dagbehandling.

Det er tydeligt fra ovenstående tabeller, at brugerne i særlig grad ønsker psykologsamtaler. Vi har derfor undersøgt, om det er nogle bestemte brugergrupper, som har dette ønske. Tabellerne 4.62 til 4.65 viser, hvilke brugere der ønsker at få psykologsamtaler.

Tabel 4.62 viser, at der er en signifikant forskel på, om brugerne ønsker psykologsamtaler alt efter, om de tidligere har været i stofmisbrugsbehandling eller ej. Brugere, som ikke tidligere har været i behandling, ønsker i mindre grad at få samtaler med en psykolog. Da denne gruppe generelt ikke i højere grad får psykologsamtaler, er det mindre ønske om psykologsamtaler ikke udtryk for, hvor nemt det er for disse grupper at få psykologsamtaler. Der kan være tale om, at brugere, som har prøvet at være i behandling tidligere, i højere grad føler, at der skal et mere terapeutisk behandlingsforløb til denne gang, for at de kan få det ud af stofmisbrugsbehandlingen, som de ønsker.

TABEL 4.62

Andel af brugere, der ønsker psykologsamtaler, fordelt på, om de tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent.

Tidligere behandling	Ønsker ikke psykolog- samtaler	Ønsker psykolog- samtaler	I alt procent	I alt antal
Første gang i behandling	79	21	100	275
Har tidligere været i behandling	70	30	100	479
I alt	73	27	100	754

Anm.: $\chi^2 = 8$, $P = 0,004$.

Anm.: Brugere som allerede får psykologsamtaler er ikke inkluderet i denne tabel.

Brugere i arbejde ønsker i forholdsvis lille grad psykologsamtaler, mens 31 pct. af brugerne på kontanthjælp mv. ønsker psykologsamtaler. Det er desuden særligt brugere, som har færdiggjort en gymnasial uddannelse,

men som ikke har fået yderligere uddannelse, der ønsker at få psykologsamtaler.

TABEL 4.63

Andel af brugere, der ønsker psykologsamtaler, fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Ønsker ikke psykolog-samtaler	Ønsker psykolog-samtaler	I alt procent	I alt antal
Arbejde	85	15	100	89
Kontanthjælp mv.	69	31	100	372
Pension	76	24	100	281
I alt	74	26	100	742

Anm.: $\chi^2 = 11$, $P = 0,004$.

Anm.: Brugere som allerede får psykologsamtaler er ikke inkluderet i denne tabel.

TABEL 4.64

Andel af brugere, der ønsker psykologsamtaler, fordelt på deres uddannelsesbaggrund. Procent.

Uddannelse	Ønsker ikke psykolog-samtaler	Ønsker psykolog-samtaler	I alt procent	I alt antal
Højest 10. kl.	77	23	100	455
Gymnasial uddannelse	56	44	100	48
Faglig el. erhvervs-uddannelse	70	30	100	195
Videregående uddannelse	70	30	100	53
I alt	73	27	100	751

Anm.: $\chi^2 = 11$, $P = 0,010$.

Anm.: Brugere som allerede får psykologsamtaler er ikke inkluderet i denne tabel.

Af tabel 4.65 fremgår det, at der er en markant større andel brugere i Københavns Kommune, som ønsker psykologsamtaler, end i resten af landet. Det er således halvdelen af brugerne i Københavns Kommune, der ikke modtager psykologsamtaler, som ønsker sådanne samtaler mod et landsgennemsnit på 27 pct. Som det beskrives i kapitel 7, har brugerne i København ikke signifikant flere psykiske problemer, og flere brugere i

denne kommune end landsgennemsnittet får psykologhjælp. Forklaringen er således ikke, at der er flere brugere med psykiske problemer i Københavns Kommune, eller at de i mindre grad får hjælp til disse problemer.

TABEL 4.65

Hvorvidt brugerne ønsker psykologsamtaler eller ej, fordelt på hvilken type by, de bor i. Procent.

Bytype	Ønsker ikke psykolog-samtaler	Ønsker psykolog-samtaler	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	59	41	100	136
Københavns omegn	74	26	100	132
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	77	23	100	214
By m. 30.000 indbyggere el. mere	82	18	100	141
By m. mindre end 30.000 indbyggere	72	28	100	135
I alt	73	27	100	758

Anm.: $\chi^2 = 21$, $P = 0,000$.

Anm.: Brugere som allerede får psykologsamtaler er ikke inkluderet i denne tabel.

Tabel 4.65 og den logistiske regression i tabel 4.66 viser, at det særligt er brugere med gymnasial uddannelse, brugere på kontanthjælp mv. og brugere, som tidligere har været i behandling, der gerne vil have samtaler med en psykolog. Endelig vil brugere bosiddende i Københavns Kommune i markant højere grad gerne have samtaler med en psykolog, hvilket fastholdes i regressionsanalysen, hvor der tages højde for en række brugerkarakteristika.

Når disse variable inkluderes i analysen, finder vi derimod ikke nogen forskel på ønsket om psykologsamtaler i forhold til brugernes køn, alder, etnicitet eller hovedmisbrugsstof.

TABEL 4.66

Logistisk regression af, hvilke brugergrupper der ønsker psykologsamtaler.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Første gang i behandling	-0,522	0,189	**	0,593
<i>Uddannelse:</i>			*	
Højest 10. kl.	-0,328	0,347		0,721
Gymnasial uddannelse	0,512	0,451		1,668
Faglig eller erhvervsuddannelse	0,012	0,364		1,012
Videregående uddannelse	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Indkomsttype:</i>			**	
Arbejde	-0,630	0,339		0,532
Kontanthjælp mv.	0,280	0,186		1,324
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			**	
Københavns Kommune	0,405	0,267		1,499
Københavns omegn	-0,126	0,283		0,882
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,404	0,262		,0668
By m. 30.000 indbyggere el. mere	-0,651	0,295	*	0,522
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-0,626	0,399		0,535

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 601 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

BEHANDLING INDIVIDUELT ELLER I GRUPPER

Brugerne er blevet spurgt, om de foretrækker, at behandlingen foregår individuelt eller i grupper. Tabel 4.67 viser, hvad brugerne foretrækker, fordelt efter, om de allerede får gruppebehandling. Ud fra tabellen er det tydeligt, at brugerne generelt foretrækker individuel behandling frem for gruppebehandling. Kun 7 pct. af brugerne foretrækker, at behandlingen primært eller kun foregår i grupper, mens 17 pct. gerne vil have en ligelig fordeling, og 77 pct. foretrækker, at behandlingen primært eller kun foregår individuelt. Blandt brugere, som ikke er i gruppebehandling, foretrækker 87 pct., at behandlingen kun eller mest foregår individuelt. Brugere, der ikke er i gruppebehandling, ønsker i høj grad heller ikke gruppebehandling, hvilket tyder på en relativt god overensstemmelse mellem brugernes ønsker og den udbudte behandling på dette område.

De brugere, som allerede er i gruppebehandling, er dog noget mere positive over for behandlingsformen, men selv blandt disse er der 14 pct., som foretrækker, at behandlingen kun var individuel. Hovedparten af brugerne i gruppebehandling foretrækker dog en ligelig fordeling mellem individuel og gruppebehandling.

TABEL 4.67

Hvorvidt brugerne foretrækker individuel eller gruppebehandling, fordelt på, om de får gruppebehandling. Procent.

Gruppe behand- ling	Kun indivi- duel	Mest indivi- duel, men også lidt i grupper	Lige meget begge dele	Mest i gruppe, men også lidt indivi- duelt	Kun i gruppe	I alt procent	I alt antal
Får ikke gruppe- behand- ling	75	12	11	2	0	100	802
Får gruppe- behand- ling	14	22	42	18	4	100	199
I alt	63	14	17	6	1	100	1.001

Anm.: $\chi^2 = 291$, $P = 0,000$, 1 celle med forventet antal under 5.
Gamma = 0,814, $P = 0,000$.

OPSUMMERING PÅ INDHOLDET I STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN

I dette afsnit viser vi, at indholdet i behandlingen varierer alt efter, hvilken intensitet den har. Der danner sig et billede af, at dag- og døgnbehandlingen primært består af gruppebehandling, samtaler med andet personale og aktiviteter, kombineret med psykologsamtaler for en tredjedels vedkommende. Ad hoc-ydelser består derimod primært af substitutionsbehandling kombineret med samtaler med andet personale for to tredjedels vedkommende og aktiviteter for en mindre del af brugernes vedkommende. Den ambulante behandling placerer sig mellem disse typer, idet tre fjerdedele af brugerne får substitutionsbehandling, men samtidig er andelen af disse brugere, som

får samtaler med psykologer og andre behandlere, på niveau med brugerne i dag- og døgnbehandling. Brugere, som kun får ad hoc-ydelser, får således ikke bare en lavere intensitet af behandlingen, men også et substantielt andet indhold.

76 pct. af brugerne i undersøgelsen er i substitutionsbehandling. Der er en overvægt af brugere med relativt kort uddannelsesbaggrund, brugere, som lever af pension, og ældre brugere blandt substitutionsmodtagerne. Det er derimod kun 25 pct. af brugerne i undersøgelsen, som får psykologsamtaler. Kvinder, etniske og yngre brugere får i lidt højere grad psykologsamtaler, og relativt flere brugere i København og Københavns omegn får denne behandlingstype. Blandt de brugere, som modtager psykologsamtaler, får 31 pct. sådanne samtaler én gang om ugen eller oftere, mens 42 pct. får sådanne samtaler én gang om måneden eller sjældnere.

77 pct. af brugerne rapporterer at få samtaler med andet personale end psykologer. Det er således størstedelen af brugergruppen, som får sådanne samtaler, men der er dog en tendens til, at brugere på kontanthjælp mv. og brugere i Københavns omegn i højere grad får sådanne samtaler. Brugere i Københavns Kommune får derimod i noget mindre grad sådanne samtaler, men dette opvejes af, at flere får psykologsamtaler i denne kommune, og hvis de to behandlingsformer ses under ét, afviger Københavns Kommune således ikke fra de resterende kommuner. Blandt de brugere, som modtager samtaler med andet personale end psykologer, er der 28 pct., som får sådanne samtaler hver uge eller oftere, mens 43 pct. får sådanne samtaler en gang om måneden eller sjældnere.

Der er desuden 20 pct. af brugerne, som modtager gruppebehandling, og disse brugere er karakteriseret ved, at de i højere grad er yngre, er misbrugere af hash mv. eller centralstimulerende stoffer og er på kontanthjælp mv. eller i arbejde. Der er tale om en relativt intensiv behandlingsform, hvor 31 pct. deltager en gang om ugen, 29 pct. deltager to til tre gange om ugen, og 42 pct. deltager fire gange om ugen eller mere.

Endelig deltager 34 pct. af brugerne i fritidsaktiviteter, og det er særligt brugere på kontanthjælp mv. og brugere i Københavns omegn, der deltager i fritidsaktiviteter.

Der er en tendens til, at brugerne i højere grad oplever, at deres behandling fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse end på årsagerne til

misbruget. Der er således 38 pct. af brugerne, som mener, at deres behandling 'i høj grad' eller 'i nogen grad' fokuserer på årsagerne til misbruget, mens 59 pct. af brugerne mener, at deres behandling 'i høj grad' eller 'i nogen grad' fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse. Der er desuden en tendens til, at jo mindre intensiv behandlingen er, jo mindre oplever brugeren, at behandlingen fokuserer på både årsagerne til misbruget og tilbagefaldsforebyggelse. Sammenhængen er dog lidt kraftigere for resultaterne angående årsagerne til misbruget end resultaterne angående tilbagefaldsforebyggelse, men den er stærk for begge. Det er særligt brugere, som modtager psykologsamtaler og gruppebehandling, som oplever, at deres behandling fokuserer på årsagerne til misbruget. På baggrund af brugernes angivelser finder vi samlet, at der er et mere ligeligt fokus på tilbagefaldsforebyggelse for alle behandlingstyper sammenlignet med fokus på årsager. Der er dog et særligt stærkt fokus på tilbagefaldsforebyggelse for brugere i gruppebehandling og lidt svagere fokus for brugere i substitutionsbehandling.

Blandt brugere, som ikke allerede får den ønskede ydelse, er der særligt et ønske om at få psykologsamtaler, samtaler med andre behandlere og fritidsaktiviteter. Brugere i dagbehandling ønsker i særlig grad fritidsaktiviteter. Der er flest brugere, der ønsker psykologsamtaler blandt brugergrupperne med gymnasial uddannelse, brugere på kontanthjælp mv. og brugere, som tidligere har været i behandling. En markant større andel af brugere bosiddende i Københavns Kommune ønsker samtaler med en psykolog, selvom flere brugere får psykologsamtaler i København, og at der ikke er flere brugere med psykiske problemer i denne kommune. Brugere foretrækker overordnet en mere individuelt funderet behandling, mens brugere, som er i gruppebehandling, foretrækker en ligelig fordeling mellem gruppebehandling og individuel behandling.

Alt i alt tegner der sig et billede af, at brugerne ønsker behandling, der foregår individuelt, og som i høj grad består af samtaler med en psykolog og andre behandlere samt fritidsaktiviteter.

DE FYSISKE RAMMER FOR STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN

I dette afsnit beskriver vi brugernes opfattelse af de fysiske rammer på behandlingsstederne. Tabel 4.68 viser, i hvilken grad brugerne mener, at behandlingsstedet er et rart sted at være, fordelt efter intensiteten af deres behandling.

TABEL 4.68

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mener, at behandlingsstedet er et rart sted at være, fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	21	14	34	31	100	429
Ambulant behandling	7	12	29	52	100	398
Dag-behandling	0	4	13	82	100	69
Døgn-behandling	3	7	17	73	100	95
I alt	12	12	29	47	100	991

Anm.: $\chi^2 = 129$, $P = 0,000$.

Tabel 4.68 viser, at hovedparten af brugerne er tilfredse med de fysiske og sociale rammer på behandlingsstedet, idet 47 pct. mener, at behandlingsstedet 'i høj grad' er et rart sted at være. Der er dog stor forskel på tilfredshedsgraden alt efter, hvilken behandlingsintensitet brugerne modtager. Der er således 21 pct. af brugerne, som kun modtager ad hoc-ydelser, som 'slet ikke' synes, at behandlingsstedet er et rart sted at være. Denne høje andel kan være et udtryk for, at de behandlingssteder, som leverer ad hoc-ydelser, har dårligere rammer. De dårlige rammer kan dog også være grunden til, at brugerne kun ønsker at modtage social stofmisbrugsbehandling forholdsvist sjældent.

Derudover er det tydeligt, at særligt brugerne i dag- og døgnbehandling synes, at behandlingsstedet er et rart sted at være.

Brugerne beskriver behandlingssteder, hvor det er rart at være, som steder, hvor de kan føle sig trygge, hvor der er hygge og evt. lidt mad, og hvor personalet er åbent og venligt.

Det hjalp mig meget at komme herop og se ... fordi nede på [metadonudlevering], det er meget ... alle ansatte dernede render rundt med alarmer, overfaldsalarmer, ditten og datten. Det er sådan et lille åbent fængsel dernede, føler jeg ... heroppe, ikke også, der er ikke en eneste alarmknap ... her tager den store ansatte fat og råber og skriger, og så er der ro på drengen, ikke? Det kan jeg godt lide ved det. Der er mere respekt ved det her center. [...] Hvis du har brug for at snakke med nogen, så kan du ikke stå og snakke med apotekeren, vel? Det kan du her. Kommer man dårlig herop, så sætter man sig over i sofaen, og man skal bare vise sit bedrøvede ansigt, så fiv [fløjter], så sidder der en behandler, en støttekontaktperson ... og snakker med en ... det er de virkelig gode til (Troels, 35 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

BRUGERNES TILFREDSHED MED BEHANDLINGEN

Brugernes tilfredshed med deres behandling og oplevelse af, om de rent faktisk får det dårligere eller bedre af at være i behandling, udgør nogle centrale mål for, hvor godt den sociale stofmisbrugsbehandling fungerer. I tabellerne 4.69 til 4.72 undersøger vi, hvor mange brugere der har oplevet at få det bedre eller dårligere af behandlingen og deres karakteristika.

Tabel 4.69 viser, at 46 pct. af brugerne oplever, at de har fået det 'meget bedre' af behandlingen, og 35 pct. har fået det 'bedre' af behandlingen. Det er således langt størstedelen af brugerne, der har oplevet at få det bedre af behandlingen. Der er dog 8 pct., som mener, at de har fået det 'dårligere' eller 'meget dårligere' af behandlingen. Disse to grupper udgør ikke en stor del af brugerne, men idet stofmisbrugsbehandling generelt er frivillig, er det heller ikke forventeligt, at mange brugere ville forsætte en behandling, som de oplever at have fået det dårligere af.

Tabel 4.69 viser også, at det særligt er brugere på pension og kontanthjælp mv., som har fået det 'dårligere' af at være i behandling, mens særligt brugere i arbejde har fået det 'meget bedre' af behandlingen. Sidstnævnte resultatet kan være udtryk for, at disse brugere har fået det så godt af behandlingen, at de er i stand til at fastholde eller få et arbejde.

Men samtidig kan resultatet også dække over selektionseffekter i form af, at brugere, der har arbejde, er relativt velfungerende. I delrapport 6, analysen af de tidligere brugeres livssituation, belyser vi nærmere brugernes livssituation 2-3 år efter, de har modtaget behandling i forhold til, hvilken behandling de har modtaget.

TABEL 4.69

Brugernes angivelse af om de har fået det bedre eller dårligere af misbrugsbehandlingen. Fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indkomst-type	Meget dårligere	Dårligere	Hverken/eller	Bedre	Meget bedre	I alt procent	I alt antal
Arbejde	0	3	5	35	58	100	116
Kontant-hjælp mv.	2	6	12	33	48	100	492
Pension	3	8	14	37	39	100	370
I alt	2	6	12	34	46	100	978

Anm.: $\chi^2 = 24$, $P = 0,002$, 1 celle med forventet antal mindre end 5.

Anm.: Gamma = -0,208, $P = 0,000$.

TABEL 4.70

Brugernes angivelse af om de har fået det bedre eller dårligere af misbrugsbehandlingen. Fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	Meget dårligere	Dårligere	Hverken/eller	Bedre	Meget bedre	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	3	9	16	35	37	100	429
Ambulant behandling	2	4	10	35	49	100	398
Dagbehandling	2	3	3	43	49	100	67
Døgntbehandling	2	1	5	24	68	100	96
I alt	2	6	12	35	46	100	990

Anm.: $\chi^2 = 53$, $P = 0,000$, Gamma = 0,282, $P = 0,000$.

Som det ses i tabel 4.70, oplever væsentligt færre af de brugere, som modtager ad hoc-ydelser, at de har fået det 'meget bedre' af

behandlingen, end brugere i mere intensiv behandling. Blandt brugerne i døgnbehandling angiver 68 pct. at have fået det 'meget bedre', mens det samme gælder for 49 pct. af brugerne i ambulant og dagbehandling og 37 pct. af brugerne i ad hoc-behandling. Der er således en klar sammenhæng mellem behandlingsintensiteten, og i hvilken grad brugeren har fået det bedre af behandlingen. Det kan dog hænge sammen med, at mange af brugerne i ad hoc-behandling får metadon, som de er afhængige af. Det er derfor sværere for denne gruppe at forlade behandlingen, selvom de mener, at den på sigt gør dem dårligere.

Hvilken kommune, brugeren tilhører, har også betydning for, hvor meget bedre brugeren har fået det af behandlingen. Væsentligt flere brugere i Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg har fået det 'meget bedre' af behandlingen, mens der i Københavns Kommune er 13 pct., som har fået det 'dårligere' eller 'meget dårligere' af behandlingen mod et gennemsnit på 8 pct. Der er desuden forholdsvis mange (20 pct.) af brugerne i Københavns Kommune, som mener, at de hverken har fået det værre eller bedre af behandlingen.

TABEL 4.71

Brugernes angivelse af om de har fået det bedre eller dårligere af behandlingen. Fordelt på hvilken type by, de bor i. Procent.

Bytype	Meget dår- ligere	Dår- ligere	Hver- ken/ eller	Bedre	Meget bedre	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	4	9	20	36	31	100	187
Københavns omegn	3	6	9	34	47	100	188
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	1	3	9	31	58	100	275
By m. 30.000 indbyggere	1	7	12	39	40	100	176
el. mere By m. mindre end 30.000 indbyggere	2	6	9	36	48	100	164
I alt	2	6	12	35	46	100	990

Anm.: $\chi^2 = 54$, $P = 0,000$, Gamma = 0,112, $P = 0,003$.

Ud fra tabel 4.71 og den ordinale regressionsanalyse i tabel 4.72 kan vi konkludere, at flest brugere i arbejde og brugere i døgnbehandling oplever at få det 'bedre' af stofmisbrugsbehandlingen. Derudover er det særligt brugerne i Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg, som oplever at have fået det bedre af behandlingen.

TABEL 4.72

Ordinal regression af, hvor meget dårligere eller bedre brugeren har fået det af misbrugsbehandlingen.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikansniveau
<i>Indkomsttype:</i>			***
Arbejde	0,967	0,213	***
Kontanthjælp mv.	0,323	0,148	*
Pension	Reference	Reference	Reference
<i>Behandlingsintensitet:</i>			***
Ad hoc-ydelser	-1,528	,211	***
Ambulant behandling	-0,923	0,202	***
Dagbehandling	-0,885	0,294	**
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			***
Københavns Kommune	-0,789	0,205	***
Københavns omegn	-0,048	0,216	
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,646	0,209	**
By med 30.000 indbyggere el. mere	-0,232	0,209	
By med mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference

Anm.: Den afhængige variabels udfald er 1) meget dårligere; 2) dårligere; 3) hverken/eller; 4) bedre; 5) meget bedre.

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 975 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

BRUGERNES TILFREDSHED MED BEHANDLINGEN

Brugerne er også blevet spurgt om, hvor tilfredse de er med deres behandling. Man må forvente, at dette i høj grad hænger sammen med, om de har fået det værre eller bedre af behandlingen. Sammenhængen er forholdsvis stærk, men der er også andre aspekter ved behandlingen, som kan påvirke tilfredsheden, og disse aspekter vil blive undersøgt i dette afsnit.

En stor del af brugerne er tilfredse med behandlingen, idet 42 pct. er 'meget tilfredse', og 31 pct. er 'tilfredse' med behandlingen. Der er dog også 16 pct. af brugerne, som er 'utilfredse' eller 'meget utilfredse'. Når tilfredshedsniveauet vurderes, skal der tages højde for, at

stofmisbrugsbehandlingen for langt de flestes vedkommende er frivillig. Brugerne har derfor mulighed for at forlade behandlingen, hvis de er utilfredse med den hjælp, de får. I denne undersøgelse har det ikke været muligt at kontakte de brugere, der har forladt behandlingen, og der er derfor en risiko for, at tilfredshedsniveauet i denne undersøgelse er overvurderet.

Tabel 4.73 viser, at brugere, som ikke tidligere har været i behandling, er mere tilfredse end brugere, som tidligere har været i behandling. Der er således 83 pct. af brugerne, som er i behandling første gang, der enten er 'tilfredse' eller 'meget tilfredse', mod 69 pct. blandt brugere, som har været i behandling tidligere.

TABEL 4.73

Brugernes tilfredshed med deres behandling fordelt på, om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent.

Tidligere behandling	Meget util- freds	Util- freds	Hver- ken/ eller	Til- freds	Meget tilfreds	I alt pro- cent	I alt antal
Har ikke tidligere været i stofmisbrugs behandling	3	6	8	34	49	100	378
Har tidligere været i stofmisbrugs behandling	9	11	12	30	39	100	629
I alt	7	9	10	31	42	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 25$, $P = 0,000$, Gamma = -0,232, $P = 0,000$.

Hvis vi alene ser på tilfredshedsniveauet i de forskellige kommuner uden at tage højde for andre faktorer, er der ikke nogen signifikant forskel kommunerne imellem. Regressionsanalysen i tabel 4.81 viser dog, at tilfredsheden med behandlingen er forskellig, når der tages højde for, hvilke behandlingstyper og -intensiteter kommunerne leverer, idet tilfredsheden i Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg er lidt højere end gennemsnittet, mens den er lavere i Københavns Kommune og Københavns omegn.

TABEL 4.74

Brugernes tilfredshed med deres behandling, fordelt på, hvilken type by de bor i. Procent.

Bytype	Meget utilfreds	Utilfreds	Hverken/eller	Tilfreds	Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	10	10	10	34	35	100	192
Københavns omegn	9	9	11	31	40	100	193
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	5	10	10	29	46	100	277
By m. 30.000 indbyggere el. mere	5	10	12	28	46	100	186
By m. mindre end 30.000 indbyggere	7	6	10	36	42	100	164
I alt	7	9	11	31	42	100	1.012

Anm.: $\chi^2 = 17$, $P = 0,370$.

TABEL 4.75

Brugernes tilfredshed med deres behandling, fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	Meget utilfreds	Utilfreds	Hverken/eller	Tilfreds	Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	10	12	14	33	31	100	441
Ambulant behandling	5	8	9	29	50	100	402
Dagbehandling	1	3	4	45	46	100	69
Døgnbehandling	4	6	4	27	58	100	96
I alt	7	9	10	31	42	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 67$, $P = 0,000$, Gamma = 0,303, $P = 0,000$.

Tabel 4.75 viser en tydelig sammenhæng mellem intensiteten af brugernes behandling, og hvor tilfredse de er med behandlingen. Der er en

betydelig forskel mellem brugere, som modtager ad hoc-ydelser, og brugere i mere intensiv behandling. Der er således 64 pct. af brugerne i ad hoc-behandling, som samlet er enten 'tilfredse' eller 'meget tilfredse', mens det er tilfældet for 79 pct. af brugerne i ambulant behandling, 91 pct. af brugerne i dagbehandling og 85 pct. af brugerne i døgnbehandling. Dag- og døgnbehandling giver dermed de mest tilfredse brugere, mens der er relativt flere utilfredse brugere blandt modtagerne af ad hoc-ydelser. Selv blandt brugere, som modtager ad hoc-ydelser, er der dog en stor procentdel, der er tilfredse med behandlingen.

I tabellerne 4.76 til 4.80 undersøger vi brugernes tilfredshed med behandlingen, fordelt efter, hvilke behandlingstyper brugerne får. Disse tabeller viser, at brugere, som modtager substitutionsbehandling, generelt er mindre tilfredse end brugere, som ikke modtager substitutionsbehandling. For de øvrige ydelser gælder, at brugere, som modtager ydelsen, er mere tilfredse end brugere, som ikke modtager ydelsen. Når vi i regressionsanalysen i tabel 4.81 tager højde for brugerkarakteristika, og hvilke andre typer behandling brugerne modtager, er der ikke nogen signifikant sammenhæng mellem gruppebehandling og tilfredsheden med behandlingen, mens sammenhængen fastholdes for de øvrige behandlingstyper.

TABEL 4.76

Brugernes tilfredshed med deres behandling, fordelt på, om de får substitutionsbehandling eller ej. Procent.

Behandlingstype	Meget utilfreds	Utilfreds	Hverken/eller	Tilfreds	Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Får ikke substitutionsbehandling	4	2	4	30	59	100	246
Får substitutionsbehandling	8	11	12	32	37	100	765
I alt	7	9	10	31	42	100	1.011

Anm.: Gamma = -0,423, P = 0,000.

TABEL 4.77

Brugernes tilfredshed med deres behandling, fordelt på, om de får psykologsamtaler eller ej. Procent.

Behand- lingstype	Meget utilfreds	Util- freds	Hver- ken/ eller	Til- freds	Meget tilfreds	I alt pro- cent	I alt antal
Får ikke psykolog- samtaler	8	11	11	33	37	100	758
Får psykolog- samtaler	4	5	8	26	58	100	250
I alt	7	9	10	31	42	100	1.008

Anm.: Gamma = 0,336, P = 0,000.

TABEL 4.78

Brugernes tilfredshed med deres behandling, fordelt på, om de får samtaler med andet personale eller ej. Procent.

Behand- lingstype	Meget util- freds	Util- freds	Hver- ken/ eller	Til- freds	Meget tilfreds	I alt pro- cent	I alt antal
Får ikke samtaler med andre behandlere	13	13	15	29	21	100	231
Får samtaler med andre behandlere	5	8	9	32	46	100	780
I alt	7	9	11	31	42	100	1.011

Anm.: Gamma = 0,289, P = 0,000.

TABEL 4.79

Brugernes tilfredshed med deres behandling, fordelt på, om de deltager i gruppebehandling eller ej. Procent.

Behandlingstype	Meget utilfreds	Utilfreds	Hverken/eller	Tilfreds	Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Deltager ikke i gruppebehandling	8	11	12	31	39	100	810
Deltager i gruppebehandling	3	3	6	35	54	100	200
I alt	7	9	10	31	42	100	1.010

Anm.: Gamma = 0,333, P = 0,000.

TABEL 4.80

Brugernes tilfredshed med deres behandling, fordelt på, om de deltager i fritidsaktiviteter eller ej. Procent.

Behandlingstype	Meget utilfreds	Utilfreds	Hverken/eller	Tilfreds	Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Deltager i fritidsaktiviteter	8	10	12	31	38	100	668
Deltager ikke i fritidsaktiviteter	4	7	7	31	50	100	341
I alt	7	9	10	31	42	100	1.009

Anm.: Gamma = 0,236, P = 0,000.

Ud fra tabel 4.76–4.80 kan vi konkludere, at der er en positiv sammenhæng mellem at modtage psykologsamtaler, samtaler med andet personale og deltage i fritidsaktiviteter og tilfredsheden med behandlingen. Derimod er der en negativ sammenhæng mellem at modtage substitutionsbehandling og tilfredsheden med behandlingen. Hvis brugeren modtager både substitutionsbehandling og samtaler med psykolog eller andet personale, opvejer de to sammenhænge dog hinanden. Der er i regressionsanalysen rapporteret i tabel 4.81 ikke nogen

selvstændig sammenhæng mellem gruppebehandling og fritidsaktiviteter og tilfredsheden, når vi i analysen tager højde for, hvilke andre behandlingstyper brugeren modtager.

Der er desuden en tendens til, at brugere i mere intensive behandlingsintensiteter er mere tilfredse, og at brugere, som er i behandling første gang, er mere tilfredse, selv når der tages højde for, hvilken type behandling brugeren får og intensiteten af denne behandling. Der er desuden en tendens til, at brugere i Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg er mere tilfredse, mens brugere i København og Københavns omegn er mindre tilfredse. Det skal dog understreges, at denne forskel kun fremkommer, når vi tager højde for de øvrige faktorer i analysen såsom behandlingsindhold og intensitet, og at der ellers ikke er nogen forskel på tilfredshedsniveauet kommunerne imellem.

Der var ikke en signifikant sammenhæng mellem en række baggrundsvARIABLE, som karakteriserer den enkelte bruger, og brugernes tilfredshed. Der er således ingen forskel på brugertilfredsheden i forhold til køn, etnicitet, alder, uddannelse, indtægt og hovedmisbrugsstof. Hvis vi ikke tager højde for de andre faktorer i analysen og alene ser på fordelingen på tilfredshed for hver af disse variable separat, er der dog signifikant flere yngre brugere, brugere i arbejde og brugere, som har hash mv. eller centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, der er tilfredse med behandlingen. Grunden til, at disse faktorer ikke bliver signifikante i regressionsanalysen, er, at de har betydning for, hvilken behandlingstype og intensitet brugeren modtager, mens der ikke er forskel på fx yngre og ældre brugeres tilfredshed, hvis de får samme type behandling.

TABEL 4.81

Ordinal regression af brugernes tilfredshed med deres stofmisbrugsbehandling.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans
Substitutionsbehandling	-0,700	0,177	***
Psykologsamtaler	0,644	0,159	***
Samtaler med andre behandlere	0,673	0,159	***
Behandlingsintensitet	0,028	0,009	**
Første gang i behandling	0,438	0,125	***
<i>Bytype:</i>			*
Københavns Kommune	-0,283	0,194	
Københavns omegn	-0,307	0,202	
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,212	0,187	
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,108	0,204	
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference

Anm.: Den afhængige variabels udfald: 1) meget utilfreds; 2) utilfreds; 3) hverken/eller; 4) tilfreds og 5) meget tilfreds.

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.003 brugere. Intensiteten af behandlingen er i denne analyse inkluderet som intervalskaleret variabel.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

OPSUMMERING AF BRUGERNES TILFREDSHED MED BEHANDLINGEN

En stor del af brugerne er tilfredse med behandlingen, idet 42 pct. er 'meget tilfredse', og 31 pct. er 'tilfredse' med behandlingen. Der er dog også 16 pct. af brugerne, som er enten 'utilfredse' eller 'meget utilfredse'.

Der er en klar tendens til, at brugere i mere intensive behandlingsintensiteter er mere tilfredse, og at brugere, som er i behandling første gang, er mere tilfredse. Brugere, som modtager psykologsamtaler, samtaler med andet personale, og som deltager i fritidsaktiviteter, er generelt mere tilfredse, mens brugere, som modtager substitutionsbehandling, generelt er mere utilfredse. Substitutionsbrugere, som også modtager behandlingssamtaler, er dog ikke mere utilfredse end brugere, som ikke modtager substitutionsbehandling. Derimod synes det ikke at have nogen sammenhæng med behandlingstilfredsheden, om brugeren modtager gruppebehandling eller ej.

Når vi tager højde for, hvilken behandlingstype og intensitet brugeren får, er der ikke nogen sammenhæng mellem karakteristika ved

brugeren og tilfredsheden med behandlingen. Der er således ikke forskel på brugergruppernes tilfredshed, hvis de modtager den samme behandling, men der er forskel på, hvilke grupper der modtager de forskellige behandlingstyper og -intensiteter. Der er derfor flere tilfredse brugere blandt de yngre brugere, brugere i arbejde og brugere, som har hash mv. eller centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof.

BRUGERNES BEHANDLING – OPSUMMERING

Dette kapitel har beskrevet den behandling, brugerne modtager mht. bl.a. formål, intensitet, indhold, fysiske rammer samt brugernes tilfredshed med behandlingen.

14 pct. af brugerne i stofmisbrugsbehandlingen er stoffri, dvs., at de hverken tager illegale stoffer eller substitutionsmedicin. 28 pct. af de øvrige brugere har stoffrihed inden for de næste par år som et planlagt mål med deres behandling, mens 49 pct. af de resterende brugere hverken er stoffri eller har planlagt stoffrihed. Det er særligt yngre brugere, brugere i arbejde eller på kontanthjælp mv. og misbrugere af hash mv. og centralstimulerende stoffer, som er stoffri eller har stoffrihed som planlagt mål med behandlingen.

For 70 pct. af brugerne er der overensstemmelse mellem deres ønsker om at blive stoffri eller ej og det planlagte formål med behandlingen. Der er således 27 pct. af brugerne, som ønsker at blive stoffri, og hvor stoffrihed er et planlagt mål for behandling, 27 pct., som ikke ønsker at blive stoffri, og hvor dette heller ikke er et planlagt mål for behandlingen, samt 16 pct., som allerede er stoffri. For 20 pct. af brugernes vedkommende er der dog ikke overensstemmelse mellem deres ønske om stoffrihed og det planlagte formål for behandlingen. Brugernes personlige karakteristika har ikke nogen statistisk signifikant indvirkning på, om behandlingen har det formål, brugeren ønsker. Vi finder til gengæld en forskel, når vi ser på, hvad formålet er med behandlingen for de 34 pct. af brugerne, som oprindeligt ønskede stoffrihed, da de henvendte sig for at få behandling. Af disse brugere er 33 pct. stoffri, 34 pct. har planlagt stoffrihed, og for 24 pct. er der ikke planlagt stoffrihed. Det er særligt opiatmisbrugere og brugere på pension, som ikke er stoffri eller har planer om at blive det. Da disse personlige karakteristika ikke synes at have indflydelse på overensstem-

melsen mellem brugernes ønsker om stoffrihed på interviewtidspunktet og formålet med den behandling, de modtager, må disse brugere i højere grad have ændret deres ønsker til behandlingen undervejs i behandlingsforløbet. Idet halvdelen af brugerne, som oprindeligt ønskede stoffrihed, også ønskede at få substitutionsmedicin, kunne det tyde på, at disse brugere, efter de er startet i substitutionsbehandling, ændrer deres ønsker til behandlingen i retning af stabilisering og reduktion frem for stoffrihed.

Af brugerne i undersøgelsen er 10 pct. i døgnbehandling, 7 pct. i dagbehandling (samtaler eller gruppebehandling mindst tre gange om ugen), 40 pct. i ambulant behandling (samtaler eller gruppebehandling mindst hver 14. dag), og 44 pct. modtager ad hoc-ydelser (samtaler eller gruppebehandling sjældnere end hver 14. dag). Det er især karakteristika ved den enkelte bruger, der har betydning for intensiteten af brugerens behandling. Overordnet er der en tendens til, at brugere, som er unge, på kontanthjælp mv. og/eller har hash mv. eller centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, i højere grad får dag- og døgnbehandling. Mens brugere, der modtager ad hoc-ydelser, oftere er ældre, opiatmisbrugere, og/eller lever af pension.

Blandt brugere, som ikke på interviewtidspunktet er i døgnbehandling, er der 16 pct., som ønsker at komme i døgnbehandling. Der er her særligt tale om yngre brugere, brugere på kontanthjælp mv. og brugere, som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Der er desuden væsentligt færre brugere fra Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg, som ønsker døgnbehandling end fra de øvrige kommuner.

Indholdet af stofmisbrugsbehandlingen varierer alt efter, hvilken intensitet den har. Der danner sig et billede af, at dag- og døgnbehandlingen primært består af gruppebehandling, samtaler med andet personale og aktiviteter, kombineret med psykologsamtaler for en tredjedels vedkommende. Ad hoc-ydelser består derimod primært af substitutionsbehandling kombineret med samtaler med andet personale for to tredjedels vedkommende og aktiviteter for en mindre del af brugerne. Særligt kendetegnende for ad hoc-ydelserne er, at disse er defineret ved, at brugerne modtager sociale behandlingsydelser sjældnere end hver 14. dag. Den ambulante behandling placerer sig mellem disse typer, idet tre fjerdedele af brugerne får substitutionsbehandling, men samtidig er andelen af disse brugere, som får samtaler med psykologer og andre behandlere, som minimum tilsvarende brugerne i døgnbehandling.

Brugere, som kun får ad hoc-ydelser, får således ikke bare en lavere intensitet af behandlingen, men også et substantielt andet indhold.

76 pct. af brugerne i undersøgelsen er i substitutionsbehandling. Der er en overvægt af brugere med relativt kort uddannelsesbaggrund, brugere som lever af pension, og ældre brugere blandt substitutionsmodtagerne.

25 pct. af brugerne i undersøgelsen får psykologsamtaler. Kvinder, yngre og etniske brugere får i lidt højere grad psykologsamtaler, og særligt mange brugere i København og Københavns omegn får denne behandlingstype. Blandt de brugere, som modtager psykologsamtaler, får 31 pct. sådanne samtaler en gang om ugen eller oftere, mens 42 pct. får sådanne samtaler en gang om måneden eller sjældnere.

77 pct. af brugerne rapporterer at få samtaler med andet personale end psykologer. Det er således størstedelen af brugergruppen, som får sådanne samtaler, men der er dog en tendens til, at brugere på kontanthjælp mv. og brugere i Københavns omegn i højere grad får sådanne samtaler. Brugere i Københavns Kommune får derimod i noget mindre grad sådanne samtaler, men den lavere andel opvejes af, at flere får psykologsamtaler i denne kommune, og hvis de to behandlingsformer ses under ét, afviger Københavns Kommune således ikke fra de resterende kommuner. Blandt de brugere, som modtager samtaler med andet personale end psykologer, er der 28 pct., som får sådanne samtaler hver uge eller oftere, mens 43 pct. får sådanne samtaler en gang om måneden eller sjældnere.

Der er desuden 20 pct. af brugerne, som modtager gruppebehandling, og disse brugere er karakteriseret ved at være yngre, være misbrugere af hash mv. eller centralstimulerende stoffer og leve af kontanthjælp mv. eller arbejde. Det er således typisk de yngre og mindre belastede brugere, som får denne behandlingsform. Der er samtidig tale om en relativt intensiv behandlingsform, hvor 31 pct. deltager en gang om ugen, 29 pct. deltager to til tre gange om ugen, og 42 pct. deltager fire gange om ugen eller mere.

Endelig deltager 34 pct. af brugerne i fritidsaktiviteter, og det er særligt brugere på kontanthjælp mv. og brugere i Københavns omegn, der deltager i fritidsaktiviteter.

Der er en tendens til, at brugerne i højere grad oplever, at deres behandling fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse end årsagerne til misbruget. Der er således 38 pct. af brugerne, som mener, at deres

behandling 'i høj grad' eller 'i nogen grad' fokuserer på årsagerne til misbruget, mens 59 pct. af brugerne mener, at deres behandling 'i høj grad' eller 'i nogen grad' fokuserer på tilbagefaldsforebyggelse. Der er desuden en tendens til, at jo mindre intensiv behandlingen er, jo mindre oplever brugeren, at behandlingen fokuserer på både årsagerne til misbruget og tilbagefaldsforebyggelse. Det er særligt brugere, som modtager psykologsamtaler og gruppebehandling, som oplever, at deres behandling fokuserer på årsagerne til misbruget. Der er i højere grad fokus på tilbagefaldsforebyggelse for alle behandlingstyper, dog med et særligt stærkt fokus på tilbagefaldsforebyggelse for brugere i gruppebehandling og lidt svagere fokus for brugere i substitutionsbehandling.

Blandt brugere, som ikke allerede får den specifikke ydelse, er der særligt et ønske om at få psykologsamtaler (27 pct.), samtaler med andre behandlere (20 pct.) og fritidsaktiviteter (18 pct.). Brugere i dagbehandling ønsker i særlig grad fritidsaktiviteter. Vi finder de fleste, der ønsker psykologsamtaler, blandt brugere med gymnasial uddannelse, brugere på kontanthjælp mv. og brugere, som tidligere har været i behandling. Endelig vil brugere bosiddende i Københavns Kommune i markant højere grad gerne have samtaler med en psykolog, selvom der for det første ikke er flere brugere med psykiske problemer i denne kommune end blandt de øvrige kommuner, og for det andet selvom flere brugere i Københavns Kommune allerede får psykologsamtaler i forhold til landsgennemsnittet. Brugerne foretrækker overordnet en mere individuelt funderet behandling, mens brugere, som er i gruppebehandling, foretrækker en ligelig fordeling mellem gruppe- og individuel behandling.

Alt i alt tegner der sig et billede af, at brugerne ønsker behandling, der foregår individuelt, og som i høj grad består af samtaler med en psykolog, andre behandlere samt fritidsaktiviteter.

Den største del af brugerne i undersøgelsen er tilfredse med deres behandling, idet 42 pct. er 'meget tilfredse', og 31 pct. er 'tilfredse' med behandlingen. Der er dog sammenlagt 16 pct. af brugerne, som er enten 'utilfredse' eller 'meget utilfredse'.

Der er en klar tendens til, at brugere i mere intensive behandlingsintensiteter og brugere, som er i behandling første gang, er mere tilfredse. Brugere, som modtager psykologsamtaler, samtaler med andet personale og deltager i fritidsaktiviteter, er mere tilfredse, mens der er relativt flere utilfredse brugere blandt dem, der modtager

substitutionsbehandling. Substitutionsbrugere, som også modtager behandlingssamtaler, er dog ikke mere tilfredse end brugere, som ikke modtager substitutionsbehandling. Derimod synes det ikke at have nogen sammenhæng med tilfredsheden med behandlingen, om brugeren modtager gruppebehandling eller ej.

Når vi tager højde for, hvilken behandlingstype og intensitet brugeren får, er der ikke nogen sammenhæng mellem karakteristika ved brugeren og tilfredsheden med behandlingen. Der er således ikke forskel på brugergruppernes tilfredshed, hvis de modtager den samme behandling, men der er forskel på, hvilke grupper der modtager de forskellige behandlingstyper og -intensiteter. Der er derfor flere tilfredse brugere blandt de yngre brugere, brugere i arbejde og brugere, som har hash mv. eller centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof.

HENVISNINGSFORLØBET

Brugerne beskriver i de kvalitative interview et henvisningsforløb, hvor de enten selv henvender sig til det kommunale misbrugscenter, eller de bliver henvist dertil af deres læge eller sagsbehandler i kommunen eller på jobcentret. Derefter har de nogle få indledende samtaler med en behandler eller misbrugskonsulent, som leder frem til, hvilken behandling brugeren skal have.

I dette kapitel undersøger vi, hvor stor grad af selvbestemmelse brugerne har haft i denne proces både med hensyn til valg af formålet med behandlingen og behandlingsstedet, samt hvor stor indflydelse brugerne rent faktisk ønsker at have på disse ting. Herefter beskriver vi behandlingsstedets lydhørhed over for brugernes ønsker. Vi undersøger også, hvor stor indflydelse brugerne har på deres behandling, efter den er sat i gang, herunder deres muligheder for at lave justeringer i behandlingen og justeringer af medicindosis. Afslutningsvis undersøger vi brugernes viden om deres klagerettigheder samt deres oplevelse af tiden, fra de henvendte sig for at få behandling, til de startede i behandlingen.

BRUGERINDDRAGELSE

Dette afsnit afdækker, hvor stor selvbestemmelse brugerne har i forbindelse med deres behandling. Først afdækker vi, hvordan brugerne oplevede deres indflydelse i forbindelse med valg af behandlingstype og -sted. Derefter beskriver vi, hvordan brugerne oplever deres indflydelse på behandlingen i deres aktuelle situation fx ved justeringer af behandlingen.

VALG AF BEHANDLINGSTYPE

I undersøgelsen er brugere i substitutionsbehandling blevet spurgt, om de havde mulighed for at vælge mellem substitutionsbehandling og stoffri behandling.

Tabel 5.1 viser, at 61 pct. af brugerne ikke havde mulighed for at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling, da de startede i behandling. Brugerens rettighed til frit valg og medbestemmelse resulterer således ikke for flertallets vedkommende i, at de selv kan vælge mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling. Der er en tendens til, at brugere på pension i lidt højere grad har haft mulighed for at vælge mellem substitutionsbehandling og stoffri behandling. Sammenhængen er dog ikke signifikant, hvis de 11 brugere, som har anden eller ingen indkomst, ekskluderes af analysen. Der er således ikke signifikant forskel på brugere i arbejde, på kontanthjælp mv. og pension mht., om de havde mulighed for at vælge mellem substitutionsbehandling og stoffri behandling.

Muligheden for at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling er heller ikke forskellig alt efter brugerens køn, alder, etnicitet, tidligere behandling eller bopælskommune.

Da kun en tredjedel af brugerne ved deres henvendelse havde stoffrihed som mål, er fraværet af frit valg ikke nødvendigvis et problem. Det vidner dog om, at en betydelig del af brugerne i den sociale stofmisbrugsbehandling bliver tilbudt behandling, der sigter mod en stabilisering af misbruget snarere end stoffrihed.

TABEL 5.1

Brugernes angivelse af om de havde mulighed for at vælge mellem substitutions- og stoffri behandling ved behandlingsstart. Fordelt på brugerens indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Havde ikke valgmulighed	Havde valgmulighed	I alt procent	I alt antal
Arbejde	61	39	100	49
Kontanthjælp mv.	65	35	100	324
Pension	58	42	100	332
I alt	61	39	100	705

Anm.: $\chi^2 = 4$, $P = 0,159$.

Anm.: Kun brugere i substitutionsbehandling er inkluderet.

VALG AF BEHANDLINGSSTED

Alle brugere i undersøgelsen er blevet spurgt, om de havde mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder, da det var besluttet, hvilken form for behandling de skulle have. Tabellerne 5.2 til 5.5 beskriver, hvor stor en del af brugerne der fik et sådant valg og deres særlige karakteristika.

En fjerdedel af brugerne fik mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder, da det var besluttet, hvilken type behandling vedkommende skulle have. Tallet dækker sandsynligvis over, at der for mange kommuners vedkommende kun er ét ambulant tilbud at få inden for en acceptabel transporttid. Brugere bliver derfor ikke umiddelbart tilbudt at få behandling på et behandlingssted, som ligger væsentligt længere væk fx i en anden kommune.

TABEL 5.2

Brugernes angivelse af om de havde mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder eller ej. Fordelt på brugerens alder. Procent.

Alder	Havde ikke valgmuligheder	Havde valgmuligheder	I alt procent	I alt antal
18-24 år	60	40	100	73
25-34 år	70	31	100	249
35-44 år	71	29	100	377
45- år	87	13	100	285
I alt	74	26	100	984

Anm.: $\chi^2 = 39$, $P = 0,000$.

Tabel 5.2 viser, at jo yngre brugeren er, jo større sandsynlighed er der for, at vedkommende havde flere behandlingssteder at vælge imellem. Brugere i aldersgruppen 18-24 år har således for 40 procents vedkommende haft flere behandlingssteder at vælge imellem, mens det kun er tilfældet for 13 pct. af brugerne over 44 år. En del af denne forskel kan skyldes, at de yngre brugere oftere er i døgnbehandling, hvor kommunerne har bedre muligheder for at give brugerne flere steder at vælge imellem. Den logistiske regression i tabel 5.5 viser dog, at de yngre brugere oftere får flere behandlingssteder at vælge imellem, selv når der tages højde for, hvilken behandlingsintensitet de modtager.

TABEL 5.3

Brugernes angivelse af om de havde mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder. Fordelt på intensiteten af den behandling, brugeren er i på interviewtidspunktet. Procent.

Behandlings- intensitet	Havde ikke valg- muligheder	Havde valg- muligheder	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser Ambulant behandling	86	14	100	433
Dagbehandling	72	28	100	389
Døgnbehandling	57	43	100	68
I alt	42	58	100	95
	74	26	100	985

Anm.: $\chi^2 = 92$, $P = 0,000$.

Tabel 5.3 viser, at jo højere intensitet behandlingen har, jo større sandsynlighed er der for, at brugeren havde flere behandlingssteder at vælge imellem. Brugere i døgnbehandling er i væsentligt mindre grad begrænset af transportmæssige hensyn end brugere i andre typer behandling, da de bor på behandlingsstedet, og det er derfor relativt uproblematisk at give disse brugere flere behandlingssteder at vælge imellem. Der er dog kun 58 pct. af brugerne i døgnbehandling, som har haft flere behandlingssteder at vælge imellem.

Det mest overraskende i tabel 5.3 er den store forskel på brugere i dag- og ambulant behandling og brugere, som modtager ad hoc-ydelser. 43 pct. af brugerne i dagbehandling og 28 pct. af brugerne i ambulant behandling har haft flere behandlingssteder at vælge imellem mod kun 14 pct. af brugerne, som modtager ad hoc-ydelser. Denne forskel er

bemærkelsesværdig, da disse tre behandlingsintensiteter oftest tilbydes ved offentlige behandlingstilbud. Med hensyn til dagbehandling kan tallene dog dække over, at brugerne har kunnet vælge mellem dag- og ambulant behandling, som ofte er organiseret på forskellige adresser. Ambulant behandling og ad hoc-ydelser tilbydes oftest på de samme offentlige behandlingssteder, og der er derfor ikke noget institutionelt argument for forskellen mellem disse to grupper. Det må heraf konkluderes, at brugere, som tilbydes – eller vælger kun at modtage – ad hoc-ydelser, i markant mindre grad bliver tilbudt andre behandlingssteder som alternativ.

TABEL 5.4

Brugernes angivelse af om de havde mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder. Fordelt på den type by, de bor i. Procent.

Bytype	Havde ikke valgmuligheder	Havde valgmuligheder	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	70	30	100	186
Københavns omegn	65	35	100	188
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	83	17	100	271
By m. 30.000 indbyggere el. mere	74	26	100	180
By m. mindre end 30.000 indbyggere	74	26	100	162
I alt	74	26	100	987

Anm.: $\chi^2 = 19$, $P = 0,001$.

De store provinsbyer skiller sig ifølge tabel 5.4 ud ved i væsentligt mindre grad at tilbyde brugerne flere behandlingssteder at vælge mellem, end de resterende kommuner gør. Af brugerne fra disse fire byer er det kun 17 pct., der har haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder, hvorimod 30-35 pct. af brugerne fra København og Københavns omegn har fået flere behandlingssteder at vælge imellem. Denne forskel fastholdes, når vi i analysen tager højde for brugernes behandlingsintensitet og alder. Forskellen kan delvist forklares ved, at

der i København og omegn er væsentligt flere både offentlige og private behandlingstilbud til brugere, som ikke er i døgnbehandling.

TABEL 5.5

Logistisk regression af, om brugeren havde mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder inden behandlingsstart.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Alder:</i>			***	
18-24 år	0,972	0,328	**	2,642
25-34 år	0,782	0,243	**	2,185
35-44 år	0,862	0,221	***	2,368
45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Behandlingsintensitet:</i>			***	
Ad hoc-ydelser	-1,885	0,261	***	0,152
Ambulant behandling	-1,249	0,245	***	0,287
Dagbehandling	-0,698	0,330	*	0,497
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			**	
Københavns Kommune	0,314	0,259		1,369
Københavns omegn	0,572	0,255	*	1,771
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,248	0,257		0,780
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,013	0,263		1,013
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-0,550	0,326		0,577

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 980 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Analyserne viser, at det er brugerens alder, intensiteten af den behandling, vedkommende modtager, og hvilken kommune, brugeren hører til, der hænger sammen med, om brugeren får flere behandlingssteder at vælge imellem. Jo yngre brugeren er, og jo højere intensitet af behandling brugeren er i, jo større sandsynlighed er der for, at brugerne har haft flere behandlingssteder at vælge imellem. Derudover er sandsynligheden større, hvis brugerne kommer fra København eller Københavns omegn. Brugerens etnicitet, uddannelse og tidligere behandlinger har ingen betydning for, om brugeren har haft flere behandlingssteder at vælge imellem. Der er også en tendens til, at mandlige brugere, brugere som lever af kontanthjælp mv. eller arbejde, og misbrugere af centralstimulerende stoffer og hash mv. oftere har fået flere

behandlingssteder at vælge imellem. Denne forskel forsvinder dog, når der tages højde for de øvrige variable i regressionsanalysen, idet forskellen bl.a. skyldes, at disse brugere oftere kommer i døgnbehandling.

For at kunne vurdere betydningen af, at kun en fjerdedel af brugerne har haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder, undersøger vi, hvor vigtigt det er for brugerne at have flere behandlingssteder at vælge imellem.

38 pct. af brugerne mener, at det 'i høj grad' er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem, mens 17 pct. mener, at det 'i nogen grad' er vigtigt. Derudover er der 18 pct., som 'i mindre grad' mener, at det er vigtigt, og 27 pct., som 'slet ikke' mener, det er vigtigt. Brugergruppen er således meget delt på dette spørgsmål, og i de følgende tabeller undersøger vi, hvilke aspekter der er afgørende for, om brugeren mener det ene eller det andet.

TABEL 5.6

Brugernes angivelse af i hvilken grad de finder det vigtigt, om de kunne vælge mellem flere behandlingssteder. Fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Slet ikke vigtigt	I mindre grad vigtigt	I nogen grad vigtigt	I høj grad vigtigt	I alt procent	I alt antal
Arbejde	26	19	16	39	100	114
Kontant-hjælp mv.	22	17	18	43	100	494
Pension	33	19	16	32	100	365
I alt	27	18	17	38	100	973

Anm.: $\chi^2 = 16$, $P = 0,013$.

Tabel 5.6 viser, at brugere på kontanthjælp mv. og i arbejde synes, at det er vigtigere at have flere behandlingssteder at vælge imellem end brugere på pension. Denne forskel findes også, når vi tager højde for en række andre karakteristika ved brugeren og han/hendes behandling (jf. tabel 5.10).

TABEL 5.7

Brugernes angivelse af i hvilken grad de finder det vigtigt at kunne vælge mellem flere behandlingssteder. Fordelt på, om brugeren tidligere har været i behandling. Procent.

Tidligere behandling	Slet ikke vigtigt	I mindre grad vigtigt	I nogen grad vigtigt	I høj grad vigtigt	I alt procent	I alt antal
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	32	18	17	33	100	369
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	23	18	17	42	100	616
I alt	27	18	17	39	100	985

Anm.: $\chi^2 = 12$, $P = 0,009$, Gamma = 0,165, $P = 0,001$.

Tabel 5.7 viser, at brugere, som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, i højere grad synes, at det er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem. Yderligere analyser viser, at det særligt er brugere, som tidligere har været i døgnbehandling, som mener, at det er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem, mens der ikke er nogen signifikant forskel på brugere, der ikke tidligere har været i behandling, og brugere, som kun tidligere har været i ambulant behandling. Det tyder således på, at det særligt er i forbindelse med valg af døgnbehandlingssted, at det er vigtigt for brugerne at have flere steder at vælge imellem. Denne antagelse underbygges af tabel 5.8, som viser, at 61 pct. af brugerne i døgnbehandling mener, at det 'i høj grad' er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem, mod 33-37 pct. af brugerne i de øvrige behandlingsintensiteter. Samtidig er der kun henholdsvis 12 og 10 pct., der mener, at det 'slet ikke' eller kun 'i mindre grad' er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem. Brugere i de øvrige behandlingsintensiteter fordeler sig noget mere jævnt på kategorierne.

Man må forvente, at valget af behandlingssted er vigtigere for brugere i døgnbehandling, da de skal opholde sig der de fleste af døgnets timer, og at brugerne derfor ønsker større indflydelse på valget af døgnbehandlingssted. Samtidig er der som tidligere nævnt ikke de samme transportmæssige hensyn at tage, hvilket øger mængden af relevante tilbud. Samtidig kan døgninstitutionerne variere betydeligt mht. antallet af brugere, og hvilken behandlingstilgang stedet har, så valget af behandlingssted kan have stor betydning.

Det er også værd at bemærke, at en tredjedel af brugerne, der er i mindre intensive behandlingsforløb, også mener, at det 'i høj grad' er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem. Det gælder også for brugere, som modtager ad hoc-ydelser, der kun i 14 procents tilfælde har fået flere behandlingssteder at vælge imellem. Særligt for denne gruppe er der altså et misforhold mellem brugernes ønsker og praksis. Her kan det bemærkes, at der blandt brugerne i ad hoc-behandling er 78 pct., som har været i behandling fra før 2007, hvor kommunerne overtog behandlingen. Hvis vi kun ser på brugere, som er startet i behandling efter 1. januar 2007, er fordelingen af, om brugeren har haft flere behandlingssteder at vælge imellem, dog den samme som for brugere, der har været i behandling længere. Der er altså ikke sket noget skift i andelen, der får mulighed for at vælge, med kommunernes overtagelse af opgaven.

TABEL 5.8

Brugernes angivelse af i hvilken grad de finder det vigtigt, om de kunne vælge mellem flere behandlingssteder. Fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	Slet ikke vigtigt	I mindre grad vigtigt	I nogen grad vigtigt	I høj grad vigtigt	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	27	19	18	36	100	426
Ambulant behandling	30	20	14	37	100	400
Dagbehandling	30	15	22	33	100	67
Døgnbehandling	12	10	17	61	100	93
I alt	27	18	17	39	100	986

Anm.: $\chi^2 = 32$, $P = 0,000$, Gamma = 0,086, $P = 0,034$.

Af tabel 5.9 fremgår det, at det særligt er brugerne i Københavns Kommune og omegn, som synes, at det 'i høj grad' er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem. Det kan hænge sammen med, at der er forholdsvis mange forskellige offentlige og private behandlings-tilbud i dette område inden for en rimelig transportmæssig afstand for brugerne. Det er således mere relevant for disse brugere at blive tilbudt at vælge mellem forskellige behandlingssteder, og det hænger godt sammen med, at også flere brugere får valget mellem flere behandlingssteder i dette område. Samtidig er der færrest brugere i Århus, Odense,

Aalborg og Esbjerg, som synes, at valgmuligheden er vigtig, hvilket også stemmer overens med, at der er færrest fra disse kommuner, som er blevet tilbudt et valg mellem behandlingssteder.

TABEL 5.9

Brugernes angivelse af i hvilken grad de finder det vigtigt, om de kunne vælge mellem flere behandlingssteder. Fordelt på, hvilken type by de bor i. Procent.

Bytype	Slet ikke vigtigt	I mindre grad vigtigt	I nogen grad vigtigt	I høj grad vigtigt	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	17	15	13	55	100	189
Københavns omegn	22	15	18	45	100	188
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	33	25	16	26	100	274
By m. 30.000 indbyggere el. mere	26	17	17	40	100	177
By m. mindre end 30.000 indbyggere	33	16	21	31	100	161
I alt	27	18	17	39	100	989

Anm.: $\chi^2 = 57$, $P = 0,000$.

Ovenstående analyser og tabel 5.10 viser, at brugere på kontanthjælp mv. og brugere, som tidligere har været i behandling, i højere grad mener, at det er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem. Derudover er det særligt brugere i døgnbehandling og brugere bosiddende i Københavns Kommune eller omegn, som synes, at det er vigtigt. Derimod har brugerens køn, etnicitet, misbrugstype og uddannelse ingen sammenhæng med deres angivelse af vigtigheden af at have flere behandlingssteder at vælge imellem. Der er en tendens til, at det er lidt vigtigere for yngre brugere at have flere behandlingssteder at vælge imellem, men når vi tager højde for, at de yngre brugere oftere kommer i døgnbehandling og er på kontanthjælp mv. eller i arbejde, er der ikke nogen forskel på aldersgrupperne.

TABEL 5.10

Ordinal regression af i hvilken grad brugeren mener, at det er vigtigt, at de havde mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau
Første gang i behandling	-0,399	0,126	**
<i>Behandlingsintensitet:</i>			***
Ad hoc-ydelser	-0,880	0,200	***
Ambulant behandling	-1,129	0,199	***
Dagbehandling	-1,201	0,290	***
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference
<i>Indkomsttype:</i>			*
Arbejde	0,336	0,216	
Kontanthjælp mv.	0,404	0,145	**
Pension	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			***
Københavns Kommune	0,847	0,210	***
Københavns omegn	0,612	0,201	**
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,126	0,179	
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,309	0,201	
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference

Anm.: Den afhængige variabels udfald: 1) Slet ikke; 2) I mindre grad; 3) I nogen grad og 4) I høj grad.

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 968 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

TABEL 5.11

Brugernes angivelse af i hvilken grad de finder det vigtigt, om de kunne vælge mellem flere behandlingssteder. Fordelt på, om brugeren fik flere behandlingssteder at vælge imellem forud for deres behandling. Procent.

Valg af behandlingssted	Slet ikke vigtigt	I mindre grad vigtigt	I nogen grad vigtigt	I høj grad vigtigt	I alt procent	I alt antal
Kunne ikke vælge mellem behandlingssteder	34	20	17	29	100	714
Kunne vælge mellem behandlingssteder	5	12	17	65	100	254
I alt	26	18	17	39	100	968

Anm.: $\chi^2 = 129$, P = 0,000, Gamma = 0,620, P = 0,000.

Tabel 5.11 viser, at der er en meget stærk sammenhæng mellem, om brugeren har haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder,

og hvor vigtigt dette er for dem. Det er således 'i høj grad' vigtigt for 65 pct. af de brugere, som har haft valget, mod 29 pct. blandt de brugere, som ikke har haft valget. Ud fra resultaterne kan vi dog ikke afgøre, om kommunerne i højere grad tilbyder brugerne at vælge mellem behandlingssteder, når brugerne synes, at det er vigtigt, eller om brugerne synes, det er vigtigt, fordi de rent faktisk har fået valget.

Brugernes forskellige holdninger til at have flere behandlingssteder at vælge imellem kommer også til udtryk i de kvalitative interview. En del brugere udtrykker, at de ikke havde nogen klar holdning til, hvad de gerne ville i behandlingen, og hvor de gerne ville hen. En bruger i dagbehandling siger fx:

Jeg havde ikke forventet mig så meget af at komme derud – jeg havde bare håbet på at få noget hjælp til det, jeg ikke selv kunne ordne (Christian, 25 år, misbruger af hash og centralstimulerende stoffer).

Kim, en anden bruger på 28 år, beskriver, at døgnbehandlingsstedet blev foreslået af hans misbrugskonsulent, og at han umiddelbart syntes, at det lød godt, men også at han "bare gerne ville af sted til sidst, ikke også?" Der er dog også brugere, som gerne ville have haft flere behandlingssteder at vælge imellem. Samtidig beskriver brugerne dog, at det kan være svært for dem at vælge. En bruger, for hvem misbrugskonsulenten valgte behandlingsstedet, siger:

Det er jo svært som en person, der ikke kender noget som helst til noget som helst – altså, jeg er ny – jeg har læst om stederne, men det er langt fra, hvad man oplever, når man kommer der ... jeg har ligesom været lidt skuffet, efter jeg er kommet her (Thor, 28 år, hashmisbruger i døgnbehandling).

Det er således svært for brugerne selv at skulle tage stilling til, hvilket behandlingssted der vil være godt for dem. En af metoderne, nogle behandlingssteder anvender til at kvalificere brugernes valg, er forbesøg på døgnbehandlingssteder, hvor brugeren får lov til at se stedet og tale med noget af personalet og de andre beboere, inden valget træffes. En bruger beskriver forbesøget på behandlingsstedet, hvor en af brugerne pludselig blev ked af det:

[...] og så kom der en og holdt om ham – en anden klient – og så satte de sig ned ude på trappen, og han blev trøstet som et lille barn. Og så sagde jeg: ”Det der, det kan jeg gå ind for, det er her, jeg skal ned. Når jeg er ked af det, vil jeg også gerne have nogen.” Og det var sådan ligesom det, der gjorde det (Lars, 38 år, misbruger af centralstimulerende stoffer i døgnbehandling).

Dette eksempel viser, hvordan forbesøget hjælper brugeren til at træffe en beslutning, men det viser også noget om, at parametrene for brugernes valg ikke nødvendigvis er behandlingsmetoden eller behandlernes uddannelse, men at det også i høj grad handler om stemningen på behandlingsstedet. Flere brugere nævner, at de havde mulighed for at se andre steder, men syntes, at det første sted virkede rart og derfor valgte det. Det kan således være svært for brugerne på forhånd at gennemskue fagligheden på tilbuddet, og samtidig er forbesøgene vigtige, da stemning ikke er noget, der kan undersøges på afstand.

LYDHØRHED OVER FOR BRUGERNES ØNSKER TIL BEHANDLINGEN

Brugerinddragelse er ovenfor beskrevet ud fra en idé om, at brugeren skal have mulighed for at vælge imellem forskellige behandlingstilbud og dermed have indflydelse på behandlingen. En stor del af brugerinddragelse handler dog ikke så meget om valg, men om, at medarbejderne søger at finde et behandlingstilbud, som passer til brugernes ønsker. Et centralt aspekt af brugerinddragelse er derfor, om brugerne synes, at der bliver lyttet til deres ønsker i forbindelse med valg af behandling.

Tabel 5.12 viser, at næsten halvdelen af brugerne mener, at der ’i høj grad’ er blevet lyttet til deres ønsker i forbindelse med valg af deres behandling. Derudover mener lidt mere end en fjerdedel, at der ’i nogen grad’ er blevet lyttet til deres ønsker, og den sidste fjerdedel mener, at der kun ’i mindre grad’ eller ’slet ikke’ er blevet lyttet til deres ønsker. I det følgende undersøger vi, om disse brugere har nogle særlige karakteristika.

TABEL 5.12

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplevede lydhørhed over for deres behandlingsønsker. Fordelt på brugernes hovedmisbrugsstof. Procent.

Hovedstof	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Opiater	10	16	28	46	100	550
Opiater/blandingsmisbrug	16	14	29	43	100	200
Centralstimulerende stoffer	9	13	26	53	100	142
Hash mv.	3	10	20	67	100	91
I alt	10	14	27	48	100	983

Anm.: $\chi^2 = 24$, $P = 0,004$.

Tabel 5.12 viser, at det er blandt hashmisbrugere og misbrugere af centralstimulerende stoffer, at flest oplever at have indflydelse på deres behandling. Tabel 5.13 viser, at brugere, som modtager ad hoc-ydelser, i markant mindre grad oplever lydhørhed over for deres ønsker end brugere, som modtager mere intensive behandlingsformer. Der er derimod kun en lille forskel på oplevelsen af lydhørhed blandt brugere i ambulant, dag- og døgnbehandling. Det vidner om, at der er en gruppe brugere, som modtager behandling af en intensitet, der af Servicestyrelsen ikke karakteriseres som social stofmisbrugsbehandling, ydermere en intensitet som ikke stemmer overens med brugernes ønsker til behandlingen. Som det fremgår af kapitel 4, udgør denne gruppe samtidig en forholdsvis stor del af brugerne i behandling. De tre andre behandlingsintensiteter stemmer derimod i meget højere grad overens med brugernes ønsker til behandling.

En del af forskellen på stofgrupperne kan således skyldes, at misbrugere af hash mv. og centralstimulerende stoffer i mindre grad modtager ad hoc-ydelser. Forskellen fastholdes dog, når vi i regressionsanalysen – hvor særligt opiatmisbrugere med blandingsmisbrug oplever manglende lydhørhed – tager højde for intensiteten af den behandling brugeren modtager.

TABEL 5.13

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplevede lydhørhed over for deres behandlingsønsker. Fordelt på intensiteten af brugernes behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	14	19	32	35	100	430
Ambulant behandling	8	11	26	56	100	398
Dagbehandling	9	10	16	66	100	70
Døgnbehandling	7	12	19	62	100	95
I alt	10	14	27	48	100	993

Anm.: $\chi^2 = 59$, $P = 0,000$, Gamma = 0,306, $P = 0,000$.

Tabel 5.14 viser, at der blandt brugere, som havde flere behandlingssteder at vælge imellem, er flere, der oplever, at der 'i høj grad' er blevet lyttet til deres ønsker til behandling. Dette resultat kan dog også hænge sammen med intensiteten af behandlingen, da brugere i døgnbehandling oftere får flere behandlingssteder at vælge imellem. Forskellen fastholdes dog, selv når vi tager højde for, hvilken behandlingsintensitet brugeren er i.

TABEL 5.14

Brugernes angivelse af, i hvilken grad de oplevede lydhørhed over for deres behandlingsønsker. Fordelt på, om brugeren fik flere behandlingssteder at vælge imellem forud for behandlingen. Procent.

Valg af behandlingssted	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Fik ikke flere behandlingssteder at vælge imellem	11	16	29	44	100	718
Fik flere behandlingssteder at vælge imellem	8	9	22	60	100	255
I alt	10	14	27	48	100	973

Anm.: $\chi^2 = 22$, $P = 0,000$, Gamma = 0,267, $P = 0,000$.

Tabel 5.15 viser, at der blandt brugere, som havde mulighed for at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsmedicin, er flere, der oplever, at der 'i høj grad' er blevet lyttet til deres ønsker til behandling.

TABEL 5.15

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplevede lydhørhed over for deres behandlingsønsker. Fordelt på, om brugeren fik mulighed for at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling. Procent.

Valg af behandlingsformål	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Fik ikke mulighed for at vælge imellem stoffri behandling og substitutionsbehandling	14	18	30	38	100	433
Fik mulighed for at vælge imellem stoffri behandling og substitutionsbehandling	8	14	26	52	100	277
I alt	12	17	29	43	100	710

Anm.: $\chi^2 = 16$, $P = 0,001$, Gamma = 0,236, $P = 0,000$.

Anm.: I regressionen i tabel 5.16 er variablen for, om brugeren havde mulighed for at vælge mellem stoffri behandling eller substitutionsbehandling ikke inkluderet, da den reducerer respondentantallet væsentligt.

TABEL 5.16

Ordinal regression af brugernes angivelse af i hvilken grad de oplevede lydhørhed over for deres behandlingsønsker.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau
<i>Hovedstof:</i>			*
Opiater	-0,434	0,228	
Opiater/blandingsmisbrug	-0,734	0,250	**
Centralstimulerende stoffer	-0,400	0,264	
Hash mv.	Reference	Reference	Reference
<i>Behandlingsintensitet:</i>			***
Ad hoc-ydelser	-0,637	0,200	**
Ambulant behandling	0,022	0,202	
Dagbehandling	-0,434	0,341	
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference
Havde flere behandlingssteder at vælge imellem	0,581	0,160	***

Anm.: Den afhængige variabels udfald: 1) Slet ikke; 2) I mindre grad; 3) I nogen grad og 4) I høj grad.

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 958 brugere.

Anm.: * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$.

Af tabel 5.16 fremgår det, at det kun er karakteristika ved brugerens misbrug, behandling og visitationsprocessen, som har betydning for, i hvilken grad brugerne føler, at der bliver lyttet til deres ønsker.

Personlige karakteristika ved brugeren, såsom køn, etnicitet, alder eller uddannelse har i analysen ingen betydning for oplevelsen af at blive lyttet til, og det har kommunale karakteristika heller ikke. Flere brugere i arbejde og på kontanthjælp mv. oplever 'i høj grad', at der bliver lyttet til deres ønsker, men denne forskel forsvinder, når vi i analysen tager højde for brugerens behandlingsintensitet og misbrugstype, da brugere på pension oftere er opiatmisbrugere og kun modtager ad hoc-ydelser.

Det er således opiatmisbrugere og brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, og brugere, som ikke har haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder, der i mindre grad mener, at der er blevet lyttet til deres ønsker til behandling.

Nogle af brugerne i de kvalitative interview har en oplevelse af, at særligt økonomiske begrænsninger kan have indflydelse på, i hvilken grad misbrugskonsulenterne er lydhøre over for deres ønsker om eksempelvis privat behandling. En bruger siger:

Det er tit, når man kommer hen i september/oktober, så er mange af bevillingerne brugt op, og så kan du ikke komme i behandling. Så er der åbenbart ikke nok penge på området ... Det er de færreste sagsbehandlere, der spørger dig, om du vil i behandling, for det koster jo penge (Søren, 44 år, opiatmisbruger i dagbehandling).

BRUGERINDDRAGELSE I LØBET AF BEHANDLINGEN

De forudgående afsnit har omhandlet brugernes indflydelse i forbindelse med valget af behandling. I dette afsnit undersøger vi, i hvilken grad brugerne oplever, at de har indflydelse på behandlingen undervejs i forløbet, fx i forbindelse med justering af behandlingen, herunder dosisstørrelse af deres medicinske behandling.

Tabel 5.17 viser, at 75 pct. af brugerne er 'tilfredse' med deres muligheder for at justere deres behandling undervejs. De fleste brugere oplever dermed i tilfredsstillende grad at have mulighed for at ændre deres behandling fx fra substitutionsbehandling til stoffri behandling. Der er dog en tendens til, at brugere, som ikke tidligere har været i behandling, i højere grad er tilfredse med deres muligheder for at ændre behandlingen. Der er således 80 pct. af disse brugere, som er 'tilfredse', mod 72 pct. af de brugere, som tidligere har været i behandling.

TABEL 5.17

Hvorvidt brugerne er tilfredse eller ej med deres muligheder for at justere behandlingen undervejs, fordelt på, om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent.

Tidligere behandling	Ikke tilfreds	Tilfreds	I alt procent	I alt antal
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	20	80	100	348
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	28	72	100	576
I alt	25	75	100	924

Anm.: $\chi^2 = 7$, $P = 0,010$.

Anm.: 82 brugere har svaret 'ved ikke' på dette spørgsmål.

Tabel 5.18 viser, at det særligt er brugere, som har været i behandling i mere end 5 år, som ikke er tilfredse med deres muligheder for at justere behandlingen. Det tyder på, at der er en tendens til, at brugerne de første år af deres behandling har gode muligheder for at komme igennem med deres ønsker, men at de efter en del år i stofmisbrugsbehandling ikke længere har de samme muligheder for at justere behandlingen efter deres ønsker. Da 67 pct. af disse brugere kun modtager ad hoc-ydelser, tegner der sig et billede af, at disse brugere i højere grad bliver fastholdt i en behandling af meget lav intensitet.

TABEL 5.18

Hvorvidt brugerne er tilfredse eller ej med deres muligheder for at justere behandlingen undervejs, fordelt på varigheden af brugerens behandling. Procent

Varighed af behandlingen	Ikke tilfreds	Tilfreds	I alt procent	I alt antal
1-6 måneder	17	83	100	230
7-16 måneder	20	80	100	151
17 måneder-5 år	24	76	100	254
5- år	36	64	100	272
I alt	25	75	100	907

Anm.: $\chi^2 = 29$, $P = 0,000$.

Tabel 5.19 viser, at der blandt brugere, der modtager ad hoc-ydelser, er relativt flest (34 pct.), der ikke er tilfredse med deres mulighed for at

justere behandlingen. Derimod er brugere i ambulant, dag- og døgnbehandling lige tilfredse med deres mulighed for at justere behandlingen. Dog skal det bemærkes, at hovedparten af brugerne er tilfredse med deres mulighed for at justere på behandlingen.

TABEL 5.19

Hvorvidt brugerne er tilfredse eller ej med deres muligheder for at justere behandlingen undervejs. Fordelt på intensiteten af brugernes behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	Ikke tilfreds	Tilfreds	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	34	66	100	410
Ambulant behandling	19	81	100	368
Dagbehandling	18	82	100	62
Døgnbehandling	17	83	100	83
I alt	25	75	100	923

Anm.: $\chi^2 = 30$, $P = 0,000$.

TABEL 5.20

Logistisk regression af brugernes tilfredshed med behandlingen og deres mulighed for at justere den undervejs.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikansniveau	Odds ratio
<i>Behandlingsintensitet:</i>			**	
Ad hoc-ydelser	-0,616	0,345		0,540
Ambulant behandling	0,065	0,345		1,068
Dagbehandling	-0,102	0,450		0,903
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Varighed af behandlingen:</i>			**	
1-6 måneder	0,707	0,243	**	2,028
7-16 måneder	0,633	0,249	*	1,883
17 måneder-5 år	0,480	0,198	*	1,616
5- år	Reference	Reference	Reference	Reference
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	0,420	0,168	*	1,522
Konstant	0,832	0,357	*	2,298

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 899 brugere.

Anm.: * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$.

Som det også fremgår af tabel 5.19 og 5.20, har de fleste personlige karakteristika ved brugerne såsom køn, etnicitet, alder, uddannelse, indkomsttype og hovedmisbrugsstof ikke betydning for, om de er tilfredse med deres mulighed for at justere behandlingen. Der er desuden ingen forskel kommunerne imellem mht. mulighederne for at justere behandlingen.

Det er således alene karakteristika ved brugerens behandling, der har betydning for, hvor tilfredse brugerne er med deres mulighed for at justere deres behandling. Det er således brugere, som ikke tidligere har været i behandling, som har været i behandling i mindre end 5 år, og som modtager mere intensiv behandling end ad hoc-ydelser, som er mest tilfredse med deres mulighed for at justere behandlingen.

I de kvalitative interview beskriver en række brugere, at de ikke har nogen problemer med at få justeret deres behandling. Der er dog også brugere, som har oplevet problemer. For eksempel er der en bruger i døgnbehandling, som ønsker mere terapi, og som desuden siger:

Det ville være dejligt, hvis alle [den kommunale visitation] ikke var så firkantede, at man kun har et halvt år ... Det ville være dejligt, hvis det var sådan, at hvis du har brug for mere tid, så får du mere tid. Så det ikke var sådan, at det er noget, jeg skal sidde at være bange for nu (Thor, 28 år, hashmisbruger i døgnbehandling).

Andre brugere oplever, at det er svært at komme fra substitutionsbehandling til døgnbehandling eller at skifte behandlingsinstitution.

Jeg har prøvet at spørge, om det kan lade sig gøre, og fik et kæmpestort NEJ ... Du hører til her, grænsen er sådan og sådan. Jamen altså, så er der ikke noget at gøre, når de siger A, så kan jeg ikke sige B ... (Dejan, 35 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

SUBSTITUTIONSBRUGERNES TILFREDSHED MED DERES MULIGHEDER FOR AT JUSTERE DOSIS

Substitutionsbrugerne, som fx får udleveret metadon på behandlingsstedet, er også blevet spurgt om, i hvilken grad de synes, at de har indflydelse på, hvilken dosis substitutionsmedicin de får. Tabel

5.21 viser, at 47 pct. 'i høj grad' synes, at de har indflydelse på dosis af deres substitutionsmedicin, mens 30 pct. mener, at de 'i nogen grad' har en sådan indflydelse. Det er således under en fjerdedel af brugerne, som 'i mindre grad' eller 'slet ikke' oplever at have indflydelse på dosis. Der er med andre ord en forholdsvis stor indflydelse på den medicinske behandling.

Lidt flere brugere i København og de store provinsbyer oplever 'i høj grad' at have indflydelse på den dosis substitutionsmedicin, de får.

TABEL 5.21

Substitutionsbrugernes grad af indflydelse på justeringen af deres medicindosis. Fordelt på, hvilken type by de bor i. Procent.

Bytype	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	10	14	22	54	100	136
Københavns omegn	13	11	40	36	100	134
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	7	8	33	53	100	237
By m. 30.000 indbyggere el. mere	19	11	27	44	100	133
By m. mindre end 30.000 indbyggere	16	17	26	41	100	110
I alt	12	11	30	47	100	750

Anm.: $\chi^2 = 37$, $P = 0,000$.

Der er desuden en svag tendens til, at substitutionsbrugere i dagbehandling i højere grad har indflydelse på deres dosis. Dagbehandling tilbydes ofte som en del af behandlingsforløb, hvor målet er, at brugeren bliver stoffri (jf. tabel 4.18). Substitutionsbrugere i dagbehandling vil ofte være i nedtrapningsforløb, hvor de i højere grad selv har indflydelse på dosis. Kun 18 af de 768 brugere i undersøgelsen, som får substitutionsbehandling, er dog i dagbehandling.

TABEL 5.22

Substitutionsbrugernes grad af indflydelse på justeringen af deres medicindosis. Fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	13	10	36	42	100	406
Ambulant behandling	11	14	23	52	100	306
Dag-behandling	11	11	11	67	100	18
Døgn-behandling	14	5	29	52	100	21
I alt	12	11	30	67	100	751

Anm.: $\chi^2 = 20$, $P = 0,018$.

TABEL 5.23

Logistisk regression af om brugerne i substitutionsbehandling 'i høj grad' er tilfredse med deres mulighed for at justere dosis.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Behandlingsintensitet:</i>				
Ad hoc-ydelser	-0,511	0,467	*	0,600
Ambulant behandling	-0,095	0,469		0,910
Dagbehandling	0,490	0,667		1,633
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>				
Københavns Kommune	0,482	0,261	**	1,620
Københavns omegn	-0,206	0,267		0,814
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,531	0,236	*	1,701
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,048	0,263		1,049
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-0,059	0,495		0,943

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 899 brugere.

Anm.: * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$.

Der er desuden en tendens til, at flere substitutionsbrugere i arbejde 'i høj grad' har indflydelse på deres substitutionsdosis. Denne forskel er dog ikke signifikant, når vi i regressionsanalysen tager højde for bytype og behandlingsintensitet. Øvrige karakteristika ved brugeren, såsom køn,

etnicitet, alder, uddannelse og hovedmisbrugsstof, har heller ikke nogen indflydelse på brugernes oplevelse af at have indflydelse på dosis af substitutionsmedicin. Der er således alene forskel på brugernes oplevelse af indflydelse på substitutionsdosis i forhold til bytype og behandlingsintensitet.

Det er dog ikke alle brugerne, som ønsker at have indflydelse på deres metadondosis. Som Ove på 65 år, der er i ambulant substitutionsbehandling, fortæller om, når han ønsker højere dosis:

Man får så at vide: ”Nej, det kan du ikke tåle” eller sådan noget ... Man er bare nødt til at rette sig efter det. Det er sådan set dem, der bestemmer, ikke?

Til spørgsmålet, om han ønsker at bestemme mere selv, er svaret: ”Nej, det har jeg ikke begreb om.” Andre brugere er derimod meget utilfredse med ikke at have indflydelse på dosis, fx beretter en bruger om at få taget halvdelen af sin dosis fra sig ved skift af behandlingssted, hvilket har resulteret i, at han har følt sig tvunget til at have et øget sidemisbrug.

Jeg har bedt om, om de ikke kan hjælpe mig med at nedtrappe mig fra min oprindelige dosis ... at jeg får det, bliver stabil på det og så begynder nedtrapning (Dejan, 35 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

Der er således en del brugere, som ønsker at have indflydelse på dosis, mens andre er tilfredse med at overlade dette ansvar til personalet.

TILBAGEHOLDELSE AF BRUGERE I DØGNBEHANDLING

Brugerne i døgnbehandling er også blevet spurgt, om de ønsker, at behandlingsstedet i en eller anden grad har mulighed for at tilbageholde dem, hvis de ønsker at forlade behandlingen, før det er planlagt. På interviewtidspunktet har behandlingsstederne lovmæssig mulighed for at indgå en kontrakt med brugerne om tilbageholdelse, og gravide brugere skal ifølge loven tilbydes en sådan kontrakt. Vi ønsker med dette spørgsmål at undersøge, om brugerne rent faktisk har et ønske om en sådan tilbageholdelse. Da det kun praktisk er muligt at tilbageholde brugere i døgnbehandling, er det kun disse brugere, som er blevet stillet spørgsmålet.

Tabel 5.24 viser, at en stor del af brugerne i døgnbehandling ønsker, at behandlingsstedet i et eller andet omfang har mulighed for at tilbageholde dem, hvis de skulle ønske at forlade behandlingen før tid. Flertallet af brugerne ønsker ikke at kunne tilbageholdes, mens 38 pct. ønsker at blive tilbageholdt, hvilket indikerer, at det er vigtigt for en del af brugerne, at behandlingsstederne tilbyder dette. Det er samtidig et udtryk for, at brugerne i en eller anden grad ønsker at få deres selvbestemmelse i behandlingen begrænset – i hvert fald for en kortere periode.

Ingen af brugernes personlige karakteristika såsom køn, etnicitet, alder, tidligere behandling eller hovedstof har statistisk signifikant indflydelse på deres holdning til tilbageholdelse, men det kan skyldes, at antallet af brugere i døgnbehandling i denne undersøgelse er for lille til at finde signifikante forskelle.

TABEL 5.24

Hvorvidt brugerne i døgnbehandling ønsker at blive tilbageholdt af behandlingsstedet eller ej, hvis de pludselig skulle ønske at forlade stedet før planlagt. Procent.

	Ønsker at blive tilbageholdt	Ønsker ikke at blive tilbageholdt	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Brugere i døgnbehandling	38	59	3	100	96

HAR BRUGEREN FÅET DEN BEHANDLING, VEDKOMMENDE GERNE VILLE HAVE?

I de forudgående afsnit har vi fokuseret på processen omkring beslutninger om brugerens behandling. I dette afsnit vil vi se nærmere på, om brugeren oplever at have fået den behandling, vedkommende gerne ville have. Halvdelen af brugerne mener, at de 'i høj grad' har fået den behandling, de ønskede, mens 30 pct. 'i nogen grad' har fået den behandling, de ønskede. Der er dog også 8 pct. af brugerne, som 'slet ikke' mener, at de har fået den behandling, de ønskede.

Umiddelbart er der ingen forskel på aldersgrupper i forhold til, om brugeren oplever at have fået den ønskede behandling. Når vi i regressionsanalysen i tabel 5.31 bl.a. tager højde for, hvilken behand-

lingsintensitet brugeren får, er der dog en tendens til, at yngre brugere i mindre grad oplever at få den ønskede behandling. Hvis vi tager højde for, at yngre brugere oftere får mere intensive behandlingsforløb, oplever forholdsvis mange unge således ikke at få den behandling, de ønsker.

TABEL 5.25

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mener at have fået den behandling, de gerne ville have. Fordelt på deres alder. Procent.

Alder	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
18-24 år	5	12	38	45	100	76
25-34 år	6	12	30	51	100	253
35-44 år	10	12	30	48	100	389
45- år	7	12	32	49	100	289
I alt	8	12	31	49	100	1007

Anm.: $\chi^2 = 6$, $P = 0,718$, Gamma = -0,009, $P = 0,828$.

Tabel 5.26 viser derimod, at flere brugere i arbejde 'i høj grad' har fået den behandling, de ønskede, mens kun 1 pct. af disse brugere 'slet ikke' har fået den ønskede behandling.

TABEL 5.26

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mener at have fået den behandling, de gerne ville have. Fordelt på indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Arbejde	1	8	28	63	100	117
Kontanthjælp mv.	8	11	33	48	100	502
Pension	10	14	30	46	100	376
I alt	8	12	31	49	100	995

Anm.: $\chi^2 = 20$, $P = 0,002$.

Brugere, som ikke tidligere har fået behandling, har for 58 procents vedkommende 'i høj grad' fået den behandling, de ønskede, mens det kun er tilfældet for 46 pct. af de brugere, som tidligere har fået behandling. Denne forskel fastholdes, når vi i analysen tager højde for, at nye brugere oftere får mere intensiv behandling end gengangere. Dette

resultat tyder igen på, at behandlingsstederne er mere lydhøre over for nye brugeres ønsker end over for brugere, som har været i stofmisbrugsbehandling før.

TABEL 5.27

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mener at have fået den behandling, de gerne ville have. Fordelt på, om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent.

Tidligere behandling	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	6	8	30	56	100	379
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	9	14	32	45	100	627
I alt	8	12	31	49	100	1.006

Anm.: $\chi^2 = 17$, $P = 0,001$, Gamma = -0,218, $P = 0,000$.

TABEL 5.28

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mener at have fået den behandling, de gerne ville have. Fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	12	17	31	39	100	439
Ambulant behandling	5	9	32	54	100	401
Dagbehandling	4	4	36	55	100	69
Døgnbehandling	4	7	22	67	100	96
I alt	8	12	31	49	100	1.005

Anm.: $\chi^2 = 57$, $P = 0,000$, Gamma = 0,300, $P = 0,000$.

Tabel 5.28 viser en klar tendens til, at brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, ikke i så høj grad har fået den behandling, de ønskede. Der er således 12 pct. af disse brugere, som 'slet ikke' har fået den ønskede behandling, og 17 pct. af de brugere, der modtager ad hoc-ydelser, har 'i

mindre grad' fået den behandling, vedkommende gerne ville have. 39 pct. af brugerne, der modtager ad hoc-ydelser, mener dog, at de 'i høj grad' har fået den behandling, de ønsker. Derimod har 68 pct. af brugerne i døgnbehandling 'i høj grad' fået den ønskede behandling, men selv i denne gruppe er der dog 10 pct., som kun 'i mindre grad' eller 'slet ikke' har modtaget den ønskede behandling.

Der er desuden en tydelig positiv sammenhæng mellem, om brugeren har fået flere behandlingssteder at vælge imellem, og om brugeren har fået den ønskede behandling. Det kan i nogen grad skyldes, at flere brugere i døgnbehandling 'i høj grad' har fået den behandling, de gerne ville have, og oftere får flere behandlingssteder at vælge imellem. Forskellen findes dog også, når vi tager højde for begge faktorer i regressionsanalysen, og der er derfor en selvstændig forskel både i forhold til behandlingsintensitet, og om brugeren har haft flere behandlingssteder at vælge imellem.

TABEL 5.29

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mener at have fået den behandling, de gerne ville have. Fordelt på, om brugeren fik flere behandlingssteder at vælge imellem. Procent.

Valg af behandlingssted	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Fik ikke flere behandlingssteder at vælge imellem	10	13	33	44	100	729
Fik flere behandlingssteder at vælge imellem	2	9	26	62	100	255
I alt	8	12	31	49	100	984

Anm.: $\chi^2 = 32$, $P = 0,000$, Gamma = 0,338, $P = 0,000$.

Tabel 5.30 viser, at blandt brugere, som havde mulighed for at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsmedicin, er der flere, der oplever, at de 'i høj grad' har fået den behandling, de ønskede. Der er altså en tendens til, at det at give brugeren valgmuligheder styrker brugerens opfattelse af efterfølgende at have fået den behandling, vedkommende ønsker.

TABEL 5.30

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mener at have fået den behandling, de gerne ville have. Fordelt på, om brugeren fik mulighed for at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling. Procent.

Valg af behandlingsformål	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Fik ikke mulighed for at vælge imellem stoffri behandling og substitutionsbehandling	13	16	34	37	100	439
Fik mulighed for at vælge imellem stoffri behandling og substitutionsbehandling	5	13	29	54	100	281
I alt	9	15	32	44	100	720

Anm.: $\chi^2 = 16$, $P = 0,001$, Gamma = 0,236, $P = 0,000$.

Anm.: Valg af behandlingsformål er ikke inkluderet i regressionen, da den reducerer respondentantallet væsentligt.

TABEL 5.31

Grad af indflydelse på justering af dosis, fordelt på bytype. Procent.

Bytype	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	12	16	28	44	100	191
Københavns omegn	11	12	25	52	100	194
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	5	10	34	52	100	276
By m. 30.000 indbyggere el. mere	7	13	33	48	100	186
By m. mindre end 30.000 indbyggere	8	10	36	46	100	165
I alt	8	12	31	49	100	1.012

Anm.: $\chi^2 = 37$, $P = 0,000$.

Umiddelbart er der ikke nogen statistisk forskel kommunerne imellem mht., om brugeren oplever at have fået den behandling, vedkommende ønskede. Når vi tager højde for en række andre faktorer i regressionsanalysen i tabel 5.32, herunder intensiteten af brugerens

behandling, er der dog en tendens til, at brugere i de store provinsbyer i højere grad og brugere i Københavns Kommune i mindre grad oplever at have fået den ønskede behandling.

Det fremgår desuden af tabel 5.32, at det er mest sandsynligt, at brugeren har fået den ønskede behandling, hvis brugeren er i arbejde, ikke tidligere har været i behandling, har kunnet vælge mellem flere behandlingssteder, eller hvis brugeren er i døgnbehandling, mens det særligt er brugere, der modtager ad hoc-ydelser, der mener, at de ikke har fået den behandling, de gerne ville have.

Der er også en tendens til, at opiatmisbrugere i mindre grad får den ønskede behandling, men når vi i regressionsanalysen tager højde for deres behandlingsintensitet, er forskellen ikke statistisk signifikant.

TABEL 5.32

Ordinal regression af i hvilken grad brugeren mener at have fået den behandling, vedkommende gerne ville have.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau
<i>Alder:</i>			**
18-24 år	-1,026	0,266	**
25-34 år	-0,393	0,266	
35-44 år	-0,393	0,177	*
45- år	Reference	Reference	Reference
<i>Indkomsttype:</i>			***
Arbejde	0,879	0,228	***
Kontanthjælp mv.	0,148	0,167	
Pension	Reference	Reference	Reference
Første gang i behandling	0,517	0,134	***
<i>Behandlingsintensitet:</i>			***
Ad hoc-ydelser	-1,130	0,218	***
Ambulant behandling	-0,402	0,207	
Dagbehandling	-0,301	0,288	
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference
Havde valget mellem flere behandlingssteder	0,759	0,158	***
<i>Bytype:</i>			*
Københavns Kommune	-0,255	0,214	
Københavns omegn	0,004	0,212	
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,340	0,188	
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,129	0,200	
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference

Anm.: Den afhængige variabels udfald: 1) Slet ikke; 2) I mindre grad; 3) I nogen grad og 4) I høj grad.

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 969 brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001

OPSAMLING PÅ BRUGERNES SELVBESTEMMELSE

I dette afsnit undersøger vi brugernes indflydelse og selvbestemmelse både i forbindelse med visitations- og behandlingsforløbet. I forbindelse med visitationsforløbet har kun 39 pct. af brugerne i substitutionsbehandling haft mulighed for at vælge mellem substitutionsbehandling og stoffri behandling, og det er således over halvdelen af brugerne, som er startet i substitutionsbehandling uden et tilbud om stoffri behandling.

Af samtlige brugere har kun 25 pct. af brugerne haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder. Tallet dækker sandsynligvis over, at der for mange kommuners vedkommende kun er ét ambulansetilbud at få inden for en acceptabel transporttid, idet flere brugere i døgnbehandling og brugere i København og omegn har haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder. Selv blandt brugerne i døgnbehandling er det dog kun 58 pct., som har haft flere behandlingssteder at vælge imellem. Der er 38 pct. af brugerne, som mener, at det er meget vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem, og 17 pct. mener, at dette 'i nogen grad' er vigtigt. Det er særligt yngre brugere og brugere i døgnbehandling og brugere i København, som mener, det er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem og rent faktisk har haft flere steder at vælge imellem. Det er særligt brugere, som har haft valget mellem flere behandlingssteder, der mener, at det er vigtigt. Det er således 'i høj grad' vigtigt for 65 pct. af brugerne, som har haft valget, mod 29 pct. blandt brugere, som ikke har haft valget. Disse andele svarer til, at der er 22 pct. af alle brugerne, som mener, at det 'i høj grad' er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem uden at have haft muligheden.

Selvom brugerne ikke i udpræget grad har haft mulighed for frit valg, oplever en stor del af dem, at kontaktpersoner og misbrugskonsulenter har været lydhøre over for deres ønsker. Næsten halvdelen af brugerne mener således, at kontaktpersonen 'i høj grad' har været lydhør over for brugerens ønsker, mens 27 pct. mener, at dette 'i nogen grad' er tilfældet. Brugere oplever derfor at have indflydelse på deres behandling, uden dette nødvendigvis kommer til udtryk i et frit valg. Det er særligt brugerne, som har været i behandling i mere end 5 år, og som kun modtager ad hoc-ydelser, der oplever, at der ikke er blevet lyttet til deres ønsker.

Efter behandlingen er valgt, oplever størstedelen af brugerne stadig at have stor indflydelse på deres behandling. 75 pct. af alle

brugerne er således tilfredse med deres mulighed for at justere behandlingen undervejs, og 47 pct. af substitutionsbrugerne oplever 'i høj grad' at have indflydelse på deres dosis.

Alt i alt oplever 50 pct. af brugerne 'i høj grad' at have fået den behandling, de gerne ville have, mens 30 pct. mener, at dette 'i nogen grad' er tilfældet. Størstedelen af brugerne oplever således at have betydelig indflydelse på deres behandling. Der er dog også en gruppe, som i væsentligt mindre grad oplever at have indflydelse på behandlingen, og det er primært brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser. Disse brugere oplever i markant mindre grad at have haft flere behandlingssteder at vælge imellem, og væsentligt færre af disse brugere har også fået den behandling, de gerne ville have.

HENVISNINGSTID

Brugerne har ifølge Servicelovens § 101 ret til at modtage behandling inden for 14 dage efter, de har henvendt sig med et ønske om stofmisbrugsbehandling. Brugerne er blevet spurgt om, hvor lang tid der gik, fra de henvendte sig for at få behandling, til de modtog behandling for stofmisbrug. Der er således blevet spurgt til brugerens oplevede ventetid og ikke den reelle henvisningstid. Tabel 5.33 viser, at 65 pct. af brugerne oplevede at modtage behandling inden for 14 dage, og af disse oplevede halvdelen, at behandlingen påbegyndtes inden for tre dage. Det betyder samtidig, at en tredjedel af brugerne ikke oplevede at få behandling inden for 14 dage.

Der er en tendens til, at de brugere, som kommer hurtigt i behandling, kommer i behandlingstilbud af lavere intensitet. Som tabel 5.33 viser, er der blandt brugere, som modtager ad hoc-ydelser eller er i ambulant behandling, ca. en tredjedel, som er startet i behandling inden for tre dage. Samlet set er det 70 pct. af disse brugere, som er startet i behandling inden for 14 dage. Blandt brugere i døgnbehandling er det kun en tredjedel, som er startet i behandling inden for 14 dage. Man skal dog være opmærksom på, at disse brugere ofte er i et ambulant motivations- eller udredningsforløb i hjemkommunen, mens de venter på døgnbehandling. At brugerne oplever, at der går mere end 14 dage fra henvendelse, til de starter i døgnbehandling, er således ikke ensbetydende med, at behandlingsgarantien ikke er overholdt. En del brugere opfatter

dog stadig denne ventetid som lang, hvilket også fremgår af de kvalitative interview, som det bliver beskrevet senere i afsnittet.

TABEL 5.33

Brugernes oplevede ventetid fra de henvendte sig med ønske om stofmisbrugsbehandling, til de modtog behandling. Fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	0-3 dage	3-14 dage	2 uger-2 mdr.	Mere end 2 mdr.	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	36	34	14	16	100	426
Ambulant behandling	32	38	19	11	100	390
Dag-behandling	21	36	36	9	100	67
Døgn-behandling	13	20	39	28	100	93
I alt	31	34	20	14	100	976

Anm.: $\chi^2 = 70$, $P = 0,000$, Gamma = 0,188, $P = 0,000$.

Der er en tendens til, at opiatmisbrugere lidt hurtigere får behandling, samt at flere brugere på pension og flere brugere fra København og de store provinsbyer har ventet mere end to måneder. Disse forskelle er dog ikke signifikante, når vi i regressionsanalysen tager højde for behandlingsintensiteten.

Alt i alt tegner der sig et billede af, at mange brugere oplever en længere henvisningstid end de 14 dage, som er angivet i behandlingsgarantien. Man skal dog være opmærksom på, at der ikke er nogen behandlingsgaranti i forhold til skift i behandlingen, hvilket betyder, at så snart brugeren er indskrevet i én type behandling, kan der godt gå væsentligt mere end 14 dage, inden ændringerne i behandlingen bliver implementeret. At brugeren oplever, at der går mere end 14 dage fra henvendelse, til vedkommende kommer i den ønskede behandling, er derfor ikke i alle tilfælde ensbetydende med, at behandlingsgarantien ikke er overholdt.

Blandt brugerne i de kvalitative interview er der også relativt mange, som er startet i behandling relativt hurtigt efter henvendelse og har været godt tilfredse med den korte ventetid. Der er dog også nogle eksempler på brugere, der oplever ventetiden som lang. En bruger, som

skulle vente 14 dage på substitutionsbehandling, beskriver situationen således:

Det vil sige, at i 14 dage skal jeg rende rundt og have det ad helvede til og lave penge endnu. Jeg kan nå at ryge i spjældet mange gange, ikke? (Troels, 35 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

Flertallet har dog været indskrevet i en eller anden form for behandling under ventetiden, men har alligevel følt ventetiden som meget belastende. En bruger, som har afbrudt et tidligere døgnbehandlingsforløb, beskriver det således: ”Jeg har haft kæmpe problemer med at komme herop.” Skiftende kommunale sagsbehandlere og kontaktpersoner på misbrugscentret har ifølge denne bruger betydet, at han har ventet 2 år på at komme i døgnbehandling, mens han gik i ambulant behandling. En anden beskriver de 3 måneder, hvor han ventede på at komme i døgnbehandling, således:

Det er lang tid at gå, fra man vil i behandling, til man kommer i behandling. På 3 måneder kan man nå at skifte mening mange gange. Det kan man virkelig, og man kan nå at dø nogle gange (Lars, 38 år).

Der er således en tendens til, at når brugeren først er nået til den erkendelse, at vedkommende ønsker stofmisbrugsbehandling eller at blive stoffri, så har vedkommende også et stort ønske om, at behandlingen bliver igangsat hurtigt. Nogle brugere kan derfor ikke se nytten af at komme i forbehandlingsforløb og mener ikke, at man kan bruge forbehandlingen til at finde ud af, om brugerne er motiverede for behandlingen eller ej.

Fordi man ikke lige kan passe det dernede, er jo ikke det samme som, at når man først kommer op og er i døgnregi – er det noget helt andet. Der [døgnbehandlingen] skal du jo ikke komme og gå. Der [døgnbehandlingsstedet] er du hele tiden, hver dag (Lasse, 40 år, misbruger af opiater og centralstimulerende stoffer).

BRUGERNES VIDEN OM DERES KLAGERETTIGHEDER

I dette afsnit beskriver vi brugernes viden om deres klagerettigheder og undersøger, om der er nogle særlige brugergrupper, som mangler viden om deres klagemuligheder.

MULIGHED FOR AT KLAGE OVER MANGLENDE OVERHOLDELSE AF BEHANDLINGSGARANTIEN

Behandlingsgarantien udgør en vigtig del af brugernes rettigheder i forbindelse med stofmisbrugsbehandling. Garantien kræver, at brugerne bliver tilbudt behandling senest 14 dage efter deres første henvendelse. I dette afsnit undersøger vi, om brugerne ved, at de har ret til at klage, hvis kommunerne ikke overholder reglen.

Af de adspurgte brugere mener 64 pct., at de har ret til at klage over manglende overholdelse af behandlingsgarantien, mens 17 pct. ikke mener, det er tilfældet, og 19 pct. er i tvivl. Der er således en forholdsvis stor usikkerhed i brugergruppen om deres rettigheder til at klage. Karakteristika såsom køn, indkomsttype, uddannelse og misbrugstype har i regressionsanalysen ingen betydning for, om brugeren kender til sin klageret. Der er dog en tendens til, at brugere med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad er i tvivl om deres klagerettigheder, da en forholdsvis stor andel i denne gruppe svarer 'ved ikke' til dette spørgsmål.

TABEL 5.34

Hvorvidt brugerne tror, at de har ret eller ej til at klage over kommunens manglende overholdelse af behandlingsgarantiens 14-dages regel. Fordelt på brugerens etnicitet. Procent.

Etnicitet	Har ret til at klage	Har ikke ret til at klage	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Dansk	65	18	18	100	911
Etnisk minoritetsbaggrund	55	15	30	100	93
I alt	64	17	19	100	1.004

Anm.: $\chi^2 = 9$, $P = 0,014$.

Som tabel 5.35 viser, er der en tendens til, at flere yngre brugere i mindre grad tror, at de har ret til at klage, hvis behandlingsgarantien på 14 dage ikke overholdes, end ældre brugere.

TABEL 5.35

Hvorvidt brugerne tror, at de har ret eller ej til at klage over kommunens manglende overholdelse af behandlingsgarantiens 14-dages regel. Fordelt på, om de tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent.

Alder	Har ret til at klage	Har ikke ret til at klage	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
18-24 år	60	27	14	100	74
25-34 år	64	16	20	100	253
35-44 år	69	14	17	100	391
45- år	58	20	22	100	286
I alt	64	17	19	100	1.004

Anm.: $\chi^2 = 15$, $P = 0,022$.

TABEL 5.36

Multinomial regression af, om brugerne ikke tror, at de har ret til at klage over manglende overholdelse af behandlingsgarantiens 14-dages regel.

	Variabel	Koefficient	Standard-fejl	Signifikans-niveau	Odds-ratio
Har ikke ret til at klage				*	
	<i>Alder:</i>				
	18-24 år	0,229	0,312		1,258
	25-34 år	-0,367	0,233		0,693
	35-44 år	-0,543	0,212	*	0,581
	45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
Ved ikke	Dansk	0,007	0,319		1,007
	Konstant	-1,042	0,323	**	
	<i>Alder:</i>			*	
	18-24 år	-0,429	0,379		0,651
	25-34 år	-0,216	0,220		0,806
	35-44 år	-0,428	0,203	*	0,652
	45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
	Dansk	-0,650	0,253	*	0,522
	Konstant	-0,397	0,260		

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.004. Referencekategori: Har ret til at klage.

Anm.: * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$.

Der er således en tendens til, at flere etniske og flere yngre brugere ikke ved, at de har ret til at klage. Forskellen på grupperne i øvrigt er dog begrænset, og overordnet tror to tredjedele af brugerne, at de har ret til at klage over manglende overholdelse af behandlingsgarantien.

Tabel 5.37 viser en tendens til, at der er færrest brugere, som mener, at de har ret til at klage over manglende overholdelse af behandlingsgarantien blandt dem, som 'slet ikke' har fået den ønskede behandling. Det kan være udtryk for, at brugere, som kender deres klagerettigheder, i højere grad får den ønskede behandling, fordi de ved, hvad de kan kræve af behandlingsstedet.

Der er dog samtidig en tendens til, at brugere som i højere grad har fået den ønskede behandling, også i lidt højere grad er i tvivl om deres klagerettigheder, da flere svarer 'ved ikke' i denne gruppe end blandt brugere, som ikke i samme grad har fået den ønskede behandling. Dette billede fremgår også af de kvalitative interview: De fleste af brugerne har ikke oplevet at have behov for at klage, og de er derfor heller ikke rigtigt klar over, hvem de skal klage til. En del brugere nævner dog i de kvalitative interview, at de vil spørge personalet om, hvem de skal klage til, hvis de får brug for det. Under alle omstændigheder tyder ovenstående på, at der er behov for øget information om klagerettigheder, særligt til de brugere, som ikke får tilbudt den behandling, de ønsker.

TABEL 5.37

Hvorvidt brugerne tror, at de har ret eller ej til at klage over kommunens manglende overholdelse af behandlingsgarantiens 14-dages regel. Fordelt på, i hvilken grad brugeren har fået den behandling, vedkommende gerne ville have. Procent.

Har fået den ønskede behandling	Har ret til at klage	Har ikke ret til at klage	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Slet ikke	55	29	16	100	80
I mindre grad	68	18	14	100	120
I nogen grad	60	32	19	100	313
I høj grad	66	13	21	100	492
I alt	64	17	19	100	1.005

Anm.: $\chi^2 = 18$, $P = 0,006$.

MULIGHED FOR AT KLAGE OVER BEHANDLINGSTYPE

Brugerne har også mulighed for at klage over kommunens afgørelse om, hvilken behandling vedkommende kan få, hvis brugeren bliver visiteret til en anden type tilbud end det ønskede, fx hvis brugeren ønsker døgnbehandling, men bliver tilbudt ambulant behandling. Der er 63 pct. af brugerne, som kender denne rettighed, 26 pct., som ikke kender denne rettighed, og 11 pct., som er i tvivl.

Brugernes viden om deres klagemuligheder er også her forskellig kommunerne imellem. Således er der færrest i landets fem største byer, som mener, at de har ret til at klage. I Københavns Kommune er der også en relativ stor andel, som heller ikke mener, de har ret til at klage, mens der i de store provinsbyer er flest, der er i tvivl om deres rettigheder.

TABEL 5.38

Hvorvidt brugerne tror, at de har ret eller ej til at klage over, hvilken slags behandling de bliver tilbudt. Fordelt på hvilken type by, de bor i. Procent.

Bytype	Har ret til at klage	Har ikke ret til at klage	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	59	26	15	100	192
Københavns omegn	69	21	10	100	191
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	58	18	25	100	275
By m. 30.000 indbyggere el. mere	63	26	11	100	185
By m. mindre end 30.000 indbyggere	66	24	10	100	164
I alt	62	22	15	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 35$, $P = 0,000$.

Flere brugere blandt dem, som 'i høj grad' har fået den ønskede behandling, mener, at de har ret til at klage over, hvilken behandling de

tilbydes, mens færrest brugere blandt dem, som 'slet ikke' har fået den ønskede behandling, tror de har ret til at klage.

TABEL 5.39

Hvorvidt brugerne tror, at de har ret eller ej til at klage over, hvilken slags behandling de bliver tilbudt. Fordelt på, i hvilken grad brugeren har fået den behandling, vedkommende gerne ville have. Procent.

Har fået den ønskede behandling	Har ret til at klage	Har ikke ret til at klage	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Slet ikke	55	30	15	100	80
I mindre grad	61	27	13	100	119
I nogen grad	57	27	16	100	314
I høj grad	67	17	15	100	493
I alt	62	23	15	100	1.006

Anm.: $\chi^2 = 16$, $P = 0,012$.

Med hensyn til retten til at klage over, at kommunen har tilbudt brugeren en anden behandling end den ønskede, er det ifølge regressionsanalysen de geografiske forhold, som har betydning. Der er ikke forskel på brugernes viden afhængigt af køn, alder, uddannelse, indkomsttype, hovedmisbrugsstof, eller om de tidligere har været i behandling. Forskellene skyldes altså nærmere kommunernes forskellige praksis i forbindelse med orientering om klagemuligheder. Der er en tendens til, at flere etniske end danske brugere (25 pct. mod 15 pct.) er i tvivl om deres klagerettigheder i forhold til, hvilken behandling de kan få. Forskellen er dog ikke signifikant i en multinominal regression, når vi tager højde for, hvilken type by de bor i.

MULIGHEDER FOR AT KLAGE OVER MANGLENDE VALG MELLEM BEHANDLINGSSTEDER

Brugerne har også mulighed for at klage, hvis de ikke har haft mulighed for frit at vælge mellem behandlingstilbud af tilsvarende intensitet som det, de er visiteret til. Denne klagemulighed kan fx være relevant i forbindelse med valg af døgnbehandlingssted. Lidt færre brugere mener, at de har ret til at klage over manglende frit valg, idet det er 56 pct. af brugerne, som mener, at de har denne rettighed, mod 64 og 63 pct. ved mulighed for at klage over manglende overholdelse af behandlingsgaranti

og mulighed for at klage over behandlingstype. 29 pct. mener ikke, at de har ret til at klage over valg af behandlingssted, mens 16 pct. er i tvivl.

TABEL 5.40

Hvorvidt brugerne tror, at de har ret eller ej til at klage over, hvor de kan få behandling. Fordelt på hvilken type by, de bor i. Procent.

Bytype	Har ret til at klage	Har ikke ret til at klage	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	51	37	12	100	192
Københavns omegn	59	29	12	100	193
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	55	20	26	100	275
By m. 30.000 indbyggere el. mere	57	32	11	100	185
By m. mindre end 30.000 indbyggere	58	30	12	100	164
I alt	56	29	16	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 38$, $P = 0,000$.

Blandt de brugere, som 'slet ikke' har modtaget den behandling, de ønskede, finder vi igen den laveste andel, der har kendskab til, at de har ret til at klage; denne gang over, hvor de modtager behandling.

TABEL 5.41

Hvorvidt brugerne tror, at de har ret eller ej til at klage over, hvor de kan få behandling. Fordelt på, i hvilken grad brugeren har fået den behandling, vedkommende gerne ville have. Procent.

Har fået den ønskede behandling	Har ret til at klage	Har ikke ret til at klage	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Slet ikke	44	44	13	100	80
I mindre grad	56	36	8	100	120
I nogen grad	49	34	18	100	315
I høj grad	62	22	17	100	493
I alt	56	29	16	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 32$, $P = 0,000$.

Igen viser regressionsanalysen visse geografiske forskelle, da andelen af brugere, som mener, at de har ret til at klage over manglende valg af behandlingssted, er lidt lavere i landets fem største byer, men forskellene er ikke markante.

MULIGHEDER FOR AT KLAGE OVER MANGLENDE INDDRAGELSE I BESLUTNINGER VEDRØRENDE BEHANDLINGEN

Brugerne er også blevet spurgt, om de mener, at de har ret til at klage over, at de ikke er blevet inddraget tilstrækkeligt i beslutningerne om deres behandling.

65 pct. af brugerne ved, at de har denne klageret, mens 19 pct. ikke mener, de har den, og 15 pct. er i tvivl. Også her viser regressionsanalysen, at personlige karakteristika ved brugeren og dennes sociale situation ingen betydning har for vedkommendes viden om sine klagemuligheder.

TABEL 5.42

Hvorvidt brugerne tror, at de har ret eller ej til at klage over manglende inddragelse i beslutninger vedrørende deres behandling. Fordelt på, hvilken type by de bor i. Procent.

Bytype	Har ret til at klage	Har ikke ret til at klage	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	69	18	13	100	191
Københavns omegn	73	20	8	100	190
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	58	18	25	100	275
By m. 30.000 indbyggere el. mere	67	25	8	100	185
By m. mindre end 30.000 indbyggere	65	22	13	100	164
I alt	65	20	14	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 42$, $P = 0,000$.

Også mht. til ret til at klage over manglende inddragelse i behandlingsbeslutninger tror flere brugere, som 'slet ikke' har fået den ønskede behandling, at de ikke har ret til at klage.

TABEL 5.43

Hvorvidt brugerne tror, at de har ret eller ej til at klage over manglende inddragelse i beslutninger vedrørende deres behandling. Fordelt på, i hvilken grad brugeren har fået den behandling, vedkommende gerne ville have. Procent.

Har fået den ønskede behandling	Har ret til at klage	Har ikke ret til at klage	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Slet ikke	53	32	15	100	79
I mindre grad	73	17	10	100	119
I nogen grad	59	25	16	100	314
I høj grad	69	16	14	100	492
I alt	65	20	14	100	1.004

Anm.: $\chi^2 = 21$, $P = 0,002$.

OPSUMMERING AF KLAGEMULIGHEDER

Generelt kender ca. to tredjedele af brugerne deres muligheder for at klage, og der er ikke nogen forskel på brugernes viden, afhængigt af køn, alder, uddannelse, hovedmisbrugsstof eller etnicitet. Kun i forhold til klage over manglende overholdelse af 14-dages reglen er der en tendens til, at flere brugere af etnisk minoritetsbaggrund er i tvivl om deres klagerettigheder. Ellers er det afgørende for brugernes viden om deres klagemuligheder, hvilken kommune de er bosat i. Der er relativ stor forskel på vidensniveauet kommunerne imellem, hvilket vidner om en noget forskellig praksis i forhold til at informere brugerne om deres klagemuligheder.

Der er desuden en klar tendens til, at der er færrest brugere, som kender deres klagerettigheder, blandt brugere, som 'slet ikke' har fået den behandling, de ønskede. Det er bekymrende, idet denne gruppe må forventes i højere grad at have behov for at klage. Brugernes svar tyder på, at der er behov for yderligere oplysning om klagerettigheder, særligt til brugere, som ikke får den behandling, de ønsker.

OPSUMMERING PÅ HENVISNINGSFORLØBET

I dette afsnit undersøger vi brugernes indflydelse og selvbestemmelse både i forbindelse med visitations- og behandlingsforløbet. I forbindelse med visitationsforløbet har kun 39 pct. af brugerne i substitutionsbe-

handling haft mulighed for at vælge mellem substitutionsbehandling og stoffri behandling, og det er således over halvdelen af brugerne, som er startet i substitutionsbehandling uden et tilbud om stoffri behandling.

Af samtlige brugere har kun 25 pct. af brugerne haft mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder. Tallet dækker sandsynligvis over, at der for mange kommuners vedkommende kun er ét ambulant tilbud at få inden for en acceptabel transporttid. Det er sandsynligt, fordi vi finder flere blandt brugere i døgnbehandling og brugere i København og omegn, der har haft mulighed for at vælge blandt flere behandlingssteder. Blandt brugerne i døgnbehandling har 58 pct. haft flere behandlingssteder at vælge imellem. Der er 38 pct. af brugerne, som mener, at det er meget vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem, og 17 pct. mener, at dette 'i nogen grad' er vigtigt. Det er særligt yngre brugere, brugere i døgnbehandling og brugere i København, som mener, at det er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem. Brugere, som mener, at det er vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem, har rent faktisk også haft flere steder at vælge imellem. Det er særligt brugere, som har haft valget mellem flere behandlingssteder, der mener, at valgmuligheden er vigtig. Det er således 'i høj grad' vigtigt for 65 pct. af brugerne, som har haft valget, mod 29 pct. blandt brugere, som ikke har haft valget.

Selvom en del af brugerne ikke har haft mulighed for frit valg, oplever en stor del af brugerne, at kontaktpersoner og misbrugskonsulenter har været lydhøre over for deres ønsker. Næsten halvdelen af brugerne mener således, at kontaktpersonen 'i høj grad' har været lydhør over for deres ønsker, mens 27 pct. mener, at dette 'i nogen grad' er tilfældet. Brugere oplever derfor at have indflydelse på deres behandling, uden dette nødvendigvis kommer til udtryk i et frit valg. Det er særligt bruger, som har været i behandling i mere end 5 år, og som kun modtager ad hoc-tydelser, der oplever, at der ikke er blevet lyttet til deres ønsker.

Efter behandlingen er valgt, oplever størstedelen af brugerne stadig at have stor indflydelse på deres behandling. Der er således 75 pct. af alle brugerne, som er tilfredse med deres mulighed for at justere behandlingen undervejs, og 47 pct. af substitutionsbrugerne oplever 'i høj grad' at have indflydelse på fastsættelsen af deres dosis.

Alt i alt oplever 50 pct. af brugerne 'i høj grad' at have fået den behandling, de gerne ville have, mens 30 pct. mener, at dette 'i nogen

grad' er tilfældet. Størstedelen af brugerne oplever således at have betydelig indflydelse på deres behandling. Der er dog også en gruppe, som i væsentligt mindre grad oplever at have indflydelse på deres behandling, og det er primært brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser. Disse brugere oplever i markant mindre grad at have haft flere behandlingssteder at vælge imellem, og væsentligt færre af disse brugere har også fået den behandling, de gerne ville have.

To tredjedele af brugerne oplever at få behandling inden for 14 dage fra henvendelsestidspunktet. For den del af brugerne, hvor det har taget længere tid at få behandling, kan der være tale om, at de er i en lavere behandlingsintensitet, mens de venter på en behandling. De står derfor ikke nødvendigvis uden for behandlingssystemet, men ventetiden kan dog stadig opfattes som belastende for brugerne.

Idet de fleste af brugerne 'i nogen grad' eller 'i høj grad' får den behandling, de ønsker, har meget få undersøgt mulighederne for at klage. Der er således en del brugere, som ikke ved, hvem de skal henvende en evt. klage til. De oplyser, at det er noget, de vil finde ud af, hvis de skulle få brug for at klage. To tredjedele af brugerne er bekendt med, hvilke dele af beslutningerne om deres behandling de har ret til at klage over.

SAMARBEJDE MELLEM BRUGER OG KONTAKTPERSON

I dette kapitel beskriver vi brugernes samarbejde med deres kontaktperson eller behandler. Først gennemgår vi strukturen omkring møderne: Hvordan og hvor ofte de aftales, og hvor længe de varer. Derefter redegør vi for indholdet af samtalerne efterfulgt af brugernes beskrivelse af en god kontaktperson eller behandler. Til sidst undersøger vi, i hvilken grad brugerne oplever at have skiftende kontaktpersoner, og hvad det i så fald betyder for dem.

STRUKTUR FOR MØDER MED KONTAKTPERSON

HVOR OFTE MØDES BRUGEREN MED SIN KONTAKTPERSON?

En person med samme funktion kan alt efter behandlingsstedet have en titel som behandler, kontaktperson, misbrugskonsulent mv. I dette afsnit bruger vi begrebet kontaktperson til at dække over disse titler.

Tabel 6.1 viser, at 24 pct. af brugerne ingen samtaler har haft med deres kontaktperson de seneste 2 måneder, mens 16 pct. har haft en enkelt samtale i den periode. Derudover har en tredjedel af brugerne haft 2-4 samtaler med deres kontaktperson, og 26 pct. har haft 5 samtaler

eller mere. Der er altså en stor del af brugergruppen, som kun meget sjældent har samtaler med deres kontaktperson. Da samtaler med kontaktperson eller behandler er en del af den sociale misbrugsbehandling, vil analyser af brugernes karakteristika i forhold til dette ikke gentages her, da sådanne analyser er rapporteret i kapitel 4. Det skal dog kort nævnes, at misbrugere af centralstimulerende stoffer og hash mv., brugere på kontanthjælp mv. og brugere i København og omegn har relativt flere samtaler med deres kontaktperson.

TABEL 6.1

Antal samtaler brugeren har haft med sin kontaktperson de seneste 2 måneder. Procent og antal.

Antal samtaler	Procent	Antal
0	24	241
1	16	162
2-4	34	345
5-	26	259
I alt	100	1.007

Brugerne er blevet spurgt, om de oplever at have 'for mange', 'tilpas' eller 'for få' samtaler med deres kontaktperson. 10 pct. af brugerne har dog svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med en kontaktperson, og de er derfor ikke blevet stillet de efterfølgende spørgsmål, som bliver analyseret i dette afsnit.

Størstedelen af brugerne (73 pct.) oplever at have et tilpas antal samtaler med deres kontaktperson. Der er 2 pct. af brugerne, som mener, at de har for mange samtaler, mens 25 pct. mener, at de får for få samtaler.

Der er et par procent, som oplever at have for mange samtaler, uanset hvor mange samtaler brugeren har haft. Derudover er det tydeligt, at jo færre samtaler brugerne får, jo flere af brugerne mener, at de får for få samtaler. Der er således 44 pct. af brugerne, som ingen samtaler har haft med deres kontaktperson de seneste 2 måneder, som mener, at det er for lidt. Det er tilfældet for 35 pct. af de brugere, som kun har haft en enkelt samtale, og 23 pct. af de brugere, som har haft 2-4 samtaler, mens brugere, der har haft mere end 4 samtaler, kun for 13 procents vedkommende synes, at det er for lidt.

Tabellen vidner dog samtidig om, at der er en betydelig andel af brugerne, som ikke ønsker hyppigere samtaler med deres kontaktperson. For eksempel har 56 pct. af brugerne, som ingen samtaler har haft, ikke noget ønske om flere samtaler, mens det er tilfældet for 66 pct. af de brugere, som kun har haft en enkelt samtale.

Brugergruppen har tydeligvis ikke ens ønsker til hyppigheden af samtaler med deres kontaktperson, idet der er en gruppe, som ikke har noget imod ikke at få nogen samtaler, mens der er brugere, som får relativt mange samtaler, men stadig ønsker flere. Generelt er der dog en fjerdedel af brugerne, som ikke får så mange samtaler, som de ønsker. I det følgende afsnit undersøger vi, om disse brugere har nogle særlige karakteristika.

TABEL 6.2

Brugernes angivelse af om mængden af samtaler med deres kontaktperson er tilpas. Fordelt på det antal samtaler, brugeren har med kontaktpersonen. Procent.

Antal samtaler	For mange samtaler	Tilpas antal	For få samtaler	I alt procent	I alt antal
0	1	55	44	100	140
1	3	63	35	100	156
2-4	1	77	23	100	336
5-	2	86	13	100	255
I alt procent	2	73	25	100	887

Anm.: $\chi^2 = 61$, $P = 0,000$.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler. 18 brugere har desuden svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

Tabel 6.3 viser, at det særligt er brugere, som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, som oplever ikke at få tilstrækkeligt med samtaler. Der er således 21 pct. af brugerne, som er i behandling for første gang, og som ønsker flere samtaler, mod 28 pct. af brugere, som tidligere har været i behandling.

TABEL 6.3

Brugernes angivelse af om mængden af samtaler med deres kontaktperson er tilpas. Fordelt på, om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling eller ej. Procent.

Tidligere behandling	For mange samtaler	Tilpas antal	For få samtaler	I alt procent	I alt antal
Ikke tidligere i stofmisbrugsbehandling	2	78	21	100	337
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	1	71	28	100	555
I alt procent	2	73	25	100	892

Anm.: $\chi^2 = 6$, $P = 0,041$.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler. 18 brugere har desuden svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

Som tabel 6.4 viser, er der færre brugere i arbejde, som mener, at de får for få samtaler med deres kontaktperson. Det skyldes ikke, at denne gruppe får flere samtaler med deres kontaktperson, og forskellen fastholdes derfor, når vi i regressionsanalysen tager højde for, hvor mange samtaler brugeren har haft med sin kontaktperson de seneste 2 måneder. Der er således en større del af brugerne i arbejde, som oplever at have et tilpas antal samtaler med deres kontaktperson.

TABEL 6.4

Brugernes angivelse af om mængden af samtaler med deres kontaktperson er tilpas. Fordelt på brugernes indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	For mange samtaler	Tilpas antal	For få samtaler	I alt procent	I alt antal
Arbejde	0	85	15	100	104
Kontanthjælp mv.	1	74	25	100	458
Pension	2	70	28	100	319
I alt procent	1	74	25	100	881

Anm.: $\chi^2 = 29$, $P = 0,000$.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler. 18 brugere har desuden svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

I tabel 6.5 er det tydeligt, at der er væsentligt flere brugere i Københavns Kommune, der mener, at de får for få samtaler. Det skal dog her

bemærkes, at brugerne i Københavns Kommune rent faktisk får flere samtaler med deres kontaktperson end gennemsnitligt. Det faktiske antal afholdte samtaler kan således ikke forklare det større ønske om samtaler i Københavns Kommune, og det må derfor være andre karakteristika ved brugeren eller dennes behandling, som får brugeren til at ønske flere samtaler.

TABEL 6.5

Brugernes angivelse af om mængden af samtaler med deres kontaktperson er tilpas. Fordelt på, hvilken type by de bor i. Procent.

Bytype	For mange samtaler	Tilpas antal	For få samtaler	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	0	66	34	100	165
Københavns omegn	1	74	26	100	179
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	4	76	21	100	238
By m. 30.000 indbyggere el. mere	1	76	23	100	169
By m. mindre end 30.000 indbyggere	1	75	25	100	142
I alt procent	2	74	25	100	893

Anm.: $\chi^2 = 22$, $P = 0,005$.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler. 18 brugere har desuden svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

Tabel 6.6 viser, at det særligt er brugere, som modtager ad hoc-ydelser og døgnbehandling, som mener, at de har for få samtaler med deres kontaktperson, idet 33 pct. af disse brugere mener, at de får for få samtaler. Det, at brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, ønsker flere samtaler, er sandsynligvis et udtryk for, at de får relativt få eller ingen samtaler med deres kontaktperson. Dette forklarer derimod ikke, hvorfor brugerne i døgnbehandling ønsker flere samtaler. Brugere i døgnbehandling har ofte både en kontaktperson i deres hjemkommune, som de aftaler rammerne for behandling og udslusning med, og en kontaktperson på behandlingsstedet, som de diskuterer indholdet i behandlingen med og/eller får behandling af. Grunden til, at en tredjedel af brugerne i døgnbehandling ønsker flere samtaler, kan således være, at de ønsker flere samtaler med deres kontaktperson i kommunen.

TABEL 6.6

Brugernes angivelse af om mængden af samtaler med deres kontaktperson er tilpas. Fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	For mange samtaler	Tilpas antal	For få samtaler	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	2	65	33	100	349
Ambulant behandling	1	81	18	100	389
Dagbehandling	2	82	17	100	66
Døgnbehandling	1	66	33	100	89
I alt procent	2	73	25	100	893

Anm.: $\chi^2 = 29$, $P = 0,000$.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler. 18 brugere har desuden svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

Ud fra tabel 6.7 kan man karakterisere brugere, som mener, at de har haft for få samtaler med deres behandler. Der er større sandsynlighed for at mene dette, hvis brugeren har haft få eller ingen samtaler med sin kontaktperson de seneste 2 måneder, lever af kontanthjælp mv. eller pension, er i døgnbehandling eller bor i Københavns Kommune. Derimod har personlige karakteristika som køn, alder, etnicitet, hovedmisbrugsstof og uddannelse ingen betydning for, om brugeren oplever at have tilpas, for mange eller for få samtaler med sin kontaktperson. De personer, som har flest samtaler med deres kontaktperson, er misbrugere af centralstimulerende stoffer og hash mv., brugere på kontanthjælp mv. og brugere i København og omegn. At flere brugere i København oplever at have for få samtaler med deres kontaktperson, skyldes altså ikke, at brugerne generelt får færre samtaler her, men som en af de efterfølgende samtaler viser, er der dog relativt flere brugere i København, der har forholdsvis korte samtaler med deres kontaktperson.

TABEL 6.7

Logistisk regression af om brugeren synes, at vedkommende har for få samtaler med sin kontaktperson eller behandler.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds-ratio
<i>Antal samtaler de seneste 2 mdr.:</i>			***	
0	2,024	0,277	***	7,567
1	1,499	0,272	***	4,476
2-4	1,003	0,244	***	2,725
5-	Reference	Reference	Reference	Reference
Er i døgnbehandling	0,777	0,274	**	2,175
Har ikke tidligere været i behandling	-0,408	0,178	*	0,665
<i>Indkomsttype:</i>				
Arbejde	-0,745	0,316	*	0,475
Kontanthjælp mv.	-0,102	0,183		0,903
Pension				
<i>Bytype:</i>			**	
Københavns Kommune	0,728	0,276	**	2,071
Københavns omegn	0,269	0,279		1,309
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,250	0,271		0,779
By med 30.000 indbyggere el. mere	-0,126	0,285		0,881
By med mindre end 30.000 indbyggere				
Kontakt	-2,090	0,314	***	0,124

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 977 brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Anm.: For mange og tilpas antal samtaler er lagt sammen.

LÆNGDEN PÅ BRUGER-KONTAKTPERSONSAMTALERNE

I dette afsnit undersøger vi længden af brugernes samtaler med deres kontaktperson. Tabel 6.8 viser, at for 22 pct. af brugerne varer samtalerne sædvanligvis 20 minutter eller mindre, derudover har 27 pct. af brugerne samtaler af 21-30 minutters varighed, 15 pct. har samtaler op til 1 times varighed, mens 36 pct. har samtaler, som typisk varer 1 time eller mere.

Tabellen viser også en tendens til, at de kvindelige brugere har lidt længere samtaler end de mandlige brugere.

TABEL 6.8

Brugernes angivelse af varigheden af samtalerne med deres kontaktperson, fordelt på brugerens køn. Procent.

Køn	0-20 min	21-30 min	31-59 min	60- min	I alt procent	I alt antal
Kvinde	20	23	15	42	100	246
Mand	23	28	15	34	100	617
I alt	22	27	15	36	100	863

Anm.: Gamma = -0,123, P = 0,033.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler. 44 brugere har desuden svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

Tabel 6.9 viser, at over halvdelen af brugerne i arbejde har samtaler af 60 minutters varighed eller mere mod et gennemsnit på 36 pct. Det kan hænge sammen med, at disse brugere får noget færre samtaler og derfor har behov for længere samtaler, når de får dem. Der er forholdsvis mange brugere på pension, som får samtaler af en halv times varighed eller kortere (58 pct.). Af brugerne på pension er der 34 pct., som ikke har haft en samtale med deres kontaktperson de seneste 2 måneder, mod et gennemsnit på 24 pct. Alt i alt tegner der sig et billede af en brugergruppe, som sjældnere får samtaler, og når de endelig får dem, er de af kortere varighed. Disse brugere får med andre ord væsentligt mindre social behandling end de øvrige brugere.

TABEL 6.9

Brugernes angivelse af varigheden af samtalerne med deres kontaktperson, fordelt på brugerens indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	0-20 min	21-30 min	31-59 min	60- min	I alt procent	I alt antal
Arbejde	16	19	14	52	100	101
Kontanthjælp mv.	19	26	19	36	100	452
Pension	29	29	11	30	100	299
I alt	22	26	16	36	100	852

Anm.: $\chi^2 = 32$, P = 0,000.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler. 44 brugere har desuden svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

Tabel 6.10 viser, at der er visse geografiske forskelle i længden af samtalerne. Brugere fra byer med mindre end 30.000 indbyggere får således for 46 procents vedkommende samtaler af en times varighed eller mere mod 32-34 pct. i Københavns Kommune og omegn og Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg. Derudover skiller Københavns Kommune sig ud ved at have relativt flere brugere, for hvem samtalerne typisk kun varer op til og med 20 minutter. Når vi i analysen kontrollerer for intensiteten af behandlingen og andre faktorer, er samtalerne gennemsnitligt kortest i København og de store provinsbyer med samtaler, som i gennemsnit er 8-10 minutter kortere end i de mindre byer.

TABEL 6.10

Brugernes angivelse af varigheden af samtalerne med deres kontaktperson, fordelt på, hvilken type by de bor i. Procent.

Bytype	0-20 min	21-30 min	31-59 min	60- min	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	29	18	20	33	100	164
Københavns omegn	18	31	17	34	100	170
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	21	35	13	32	100	235
By m. 30.000 indbyggere el. mere	22	24	16	38	100	162
By m. mindre end 30.000 indbyggere	21	21	12	46	100	137
I alt	22	27	15	36	100	868

Anm.: $\chi^2 = 30$, $P = 0,003$.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler. 44 brugere har desuden svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

Som tidligere antydnet er der en klar tendens til, at de brugere, som får flere samtaler, også får længere samtaler. Det er således de brugere, som sjældneste får samtaler, der får de korteste samtaler. Denne forskel fastholdes, selv når vi i analysen tager højde for intensiteten af brugerens behandling.

TABEL 6.11

Brugernes angivelse af varigheden af samtalerne med deres kontaktperson, fordelt på, hvor mange samtaler brugeren har haft med sin kontaktperson de seneste 2 måneder. Procent.

Antal samtaler de seneste 2 mdr.	0-20 min.	21-30 min.	31-59 min.	60- min.	I alt procent	I alt antal
0	32	39	8	23	100	118
1	28	28	12	32	100	156
2-4	18	28	17	37	100	337
5-	19	19	19	43	100	253
I alt	22	27	15	36	100	864

Anm.: $\chi^2 = 39$, $P = 0,000$, Gamma 0,195, $P = 0,000$.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler. 44 brugere har desuden svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

TABEL 6.12

Brugernes angivelse af varigheden af samtalerne med deres kontaktperson, fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	0-20 min.	21-30 min.	31-59 min.	60- min.	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	31	31	12	26	100	334
Ambulant behandling	16	22	20	42	100	379
Dagbehandling	16	36	11	38	100	64
Døgnbehandling	19	23	13	46	100	88
I alt	22	27	15	36	100	865

Anm.: $\chi^2 = 51$, $P = 0,000$, Gamma 0,233, $P = 0,000$.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler. 44 brugere har desuden svaret 'ved ikke' til spørgsmålet.

Brugerne, som kun får ad hoc-ydelser, har markant kortere samtaler med deres kontaktperson end brugerne i de øvrige behandlingsintensiteter. Der er således kun 26 pct. af brugerne i denne type behandling, som får samtaler af en times varighed eller mere, og 31 pct., som kun får samtaler af op til 20 minutters varighed, når de får dem. Det ses også i regressionen i tabel 6.13, som viser, at samtalerne for brugere, som modtager ad hoc-ydelser, gennemsnitligt er 6 minutter kortere end de øvrige brugeres samtaler. Igen tegner der sig et billede af, at den lavere intensitet ikke kun kommer til udtryk ved, hvor ofte brugeren modtager

social stofmisbrugsbehandling, men også ved omfanget af den behandling, der foregår, når brugeren rent faktisk mødes med sin kontaktperson. Selvom der ikke kan sættes et direkte lighedstegn mellem længden af samtalerne og kvaliteten af behandlingen, må det dog forventes, at længere samtaler generelt giver bedre muligheder for at håndtere brugerens problemer.

Det er således kvindelige brugere, brugere i arbejde, brugere fra mindre byer og brugere, som har mange samtaler med deres kontaktperson, der har de længste samtaler med deres kontaktperson. Brugere, som modtager ad hoc-ydelser, får væsentligt kortere samtaler.

TABEL 6.13

Lineær regression af brugernes angivelse af varigheden af samtalerne med deres kontaktperson.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau
Konstant	49,517	3,038	***
Kvinde	5,703	1,775	**
<i>Indkomsttype:</i>			*
Arbejde	7,779	2,800	**
Kontanthjælp mv.	2,024	1,852	
Pension			
<i>Behandlingsintensitet:</i>			***
Ad hoc-ydelser	-5,622	2,572	*
Ambulant behandling	0,477	2,315	
Dagbehandling	-3,851	3,621	
Døgnbehandling			**
<i>Bytype:</i>			**
Københavns Kommune	-9,166	2,687	**
Københavns omegn	-5,369	2,664	*
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-8,237	2,531	**
By m. 30.000 indbyggere el. mere	-4,446	2,673	
By m. mindre end 30.000 indbyggere			*
<i>Antal samtaler de seneste 2 mdr.:</i>			**
0	-9,329	2,947	
1	-4,996	2,614	
2-4	-3,144	1,980	
5-	Reference	Reference	Reference

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 851 brugere, som har erfaring med samtaler med en kontaktperson, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

HVORDAN AFTALES SAMTALERNE?

I dette afsnit undersøger vi nærmere, hvordan samtalerne mellem kontaktpersonen og brugerne aftales. Fra kvalitative interview med brugere ved vi, at det kan opleves som en barriere for nogle brugere, hvis de fx skal møde op et sted og bestille en tid.

Ud fra tabel 6.14 kan man se, at de fleste samtaler aftales på behandlingsstedet eller fra gang til gang. Der er dog også en betydelig procentdel af brugerne, som enten aftaler møder over telefonen eller møder op uanmeldt. Der er 2 pct. af brugerne, som aftaler møder på anden vis. Denne andel dækker primært over brugere i døgnbehandling, som har en mere løs aftalestruktur, samt brugere, som bliver indkaldt via sms.

TABEL 6.14

Fordelingen af, hvordan møder mellem bruger og kontaktperson aftales, byggende på oplysninger fra brugerne. Procent og antal.

Måden mødet aftales på	Procent	Antal
Bruger møder op uanmeldt	17	159
Mødet aftales via telefon	18	163
Mødet aftales på behandlingsstedet	37	335
Bruger bliver indkaldt skriftligt	9	86
Parterne mødes faste dage	5	43
Møder aftales fra gang til gang	31	286
Bruger aftaler møder på anden vis	2	19
Bruger mødes ikke med kontaktperson	2	21

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 910 brugere. Bruger kan aftale møder på flere måder, og procenterne skal derfor ikke summe til 100.

Anm.: 102 brugere har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler med kontaktperson og har derfor ikke svaret på, om dette er et tilpas antal samtaler.

INDHOLDET AF BRUGER-KONTAKTPERSONSAMTALERNE

I dette afsnit beskriver vi, hvad samtalerne mellem brugeren og kontaktpersonen handler om. For 80-82 pct. af brugerne handler møderne om brugernes personlige problemer og om, hvordan det går med behandlingen. For lidt færre handler samtalerne om, hvordan det går med misbruget eller sidemisbruget og om ændringer i behandlingen. For 69 pct. af brugerne handler samtalerne også om andre konkrete ting, brugeren har brug for hjælp til, herunder økonomi og bolig.

TABEL 6.15

Brugernes angivelse af indholdet af deres samtaler med kontaktperson eller behandler. Procent.

Møder omhandler	Ja	Nej	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Brugerens personlige problemer	80	18	2	100	908
Misbrug eller sidemisbrug	78	21	1	100	909
Hvordan det går med behandlingen	82	16	1	100	906
Ændringer i behandlingen	72	29	1	100	906
Andre konkrete ting, brugeren har brug for hjælp til, fx økonomi, bolig, helbred mv.	69	29	1	100	908

Anm.: Møder kan handle om flere emner, og procenterne skal derfor ikke summe til 100.

Anm.: Brugere, som har svaret, at de ingen erfaring har med samtaler overhovedet, er ikke blevet stillet disse spørgsmål.

DEN GODE KONTAKTPERSON

De fleste brugere beskriver i de kvalitative interview, at de er rigtigt glade for deres kontaktperson – særligt de brugere, som er kommet videre i døgnbehandling. Men også brugere i ambulans behandling er generelt glade for deres kontaktperson, mens de er noget mere kritiske over for behandlingssystemet generelt. I dette afsnit gennemgår vi, hvad brugerne fortæller er vigtige karakteristika ved en god kontaktperson.

Særligt i det første møde med brugeren er det ifølge brugeren vigtigt, at kontaktpersonen er venlig og imødekommende. Det vigtigste er, at de viser:

[...] personlighed og interesse, egentligt, at de viser noget engagement for de ting, man siger til dem [...] Og at man bliver taget seriøst, ligegyldigt hvor man kommer hen [...] Man ved, man har en plads, så man føler sig ikke udstødt (Michael, 22 år, hashmisbruger i dagbehandling).

Brugerne ønsker således en medmenneskelighed fra behandlernes side, og at de sætter sig ind i brugernes problemer uden at fordømme og tager brugernes ønsker alvorligt.

Det vigtigste er, at de lytter til klienten ... og de har forståelse ... og de er omsorgsfulde (Jens, 39 år, opiatmisbruger i døgnbehandling).

En anden bruger, som er utilfreds med sin kontaktperson, beskriver det, der mangler, således:

At behandlerne er menneskelige og tager fat i deres patienter på en ordentlig måde og hører efter, hvad de har at sige og ikke bare fejer dem væk, du ved. Vi har nogle problemer, vi gerne vil have hjælp til, og vi er så kommet her, fordi vi ikke kan klare os selv (Dejan, 35 år, opiatmisbruger i ambulans behandling).

Det betyder dog ikke, at kontaktpersonerne bare skal være fuldstændigt eftergivende over for brugerne.

Hun har irriteret mig nogle gange, fordi hun har spurgt mig om de rigtige ting ... hun har ikke presset mig sådan, men hun har kunnet se mig og sige, hvad det var, hun så (Lotte, 49 år, opiatmisbruger i dagbehandling).

Hun kan lige nøjagtig tage mig på den måde, jeg skal have det [...] I starten, da jeg mødte hende, brød jeg mig ikke om hende. Det var, fordi hun var så direkte, ikke? [...] De andre, de har ligesom pakket tingene ind [...] ”Du kan jo heller ikke gøre for det”, ikke også? [...] Hun har givet mig den modstand, ikke også?: ”Vil du gøre noget ved det, eller vil du dø?” [...] Hun har fortalt mig alt, hvad jeg har haft brug for at høre (Kim, 28 år, opiatmisbruger i døgnbehandling).

En anden bruger beskriver, at det vigtigste ved hans kontaktperson er:

Hendes varme og optimisme, og at hun går lige på. Hun er meget god til at spotte mig og til at se, hvordan mit humør er og sådan noget, ikke? Så hende har jeg et meget varmt forhold til. Jeg betragter hende nærmest som en søster (Erik, 54 år, opiatmisbruger i ambulans behandling).

Derudover nævner flere brugere vigtigheden af, at kontaktpersonen holder, hvad der bliver lovet.

Det [vigtigste] er, at hun overholder vores aftaler [...], da jeg ellers mister tilliden [...]. Jeg forlanger, at de overholder vores aftaler lige så meget, som de forlanger, at jeg overholder vores aftaler. Vi er voksne mennesker alle sammen (Johan, 22 år, opiatmisbruger i ambulans behandling).

Et andet aspekt er kontaktpersonernes tilgængelighed:

Hun er en virkelig stor støtte for mig. Det må jeg indrømme. Hvis jeg har lidt problemer, så griber jeg bare fat i hende, og så finder vi en løsning på det [...] Hun er der, hvis jeg har haft et problem [...], er altid parat til lige at åbne døren og sige: "Så går vi lige ind og snakker" ... Det, synes jeg, har været rigtigt godt (Hans, 52 år, opiat- og alkoholisbruger i ambulans behandling).

Endnu bedre er det ifølge brugerne, hvis behandlerne selv opsøger dem med tilbud om behandling eller støtte og hjælper dem med at håndtere kontakten til det sociale system. Men der er også brugere, som ikke har det godt med, at en sådan kontakt foregår bag deres ryg:

Jeg har det bedst med, at jeg selv kan få lov at fortælle dem det i stedet for, at de går og snakker bag min ryg, så jeg ved, hvad der bliver talt om. [Forventning til at misbrugs konsulenten] skubber mig i den rigtige retning. Sørger for, at jeg får det bedst mulige for mig (Christian, 25 år, misbruger af hash og centralstimulerende stoffer).

Et tilbagevendende emne for brugere i dag- og døgnbehandling er, at deres behandlere selv er tidligere misbrugere: "De ved, hvad de snakker om."

De ved bare meget mere, hvad det drejer sig om, og kan meget bedre sætte sig ind i tingene. Hvorimod en, der ikke har været ude i det, måske er en del mere pædagogisk, og 'sådan er det og sådan er det ikke' ... Måske kan de være en lille smule mere

overbærende, men jeg ved ikke, om det er en direkte ulempe (Michael, 22 år, hashmisbruger).

Det gør det meget nemmere for mig ... De forstår mere. De har prøvet det på deres egen krop. De har været igennem alt, og det er derfor, at de lægger så meget mærke til vores reaktionsmønstre, fordi de kender det fra dem selv, og det er en stor hjælp ... Det synes jeg (Kim, 28 år, opiatmisbruger i døgnbehandling).

De fleste brugere beskriver i de kvalitative interview, at de er glade for deres kontaktpersons eventuelle egen tidligere misbrugserfaring, men nogle beskriver det også som et problem:

Han har været ualmindelig arrogant. Han har også selv været narkoman, men nu har han i 3 år været clean, og for ham er alting så let, så let [...] Han har svaret på alt, og hvis du ikke vil høre på ham, så er du en idiot (Lars, 38 år, misbruger af centralstimulerende stoffer i døgnbehandling).

En anden bruger beskriver fordelene ved begge typer behandlere, både dem, som har, og dem, som ikke selv har prøvet at være misbrugere:

Det giver en tryghed ved klienterne, at de [behandlerne] selv har prøvet det på egen krop. Men det er også godt, at der er nogen af de andre, der ikke har prøvet det [...], fordi de ved, hvordan det er at komme ud i den store verden og leve livet med en nabo, med en underbo, med en overbo eller med at tackle det her på ... en menneskelig måde, ikke? (Jens, 39 år, opiatmisbruger i døgnbehandling).

I de kvalitative interview var et problem, som ofte blev nævnt, at brugerne oplever at have meget skiftende kontaktpersoner. I dette afsnit undersøger vi derfor, hvor mange brugere der oplever at have skiftende kontaktpersoner, og i hvilken grad de oplever det som et problem.

Tabel 6.16 viser, at 35 pct. af brugerne har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner. Det er særligt de ældre brugere, som oplever det, mens brugere under 25 år kun for 12 procents ved-

kommende har oplevet det. En forklaring er sandsynligvis, at de ældre brugere har været i behandlingen længere og derfor har nået at opleve flere kontaktpersoner.

TABEL 6.16

Hvorvidt brugeren oplever at have mange skiftende kontaktpersoner eller ej. Fordelt på brugerens alder. Procent.

Alder	Har ikke oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner	Har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner	I alt procent	I alt antal
18-24 år	88	12	100	75
25-34 år	69	31	100	255
35-44 år	65	26	100	389
45- år	57	43	100	287
I alt	65	35	100	1.006

Anm.: $\chi^2 = 27$, $P = 0,000$.

Tabel 6.17 viser, at der er flest brugere på pension, som oplever at have mange skiftende kontaktpersoner.

TABEL 6.17

Hvorvidt brugeren oplever at have mange skiftende kontaktpersoner eller ej. Fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Har ikke oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner	Har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner	I alt procent	I alt antal
Arbejde	80	20	100	117
Kontanthjælp mv.	69	31	100	503
Pension	55	45	100	373
I alt	65	35	100	993

Anm.: $\chi^2 = 33$, $P = 0,000$.

Der er også en vis geografisk variation i forhold til, om brugerne oplever at have mange skiftende kontaktpersoner, idet der er flest i Københavns omegn og i byer med over 30.000 indbyggere, som har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner.

TABEL 6.18

Hvorvidt brugeren oplever at have mange skiftende kontaktpersoner eller ej. Fordelt på, hvilken type by brugeren bor i. Procent.

Bytype	Har ikke oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner	Har oplevet at have mange forskellige kontaktpersoner	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	67	33	100	193
Københavns omegn	61	39	100	191
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	69	31	100	277
By m. 30.000 indbyggere el. mere	54	46	100	184
By m. mindre end 30.000 indbyggere	74	26	100	163
I alt	65	35	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 19$, $P = 0,001$.

Ud fra tabel 6.19 er det tydeligt, at det særligt er brugere, som modtager ad hoc-ydelser, og i lidt mindre grad brugere i ambulant behandling, som oplever mange skiftende kontaktpersoner. Det er således de samme brugere, som kun har få korte samtaler med deres kontaktperson, som samtidig oplever, at kontaktpersonen ofte skifter.

TABEL 6.19

Hvorvidt brugeren oplever at have mange skiftende kontaktpersoner eller ej. Fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	Har ikke oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner	Har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	56	45	100	440
Ambulant behandling	70	30	100	403
Dagbehandling	81	19	100	68
Døgn-behandling	77	23	100	96
I alt	65	35	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 35$, $P = 0,000$.

Ud fra tabel 6.20 kan vi konkludere, at det særligt er de ældre brugere, brugere på pension og i ad hoc-behandling samt brugere bosiddende i byer med over 30.000 indbyggere eller Københavns omegn, som oplever at have skiftende kontaktpersoner. Derimod har personlige karakteristika som køn, etnicitet, uddannelse, og om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, statistisk set ingen betydning for oplevelsen af at have skiftende kontaktpersoner. Der er flere opiatmisbrugere, som oplever at have haft skiftende kontaktpersoner, men denne sammenhæng forsvinder, når vi i regressionsanalysen tager højde for de øvrige variable.

TABEL 6.20

Logistisk regression af, om brugeren har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds-ratio
<i>Alder:</i>			*	
18-24 år	-1,045	0,409	**	0,352
25-34 år	-0,021	0,220		0,980
35-44 år	-0,074	0,179		0,928
45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Indkomsttype:</i>			***	
Arbejde	-1,031	0,274	***	0,357
Kontanthjælp mv.	-0,396	0,172	*	0,673
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Behandlingsintensitet:</i>			***	
Ad hoc-ydelser	0,830	0,281	**	2,292
Ambulant behandling	0,264	0,280		1,302
Dagbehandling	-0,141	0,403		0,868
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			***	
Københavns Kommune	0,357	0,249		1,429
Københavns omegn	0,633	0,244	**	1,884
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,085	0,232		1,088
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,993	0,243	***	2,700
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-1,119	0,336	**	0,327

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 990 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

35 pct. af brugerne har således oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner. I det følgende undersøger vi, i hvilken grad brugere,

som har oplevet mange skiftende kontaktpersoner, oplever det som et problem.

Tabel 6.21 viser, at 60 pct. af de brugere, som har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner, 'i høj grad' oplever det som et problem. Kun 14 pct. svarer, at skiftende kontaktpersoner 'slet ikke' er et problem. Tabellen viser også, at brugere, som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, i højere grad oplever det som et problem end brugere, som ikke har været i stofmisbrugsbehandling før. Førstnævnte gruppe af brugere har sandsynligvis prøvet at skifte kontaktpersoner flere gange, hvorved hvert nyt skift sandsynligvis føles mere belastende. Til sidst i afsnittet beskriver vi nærmere nogle af brugernes problemer ved skiftende kontaktpersoner.

TABEL 6.21

Brugernes angivelse af, i hvilken grad de oplever mange skiftende sagsbehandlere som et problem. Fordelt på, om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent.

Tidligere behandling	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	18	10	20	53	100	120
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	12	3	21	64	100	230
I alt	14	5	21	60	100	350

Anm.: Gamma = 0,234, P = 0,016.

I tabel 6.19 blev det vist, at det særligt var brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, som oplevede at have mange skiftende kontaktpersoner. Ud fra tabel 6.22 er det tydeligt, at disse brugere også i højere grad oplever det som et problem. Det er således 66 pct. af brugerne, som har oplevet skiftende kontaktpersoner, og som kun modtager ad hoc-ydelser, der 'i høj grad' oplever mange skiftende kontaktpersoner som et problem. Derimod er det kun en tredjedel af brugerne i døgnbehandling, der har oplevet det, som mener, at det 'i høj grad' er et problem. Det tyder på, at døgnbehandlingsstederne er bedre til at overdrage brugerne til en ny kontaktperson på en måde, så brugeren ikke oplever det som et problem. Der er således hele 27 pct. af brugerne i døgnbehandling, som 'slet ikke'

oplever de skiftende kontaktpersoner som et problem. Der skal dog tages forbehold for, at der er forholdsvis få brugere i dag- og døgnbehandling, som har oplevet mange skiftende kontaktpersoner, hvilket kan øge den statistiske usikkerhed lidt. Igen er der tale om, at de forholdsvis svage brugere, hvis behandling er af lav intensitet både i hyppighed og varighed af samtaler med kontaktpersoner, også i højere grad bliver udsat for skiftende kontaktpersoner, hvilket de også i højere grad opfatter som et problem.

TABEL 6.22

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever mange skiftende sagsbehandlere som et problem. Fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	12	5	15	68	100	194
Ambulant behandling	14	6	29	52	100	122
Dagbehandling	7	7	21	64	100	14
Døgnbehandling	27	14	27	32	100	22
I alt	14	6	21	60	100	352

Anm.: $\chi^2 = 20$, $P = 0,020$, Gamma = -0,254, $P = 0,002$.

Ud fra tabel 6.23 kan vi konkludere, at det særligt er brugere, som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, og brugere, som modtager ad hoc-ydelser, der oplever skiftende kontaktpersoner som et problem. Derimod er der ikke nogen signifikante forskelle i forhold til brugernes alder, etnicitet, hovedmisbrugsstof, indkomsttype eller uddannelse. Der er en tendens til, at kvindelige brugere i noget højere grad oplever skiftende kontaktpersoner som et problem. Forskellen er dog ikke signifikant, når vi i regressionsanalysen tager højde for behandlingsintensitet og tidligere behandlinger. Her skal det dog bemærkes, at kun de 352 personer, der har oplevet mange skiftende kontaktpersoner, indgår i denne analyse, svarende til 35 procent af alle brugerne i undersøgelsen.

TABEL 6.23

Ordinal regression af i hvilken grad brugeren oplever mange skiftende sagsbehandlere som et problem.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans
<i>Behandlingsintensitet:</i>			***
Ad hoc-ydelser	1,316	0,321	***
Ambulant behandling	0,782	0,322	*
Dagbehandling	1,182	0,594	*
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	-0,604	0,233	**

Anm.: Den afhængige variabels udfald: 1) Slet ikke; 2) I mindre grad; 3) I nogen grad og 4) I høj grad.

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 338 brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Skiftende kontaktpersoner opleves således 'i høj grad' som et problem for de fleste brugere, som har oplevet det. En bruger beskriver situationen således:

Inden for de her halvandet år, hvor jeg har været tilknyttet misbrugscentret igen, har jeg haft så mange forskellige, hvor jeg blotter mit liv og bygger tilliden op til min misbrugskonsulent, så får jeg at vide, at der enten er barsel, afspadsering, ferie, eller at de har sagt op, fordi man inden for det offentlige ikke får en fed løn, så de vælger noget andet. Så får man en ny misbrugskonsulent, og så skal man til at bygge tilliden op igen [...] Og det her, det er jo altså ting, personlige ting, vi snakker om. Der er jo nogen, der har solgt sin røv for at få penge til stoffer. Og skal jeg sidde og fortælle det til otte forskellige misbrugskonsulenter; det er sgu ikke rart ... Det er meget, meget ydmygende (Jens, 39 år, opiatmisbruger i døgnbehandling).

OPSAMLING AF SAMARBEJDET MELLEM BRUGER OG KONTAKTPERSON

I dette kapitel har vi beskrevet, at en fjerdedel af brugerne ingen samtaler har haft med deres kontaktperson de seneste 2 måneder, mens halvdelen har haft 1-4 samtaler, og den sidste fjerdedel har haft 5 samtaler eller mere. Tre fjerdedele af brugerne mener, at de modtager en tilpas mængde samtaler, mens særligt brugere, som har haft få eller ingen

samtaler, brugere i døgnbehandling og brugere fra Københavns Kommune ikke mener, at de har fået et tilstrækkeligt antal samtaler. Det sidste er på trods af, at brugere i Københavns Kommune får flere samtaler end landsgennemsnittet.

Når brugerne får samtaler, varer de for en tredjedels vedkommende 1 time eller mere, mens de er noget kortere for de resterende brugere. Det er særligt brugere, som ikke får mange samtaler, og som bor i København eller de store provinsbyer, som har meget korte samtaler på 20 minutter eller mindre, når de endelig har en samtale med deres kontaktperson.

Samtalerne handler både om brugerens personlige situation, misbrug og behandling og om ændringer i behandlingen og andre sociale problemer, som brugeren har brug for hjælp til.

En tredjedel af brugerne har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner, og 60 pct. af disse oplever, at de skiftende kontaktpersoner 'i høj grad' er et problem. Flere brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, har oplevet skiftende kontaktpersoner, og disse brugere oplever det som et større problem end brugere, som modtager mere intensiv behandling.

HELHEDSORIENTERET INDSATS

For de fleste brugere af stofmisbrugsbehandlingen rækker samarbejdet med de offentlige institutioner ud over de ansatte på det kommunale misbrugscenter. Mange brugere oplever også en række andre problemer end misbrug, som de har brug for hjælp fra det offentlige til. Det kan fx være fysiske problemer som kroniske – og ofte misbrugsrelaterede – sygdomme, psykiske lidelser og sociale problemer i forhold til bolig, beskæftigelse, kriminalitet og børn. I det følgende kapitel vil vi forsøge at kortlægge, hvor mange – og hvilke – brugere der oplever andre typer af problemer end misbrugsproblemer, og hvilken hjælp brugerne oplever at have fået i forhold til disse problemer.

Selvom problemerne ofte rækker ud over misbrugscentrenes indsatsområde, så er de ansatte her ofte involveret i forhold til kontakt med det øvrige offentlige system. Centralt står her samarbejdet med brugerens kommunale sagsbehandler, både når det gælder overførselsindkomster og løsning af problemer vedrørende fx arbejdsprøvning. Endelig er der også samarbejdet med Kriminalforsorgen, og en del af brugerne har startet deres behandling i forbindelse med et fængselsophold.

INDSATS OVER FOR PSYKISKE PROBLEMER

Psykiske problemer og stofmisbrug er ofte tæt forbundne. Nogle brugere benytter stofferne som en form for selvmedicinering over for psykiske lidelser, mens andre udvikler psykiske problemer som en følgevirkning af stofmisbruget. På spørgsmålet, om brugeren har 'psykiske problemer, som fx depression, angst eller psykoser', svarer næsten to tredjedele af brugerne (61,7 pct.) 'ja'. Psykiske problemer er altså snarere reglen end undtagelsen for brugerne. Spørgsmålet er så, om problemerne findes hos en særlig type af brugere.

HVILKE BRUGERE HAR PSYKISKE PROBLEMER?

I dette afsnit afdækker vi, hvilken type af brugere der i særligt høj grad oplever at have psykiske problemer. Som tabel 7.1 viser, er andelen højest blandt de kvindelige brugere. Således er det 67 pct. af kvinderne mod 60 pct. af mændene, der oplever psykiske problemer. Dog er denne forskel ikke signifikant, når vi i regressionsanalysen kontrollerer for indtægtsforhold, behandlingsintensitet og tidligere behandling (jf. tabel 7.9).

TABEL 7.1

Andel af brugere, der angiver at have psykiske problemer, fordelt på brugerens køn. Procent.

Køn	Har psykiske problemer	Har ikke psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Kvinde	67	33	100	283
Mand	60	40	100	717
I alt	62	38	100	1.002

Anm.: $\chi^2 = 5$, $P = 0,008$.

Andelen, der oplever psykiske problemer, er, som det ses af tabel 7.2 forholdsvis høj i alle aldersgrupper og højest i gruppen af 35-44-årige med 65 pct. Forskellene mellem aldersgrupperne er dog ikke signifikante.

TABEL 7.2

Andel af brugere, der angiver at have psykiske problemer, fordelt på brugerens alder. Procent

Alder	Har psykiske problemer	Har ikke psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
18-24 år	54	46	100	74
25-34 år	61	39	100	251
35-44 år	65	35	100	387
45- år	59	41	100	289
I alt	61	39	100	1.001

Anm.: $\chi^2 = 5$, $P = 0,209$.

Tabel 7.3 viser, at selvom der i datamaterialet er en større andel af brugere, der oplever psykiske problemer, blandt dem, der har etnisk minoritetsbaggrund, er forskellene ikke signifikante. Forskellene er ligeledes ikke signifikante, når vi i regressionsanalysen kontrollerer for andre forhold (jf. tabel 7.9).

TABEL 7.3

Andel af brugere, der angiver at have psykiske problemer, fordelt på brugerens etnicitet. Procent

Etnicitet	Har psykiske problemer	Har ikke psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Etnisk dansk	61	39	100	908
Etnisk minoritetsbaggrund	68	32	100	93
I alt	62	38	100	1.001

Anm.: $\chi^2 = 2$, $P = 0,204$.

Gruppen af brugere, der ikke er i stand til at være på arbejdsmarkedet, har langt oftere psykiske problemer end det mindretal, der formår at finde eller fastholde et arbejde. Det er, som det ses af tabel 7.4, kun 35 pct. af brugerne i arbejde, der har psykiske problemer, mens det gælder for henholdsvis 65 og 67 pct. af brugerne på kontanthjælp mv. og pension. Det er måske ikke overraskende, men det tyder på, at det primært er de psykisk mest velfungerende, som fastholdes i beskæftigelse. At der ikke er nogen forskel mellem andelen af psykiske

problemer for brugere på kontanthjælp mv. og på pension kan være et tegn på, at der i tildelingen af førtidspension for brugere af stofmisbrugsbehandlingen ikke i tilstrækkeligt omfang ses på brugernes psykiske problemer (derimod er andelen med fysiske helbredsproblemer – som det vil blive vist i næste afsnit – væsentligt højere blandt dem, der modtager (førtids-)pension. Undersøgelsen har dog ikke i nærmere omfang kunnet belyse dette resultat.

TABEL 7.4

Andel af brugere, der angiver at have psykiske problemer, fordelt på deres indkomststype. Procent.

Indtægtstype	Har psykiske problemer	Har ikke psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Arbejde	35	65	100	117
Kontanthjælp mv.	65	35	100	496
Pension	67	33	100	375
I alt	62	38	100	988

Anm.: $\chi^2 = 41$, $P = 0,000$.

TABEL 7.5

Andel af brugere, der angiver at have psykiske problemer, fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	Har psykiske problemer	Har ikke psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	61	39	100	437
Ambulant behandling	67	33	100	399
Dagbehandling	60	40	100	70
Døgnbehandling	46	54	100	95
I alt	62	38	100	1.001

Anm.: $\chi^2 = 14$, $P = 0,003$.

Som det ses af tabel 7.5, oplever en mindre andel af brugere i døgnbehandling psykiske problemer i forhold til resten af misbrugerne. 46 pct. af brugerne i døgnbehandling oplever psykiske problemer, mens

andelen for alle brugere er 63 pct. Dette tyder på, at brugere med psykiske problemer i mindre grad visiteres til døgnbehandling, hvilket kan skyldes, at disse brugere har svære ved at leve op til de krav, der er til brugerne for at komme i døgnbehandling som fx at være i stand til at overholde mødetidspunkter. Der kan dog også være tale om, at brugerne i døgnbehandling i højere grad er stoffri, og misbrugsrelaterede psykiske problemer derfor er mindre fremtrædende for brugere i døgnbehandling.

Det viser sig ligeledes, at der findes færrest med psykiske problemer blandt de brugere, der ikke tidligere har været i behandling. Som tabel 7.6 viser, er der blandt de tidligere behandlede ca. 10 pct. flere, der oplever psykiske problemer. En sammenhæng, der forbliver signifikant, når vi kontrollerer for andre faktorer i regressionsanalysen (jf. tabel 7.9).

TABEL 7.6

Andel af brugere, der angiver at have psykiske problemer, fordelt på tidligere behandling. Procent.

Tidligere behandling	Har psykiske problemer	Har ikke psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Har ikke tidligere været i behandling	55	46	100	375
Har tidligere været i behandling	66	35	100	626
I alt	62	38	100	1.001

Anm.: $\chi^2 = 12$, $P = 0,000$.

Umiddelbart kunne man forestille sig, at sammenhængen mellem tidligere behandling og psykiske problemer også ville betyde, at misbrugstype og varighed af misbrug ville have en betydning for, hvilke brugere der oplever psykiske problemer. Imidlertid viser tabellerne 7.7 og 7.8, at der ingen signifikant sammenhæng er mellem misbrugstype samt varighed af misbrug og oplevelsen af at have psykiske problemer, når der alene ses på de bivariate sammenhænge. Når vi i regressionsanalysen i tabel 7.9 tager højde for en række andre faktorer som fx behandlingsintensitet, er der dog en sammenhæng med hovedmisbrugsstof, idet signifikant flere brugere, som har centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, rapporterer at have psykiske problemer end brugere, som har opiater som

hovedmisbrugsstof. Længden af misbruget har dog heller ikke i regressionsanalysen en statistisk signifikant betydning.

TABEL 7.7

Andel af brugere, der angiver at have psykiske problemer, fordelt på deres hovedmisbrugsstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Har psykiske problemer	Har ikke psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Opiater	59	41	100	557
Opiater/blandings-misbrug	68	32	100	198
Centralstimulerende stoffer	67	33	100	141
Hash mv.	57	43	100	93
I alt	62	38	100	989

Anm.: $\chi^2 = 7$, $P = 0,087$.

TABEL 7.8

Andel af brugerne, der angiver at have psykiske problemer, fordelt på varighed af misbrug. Procent.

Varighed af misbrug	Har psykiske problemer	Har ikke psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
1-5 år	57	43	100	68
6-10 år	62	38	100	115
11-20 år	60	40	100	348
21- år	64	36	100	464
I alt	62	38	100	995

Anm.: $\chi^2 = 2$, $P = 0,545$.

Ud over misbrugstype og varighed af misbrug har heller ikke geografisk tilknytning til hverken kommune eller region nogen indflydelse på, hvilken type af brugere der oplever psykiske problemer.

I en regressionsanalyse (jf. tabel 7.9) viser det sig, som tidligere nævnt, at forskellen mellem mandlige og kvindelige brugere ikke er signifikant, når vi kontrollerer for andre forhold. Derimod forbliver de øvrige signifikante sammenhænge, der er vist i de foregående tabeller, signifikante. Således er der sammenhæng mellem, om brugeren oplever

psykiske problemer, og både behandlingsintensitet, indkomsttype, hovedmisbrugsstof og tidligere behandlingserfaring.

TABEL 7.9

Logistisk regression af sandsynligheden for at have psykiske problemer.

Variabel	Koefficient	Standartfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Hovedstof:</i>			*	
Opiater	-0,263	0,252		0,769
Opiater/blandingsmisbrug	0,039	0,281		1,040
Centralstimulerende stoffer	0,325	0,292		1,384
Hash mv.	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Indkomsttype:</i>			***	
Arbejde	-1,359	0,238	***	0,257
Kontanthjælp mv.	-0,030	0,156		0,971
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Behandlingsintensitet:</i>			***	
Ad hoc-ydelser	0,880	0,252	***	2,411
Ambulant behandling	1,180	0,248	***	3,254
Dagbehandling	0,737	0,333	*	2,090
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
Første gang i behandling	-0,355	0,143	*	0,701
Konstant	0,003	0,330		1,003

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 972 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Andelen af brugere med psykiske problemer er altså størst blandt kvindelige brugere, brugere på kontanthjælp mv. eller pension og dem, der også tidligere har været i behandling. Samtidig er det væsentligste resultat, at andelen af brugere med psykiske problemer blandt stofmisbrugerne generelt er meget høj: Næsten to tredjedele har psykiske problemer. Problemet må altså betragtes som værende til stede i høj grad blandt alle typer af brugere. Selv blandt de mest velfungerende brugere, dem med arbejde, oplever over en tredjedel psykiske problemer.

HVEM FÅR HJÆLP MED PSYKISKE PROBLEMER?

Blandt de 62 pct. af brugerne af stofmisbrugsbehandlingen, der oplever psykiske problemer, er det kun et mindretal, der visiteres til behandling enten ved psykolog eller psykiater. Faktisk er det kun 34 pct. af de

brugere, der ifølge dem selv oplever psykiske problemer, der får psykologisk eller psykiatrisk behandling for disse problemer (jf. tabel 7.10). Det lader altså ikke til, at man i samarbejdet mellem det psykiatriske system og stofbehandlingssystemet er i stand til at tage hånd om flertallet af de mange misbrugere, der oplever psykiske problemer. Her skal det dog nævnes, at brugerne kan modtage behandling for deres psykiske problemer af andre faggrupper, herunder navnlig det øvrige behandlingspersonale på misbrugscentrene. Som det dog vil fremgå i de følgende afsnit, oplever en stor del af dem, der ikke modtager psykologisk/psykiatrisk behandling for deres psykiske problemer, 'slet ikke' at få hjælp for deres psykiske problemer.

Der er ikke nogen væsentlig forskel mellem mandlige og kvindelige brugere, der selv nævner, at de har psykiske problemer, i andelen, der får psykologisk eller psykiatrisk behandling. Derimod er det særligt de ældste brugere, der ikke får hjælp til trods for deres psykiske problemer. Det er kun 26 pct. af brugerne over 45 år, der oplever psykiske problemer, og som får behandling hos psykolog eller psykiater, mens det gælder for 44 pct. af de yngste brugere (mellem 18 og 24 år) med psykiske problemer. Denne forskel er dog insignifikant, når vi kontrollerer for andre faktorer i regressionsanalysen (jf. tabel 7.16). Ældre brugere har særlige karakteristika inden for behandlingsintensitet og misbrugsstof, der giver dem mindre sandsynlighed for at modtage behandling.

TABEL 7.10

Andel brugere, der modtager behandling hos psykolog eller psykiater, blandt de brugere, der oplever psykiske problemer, fordelt på deres alder. Procent.

Alder	Modtager psykiatrisk behandling	Modtager ikke psykiatrisk behandling	I alt procent	I alt antal
18-24 år	44	56	100	41
25-34 år	35	65	100	158
35-44 år	38	62	100	256
45- år	26	74	100	170
I alt	34	66	100	623

Anm.: $\chi^2 = 9$, $P = 0,031$.

Der er ingen signifikant forskel mellem brugere med etnisk dansk og etnisk minoritetsbaggrund i forhold til, om de modtager psykologisk/psykiatrisk behandling. Der er, som tabel 7.11 viser, heller ikke signifikant sammenhæng i forhold til indkomsttype, og om brugerne får psykologisk eller psykiatrisk behandling, ud over at brugerne i arbejde lader til at få mere behandling hos psykolog eller psykiater end andre. Det er både en tredjedel af brugerne på kontanthjælp mv. og en tredjedel af brugerne på pension, der modtager behandling for deres psykiske problemer, mens det er ca. halvdelen af dem, som har arbejde, der modtager psykologisk/psykiatrisk behandling for deres psykiske problemer.

TABEL 7.11

Andel brugere, der modtager behandling hos psykolog eller psykiater, blandt de brugere, der oplever psykiske problemer, fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Modtager psykiatrisk behandling	Modtager ikke psykiatrisk behandling	I alt procent	I alt antal
Arbejde	51	49	100	41
Kontanthjælp mv.	33	67	100	328
Pension	33	67	100	249
I alt	34	66	100	618

Anm.: $\chi^2 = 6$, $P = 0,061$.

Brugernes behandlingsintensitet har meget stor betydning for, om de får behandling for deres psykiske problemer. Som det ses af tabel 7.12, er det under en femtedel (17 pct.) af brugerne med psykiske problemer i kategorien, der modtager ad hoc-ydelser, som får behandling hos psykolog eller psykiater, mens det gælder for op imod halvdelen (henholdsvis 49 pct. og 46 pct.) af brugerne med psykiske problemer i ambulant- og døgnbehandling. Som tabel 7.5 viste, var der ikke nogen markant forskel på hyppigheden af brugere med psykiske problemer i ad hoc- og ambulant behandling, men der er altså meget stor forskel på, hvor stor en andel fra de forskellige behandlingstyper, der modtager professionel hjælp til deres psykiske problemer.

TABEL 7.12

Andel brugere, der modtager behandling hos psykolog eller psykiater, blandt de brugere, der oplever psykiske problemer, fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	Modtager psykiatrisk behandling	Modtager ikke psykiatrisk behandling	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	17	83	100	268
Ambulant behandling	49	51	100	268
Dagbehandling	41	59	100	42
Døgnbehandling	46	54	100	45
I alt	34	66	100	623

Anm.: $\chi^2 = 65$, $P = 0,000$.

Blandt brugere med psykiske problemer, der har forskellige typer af misbrug, er der ifølge tabel 7.13 en stor forskel på, hvor stor en andel der får psykologisk eller psykiatrisk behandling. Således får over halvdelen af brugerne med hashmisbrug psykiatrisk/psykologisk behandling for deres psykiske problemer, mens det kun gælder for 3 ud af 10 opiatmisbrugere.

Denne forskel finder vi også, når vi i regressionsanalysen kontrollerer for brugerens alder (jf. tabel 7.16). Som nævnt i foregående afsnit, er der ikke forskel på, i hvor høj grad brugerne med forskelligt hovedmisbrugsstof oplever psykiske problemer, men altså på, i hvor høj grad de modtager behandling for disse problemer.

TABEL 7.13

Andel brugere, der modtager behandling hos psykolog eller psykiater, blandt de brugere, der angiver at have psykiske problemer. Fordelt på brugerens hovedmisbrugsstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Modtager psykiatrisk behandling	Modtager ikke psykiatrisk behandling	I alt procent	I alt antal
Opiater	30	70	100	332
Opiater/ blandings- misbrug	33	67	100	139
Centralstimulerende stoffer	43	57	100	97
Hash mv.	53	47	100	53
I alt	36	64	100	621

Anm.: $\chi^2 = 15$, $P = 0,002$.

Andelen, der modtager psykiatrisk/psykologisk behandling, er endvidere højere for 'nye' misbrugere, sammenlignet med de mere erfarne misbrugere. Som det ses af tabel 7.14, er halvdelen af brugerne med under fem års misbrug i psykiatrisk behandling, mens dette kun gælder for under en tredjedel (30 pct.) af brugerne med over 20 års misbrug. Noget kunne altså type på, at en gruppe med mange års misbrug, lav behandlingsintensitet og opiatmisbrug ikke i samme grad som andre brugere behandles for deres psykiske problemer. Dog er sammenhængen med varigheden af misbrug ikke signifikant, når vi kontrollerer for misbrugstype og behandlingsintensitet i regressionsanalysen (jf. tabel 7.16).

TABEL 7.14

Andel brugere, der modtager behandling hos psykolog eller psykiater, blandt de brugere, der angiver at have psykiske problemer. Fordelt på varigheden af deres misbrug. Procent.

Varighed af misbrug	Modtager psykiatrisk behandling	Modtager ikke psykiatrisk behandling	I alt procent	I alt antal
1-5 år	50	50	100	40
6-10 år	41	59	100	71
11-20 år	35	65	100	211
21- år	30	70	100	299
I alt	34	66	100	621

Anm.: $\chi^2 = 8$, $P = 0,044$.

Brugernes geografiske placering lader også til at spille ind, som det ses af tabel 7.15. Der er færre, der får psykologisk eller psykiatrisk behandling i kommuner med små hovedbyer og flest i Københavns omegnskommuner. Forskellen mellem andelen af brugere i behandling i forhold til bytype er dog ikke signifikant, heller ikke når vi kontrollerer for den i regressionsanalysen (jf. tabel 7.16).

TABEL 7.15

Andel brugere, der modtager behandling hos psykolog eller psykiater, blandt de brugere, der angiver at have psykiske problemer. Fordelt på, hvilken type by de bor i. Procent.

Bytype	Modtager psykiatrisk behandling	Modtager ikke psykiatrisk behandling	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	31	69	100	121
Københavns omegn	42	58	100	126
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	37	63	100	167
By m. 30.000 indbyggere el. mere	34	66	100	120
By m. mindre end 30.000 indbyggere	25	75	100	91
I alt	34	66	100	625

Anm.: $\chi^2 = 8$, $P = 0,101$.

TABEL 7.16

Logistisk regression af sandsynligheden for at brugere, der angiver at have psykiske problemer, får behandling for deres psykiske problemer.

Variabel	Koefficient	Standartfejl	Signifikans- niveau	Odds ratio
<i>Behandlingsintensitet:</i>				***
Ad hoc-ydelser	-1,309	0,354	***	0,270
Ambulant behandling	0,185	0,337		1,203
Dagbehandling	-0,435	0,450		0,647
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Hovedmisbrugsstof:</i>				*
Opiater	-0,829	0,322	**	0,437
Opiater/ blandingsmisbrug	-0,781	0,352	*	0,458
Centralstimulerende stoffer	-0,332	0,362		0,717
Hash mv.	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	0,435	0,393		1,545

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 601 brugere.

Anm.: * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$.

Opsummerende er andelen af brugere, der modtager behandling hos psykolog eller psykiater, blandt dem med selvrapporterede psykiske problemer således forholdsvis lav. Kun 34 pct. af dem med problemer får behandling. Særligt lader det til, at behandlingssystemerne har svært ved at nå de ældre brugere, de brugere, der har opiatater som hovedmisbrugs-

stof, samt brugere, der har en lav behandlingsintensitet. Som det ses af regressionen i tabel 7.16, er det alene behandlingsintensitet og hovedmisbrugsstof, der har signifikant sammenhæng med, hvilke brugere der modtager behandling for deres psykiske problemer.

Der er således ikke sammenhæng mellem hovedmisbrugsstof, og om brugerne oplever psykiske problemer, men en tydelig sammenhæng mellem hovedmisbrugsstoffet, og om behandlingssystemet tager sig af disse problemer. Opiatmisbrugere får ikke i samme grad som de øvrige misbrugsgrupper psykologisk/psykiatrisk hjælp for deres psykiske problemer. Årsagerne til den manglende hjælp kan, som følgende citat viser, være mange:

Jeg har ikke engang snakket med en psykolog. Det er så dårligt! Meget dårligt ... Jeg føler, at jeg er blevet brændt af, og jeg føler, jeg har brug for hjælp, fordi jeg ikke kan klare det selv. Simpelthen. Hvis jeg kunne klare det selv, så ville jeg bare gå. Men jeg har brug for hjælp. Det er derfor, jeg bliver nødt til at blive hængene på de vilkår, behandlingssystemet har for at få noget igennem ... Men jeg kunne godt tænke mig at snakke med en psykolog eller psykiater om det ... Jeg føler mig ikke psykisk syg eller sådan, men jeg føler, der ligger meget på min psyke, der gerne vil ud, fordi jeg er blevet hæmmet af mange ting. Og det kommer også ud hos en psykiater, men det er jeg aldrig blevet tilbudt. Måske skal jeg selv nævne det, før de gider gøre noget. Og det har jeg også tænkt mig at få gjort. Nu må vi prøve at se ... hvad jeg kan gøre (Dejan, 35 år, opiatmisbruger, modtager af ad hoc-ydelser).

Dejan føler altså, at han har behov for psykologsamtaler, men han har ikke selv anmodet om at få hjælp. Her er der således også grund til at være opmærksom på barriererne for, at den enkelte bruger selv tager kontakt og beder om hjælp. For brugere som Dejan kunne misbrugsbehandlingen med fordel være mere opsøgende i forhold til at tilbyde psykologsamtaler.

HVOR FOREGÅR BEHANDLINGEN AF DE PSYKISKE PROBLEMER?

Når brugere af stofmisbrugsbehandlingen modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling, sker det, som det ses af tabel 7.17, oftest i

forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen og i omkring en fjerdedel af tilfældene (blandt de behandlede) i psykiatrien. Således er der kun 50 brugere eller 5 pct. af alle brugere, der er tilknyttet psykiatrien, hvilket – sammenholdt med, at næsten to tredjedele af brugerne oplever psykiske problemer – tyder på, at samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingen og psykiatrien kunne forbedres. Denne opfattelse bekræftes af, at brugerne adspurgt om, hvad der kunne gøres bedre i behandlingen, ofte efterspørger psykologsamtaler, både i spørgeskemaundersøgelsen og i de kvalitative interview. I de kvalitative interview fortæller en del brugere også om selvfinansieret psykologhjælp, eller at de får hjælp til deres psykiske problemer af deres praktiserende læge. Andre brugere fortæller, at de får psykisk støtte og hjælp af deres kommunale sagsbehandler eller misbrugskonsulent.

TABEL 7.17

Psykologisk eller psykiatrisk behandlingssted angivet af de brugere, der får denne type behandling. Procent og antal.

Behandling foregår	Procent	Antal
I forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen	54	115
I psykiatrien	24	50
I en anden forbindelse	18	38
Modtager behandling mere end ét sted	5	10
I alt	100	212

Nogle brugere har, som de næste citater fra de kvalitative interview viser, ligeledes dårlige erfaringer med behandlingen fra psykiatrien:

Dem i psykiatrien fyldte mig med lykkepiller i 5-6 år. Det hjalp ikke en skid, og der var ikke plads til mig i det system. Det handlede bare om at få folk bedøvet så hurtigt som muligt. De piller sørgede for, at jeg kunne opretholde mit misbrug. Jeg kunne faktisk gøre det større, fordi de udjævnede et eller andet i mig. Så jeg har ikke ret gode erfaringer med det. En læge, der er psykiater, han kender ikke noget til det, jeg går igennem. Han giver mig skemaer, som jeg skal side og krydse af: ”Er du bange for at sidde i bussen? Så er det, fordi du har angst. Så her, bum!

Så får du nogle piller.” ... Det virker sådan lidt gammeldags (Kasper, 28 år, misbruger af centralstimulerende stoffer, i dagbehandling).

De bløde psykiatere ... de menneskelige, dem har jeg det o.k. med. Der har jeg mødt nogle søde ... Jeg gør det eneste rigtige. Jeg går hos den kvindelige psykolog ... Jeg betaler selv for det. Det bliver jeg nødt til. Jeg har slet ikke råd, men jeg bliver nødt til det ... Jeg kunne komme på distriktspsykiatrisk center, hvor hun arbejder, men så ville jeg være i systemet stadigvæk. Så jeg vil hellere ofre de penge, eller ikke ofre, men bruge de penge, vil jeg sige. Selvom jeg ikke har råd til det ... Denne her psykiater har egen praksis ud over arbejde i distriktspsykiatrien, og det passer mig glimrende, for så er jeg ikke i systemet ... hvor jeg synes, der er for mange røvhuller, der kører det der magtspil af (Jeanette, 44 år, bruger i ambulant substitutionsbehandling).

Det lader altså til, at det psykiatriske system – som vi også kan se i næste afsnit vedrørende afslag på psykiatrisk behandling – har svært ved at rumme nogle brugere, der ligeledes har svært ved at fungere under det psykiatriske systems rammer. Andre brugere er derimod glade for at kunne modtage behandling i det psykiatriske system, og at denne behandling er adskilt fra misbrugsbehandlingen:

Jeg ved ikke, om jeg kunne mærke en forskel, hvis der var samarbejde mellem behandlingssted og psykiatri. Jeg synes, det er meget fint, det sådan er lidt adskilt. Det er ikke, fordi de ikke får at vide, hvad det er, jeg går og laver nogen af stederne (Christian, 25 år, misbruger af hash og centralstimulerende stoffer, i dagbehandling).

HVEM FÅR AFSLAG PÅ PSYKIATRISK BEHANDLING?

Når relativt få af de brugere, der har psykiske problemer, får behandling for disse, er det ligeledes relevant at undersøge, hvor mange og hvem der får afslag på psykiatrisk behandling. Omkring 28 pct. af brugerne med psykiske problemer svarer, som det ses af tabel 7.18, 'ja' til, at de har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling, fordi de var stofmisbrugere. Noget kunne altså tyde på, jf. det tidligere citat fra

Dejan, at den manglende behandling skyldes, at brugerne og behandlerne ikke er opsøgende nok. Dog er andelen af alle brugere, der har fået afslag (17 pct.), næsten lige så stor som andelen, der er i psykolog- eller psykiatrisk behandling (21 pct.). Derfor kunne man også forestille sig, at mange brugere kender til andre, der har dårlige erfaringer med at søge hjælp, og at de derfor afholder sig fra at forsøge. Dog bør det bemærkes, at 33 pct. af de brugere, der har oplevet at få afslag, modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling på undersøgelsestidspunktet. En tredjedel lader sig altså ikke slå mere ud over afslaget, end at de på undersøgelsestidspunktet har fået behandling. Samtidig betyder et tidligere afslag på psykiatrisk behandling ikke noget for brugerens sandsynlighed for at få psykiatrisk behandling, som det ses af tabel 7.18. Andelen af brugere, der har fået afslag, er omtrent lige stor – henholdsvis 27 pct. og 29 pct. – blandt brugere, der modtager og ikke modtager behandling.

TABEL 7.18

Andel brugere, der har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling pga. stofmisbrug, blandt de brugere, der har angivet, at de har psykiske problemer. Fordelt på, om de modtager eller ikke modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling. Procent.

Psykologisk el. psykiatrisk behand- ling	Har oplevet at få afslag	Har ikke oplevet at få afslag	I alt procent	I alt antal
Får behandling	27	73	100	215
Får ikke behandling	29	71	100	406
I alt	28	72	100	621

Anm.: $\chi^2 = 0,5$, $P = 0,501$.

Nogle typer af brugere oplever oftere afslag end andre. Især brugere, der har været i stofmisbrugsbehandling før, har også oplevet at få afslag. Som det ses af tabel 7.19, har under en femtedel (19 pct.) af brugerne, der er i behandling første gang, oplevet at få afslag på psykolog- eller psykiatrisk behandling, mens det gælder for en tredjedel (33 pct.) af brugerne, der før har været i behandling. Dette resultat er nok ikke overraskende i og med, at denne gruppe måske har haft problemer i længere tid. Men når vi ser på, hvilke typer af brugere, fordelt på

hovedmisbrugsstof, der får afslag, tegnes et klarere billede af denne gruppe.

TABEL 7.19

Andel brugere, der har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling pga. stofmisbrug, blandt de brugere, der har angivet, at de har psykiske problemer. Fordelt på, om de tidligere har været i stofmisbrugsbehandling eller ej. Procent.

Tidligere behandling	Har oplevet at få afslag	Har ikke oplevet at få afslag	I alt procent	I alt antal
Første gang i behandling	19	81	100	208
Har ikke tidligere været i behandling	33	67	100	412
I alt	28	71	100	620

Anm.: $\chi^2 = 13$, $P = 0,000$.

Således har en tredjedel (33 pct.) af opiatmisbrugerne (jf. tabel 7.20) fået afslag på psykolog- eller psykiatrisk behandling, mens det kun gælder for 21 pct. af misbrugerne af centralstimulerende stoffer og 24 pct. af hashmisbrugerne. Denne forskel er dog ikke signifikant i en regressionsanalyse (jf. tabel 7.22).

TABEL 7.20

Andel brugere, der har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling pga. stofmisbrug, blandt de brugere, der har angivet, at de har psykiske problemer. Fordelt på deres hovedmisbrugsstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Har oplevet at få afslag	Har ikke oplevet at få afslag	I alt procent	I alt antal
Opiater	33	67	100	329
Opiater/blandings-misbrug	23	77	100	137
Centralstimulerende stoffer	21	79	100	95
Hash mv.	24	76	100	53
I alt	28	72	100	614

Anm.: $\chi^2 = 8$, $P = 0,039$.

Der er også forskel på, om brugerne har fået afslag på psykolog- eller psykiatrisk behandling, når vi sammenligner kommuner. Således er det 21 pct. og 22 pct. af brugerne i København og de store provinsbyer, der ifølge tabel 7.21 har oplevet at få afslag, mens det gælder 34 pct. af brugerne i både Københavns omegn og i de mellemstore og mindre provinsbyer. Det lader altså til, at brugere af stofmisbrugsbehandlingen i de største byer i mindre grad end i resten af landet får afslag på psykolog- eller psykiatrisk behandling.

TABEL 7.21

Andel brugere, der har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling pga. stofmisbrug, blandt de brugere, der har angivet, at de har psykiske problemer. Fordelt på, hvilken type by de bor i. Procent.

Bytype	Har oplevet at få afslag	Har ikke oplevet at få afslag	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	21	79	100	120
Københavns omegn	34	66	100	123
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	22	78	100	167
By m. 30.000 indbyggere el. mere	34	66	100	121
By m. mindre end 30.000 indbyggere	34	66	100	91
I alt	28	72	100	622

Anm.: $\chi^2 = 12$, $P = 0,014$.

Hverken brugerens køn, alder, etnicitet, indkomsttype eller varighed af stofmisbrugsbehandling har ifølge regressionsanalysen i tabel 7.22 signifikant betydning for, hvem der får afslag på psykolog- eller psykiatrisk behandling på grund af deres stofmisbrug. Desuden er hovedmisbrugsstof heller ikke signifikant ($p = 0,06$).

TABEL 7.22

Logistisk regression af sandsynligheden for at brugerne, der har angivet at have psykiske problemer, har oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling.

Variabel	Koefficient	Standartfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Første gang i behandling	-0,725	0,207	***	0,484
Bytype:			*	
Københavns Kommune	-0,697	0,318	*	0,498
Københavns omegn	0,007	0,295		1,007
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,648	0,293	*	0,523
By m. 30.000 indbyggere el. mere	-0,064	0,296		0,938
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-0,420	0,231		0,657

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 606 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Det ses altså, at brugere, der tidligere har været i behandling, og som har opiatmisbrug eller er fra mindre byer, har større sandsynlighed for at få afslag på behandling for deres psykiske problemer end andre. Men generelt er andelen, der har fået afslag på psykolog- eller psykiatrisk behandling, næsten lige så høj som andelen, der får behandling. Det tyder således på, at der er et generelt problem med manglende tilbud om hjælp til brugere med psykiske problemer.

HVILKE TYPER BRUGERE OPLEVER AT BLIVE HJULPET MED DERES PSYKISKE PROBLEMER?

Ud over, om brugerne af stofmisbrugsbehandlingen, der oplever psykiske problemer, får behandling for deres psykiske problemer, er det ligeledes interessant at undersøge, i hvilken grad brugerne selv føler, at de får den hjælp, de har brug for til deres psykiske problemer. Som det ses af tabel 5.17, så oplever 29 pct. af brugerne med psykiske problemer, at de 'i høj grad' får den hjælp, de har brug for. 24 pct. svarer 'i nogen grad', 19 pct. svarer 'i mindre grad', mens hele 28 pct. svarer, at de 'slet ikke' får den hjælp, de har brug for. Det lader altså til, at brugerne oplever behandlingen meget forskelligt i forhold til den hjælp, de får til deres psykiske problemer.

Ydermere ses det af tabel 7.23, at graden af oplevet hjælp ikke overraskende hænger stærkt sammen med, om brugeren modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling. Halvdelen (50 pct.) af brugere med psykiske problemer, der er i behandling, føler, at de får den hjælp, de har brug for til at løse deres psykiske problemer, mens det gælder under hver femte (17 pct.) af brugerne, der ikke får psykologisk/psykiatrisk hjælp. Alligevel må vi konstatere, at behandling hos psykolog eller psykiater ikke alene løser brugerens problemer. Næsten halvdelen føler altså stadig, at hjælpen kunne blive bedre. Samtidig er der en vis gruppe, der oplever, at de får tilstrækkelig hjælp for deres psykiske problemer uden om det psykiatriske system og psykologbehandling fx ved samtaler med øvrige behandlere. Blandt gruppen af brugere med psykiske problemer, der får behandling for disse problemer, er det dog langt færre, der enten 'i mindre grad' (14 pct.) eller 'slet ikke' (7 pct.) føler, at de får hjælp. For gruppen, der ikke modtager psykiatrisk eller psykologbehandling, oplever 61 pct. enten 'i mindre grad' eller 'slet ikke' at få hjælp til deres psykiske problemer.

TABEL 7.23

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til deres psykiske problemer. Fordelt på, om de brugere, der har angivet, at de har psykiske problemer, modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling eller ej. Procent.

Psykologisk el. psykiatrisk behandling	Oplever i høj grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever i nogen grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever i mindre grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever slet ikke at få hjælp til at løse psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Er i behandling	50	29	14	7	100	216
Er ikke i behandling	17	22	21	40	100	401
I alt	29	24	19	28	100	617

Anm.: $\chi^2 = 114$, $P = 0,000$, gamma = 0,632.

Spørgsmålet er så, hvilke brugere der i særligt ringe grad får hjælp til at løse de psykiske problemer, som de oplever. Som det ses af tabel 7.24, oplever kun 19 pct. af brugerne med etnisk minoritetsbaggrund at få den hjælp, de har brug for, mens det gælder for 30 pct. af brugerne med dansk oprindelse. Forskellen i tabellen er ikke signifikant, men er signifikant i regressionsanalysen (jf. tabel 7.28).

TABEL 7.24

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til deres psykiske problemer. Fordelt på etnicitet blandt brugere, der har angivet, at de har psykiske problemer. Procent.

Etnisk baggrund	Oplever i høj grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever i nogen grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever i mindre grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever slet ikke at få hjælp til at løse psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Dansk	30	24	18	28	100	555
Etnisk minoritetsbaggrund	19	24	24	32	100	401
I alt	29	24	19	28	100	617

Anm.: $\chi^2 = 4$, $P = 0,280$, gamma = 0,166, $P = 0,082$.

Oplevelsen af at få den nødvendige hjælp til psykiske problemer hænger endvidere sammen med, hvilken intensitet brugeren behandles med. Som det ses af tabel 7.25, er det især brugere, der modtager ad hoc-ydelser, der ikke føler, at de får den nødvendige hjælp. Således oplever kun 17 pct. af de brugere, der modtager ad hoc-ydelser, 'i høj grad' at få den hjælp, de har brug for, mens det gælder for henholdsvis 36, 43 og 45 pct. af brugere i ambulant-, dag- og døgnbehandling. Ser vi på, hvor stor en andel der 'slet ikke' oplever at få den nødvendige hjælp, er andelen over dobbelt så stor i gruppen, der modtager ad hoc-ydelser (41 pct.), som i nogen af de andre grupper (henholdsvis 19, 14 og 16 pct.). Generelt ses det også, at jo større behandlingsintensitet, i desto højere grad oplever brugerne at få den nødvendige hjælp. Sammenholder vi tabel 7.25 med tabel 7.12, ses det, at en betydelig del af de brugere, der modtager ad hoc-ydelser, hverken får psykiatrisk/psykologisk behandling for deres

psykiske problemer eller oplever at få hjælp til deres oplevede psykiske problemer. Disse brugeres psykiske problemer bliver der således i meget ringe grad taget hånd om i den sociale stofmisbrugsbehandling og det psykiatriske system.

TABEL 7.25

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til deres psykiske problemer. Fordelt på intensiteten af den behandling, som brugere, der oplever psykiske problemer, modtager. Procent.

Behandlingsintensitet	Oplever i høj grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever i nogen grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever i mindre grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever slet ikke at få hjælp til at løse psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	17	19	23	41	100	264
Ambulant behandling	36	29	16	19	100	266
Dagbehandling	43	28	14	14	100	42
Døgnbehandling	45	27	11	16	100	44
I alt	29	24	19	28	100	616

Anm.: $\chi^2 = 64$, $P = 0,000$.

Samme tendens gør sig gældende for brugere, der tidligere har været i behandling. De oplever i langt mindre grad at få den nødvendige hjælp til deres psykiske problemer (jf. tabel 7.26). Således oplever 33 pct. af brugerne, der tidligere har været i behandling 'slet ikke', at de får den hjælp, de har brug for. Tilsvarende gælder kun 18 pct. af de brugere, der er i behandling for stofmisbrug for første gang.

TABEL 7.26

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til deres psykiske problemer. Fordelt på tidligere stofmisbrugsbehandling blandt brugere, der oplever psykiske problemer. Procent.

Tidligere behand- ling	Oplever i høj grad at få hjælp til at løse psykiske proble- mer	Oplever i nogen grad at få hjælp til at løse psykiske proble- mer	Oplever i mindre grad at få hjælp til at løse psykiske proble- mer	Oplever slet ikke at få hjælp til at løse psykiske proble- mer	I alt procent	I alt antal
Første gang i behand- ling	35	25	22	18	100	208
Har tidligere været i behand- ling	26	24	17	33	100	411
I alt	29	24	18	28	100	619

Anm.: $\chi^2 = 17$, $P = 0,001$, Gamma = 0,213.

Der er også en forskel mellem kommunerne i forhold til, om brugere med psykiske problemer oplever at få den hjælp, de har brug for. Der er flest brugere, der ikke oplever at få hjælp til at løse psykiske problemer i de mindre byer med 40 pct., men der er også 34 pct. af brugerne i København, som 'slet ikke' oplever at få hjælp til deres psykiske problemer.

TABEL 7.27

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til deres psykiske problemer. Fordelt på bytype blandt brugere, der oplever psykiske problemer. Procent.

Bytype	Oplever i høj grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever i nogen grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever i mindre grad at få hjælp til at løse psykiske problemer	Oplever slet ikke at få hjælp til at løse psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	31	13	22	34	100	117
Københavns omegn	36	25	18	21	100	124
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	29	30	20	21	100	167
By m. 30.000 indbyggere el. mere	24	28	17	31	100	120
By m. mindre end 30.000 indbyggere	23	23	15	40	100	92
I alt	31	25	17	27	100	620

Anm.: $\chi^2 = 27, P = 0,008$.

Således oplever flere brugere med etnisk minoritetsbaggrund, brugere, der modtager ad hoc-ydelser, og brugere, der tidligere har været i behandling, ikke at få den nødvendige hjælp til at løse deres psykiske problemer. Disse forhold gør sig gældende, også når vi kontrollerer for andre baggrundsforhold, som det ses af regressionsanalysen i tabel 7.28. Derudover er andelen af brugere, der ikke oplever, at de får den nødvendige hjælp, også overrepræsenteret blandt opiatmisbrugerne, de ældste brugere, brugerne med et misbrug af mange års varighed samt

brugere på kontanthjælp mv. eller pension, men disse forskelle er ikke signifikante, når vi kontrollerer for behandlingsintensitet. Der er ikke forskelle hverken i forhold til køn eller uddannelse. Endelig oplever brugere, der får psykiatrisk eller psykologisk behandling, i langt større grad, at de får den nødvendige hjælp.

TABEL 7.28

Ordinal logistisk regression af i hvilken grad brugerne oplevede at få hjælp til deres psykiske problemer.

Variabel	Koefficient	Standartfejl	Signifikansniveau
Etnisk minoritetsbaggrund	-0,545	0,237	*
Behandlings- intensitet:			***
Ad hoc-ydelser	-1,583	0,257	***
Ambulant behandling	-0,506	0,250	*
Dagbehandling	-0,171	0,371	
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference
Første gang i behandling	0,526	0,158	**
Bytype:			**
Københavns Kommune	0,334	0,275	
Københavns omegn	0,854	0,260	**
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,722	0,247	**
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,294	0,270	
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference

Anm.: Den afhængige variabels udfald: 1) Slet ikke; 2) I mindre grad; 3) I nogen grad og 4) I høj grad.

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 601 brugere.

Anm.: * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$.

Der tegner sig altså et billede af, at den psykiske hjælp opleves som særligt mangelfuld for brugere, der har haft længere kontakt med behandlingssystemet, og som får en lav behandlingsintensitet. Noget kunne altså tyde på, at den lave behandlingsintensitet både medfører mindre behandling for psykiske problemer, og at brugeren i mindre grad oplever at få den nødvendige hjælp. Denne sammenhæng skal sammenholdes med tabellerne 7.5 og 7.9, der viste, at brugerne i lav

behandlingsintensitet lige så ofte som andre brugere oplever psykiske problemer. Således er en gruppe af brugere lige så udsatte for psykiske problemer, men de bliver i langt mindre grad behandlet og oplever i mindre grad, at der tages hånd om deres problemer.

OPSUMMERING VEDRØRENDE INDSATSEN OVER FOR PSYKISKE PROBLEMER

Generelt har en meget stor del af brugerne af stofmisbrugsbehandlingen psykiske problemer. Det gælder 62 pct. Af disse brugere med psykiske problemer er det kun 31 pct., der 'i høj grad' oplever at få den hjælp, de har brug for, mens 27 pct. 'slet ikke' oplever at få nogen hjælp. 34 pct. af brugerne med psykiske problemer får behandling hos en psykiater eller psykolog. Denne behandling foregår oftest direkte i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen.

De kvindelige brugere oplever lidt oftere psykiske problemer end mændene, ligesom brugere i arbejde sjældnere oplever psykiske problemer (selvom over en tredjedel af brugerne i arbejde stadig oplever problemer). Hovedmisbrugsstof og varigheden af misbruget har ikke nogen sammenhæng med sandsynligheden for at have psykiske problemer, men de erfarne misbrugere oplever i langt mindre grad at få hjælp til deres psykiske problemer og/eller få behandling for disse problemer. Det samme gælder gruppen, der modtager ad hoc-ydelser, eller som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, selvom disse brugere lige så hyppigt som andre brugere oplever psykiske problemer.

INDSATS OVER FOR FYSISKE PROBLEMER

I dette afsnit belyser vi omfanget af og tilfredsheden med behandlingen af de fysiske problemer, brugerne af stofmisbrugsbehandlingen oplever. 54 pct. af brugerne angiver, at de har alvorlige fysiske problemer. Det peger på, at brugerne af stofmisbrugsbehandling i høj grad er plaget af fysiske lidelser. Mange brugere af stofmisbrugsbehandlingen har alvorlige fysiske problemer, der er forårsaget af deres brug af stoffer og de hårde livsvilkår, flere af dem lever under. Det er sygdomme som leverbetændelse, tuberkulose, HIV og rådnende tænder. Flere af sygdommene er ikke et direkte resultat af misbruget, men spredes i stofmisbrugsmiljøet, fx eksisterer tuberkulose næsten ikke uden for

stofmisbrugsmiljøet i Danmark. Det er alvorlige sygdomme, der samtidig kan influere på effektiviteten af stofmisbrugsbehandlingen. Det er en central del af den helhedsorienterede indsats over for brugerne af stofmisbrugsbehandlingen at lindre og drage omsorg for de fysiske problemer, brugerne oplever.

HVILKE BRUGERE HAR FYSISKE PROBLEMER?

En af de absolut vigtigste faktorer i forbindelse med andelen af fysiske problemer er brugerens alder. Som det ses af tabel 7.29, er der en kraftigt stigende tendens til en øget andel af brugere med alvorlige fysiske problemer med en højere alder. Andelen af brugere, der er 47 år og derover med alvorlige fysiske problemer, er på 64 pct. Blandt de op til 24-årige har 21 pct. alvorlige fysiske problemer. Denne sammenhæng dækker både over, at de ældre brugere i højere grad end de yngre oftere har et længere misbrug bag sig, og fordi kroppen ældes tidligt efter et langvarigt misbrug.

TABEL 7.29

Andel brugere, der angiver at have alvorlige fysiske problemer, fordelt på brugernes alder. Procent.

Alder	Har alvorlige fysiske problemer	Har ikke alvorlige fysiske problemer	I alt procent	I alt antal
-24 år	21	79	100	76
25-34 år	49	51	100	255
35-44 år	56	44	100	388
45- år	64	36	100	289
I alt	54	46	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 49$, $P = 0,000$.

Hverken køn eller etnicitet har signifikant betydning for sandsynligheden for, at brugerne angiver at have fysiske problemer. Derimod har brugernes type hovedmisbrug betydning for andelen af brugere med fysiske problemer. Af tabel 7.30 fremgår det, at brugere med opiater som hovedstof har signifikant flere fysiske lidelser (61 pct.) end fx brugere med hash mv. som hovedstof (33 pct.). De brugere, der har et blandingsmisbrug, har en højere andel af fysiske problemer (55 pct.) end

brugerne med et hovedstof inden for kategorien af centralstimulerende stoffer (40 pct.). Effekten af hovedmisbrugsstof forbliver signifikant i regressionsanalysen, når vi kontrollerer for alder, der også er signifikant.

TABEL 7.30

Andel brugere, der angiver at have alvorlige fysiske problemer, fordelt på deres hovedmisbrugsstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Har fysiske problemer	Har ikke fysiske problemer	I alt procent	I alt antal
Opiater	61	39	100	553
Opiater/ blandings- misbrug	55	45	100	203
Centralstimulerende stoffer	40	60	100	144
Hash mv.	33	67	100	93
I alt	54	46	100	993

Anm.: $\chi^2 = 39$, $P = 0,000$.

Analysen viser derudover, at brugerens indkomsttype hænger sammen med andelen med fysiske problemer. Vi ser i tabel 7.31, at de brugere, der har arbejde, i langt mindre grad end de øvrige grupper er plaget af fysiske problemer, med en andel på 23 pct., mens hele 53 pct. af brugerne på kontanthjælp mv. har alvorlige fysiske problemer. Forskellen mellem brugere på kontanthjælp mv. og brugere på pension er derimod kun 11 procentpoint og dermed noget mindre. Vi kan dog ikke ud fra data sige noget om sværhedsgraden af brugernes fysiske problemer.

TABEL 7.31

Andel brugere, der angiver at have alvorlige fysiske problemer, fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Har fysiske problemer	Har ikke fysiske problemer	I alt procent	I alt antal
Arbejde	23	77	100	117
Kontanthjælp mv.	53	47	100	503
Pension	66	34	100	374
I alt	54	46	100	994

Anm.: $\chi^2 = 66$, $P = 0,000$.

Der er ikke forskel på andelen af brugere med alvorlige fysiske problemer på tværs af regioner eller mellem de forskellige bytyper. Men som det fremgår af næste afsnit, er der visse geografiske forskelle, når vi ser på brugernes oplevelse af, i hvilken grad de modtager behandling for deres fysiske problemer.

OPLEVELSEN AF HJÆLPEN TIL FYSISKE PROBLEMER

Af tabel 7.32 ses, i hvilken grad brugerne af stofmisbrugsbehandling oplever at få den hjælp, de har brug for i forbindelse med deres fysiske problemer og sygdomme. 32 pct. af brugerne svarer, at de 'i høj grad' oplever at få hjælp, mens 28 pct. oplever 'slet ikke' at få hjælp.

TABEL 7.32

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til deres fysiske problemer og sygdomme. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	32	170
I nogen grad	21	112
I mindre grad	20	106
Slet ikke	28	149
I alt	100	537

Brugerne kan tit være plaget af fysiske problemer, og kontakten til sundhedssystemet kan være anstrengt. I de kvalitative interview fortæller flere brugere, at de har konflikter med sundhedspersonalet. Nogle oplever, at de mødes med manglende respekt. Fx oplever en bruger efter et overfald følgende:

Jeg bliver kørt bevidstløs ind på et hospital, så vågner jeg op, ved at sygeplejersken står og vasker mig i ansigtet med sprit, og det gjorde fandeme ondt. Så bliver jeg hidsig, og så siger jeg: "Hvad fanden laver du, kælling? Du skal da ikke vaske mig af i sprit, det gør afsindigt ondt. Det svier jo i hele hovedet." Så siger hun et eller andet til mig om, at hun er træt af os 'skide narkomaner'. Jeg ved ikke, hvorfra hun vidste, at jeg var narkoman, men det sagde hun altså. Og så siger jeg til hende, at hvis hun ikke holdt sin kæft, så ville jeg slå hende ihjel. Ord, det var bare ord, men

det var altså nok til, at jeg fik en behandlingsdom på 2 år. Det skulle jeg aldrig have sagt (Erik 54 år, opiatmisbruger i ambulant behandling med flere tidligere behandlinger).

Som citatet ovenfor viser, har Erik en kontant og direkte facon, som personalet tolker meget fjendtligt. De problemer, brugere af stofmisbrugsbehandlingen oplever hos sundhedspersonalet, forsøger nogle behandlingssteder at dæmpe ved at have bisiddere med til operationer eller samtaler med speciallæger.

Af tabel 7.32 ser vi også, at 48 pct. af brugerne 'i mindre grad' eller 'slet ikke' oplever, at der bliver taget hånd om deres alvorlige fysiske problemer. Det er en betragtelig andel, og den høje andel kan skyldes forskellige former for barrierer i brugernes møde med sundhedssystemet. Det er værd at bemærke, at der ikke er en signifikant sammenhæng mellem brugernes vurdering af, om de modtager den fornødne hjælp, og variable som alder, køn, etnicitet eller hovedstof. Det er altså ikke ældre eller svagere brugere, der hovedsageligt oplever problemer, men jævnt fordelt ud over alle brugerne med fysiske problemer.

INDSATS OVER FOR SOCIALE PROBLEMER

I dette afsnit vil vi præsentere omfanget af og tilfredsheden med behandlingen af de sociale problemer, brugerne af stofmisbrugsbehandlingen oplever. Vi vil se på andelen af brugere med problemer med bolig, uddannelse og forsørgelse, børn og kriminalitet. Derudover vil vi se på, i hvilken grad brugerne vurderer, at de får den hjælp, de har brug for.

BRUGERE MED BOLIGPROBLEMER

Når brugerne angiver, at de har problemer med deres boligsituation, er der ikke nødvendigvis tale om, at de bor på gaden. Det kan i lige så høj grad være, at de bor hos venner og familie, at de bor til fremleje eller under en anden ustabil boligform. Kasper, der er 28 år og misbruger af centralstimulerende stoffer, fortæller om, hvilken betydning det har at være i dagbehandling og ikke have et fast sted at bo:

Det er meget sværere. Det er faktisk en kamp. Der er aldrig ro. Der er aldrig plads til et sted, hvor jeg kan være mig selv. Jeg har ingen steder at gå hen og være alene overhovedet ... så er der aldrig rigtigt ro oven i hovedet.

Det er 35 pct. (jf. tabel 7.33) af brugerne af misbrugsbehandlingen, der angiver, at de har brug for hjælp med deres boligsituation. Det er et tegn på, at en stor del af misbrugerne har svært ved at skaffe og fastholde egen bolig.

I de kvalitative interview fortæller nogle brugere endvidere, at de kan have svært ved at passe ind i de tilbud, der findes til hjemløse, da det på nogle herberger ikke er tilladt at tage stoffer. Brugere kan også opleve at komme i konflikt med private udlejere eller andelsforeninger, fordi deres misbrug eller svingende døgnrytmer opleves som forstyrrende.

TABEL 7.33

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp med bolig, fordelt på deres hovedmisbrugsstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	Har brug for hjælp med bolig	Har ikke brug for hjælp med bolig	I alt procent	I alt antal
Opiater	29	71	100	554
Opiater/ blandings- misbrug	39	61	100	203
Centralstimulerende stoffer	46	54	100	144
Hash mv.	39	61	100	92
I alt	35	65	100	993

Anm.: $\chi^2 = 17$, $P = 0,001$.

Andelen af brugere, der har brug for hjælp med deres boligsituation, er lavere blandt opiatmisbrugerne med 29 pct. mod 46 pct. blandt brugerne af centralstimulerende stoffer. Det ser altså ud til, at brugere af centralstimulerende stoffer langt oftere har problemer med deres boligsituation. Det hænger delvist sammen med, som vi vil se senere, at misbrugerne af centralstimulerende stoffer oftere modtager døgnbehandling, og for en dels vedkommende er der formentlig problemer med boligsituationen ved udskrivning. Men det kan ikke udelukkes, at de typer af personer, der tiltrækkes af centralstimulerende

stoffer, har sværere ved at holde egen bolig eller, at denne type misbrug i sig selv disponerer til større problemer med evnen til at holde egen bolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligproblemer og køn.

Af tabel 7.34 kan vi endvidere se, at brugere i døgnbehandling har et langt større behov for hjælp (53 pct.). Det er helt klart nødvendigt, at disse brugere tilbydes hjælp til at få afklaret deres boligsituation, da denne usikkerhed også kan influere på kvaliteten af deres behandlingsforløb.

TABEL 7.34

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp med bolig, fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	Har brug for hjælp m. bolig	Har ikke brug for hjælp m. bolig	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	28	72	100	440
Ambulant behandling	35	65	100	398
Dagbehandling	42	58	100	69
Døgnbehandling	53	47	100	96
I alt	34	66	100	1.003

Anm.: $\chi^2 = 25$, $P = 0,000$.

Usikkerhed omkring boligsituationen skyldes muligvis, at brugere i døgnbehandling tages ud af deres bolig i flere måneder, i nogle tilfælde op til et halvt år eller mere. Det er derfor ikke sikkert, at de har anden bolig end det værelse, de har på døgnbehandlingsinstitutionen. Flere brugere angiver, at de ønsker en blødere overgang fra behandlingen til livet ude i samfundet. Det kunne fx være i form af halvvejshuse. Som Søren (33 år, misbruger af centralstimulerende stoffer og med flere tidligere behandlinger bag sig) siger:

Så skal det bare gå stærkt, og du skal skynde dig ud og finde en bolig. Og det og det og det. Det giver stress, og det giver kaos. Så sidder man der alene og har ikke nogen hjælp at hente, føler man selv. Jeg har set så mange ryge på røven af det, inklusive mig selv.

Andelen af brugere, der har brug for hjælp til boligsituationen, er højest i Københavnsområdet og i de mindre kommuner, mens færre i de store provinsbyer angiver at have brug for hjælp til boligsituationen. Andelen af brugere med boligproblemer er dog forholdsvis høj i alle områder.

TABEL 7.35

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp med bolig, fordelt på, hvilken type by de bor i. Procent.

Bytype	Har brug for hjælp m. bolig	Har ikke brug for hjælp m. bolig	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	41	56	100	190
Københavns omegn	37	63	100	194
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	26	74	100	275
By m. 30.000 indbyggere el. mere	32	68	100	185
By m. mindre end 30.000 indbyggere	39	61	100	163
I alt	34	66	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 14$, $P = 0,005$.

Ser vi på brugernes indkomsttype, er det hovedsageligt brugere på kontanthjælp mv., der har boligproblemer, mens andelen er mindre blandt brugere i arbejde. Andelen, der har brug for hjælp til boligproblemer, er dog også forholdsvis høj blandt førtidspensionisterne.

TABEL 7.36

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp med bolig, fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indtægtstype	Har brug for hjælp m. bolig	Har ikke brug for hjælp m. bolig	I alt procent	I alt antal
Arbejde	16	84	100	117
Kontanthjælp mv.	40	60	100	503
Pension	33	67	100	373
I alt	34	66	100	993

Anm.: $\chi^2 = 23$, $P = 0,00$.

Af tabel 7.37 ser vi, at mængden af brugere med problemer med deres boligsituation er signifikant større blandt brugere med en etnisk minoritetsbaggrund. Denne gruppe har større behov for hjælp og har givetvis også sværere ved at navigere i de allerede eksisterende tilbud.

TABEL 7.37

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp med bolig, fordelt på deres etniske baggrund. Procent.

Etnisk baggrund	Har brug for hjælp m. bolig	Har ikke brug for hjælp m. bolig	I alt procent	I alt antal
Dansk	33	67	100	913
Minoritetsbaggrund	45	55	100	93
I alt	34	66	100	1.006

Anm.: $\chi^2 = 6$, $P = 0,018$.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at hvorvidt brugerne oplever problemer med deres boligsituation, klart nok afhænger kraftigt af deres boligsituation på interviewtidspunktet, men at der samtidig er brugere, der har fast bolig og stadig oplever at have problemer. Det fremgår meget tydeligt af tabel 7.38.

TABEL 7.38

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp med bolig, fordelt på deres boligsituation. Procent.

Boligsituation	Har brug for hjælp m. bolig	Har ikke brug for hjælp m. bolig	I alt procent	I alt antal
Fast bolig	27	73	100	832
Boligløs	77	23	100	52
Bor hos venner/familie	62	38	100	61
Støttebolig /institution	64	36	100	61
I alt	34	66	100	1.006

Anm.: $\chi^2 = 105$, $P = 0,000$.

Vi ser ikke overraskende, at de, der har en bolig, sjældnere angiver at have boligproblemer, mens de andre grupper markant oftere har problemer. 23 pct. af de boligløse rapporterer dog ikke at have problemer med deres boligsituation. Det kan skyldes, at de oplever at have valgt livet på gaden til, men det kan også dække over, at brugerne har affundet sig med eller er blevet mismodige over for muligheden for at få hjælp. Noget lignende ser man hos dem, der bor hos venner og familie. Samtidig er det værd at bemærke, at 27 pct. af dem, der har egen bolig, oplever at have problemer, hvilket tyder på problemer med at fastholde boligen.

Ser vi på, i hvilken grad brugerne af misbrugsbehandlingen oplever at få hjælp til deres boligproblemer, er der kun sammenhæng med alder og behandlingsintensiteten. Oplevelsen af hjælpen er altså hverken afhængig af køn, etnicitet, kommune eller hovedstof. Disse sammenhænge har på grund af det lille antal brugere, der har haft brug for hjælp med deres boligsituation, ikke været mulige at kontrollere i en regressionsanalyse.

Den overvejende del af brugerne vurderer ikke, at de får den nødvendige hjælp til deres boligproblemer: 39 pct. svarer 'slet ikke', og 22 pct. svarer 'i mindre grad'. Andelen, der ikke mener, at de får den nødvendige hjælp, er højest blandt de ældste brugere. Her svarer 49 pct. 'slet ikke'.

TABEL 7.39

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til at løse deres boligproblemer. Fordelt på deres alder. Procent.

Alder	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
-24 år	28	36	13	16	6	100	32
25-34 år	21	7	31	34	7	100	85
35-44 år	25	14	16	42	3	100	139
45- år	15	10	25	46	5	100	88
I alt	22	13	22	39	5	100	344

Anm.: $\chi^2 = 36$, $P = 0,000$.

Ser vi på tabel 7.40 over sammenhængen mellem behandlingsintensitet og brugernes vurdering af, i hvilken grad de modtager den nødvendige

hjælp, ser vi, at hele 52 pct. af brugerne, der modtager ad hoc-ydelser, 'slet ikke' oplever at få hjælp til deres boligsituation. Vi ser derefter en trinvis stigning i tilfredsheden i takt med intensiteten af behandlingen. En stigning, der dog ikke gør sig gældende mellem brugere i dagbehandling og brugere i døgnbehandling. Der er altså set ud fra brugernes perspektiv klare mangler ved den hjælp, de får i forbindelse med boligproblemer, og andelen, der oplever, at de 'slet ikke' får nogen hjælp, er højest blandt brugere, der modtager ad hoc-ydelser, og gruppen af brugere i ambulant behandling.

TABEL 7.40

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til at løse deres boligproblemer. Fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	14	12	20	52	2	100	121
Ambulant behandling	23	12	23	37	4	100	142
Dagbehandling	33	23	20	23	0	100	30
Døgnbehandling	28	13	23	21	15	100	53
I alt	22	13	22	39	5	100	346

Anm.: $\chi^2 = 37$, $P = 0,00$.

PROBLEMER MED FORSØRGELSE OG UDDANNELSE

I dette afsnit vil vi se på behovet for hjælp til forsørgelse og uddannelse. Dette behov kan dække over ønsket om hjælp til uddannelsesvalg eller at finde en læreplads, men det kan også være økonomisk støtte til faste udgifter, bolig, tandlægeregning, eftergivelse af gæld og køb af tøj. Derudover kan hjælp til uddannelse og forsørgelse også dække over rådgivning og håndtering af betaling af skat, regninger, selvangivelse, boligsikring og anden kontakt til banker eller kommunen.

Det er overvejende de yngre brugere, der angiver, at de har brug for hjælp med uddannelse og forsørgelse, med en andel på 47 pct. mod 15 pct. blandt dem over 47 år. Det ville formentlig have været relevant at

skelne mellem hjælp til uddannelse og hjælp til forsørgelse, men hensynet til spørgeskemaets omfang betød en prioritering i spørgsmålenes ordlyd.

TABEL 7.41

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp til uddannelse eller forsørgelse, fordelt på brugernes alder. Procent

Alder	Har brug for hjælp m. udd. el. forsørgelse	Har ikke brug for hjælp m. udd. el. forsørgelse	I alt procent	I alt antal
-24 år	47	53	100	75
25-34 år	41	59	100	251
35-44 år	34	66	100	443
45- år	17	83	100	231
I alt	32	68	100	1.000

Anm.: $\chi^2 = 48$, $P = 0,000$.

Fra de kvalitative interview ved vi, at hjælpen til uddannelse har stor betydning for de unge brugere af stofmisbrugsbehandlingen. Håbet om at kunne komme ud og færdiggøre en uddannelse giver et perspektiv til stofmisbrugsbehandlingen. Samtidig fylder de økonomiske problemer også meget for brugerne. Stablen af ubetalte regninger og den stress, der følger med ikke at have fast bolig og indtægt, kan være det, der presser brugerne ud i tilbagefald eller sidemisbrug. De brugere af døgnbehandling, der bliver tilbudt hjælp af en socialrådgiver til at håndtere privatøkonomien, sætter meget stor pris på den ro, det giver at kunne få hjælp til at håndtere sager med fx skattevæsenet og banken.

En bruger fortæller her om, hvordan han har brug for hjælp til at forvalte sin daglige økonomi og oplever, at sagsbehandleren yder en god hjælp:

Man kan komme ind med en pose med det [papirer og regninger], og så sorterer hun, og så ringer hun rundt for os ... og når man kommer ind, så ligger det sådan her [banker tre gange i bordet], og så får man en bunke med i hånden, og så sidder der en post-it på dem, hvad er forsikringer, og hvad er telefonregninger, og så er lortet betalt via din bank (Thomas, 24 år, opiatmisbruger i dagbehandling, første gang i behandling).

Ser man på størrelsen af den kommune, brugeren er tilknyttet, ser vi, at der er markant flere, der angiver, at de har brug for hjælp i Københavns Kommune og i Københavns omegn. I Københavns Kommune har 43 pct. af brugerne brug for hjælp til uddannelse og forsørgelse. Hvad denne effekt skyldes, er ikke helt til at afgøre, men der kan være en sammenhæng med højere boligpriser og leveomkostninger i København end i andre dele af landet. Samtidig kan det også være udtryk for en tilbageholdenhed i forhold til at administrere brugernes økonomi fra kommunens side. Denne sammenhæng finder vi stadig, når vi i regressionsanalysen kontrollerer for andre faktorer.

TABEL 7.42

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp til uddannelse eller forsørgelse, fordelt på, hvilken type by brugeren bor i. Procent.

Bytype	Har brug for hjælp m. udd. el. forsørgelse	Har ikke brug for hjælp m. udd. el. forsørgelse	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	43	57	100	189
Københavns omegn	38	62	100	191
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	23	77	100	274
By m. 30.000 indbyggere el. mere	28	72	100	184
By m. mindre end 30.000 indbyggere	31	69	100	164
I alt	32	68	100	1.002

Anm.: $\chi^2 = 27$, $P = 0,00$.

Ser vi på, hvilken indkomsttype brugerne har og indkomsttypens betydning for problemerne, ser vi et meget tydeligt billede af, at det er brugere på kontanthjælp mv., der oplever problemer med uddannelse og forsørgelse. I de kvalitative interview forklarer nogle brugere, at det giver en følelse af tryghed og lettelse at komme på førtidspension og at være 'fredet' fra aktiveringsforsøg og fra risikoen for at miste kontanthjælpen. For nogle brugere skaber det konflikter med behandlere og andet personale, når deres indtægt bliver usikker, og de konflikter kan have en negativ indflydelse på stemningen på behandlingsstedet. Disse problemer beskrives nærmere i forbindelse med afsnit om aktivering.

TABEL 7.43

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp til enten forsørgelse eller uddannelse, fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Har brug for hjælp m. udd. el. forsørgelse	Har ikke brug for hjælp m. udd. el. forsørgelse	I alt procent	I alt antal
Arbejde	15	85	100	117
Kontanthjælp mv.	50	50	100	500
Pension	12	88	100	371
I alt	32	68	100	988

Anm.: $\chi^2 = 160$, $P = 0,000$.

Trods den markante sammenhæng mellem behovet for hjælp med uddannelse og forsørgelse og indkomsttype er det værd at bemærke, at der stadig er 15 pct. af de brugere, der er i arbejde, som har brug for hjælp i forhold til uddannelse og forsørgelse.

Ser vi på, om brugerne oplever at få hjælp til deres problemer med forsørgelse, ser vi, at 20 pct. 'slet ikke' oplever at få hjælp, og 24 pct. 'i mindre grad' oplever at få hjælp. De brugere, der er i arbejde og har brug for hjælp med uddannelse og forsørgelse, oplever i vid udstrækning at få den hjælp, de har brug for. Derimod oplever en del af de brugere, der er på førtidspension, ikke at få den hjælp, de har brug for. Det kan være udtryk for et overset behov for hjælp til at håndtere deres økonomi blandt en vis gruppe af modtagerne af førtidspension.

TABEL 7.44

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til at løse problemer med uddannelse eller forsørgelse. Fordelt på indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	I høj grad	I nogen grad	I min- dre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt pro- cent	I alt antal
Arbejde	59	12	6	12	12	100	17
Kontanthjælp mv.	26	26	26	16	4	100	250
Pension	13	27	18	42	0	100	45
I alt	26	26	24	20	4	100	312

Anm.: $\chi^2 = 25$, $P = 0,015$.

Tabel 7.45 viser, at flere brugere af centralstimulerende stoffer og hash mv. end opiatmisbrugere oplever at få den hjælp, de har brug for til at løse uddannelses- eller forsørgelsesproblemer.

TABEL 7.45

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til at løse problemer med enten uddannelse eller forsørgelse. Fordelt på deres hovedmisbrugsstof. Procent.

Hovedmisbrugsstof	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Opiater	18	27	28	25	3	100	147
Opiater/ blandingsmisbrug	24	27	22	22	5	100	67
Centralstimulerende stoffer	47	13	22	13	5	100	55
Hash mv.	25	34	16	18	7	100	44
I alt	26	25	24	21	4	100	313

Anm.: $\chi^2 = 25$, $P = 0,015$.

Ser vi på sammenhængen mellem vurderingen af hjælpen og behandlingsintensiteten, er andelen, der ikke oplever at få den nødvendige hjælp, væsentligt højere blandt dem, der modtager ad hoc-ydelser end de 31 pct., der 'slet ikke' oplever at få hjælp.

TABEL 7.46

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til at løse problemer med enten uddannelse eller forsørgelse. Fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	14	26	29	31	0	100	96
Ambulant behandling	30	23	23	23	2	100	128
Dagbehandling	39	28	23	5	5	100	39
Døgnbehandling	29	29	14	10	18	100	51
I alt	26	26	24	21	4	100	314

Anm.: $\chi^2 = 54$, $P = 0,00$.

PROBLEMER MED BØRN

I dette afsnit vil vi se på de brugere af stofmisbrugsbehandling, der angiver, at de har problemer med deres børn, og i hvilken grad de oplever at få hjælp til disse problemer. Problemer med børn dækker her ikke kun over de hjemmeboende børn eller børn under 18 år. Problemer med børn kan dække over meget forskellige typer af problemer såsom problemer med at skaffe penge til tøj, problemer med skolen, problemer med forældremyndighed, problemer med at holde kontakt, problemer med skænderier eller problemer med tvangsfjernelse. Det er ikke muligt at få afdækket, hvilken karakter brugernes problemer har i denne undersøgelse, blot at de har problemer. Vi ved fra de kvalitative interview, at det at kunne forbedre forholdet til børnene er en stærk motivation til at gå i behandling for flere af brugerne også for nogle af de ældre brugere.

Hvordan brugerne har svaret på spørgsmålet om, hvorvidt de har problemer med deres børn, skal også ses i relation til, at en del af brugerne kan have haft sager omkring fx forældremyndigheden eller samkvemsretten til deres børn. Det betyder, at det i nogens opfattelse kan være problemerne med myndighederne, de ønsker hjælp til, men det kan også betyde, at de ikke ønsker hjælp, fordi de oplever, at det netop er 'hjælpen', der er problemet.

TABEL 7.47

Andel brugere, der angiver, at de har brug for hjælp til problemer med deres børn, fordelt på brugerens køn. Procent.

Køn	Har brug for hjælp	Har ikke brug for hjælp	I alt procent	I alt antal
Kvinde	47	53	100	180
Mand	32	68	100	392
I alt	37	63	100	572

Anm.: $\chi^2 = 11, P = 0,001$.

Af tabel 7.47 fremgår det, at 37 pct. af de forældre, der indgår i undersøgelsen, oplever at have problemer med deres børn. 47 pct. af kvinderne har problemer med deres børn mod 35 pct. blandt mændene. Det kan skyldes, at børnene i højere grad bor hos moderen, eller at kvinderne i højere grad identificerer sig med forældrerollen. Tabel 7.48

viser, at brugere i arbejde sjældnere har brug for hjælp til problemer med deres børn (28 pct.), mens brugere på kontanthjælp mv. oftere har brug for hjælp (45 pct.).

TABEL 7.48

Andel brugere, der angiver, at de har brug for hjælp til problemer med deres børn, fordelt på brugerens indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Har brug for hjælp	Har ikke brug for hjælp	I alt procent	I alt antal
Arbejde	30	70	100	57
Kontanthjælp mv.	44	56	100	277
Pension	30	70	100	235
I alt	37	63	100	569

Anm.: $\chi^2 = 11$, $P = 0,004$.

TABEL 7.49

Andel brugere, der angiver, at de har brug for hjælp til problemer med deres børn. Fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	17	4	17	62	100	81
Ambulant behandling	26	19	16	40	100	90
Dagbehandling	40	20	20	20	100	10
Døgnbehandling	40	20	20	20	100	20
I alt	24	13	17	46	100	201

Anm.: $\chi^2 = 23$, $P = 0,00$.

Ser vi på brugernes vurdering af den hjælp, de får til deres problemer med deres børn (jf. tabel 7.49), ser vi, at hovedparten af brugerne ikke oplever at få den hjælp, de har brug for. 46 pct. svarer, at de 'slet ikke' får den nødvendige hjælp, og 15 pct. svarer, at de 'i mindre grad' får hjælp. Ser vi på betydningen af behandlingsintensitet for, i hvilken grad brugerne oplever at få den hjælp, de har brug for til at løse problemer med deres børn, ser vi, at brugere i dag- og døgnbehandling i højere grad end brugerne i ambulant behandling og brugere, som modtager ad hoc-ydelser, oplever at få den hjælp, de har brug for. Men her er det værd at

bemærke, at der er meget få brugere i dagbehandling, der har haft brug for hjælp til problemer med deres børn.

PROBLEMER MED KRIMINALITET

I dette afsnit vil vi se på de brugere af stofmisbrugsbehandlingen, der angiver, at de har brug for hjælp til problemer med kriminalitet. Det er vigtigt at bemærke, at de brugere, der har brug for hjælp med kriminalitetsproblemer, ikke nødvendigvis er udtryk for andelen af brugere, der har kriminel adfærd. Vi har samtidig spurgt til brugernes problemer med egen kriminalitet og ikke deres problemer med kriminalitet begået imod dem. Når tabel 7.50 viser, at 9 pct. af brugerne har problemer med kriminalitet, er det ud fra deres eget perspektiv og ikke om, hvorvidt deres eventuelle kriminelle adfærd er problematisk i andres øjne. Dette eksemplificeres meget tydeligt af tabel 7.50 og af det faktum, at mange af brugerne har et aktivt sidemisbrug af ulovlige stoffer, hvilket betyder, at de som en hverdagslig handling bryder loven ved at købe og besidde ulovlige euforiserende stoffer.

TABEL 7.50

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp til problemer med deres kriminalitet, fordelt på, om de har angivet at have en ulovlig indtægt. Procent.

	Har brug for hjælp	Har ikke brug for hjælp	I alt procent	I alt antal
Har ikke ulovlig indtægt	6	94	100	906
Har ulovlig indtægt	31	69	100	102
I alt	9	91	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 73$, $P = 0,00$.

På trods af at der er en klart større andel af brugerne med en kriminel adfærd, der har brug for hjælp med kriminalitet, så er der 69 pct., der ikke opfatter deres ulovlige indtægt (der indeholder salg af narkotika, berigelseskriminalitet og anden kriminalitet, men ikke sort arbejde) som et problem, de har brug for hjælp til. Noget kunne altså tyde på, at der er flere end de 9 pct., der burde have brug for hjælp i forhold til problemer med kriminalitet.

Af tabel 7.51 kan vi se, at mandlige brugere oftere angiver at have brug for hjælp til problemer med kriminalitet. Men vi ser samtidig i tabel 7.52, at samme andel af mandlige og kvindelige brugere får ulovlig indtægt fra kriminalitet.

TABEL 7.51

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp til problemer med deres kriminalitet, fordelt på brugerens køn. Procent.

Køn	Har brug for hjælp	Har ikke brug for hjælp	I alt procent	I alt antal
Kvinde	5	95	100	284
Mand	10	90	100	724
I alt	9	91	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 9$, $P = 0,03$.

I samfundet som helhed er der generelt store forskelle på kriminalitetsadfærden imellem kønnene, hvor mændene står for langt størstedelen af lovovertrædelserne. Tabel 7.51 og 7.52 peger altså i retning af, at man blandt brugerne ikke nødvendigvis kan forvente, at problemer med kriminalitet er noget, der hovedsageligt tilhører de mandlige brugere af misbrugsbehandlingen.

TABEL 7.52

Andel brugere, der angiver at have ulovlig indtægt, fordelt på brugernes køn. Procent.

Køn	Har ulovlig indtægt	Har ikke ulovlig indtægt	I alt procent	I alt antal
Kvinde	11	89	100	285
Mand	10	90	100	725
I alt	11	89	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 0,145$, $P = 0,779$.

Det har ikke været muligt i denne undersøgelse at afdække, i hvilken grad brugerne har problemer med det hårde kriminelle miljø, nogle brugere er en del af. I de kvalitative interview fremgår det, at det kan være et stort problem at have gæld eller udeståender til stofmisbrugsmiljøet. Nogle

brugere gav udtryk for, at de havde været bange for overfald og havde en fornemmelse af at måtte se sig over skulderen af frygt for kontakt med deres tidligere miljø. De brugere, der var i døgnbehandling, lagde vægt på, at behandlingsstederne lå afsides. På den måde var de trygge ved, at de ikke ville blive forfulgt, særligt hvis de var kommet et sted hen, miljøet ikke kendte til. De trusler mv., der kan komme på grund af udeståender med miljøet fra fx pushere og aktive stofmisbrugere, kan således være et alvorligt problem for brugerne.

Der er endvidere en tendens til, at andelen med kriminalitetsproblemer er højere blandt den del af brugerne, som modtager midlertidig kontanthjælp.

TABEL 7.53

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp til problemer med deres kriminalitet, fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Har brug for hjælp	Har ikke brug for hjælp	I alt procent	I alt antal
Arbejde	3	97	100	117
Kontanthjælp mv.	12	88	100	503
Pension	6	94	100	375
I alt	9	91	100	995

Anm.: $\chi^2 = 16$, $P = 0,00$.

TABEL 7.54

Andel brugere, der angiver at have en ulovlig indtægt, fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Har ulovlig indtægt	Har ikke ulovlig indtægt	I alt procent	I alt antal
Arbejde	2	98	100	117
Kontanthjælp mv.	16	84	100	504
Pension	6	94	100	376
I alt	10	90	100	997

Anm.: $\chi^2 = 31$, $P = 0,00$.

Samtidig ses det af tabel 7.54, at de brugere, der er på kontanthjælp mv., i langt højere grad end de andre brugere har en ulovlig indtægtskilde. I

regressionsanalysen har bytype – ud over den nævnte indtægtstype – en sammenhæng med, om brugeren har en ulovlig indtægtskilde (se bilag 1).

Ser vi på brugernes alder, og hvordan problemer med kriminalitet fordeler sig, ser vi, at det hovedsageligt er de unge brugere, der har problemer med kriminalitet. Hyppigheden af at have problemer med kriminalitet aftager med alderen. Denne sammenhæng kan skyldes flere ting: At de unge i højere grad oplever deres kriminalitet som et problem, de gerne vil ud af, eller at de er mere kriminelle. Den første forklaring peger i retning af, at brugere med kriminel adfærd over tid holder op med at se adfærden som et problem. Det kan også skyldes, at de ældre brugere ikke længere har fysikken til at begå kriminalitet.

TABEL 7.55

Andel brugere, der angiver at have brug for hjælp til problemer med deres kriminalitet, fordelt på brugernes alder. Procent.

Alder	Har brug for hjælp	Har ikke brug for hjælp	I alt procent	I alt antal
-24 år	13	87	100	76
25-34 år	12	88	100	252
35-44 år	9	91	100	391
45- år	5	95	100	290
I alt	9	91	100	1.009

Anm.: $\chi^2 = 11$, $P = 0,014$.

TABEL 7.56

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever at få hjælp til at løse problemer med deres kriminalitet. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	20	18
I nogen grad	24	21
I mindre grad	15	13
Slet ikke	40	35
I alt	100	87

Gruppen af brugere, der angiver, at de har brug for hjælp til problemer med kriminalitet, er forholdsvis lille. Vi kan dog af tabel 7.56 se, at mange af disse brugere ikke oplever at få den nødvendige hjælp til deres problemer med kriminalitet.

40 pct. oplever 'slet ikke' at få hjælp til at løse problemer med kriminalitet, mens 20 pct. oplever, at de 'i høj grad' har fået hjælp. Det er på grund af det lille antal af brugere dog ikke muligt at lave yderligere undersøgelser af dette resultat.

Brugerne af stofmisbrugsbehandlingen i Danmark har store og mange sociale problemer, og det er tydeligt, at en stor gruppe af brugere ikke oplever at få den nødvendige hjælp. Tabel 7.57 viser den samlede andel af brugere, der mener, at de har brug for hjælp til problemer med enten deres boligsituation, børn, kriminalitet eller forsørgelse/uddannelse. Her ser vi, at 40 pct. ikke mener, at de har brug for hjælp på nogen af områderne, mens 33 pct. mener, at de har brug for hjælp på et område, og 27 pct. mener, at de har brug for hjælp på mere end to områder.

TABEL 7.57

Antal typer af problemer brugeren har ønsket hjælp til. Procent og antal.

Antal typer af problemer brugeren har ønsket hjælp til	Procent	Antal
0	40	409
1	33	334
2	19	190
3	7	74
4	1	7
I alt	100	1014

BRUGERENS SAMARBEJDE MED DE OFFENTLIGE INSTANSER

Når brugeren af den sociale stofmisbrugsbehandling søger hjælp til sine psykiske, fysiske eller sociale problemer, må han eller hun også ofte kontakte og samarbejde med andre dele af det offentlige. Ofte sker det gennem den kommunale sagsbehandler, fx på det lokale jobcenter. Derfor er det interessant at undersøge, hvor stor en del af brugerne – og hvilke – der kender deres offentlige sagsbehandler, samt hvor ofte de mødes med sagsbehandleren. Desuden er tilfredsheden med sagsbehandleren og brugernes indtryk af og erfaring med samarbejdet mellem

de forskellige offentlige instanser en vigtig faktor for brugerens oplevelse af behandlingen. Herunder ligger også brugerens erfaring med at blive aktiveret, som vi også undersøger. For brugere, der har været i kontakt med retsvæsenet, er samarbejdet mellem Kriminalforsorgen og behandlingssystemet ligeledes centralt.

BRUGERNES KENDSKAB TIL DERES OFFENTLIGE SAGSBEHANDLER

Langt de fleste brugere af stofmisbrugsbehandlingen svarer, som det ses af tabel 7.58, 'ja' på spørgsmålet: "Mange brugere har også en sagsbehandler på kommunen eller på jobcentret, som kan tage sig af problemer med økonomi, bolig, børn og arbejde. Har du sådan en sagsbehandler?" Der er derimod 23 pct. af brugerne, der angiver, at de ikke kender deres sagsbehandler. Det kan der være flere årsager til. For det første kan det være, fordi brugeren ikke har kontakt med en sagsbehandler, hvilket fx kan skyldes, at de er i arbejde og ikke har andre problemer end deres misbrug. Som det ses af tabel 7.58, er det 50 pct. af brugerne i arbejde, der ikke kender deres sagsbehandler. For det andet kan årsagen være, at misbrugskonsulenten eller behandleren ordner kontakten til sagsbehandleren for brugeren, eller at brugeren har opgivet kontakten til det sociale system på grund af uenigheder. Kendskabet til sagsbehandleren er højest blandt brugere på kontanthjælp mv., hvor hele 86 pct. kender deres sagsbehandler, og andelen er 74 pct. blandt brugere på pension.

TABEL 7.58

Andel brugere, der angiver at kende deres sagsbehandler, fordelt på brugernes indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Har ikke el. kender ikke sagsbehandler	Har sagsbehandler	I alt procent	I alt antal
Arbejde	50	50	100	117
Kontanthjælp mv.	13	86	100	504
Pension	26	74	100	375
I alt	23	75	100	996

Anm.: $\chi^2 = 77$, $P = 0,000$.

Brugernes uddannelsesniveau har samtidig en betydning. Som det ses af tabel 7.59, kender henholdsvis 31 og 34 pct. af brugerne med gymnasiale eller videregående uddannelser ikke deres sagsbehandler, mens dette gælder for 23 pct. med op til 10. klasse og 17 pct. af de faglærte. Således kender dobbelt så mange brugere med en lang videregående uddannelse som de faglærte brugere ikke deres sagsbehandler.

TABEL 7.59

Andel brugere, der angiver at kende deres sagsbehandler, fordelt på deres uddannelsesniveau. Procent.

Uddannelse	Har ikke el. kender ikke sagsbehandler	Har sagsbehandler	I alt procent	I alt antal
Højst 10. klasse	23	77	100	604
Gymnasial uddannelse	31	69	100	61
Faglig el. erhvervs- uddannelse	17	83	100	275
Videregående uddannelse	34	66	100	77
I alt	23	77	100	1.005

Anm.: $\chi^2 = 12$, $P = 0,008$.

Som det ses af tabel 7.60, kender færre brugere med etnisk minoritetsbaggrund (68 pct.) end brugere med dansk baggrund (78 pct.) deres kommunale sagsbehandler. Forskellen er dog ikke signifikant, når vi i regressionsanalysen kontrollerer for indkomsttype, uddannelse og bytype (jf. tabel 7.61).

TABEL 7.60

Andel brugere, der angiver at kende deres sagsbehandler, fordelt på brugernes etnicitet. Procent.

Etnicitet	Har ikke el. kender ikke sagsbehandler	Har sagsbehandler	I alt procent	I alt antal
Etnisk dansk	22	78	100	916
Etnisk minoritetsbaggrund	32	68	100	93
I alt	23	77	100	1.009

Anm.: $\chi^2 = 5$, $P = 0,030$.

Der er også sammenhæng med, hvilken type kommune brugeren bor i. Tabel 7.61 viser, at brugere med bopæl i København eller i hovedbyer med under 30.000 indbyggere har mindre grad af kendskab til deres sagsbehandler end andre brugere. Således har hen ved 30 pct. af brugerne herfra ikke kendskab til deres sagsbehandler mod et landsgennemsnit på 23 pct.

TABEL 7.61

Andel brugere, der angiver at kende deres sagsbehandler, fordelt på, hvilken type by brugeren bor i. Procent.

Bytype	Har ikke el. kender ikke sagsbehandler	Har sagsbehandler	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	29	71	100	192
Københavns omegn	19	81	100	193
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	21	79	100	275
By m. 30.000 indbyggere el. mere	17	83	100	184
By m. mindre end 30.000 indbyggere	30	70	100	164
I alt	23	77	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 15$, $P = 0,005$.

Regressionsanalysen i tabel 7.62 viser de forskellige brugertypers samlede sandsynlighed for ikke at kende deres sagsbehandler. Brugers kendskab til deres kommunale sagsbehandler hænger altså primært sammen med deres indkomsttype, uddannelsesniveau samt kommunens størrelse.

TABEL 7.62

Logistisk regression af sandsynligheden for, at brugerne ikke kender eller ikke har en sagsbehandler.

Variabel	Koefficient	Standartfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Indkomsttype:</i>			***	
Arbejde	-1,038	0,226	***	0,354
Kontanthjælp mv.	0,875	0,181	***	2,398
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Uddannelse:</i>			*	
Højest 10. kl.	0,118	0,288		1,125
Gymnasial udd.	-0,211	0,405		0,810
Faglært udd.	0,641	0,319	*	1,898
Videregående udd.	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			***	
Københavns Kommune	-0,072	0,247		0,930
Københavns omegn	0,625	0,264	*	1,868
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,752	0,244	**	2,121
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,768	0,274	**	2,156
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	0,382	0,332		1,465

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 601 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

HYPPIGHEDEN AF BRUGERNES MØDE MED DERES SAGSBEHANDLER

Blandt brugere af stofmisbrugsbehandlingen, der kender deres sagsbehandler, er det 62 pct., der ikke har mødet med deres sagsbehandler de sidste to måneder op til interviewtidspunktet (jf. tabel 7.63). Omkring 15 pct. af brugerne har haft mere end ét møde med deres sagsbehandler, og 5 pct. har haft fire eller flere møder. Det er altså de færreste brugere, der har en meget tæt kontakt til deres sagsbehandler.

TABEL 7.63

Brugernes angivelse af det antal møder de har haft med deres kommunale sagsbehandler i de sidste to måneder op til interviewtidspunktet. Procent og antal.

Antal møder m. sagsbehandleren inden for de sidste 2 måneder	Procent	Antal
0	62	480
1	22	172
2	7	54
3	3	24
4 og derover	5	40
I alt	100	775

Anm.: Kun brugere, der kender deres sagsbehandler, er inkluderet i tabellen.

Ud over, at det naturligt nok er brugere på kontanthjælp mv., der ser deres sagsbehandler mest, kan vi ikke ud fra data pege på, at nogle typer af brugere hverken ud fra køn, alder, hovedstof, bytype eller lignende ser deres sagsbehandler oftere eller sjældnere end andre. Dog er der en vis tendens til, at brugere, der modtager ad hoc-ydelser og (mindre overraskende) døgnbehandling, ser deres sagsbehandler sjældnere end andre brugere. Således kan vi først og fremmest sige, at langt de fleste brugere højest har set deres kommunale sagsbehandler en enkelt gang i de to måneder, der gik forud for interviewet.

BRUGERNES TILFREDSHED MED DERES SAGSBEHANDLER

Når der ikke er signifikante forskelle på, hvor ofte forskellige typer af brugere ser deres sagsbehandler, er det særligt interessant at se på, hvilke typer af brugere der er henholdsvis tilfredse og utilfredse med deres sagsbehandler. Det skyldes, at tilfredsheden må afhænge af, hvad sagsbehandleren gør – eller rettere, hvad brugeren føler sagsbehandleren gør eller burde gøre – for ham/hende. Som det ses af tabel 7.64, er omkring halvdelen af brugerne enten 'meget tilfredse' eller 'tilfredse', mens omkring 40 pct. er henholdsvis 'utilfredse' eller 'meget utilfredse' med deres kommunale sagsbehandler (procenterne er kun for de brugere, der har angivet en mening om deres sagsbehandlers hjælp til dem). Der er således ret delte meninger blandt brugerne om, hvor godt deres sagsbehandler hjælper dem.

I de kvalitative interview giver nogle brugere udtryk for en oplevelse af, at sagsbehandleren ikke har nok forståelse for brugerens

situation. Andre brugere oplever dog, at sagsbehandlere med tiden får en større forståelse for brugerens specifikke situation. Det gælder fx Tom, der om sine første møder med det sociale system fortæller:

Nu er sagsbehandlere forskellige. Men generelt så har sagsbehandlere den indstilling, at lige så snart der står misbruger eller eksmisbruger på papirerne, så tror de, at man sidder og fylder dem med løgn ... at man bare vil ha' et eller andet, at man er ude på at snyde (Tom, 44 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

TABEL 7.64

Brugernes angivelse af i hvilken grad de er tilfredse med deres kommunale sagsbehandler, fordelt på intensiteten af brugernes behandling.

Behandlingsintensitet	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken/eller	Utilfreds	Meget utilfreds	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	17	28	14	14	26	100	246
Ambulant behandling	22	26	13	14	25	100	239
Dagbehandling	21	23	17	17	21	100	47
Døgnbehandling	33	27	6	16	18	100	67
I alt	22	27	13	15	24	100	599

Anm.: $\chi^2 = 12$, $P = 0,465$, Gamma = -0,091, $P = 0,055$.

Anm.: Kun brugere, der kender deres sagsbehandler, er inkluderet i tabellen.

Anm.: Brugere, der har svaret 'ved ikke' (0,5 pct.) eller 'har ikke haft kontakt nok til at vurdere sagsbehandler' (22 pct.), er ikke medtaget.

Som det ses af tabel 7.64, er tilfredsheden med sagsbehandleren størst blandt brugere i mere intensiv behandling, særligt døgnbehandling. Således er 60 pct. af brugerne i døgnbehandling enten 'tilfredse' eller

'meget tilfredse' med deres sagsbehandler, mens det kun gælder for 45 pct. af brugerne, der modtager ad hoc-ydelser. Denne fordeling kunne skyldes, at en del døgnbehandlingssteder har socialrådgivere ansat til at facilitere kontakten mellem sagsbehandler og bruger.

Der er lidt flere brugere i Københavns omegn og i byer med under 30.000 indbyggere, som er utilfredse med deres sagsbehandler. Her er over en tredjedel af brugerne 'meget utilfredse'. Men derudover er det vanskeligt at pege på nogle entydige tendenser eller forklaringer på, hvilke brugere der er utilfredse med deres sagsbehandler.

TABEL 7.65

Brugernes angivelse af i hvilken grad de er tilfredse med deres kommunale sagsbehandler. Fordelt på, hvilken type by brugeren bor i.

Bytype	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken/eller	Utilfreds	Meget utilfreds	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	22	30	15	14	19	100	112
Københavns omegn	16	21	15	13	35	100	144
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	25	28	12	19	16	100	156
By m. 30.000 indbyggere el. mere	18	34	8	17	23	100	104
By m. 30.000 indbyggere el. færre	24	20	15	9	31	100	86
I alt	21	27	13	15	24	100	602

Anm.: $\chi^2 = 27$, $P = 0,044$.

Anm.: Kun brugere, der kender deres sagsbehandler, er inkluderet i tabellen.

Anm.: Brugere, der har svaret 'ved ikke' (2 pct.) eller 'har ikke haft kontakt nok til at vurdere sagsbehandler' (22 pct.), er ikke medtaget.

Hverken køn, alder, indkomst, misbrugsstof eller andre faktorer har nogen sammenhæng med tilfredsheden med sagsbehandleren, når vi kontrollerer for disse forhold i en regressionsanalyse. Her viser der sig kun at være en sammenhæng i forhold til behandlingsintensitet og bytype (jf. tabel 7.66).

TABEL 7.66

Ordinal logistisk regression af i hvilken grad brugerne er tilfredse med deres sagsbehandler, såfremt de har svaret, at de har en.

Variabel	Koefficient	Standartfejl	Signifikans-niveau
<i>Behandlings-</i> <i>intensitet:</i>			*
Ad hoc-ydelser	-0,675	0,223	**
Ambulant behandling	-0,516	0,225	*
Dagbehandling	-0,426	0,323	
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			**
Københavns Kommune	0,389	0,284	
Københavns omegn	-0,271	0,284	
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,477	0,278	
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,185	0,292	
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 607 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Anm.: Brugere, der har svaret 'ved ikke' (2 pct.) eller 'har ikke haft kontakt nok til at vurdere sagsbehandler' (22 pct.), er ikke medtaget.

BRUGERENS VURDERING AF GRADEN AF SAMARBEJDE MELLEM FORSKELLIGE OFFENTLIGE INSTANSER

Brugerne er blevet bedt om at vurdere graden af samarbejdet omkring den indsats, de har modtaget, mellem deres behandlingssted og andre sociale myndigheder. 20 pct. oplever 'en høj grad' af samarbejde, mens 33 pct. 'slet ikke' oplever, at der samarbejdes (jf. tabel 7.67). Det er særligt behandlingsintensiteten, der spiller ind på oplevelsen af samarbejdet. Kun 12 pct. af brugerne, der modtager ad hoc-ydelser, oplever en høj grad af samarbejde, mens det gælder for henholdsvis 23,

38 og 41 pct. af brugerne i ambulant, dag- og døgnbehandling. En forklaring på, at dag- og døgnbehandlingsbrugerne oplever en højere grad af samarbejde, kan være, at nogle af disse behandlingssteder har socialrådgivere ansat til at hjælpe med kontakten mellem bruger og det sociale system. Der tegner sig et generelt billede af, at brugerne, der modtager ad hoc-ydelser, ikke oplever et system, der samarbejder. 68 pct. af brugerne i denne gruppe oplever 'i mindre grad' eller 'slet ikke' noget samarbejde.

TABEL 7.67

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever et samarbejde mellem behandlingsstedet og andre offentlige instanser, fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

Behandlingsintensitet	Oplever i høj grad samarbejde	Oplever i nogen grad samarbejde	Oplever i mindre grad samarbejde	Oplever slet ikke samarbejde	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	12	20	24	44	100	358
Ambulant behandling	22	28	23	27	100	344
Dagbehandling	34	30	15	21	100	61
Døgnbehandling	41	26	17	16	100	88
I alt	20	25	22	33	100	851

Anm.: $\chi^2 = 74$, $P = 0,000$.

Anm.: I tabellen er brugere, der vurderer ikke selv at kunne vurdere samarbejdet (13 pct.) eller svarer 'ved ikke' (3 pct.), ikke medtaget.

Der er også en vis forskel i oplevelsen af samarbejdet afhængig af, hvilken type by brugeren bor i. Den største andel brugere, der oplever en mangel på samarbejde mellem misbrugsbehandling og øvrige offentlige myndigheder, findes i de store provinsbyer. Her oplever 46 pct. 'slet ikke' noget samarbejde.

TABEL 7.68

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever et samarbejde mellem behandlingsstedet og andre offentlige instanser. Fordelt på, hvilken type by de bor i.

Bytype	Oplever i høj grad samar- bejde	Oplever i nogen grad samar- bejde	Oplever i mindre grad samar- bejde	Oplever slet ikke samar- bejde	I alt procent	I alt antal
Køben- havns Kom- mune	18	18	34	30	100	170
Køben- havns omegn	22	32	23	23	100	172
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	18	23	14	46	100	228
By m. 30.000 indbyg- gere el. mere	21	28	19	32	100	145
By m. mindre end 30.000 indbyg- gere	26	23	24	27	100	138
I alt	21	25	22	32	100	853

Anm.: $\chi^2 = 50$, $P = 0,000$.

Anm.: I tabellen er brugere, der vurderer ikke selv at kunne vurdere samarbejdet (13 pct.) eller svarer 'ved ikke' (3 pct.), ikke medtaget.

Vi har i regressionsanalysen i tabel 7.69 analyseret forskellen mellem de brugere, der oplever 'nogen' eller 'høj grad' af samarbejde over for brugere, der enten 'i mindre grad' eller 'slet ikke' oplever samarbejde. Når vi kontrollerer for de øvrige baggrunds faktorer, er det særligt de københavnske brugere og brugere, der modtager ad hoc-ydelser, der oplever en ringere grad af samarbejde end resten af brugerne. Ingen andre forhold, hverken brugerens køn, etniske baggrund, foretrukne misbrugsstof, tidligere behandlingserfaring eller varighed af misbrug, har effekt, når vi kontrollerer for behandlingsintensitet og kommune. Her

kan det særligt bemærkes, at brugerens indkomst- og forsørgelsesforhold således ikke har en selvstændig effekt på oplevelsen af samarbejdet.

TABEL 7.69

Logistisk regression af sandsynligheden for at brugeren har indtryk af, at der 'i mindre grad' eller 'slet intet' er samarbejde mellem behandlingsstedet og andre offentlige instanser.

Variabel	Koefficient	Standartfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Behandlingsintensitet:</i>				
Ad hoc-ydelser	1,425	0,257	***	4,16
Ambulant behandling	0,673	0,255	**	1,96
Dagbehandling	0,157	0,354		1,17
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>				
Københavns Kommune	0,565	0,241	*	1,76
Københavns omegn	-0,169	0,238		0,85
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,259	0,225		1,30
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,015	0,247		1,02
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-0,826	0,271		0,44

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 856 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Anm.: Brugere, der har svaret 'ved ikke' (3 pct.) eller 'kan ikke vurdere samarbejdet' (12 pct.), er ikke medtaget.

Således hænger både tilfredsheden med egen sagsbehandler og oplevelsen af samarbejdet mellem forskellige offentlige instanser særligt sammen med behandlingsintensiteten, hvor de brugere, der modtager ad hoc-ydelser, således også oplever mindre indsats og samarbejde på andre områder.

FÆLLESMØDER MELLEM BRUGER, BEHANDLINGSSTED OG ANDRE OFFENTLIGE MYNDIGHEDER

Når brugeren af den sociale stofmisbrugsbehandling mødes med andre dele af det offentlige system, kan det være en støtte for brugeren, hvis nogle fra behandlingsstedet deltager i disse møder, da misbrugskon-

sulenter eller behandlere kender brugerne og kan være med til at give en følelse af tryghed. De kvalitative interview illustrerer dette behov:

Nogle af de jobcenterkonsulenter, man kommer ud til, har ingen viden overhovedet. Jeg kan huske, at jeg stod med en jobcenterkonsulent her for nylig, hvor jeg skulle fortælle om ... ja, hvad jeg gerne ville med mit liv, så vi kunne få noget bevilling til en instruktøruddannelse, jeg kan bruge ... Jeg kommer op til ham, og så siger jeg, at jeg gerne vil hjælpe, og så siger han: ”Ja, det vil 90 pct. af alle stofmisbrugere. De vil gerne hjælpe andre.” Så tænker jeg: ”Han har jo ingen forståelse overhovedet” ... Heldigvis havde jeg min socialrådgiver med herfra, som stoppede ham og sagde: ”Jamen, jeg gider ikke, vi skal ikke bruge tid på det her. Det er ydmygende at sidde med sådan nogle mennesker. Vi finder selv ud af det,” og stoppede det. Men havde jeg siddet alene, så havde det været en situation, som ... hvor jeg tænker: ”Der er jo ikke nogen hjælp” ... Det burde være en, der havde noget baggrundsviden inden for sådan nogle mennesker, som har været igennem behandlingssystemet ... Han sagde det direkte: ”Staten siger, vi skal have folk i arbejde.” Så sagde jeg: ”Hallo mand, det er slet ikke det, vi sidder og snakker om” (Kasper, 28 år, misbruger af centralstimulerende stoffer og i dagbehandling).

Andre brugere fortæller ligesom Kasper i de kvalitative interview om styrken ved at have en socialrådgiver eller lignende tilknyttet behandlingsstedet, så de små problemer, der opstår, kan blive løst inden de vokser brugeren over hovedet. Nogle brugere har også det indtryk, at sagsbehandleren lytter mere, når det er en fagfælle frem for en bruger, der tager kontakt:

Det lyder helt anderledes, når de siger: ”Det er sagsbehandleren, må jeg snakke med en anden sagsbehandler,” end når der sidder en eller anden misbruger ... du kan rende og hoppe, ik’ (Søren 44 år, opiatmisbruger i dagbehandling).

Hvis man nu selv ringer ... Nogle gange er kommunens folk sådan lidt halvfrække, altså flabede over for os brugere, og der er

man nødt til at være sin mund ... og nogle gange kan jeg ikke lade være, og så vil jeg hellere lade en ringe, som kender hele systemet, for at sidde alene med en sagsbehandler, der er lidt småmuggen, det er altså ikke særligt sjovt. I det gamle system, der ved de slet ikke nok. Intet! (Troels, 35 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

Tabel 7.70 viser, hvilke brugere der får hjælp med bisiddere fra behandlingsstedet. Kun 33 pct. af brugerne har været med til møder, hvor der både var en person fra behandlingsstedet og personer fra andre dele af det offentlige med.

Blandt brugere med etnisk minoritetsbaggrund kunne man forestille sig, at der var et særligt stort behov for bisiddere til fx at løse sprog- eller kulturproblemer. Der er imidlertid signifikant færre brugere med etnisk minoritetsbaggrund, der har været med til møder, hvor der både var personer fra behandlingsstedet og personer fra (andre) offentlige myndigheder med. Således har 34 pct. af de danske brugere været til møde med bisidder, mens det kun er 22 pct. af brugerne med etnisk minoritetsbaggrund. Forskellen er dog ikke signifikant, når vi i regressionsanalysen tager højde for indkomsttype, behandlingsintensitet og bytype (jf. tabel 7.74).

TABEL 7.70

Andel brugere, der har været til møder, hvor der både var en repræsentant fra behandlingsstedet og fra en anden offentlig myndighed til stede, fordelt på brugerens etnicitet. Procent.

Etnicitet	Har været til møde m. bisidder	Har ikke været til møde m. bisidder	I alt procent	I alt antal
Etnisk dansk	34	66	100	901
Etnisk minoritetsbaggrund	22	78	100	91
I alt	33	67	100	992

Anm.: $\chi^2 = 6$, $P = 0,018$, gamma = 0,297, $P = 0,01$.

Anm.: Brugere, der har svaret 'ved ikke' (2 pct.), er ikke medtaget.

Det er særligt brugerne på kontanthjælp mv., der får hjælp med en bisidder (42 pct.). Mens under halvdelen af de brugere, der har arbejde

(21 pct.), får denne hjælp, som de formentlig heller ikke i samme grad har brug for.

TABEL 7.71

Andel brugere, der har været til møder, hvor der både var en repræsentant fra behandlingsstedet og fra en anden offentlig myndighed til stede, fordelt på brugerens indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Har været til møde m. bisidder	Har ikke været til møde m. bisidder	I alt procent	I alt antal
Arbejde	21	79	100	116
Kontanthjælp mv.	42	58	100	497
Pension	25	75	100	369
I alt	32	68	100	982

Anm.: $\chi^2 = 34$, $P = 0,000$.

Anm.: Brugere, der svarer 'ved ikke' (2 pct.), er ikke medtaget.

TABEL 7.72

Andel brugere, der har været til møder, hvor der både var en repræsentant fra behandlingsstedet og fra en anden offentlig myndighed til stede, fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	Har været til møde m. bisidder	Har ikke været til møde m. bisidder	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	26	74	100	435
Ambulant behandling	36	64	100	391
Dagbehandling	50	50	100	68
Døgnbehandling	43	57	100	96
I alt	33	67	100	990

Anm.: $\chi^2 = 25$, $P = 0,000$.

Anm.: Brugere, der har svaret 'ved ikke' (2 pct.), er ikke medtaget.

Vi finder også, at der er en størrelsesforskel i andelen, der har deltaget i møder med en bisidder, blandt brugere, der behandles med forskellig intensitet. Som det ses af tabel 7.72, har 26 pct. af de brugere, der modtager ad hoc-ydelser, deltaget i sådanne møder, mens det gælder 33 pct. af alle brugere. En særlig stor andel, der har deltaget i møder med bisidder, findes blandt brugere i dag- og døgnbehandling. Det kan muligvis skyldes, at det er en bevidst politik for nogle af disse

behandlingssteder, men kan også skyldes, at gruppen, der sendes i dag- eller døgnbehandling, har været de sager, der har været behandlet mest intensivt i kommunerne (herunder at nogle af møderne med bisidder har fundet sted i visitationsprocessen før disse behandlinger).

Der er desuden visse forskelle mellem kommunerne på, hvor mange brugere der kommer til møder, hvor der både sidder ansatte fra behandlingsstedet og fra de offentlige myndigheder. Flest har været til sådanne møder i de Københavnske omegnskommuner (45 pct.) mod 21 pct. af brugerne i de store provinsbyer.

TABEL 7.73

Andel brugere, der har været til møder, hvor der både var en repræsentant fra behandlingsstedet og fra en anden offentlig myndighed til stede. Fordelt på, hvilken type by brugeren bor i.

Bytype	Har været til møde m. bisidder	Har ikke været til møde m. bisidder	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	33	67	100	191
Københavns Omegn	45	55	100	189
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	21	79	100	268
By m. 30.000 indbyggere el. mere	38	62	100	183
By m. mindre end 30.000 indbyggere	34	66	100	161
I alt	32	68	100	992

Anm.: $\chi^2 = 32$, $P = 0,000$.

Anm.: Brugere, der har svaret 'ved ikke' (2 pct.), er ikke medtaget.

Regressionsanalysen (jf. tabel 7.74) bekræfter de tendenser, der er rapporteret ovenfor. Således er det behandlingsintensitet, indkomst- og bytype, der er afgørende for brugeres sandsynlighed for at have haft en bisidder fra behandlingssted eller misbrugscenter med til andre møder med offentlige instanser. Varigheden af brugerens misbrug og brugerens tidligere behandlingserfaring har derimod ikke nogen sammenhæng med, om man har haft en bisidder med til møder.

TABEL 7.74

Logistisk regression af sandsynligheden for at brugeren har været til møder, hvor der både var en repræsentant fra behandlingsstedet og fra en anden offentlig myndighed til stede.

Variabel	Koefficient	Standartfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Indkomsttype:</i>				***
Arbejde	-0,421	0,265		0,657
Kontanthjælp mv.	0,525	0,161	**	1,719
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Behandlingsintensitet:</i>				*
Ad hoc-ydelser	-0,411	0,248		0,663
Ambulant behandling	-0,020	0,243		0,980
Dagbehandling	0,374	0,328		1,453
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>				***
Københavns Kommune	-0,145	0,234		0,865
Københavns omegn	0,378	0,229		1,459
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,599	0,231	**	10,549
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,105	0,232		1,111
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-0,735	0,285		0,480

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 856 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Anm.: Brugere, der har svaret 'ved ikke' (2 pct.), er ikke medtaget.

ARBEJDSPRØVNING

De fleste brugere af stofmisbrugsbehandlingen har som tidligere nævnt ikke arbejde. Derfor har en del i forbindelse med deres behandlingsforløb oplevet perioder, hvor de er blevet aktiveret eller arbejdsprøvet. Det kan, som det vil vise sig senere, have både positive og negative effekter på resten af behandlingsforløbet. Men i første omgang er spørgsmålet, hvor mange og hvem blandt brugerne der bliver aktiveret. Her fortæller nogle brugere, hvordan de bliver kontaktet om aktivering, indtil det lokale jobcenter bliver klar over, at de er tilknyttet den sociale stofmisbrugsbehandling:

Jobcentret har prøvet at sende nogle breve om aktivering, men det er lige, indtil du går op og siger: "Hallo." Så ved de godt, at:

”Nåh nej, han er misbruger” (Jens, 39 år, opiatmisbruger i døgnbehandling, flere tidligere behandlinger).

Andre brugere fortæller om, hvorfor det kan være vanskeligt for dem at deltage i et almindeligt aktiveringsforløb:

Hun [sagsbehandleren] gik bag om min ryg lige på det tidspunkt, hvor jeg søgte behandling og ville aktivere mig. Så sagde jeg til hende: ”Hvis jeg kunne arbejde, så ville jeg arbejde, fordi jeg får min metadon her, og så skal jeg ud og skaffe den anden halvdel senere på dagen, og når jeg ikke har den, så kommer jeg ikke [til aktivering].” Det er at lege med min bistand. Den holder ikke (Dejan, 35 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

Som det ses i tabel 7.75, er 29 pct. af alle brugere blevet aktiveret undervejs i det behandlingsforløb, de befandt sig i på interviewtidspunktet. Ligesom med andre relationer til offentlige instanser lader især faktorer som indkomsttype, behandlingsintensitet og bytype at have en betydning for, hvilke brugere af den sociale stofmisbrugsbehandling der aktiveres. Ikke overraskende er andelen højest blandt brugere på kontanthjælp mv., hvor 40 pct. har været i aktivering. 23 pct. af brugerne i arbejde har også været igennem aktiveringssystemet i forbindelse med det behandlingsforløb, de er i på interviewtidspunktet, og aktiveringsforløbet kan således have bidraget til, at brugerne har et arbejde. Der kan også være brugere, der har angivet at have et arbejde, hvor der i realiteten er tale om et aktiveringsforløb.

TABEL 7.75

Andel brugere, der angiver, at de har været aktiveret eller arbejdsprøvet undervejs i behandlingsforløbet, fordelt på brugernes indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	Har været aktiveret	Har ikke været aktiveret	I alt procent	I alt antal
Arbejde	23	77	100	117
Kontanthjælp mv.	40	60	100	505
Pension	17	83	100	376
I alt	29	71	100	998

Anm.: $\chi^2 = 58$, $P = 0,000$, gamma = 0,299, $P = 0,000$.

Der er flest, der har været i aktivering blandt brugerne i ambulant behandling, og i gruppen, der modtager ad hoc-ydelser.

TABEL 7.76

Andel brugere, der angiver, at de har været aktiveret eller arbejdsprøvet undervejs i behandlingsforløbet, fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

Behandlings-intensitet	Har været aktiveret	Har ikke været aktiveret	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	31	69	100	441
Ambulant behandling	32	68	100	400
Dagbehandling	24	76	100	70
Døgnbehandling	14	86	100	96
I alt	30	70	100	1.007

Anm.: $\chi^2 = 14$, $P = 0,003$, gamma = 0,127, $P = 0,024$.

Der er også en forskel mellem kommunerne, hvor 39 pct. af brugerne i Københavns Kommune har været i aktivering mod 21 pct. i de store provinsbyer.

TABEL 7.77

Andel brugere, der angiver, at de har været aktiveret eller arbejdsprøvet undervejs i behandlingsforløbet. Fordelt på, hvilken type by de bor i.

Bytype	Har været aktiveret	Har ikke været aktiveret	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	39	61	100	192
Københavns omegn	28	72	100	193
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	21	79	100	276
By m. 30.000 indbyggere el. mere	34	66	100	184
By m. mindre end 30.000 indbyggere	26	74	100	165
I alt	29	71	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 22$, $P = 0,000$.

Om brugerne aktiveres eller arbejdsprøves, hænger således ud over indtægtsgrundlaget også sammen med behandlingsintensiteten, og hvilken kommune brugerne bor i. Faktorer som brugerens køn, etnicitet, varighed af misbrug og tidligere behandlingserfaring har ifølge regressionsanalysen ikke nogen sammenhæng med, hvilke brugere der aktiveres.

TABEL 7.78

Logistisk regression af sandsynligheden for at brugeren bliver aktiveret/arbejdsprøvet under behandlingsforløbet.

Variabel	Koefficient	Standartfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Indkomsttype:</i>				***
Arbejde	0,396	0,266		1,486
Kontanthjælp mv.	1,396	0,176	***	4,039
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Behandlingsintensitet:</i>				***
Ad hoc-ydelser	1,674	0,333	***	5,334
Ambulant behandling	1,511	0,330	***	4,533
Dagbehandling	0,708	0,420		2,031
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>				*
Københavns Kommune	0,371	0,244		1,450
Københavns omegn	0,056	0,251		1,058
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,386	0,244		0,680
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,216	0,249		1,241
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-3,161	0,376		0,042

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 856 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

KONSEKVENSERNE AF ARBEJDSPRØVNING OG AKTIVERING FOR BRUGERNES LIVSSITUATION

Arbejdsprøvning kan både have positiv og negativ indvirkning på brugerne af den sociale stofmisbrugsbehandlings behandlingsforløb. De kvalitative interview viser, hvor vigtigt det er, at der i aktiveringen tages hensyn til brugerens situation. En bruger siger herom:

Jeg har efter behandling oplevet, at min sagsbehandler på arbejdsmarkedsafdelingen har været meget interesseret i, hvor meget jeg kan præstere. Det er lige, som om der slet ikke er nogen forståelse for, at jeg måske i perioder skal bruge al min energi på bare at holde røven oppe på mig selv og holde mig clean. Så er det lige som om, at når det der pres om aktivering, og så at de lige pludselig stopper ens penge ... Der er jo, fordi jeg, der har været misbruger i snart 30 år – godt nok med nogle pauser – når jeg skal holde mig clean, så skal jeg bruge så meget energi på ... jamen, det er svært at forklare, faktisk bare på at holde mig, så skal jeg til at bruge energi på at møde op et sted tidligt om morgenen og sådan noget, så er det, at stimulanserne lige pludseligt kommer ind i billedet, så for at klare det ... så er det, at det kører galt på et eller andet tidspunkt ... Det er sådan i perioder ... for dig virker jeg sikkert rimeligt velfungerende og sådan. Og det er jeg også! Jeg er endda meget, jeg kan mange ting [...]. Der er masser af ressourcer og sådan noget. I perioder kan jeg yde 150 pct., men i perioder kan jeg kun yde 30 pct. ... eller 70 pct. Men det er kort. Det er sådan rimeligt korte perioder, når jeg ellers ikke er i misbrug, men er på metadon. Men det er jo svært at tilrettelægge det med et arbejdsliv og med en arbejdsgiver og med en kontanthjælp og en aktivering, ikke også? De dage, hvor jeg slet ikke er ... hvor jeg bare har brug for at koncentrere mig om mig selv og måske få kontakt med nogen af mine eksbehandlere eller mit netværk og få rodet op i noget. Hvis jeg så skal slå mig selv oven i hovedet med: ”Ej, du skulle også have mødt op der” og konsekvensen af, at jeg ikke mødte op der, det bliver, at mine penge stopper, og så kan jeg ikke betale min husleje, og jeg kan ikke have mine børn den weekend, hvor jeg skulle have mine penge ... Altså, alt det der ... det medfører en hel masse mere, end der sådan lige umiddelbart bliver tænkt på, når kommunen gør et eller andet. [...] Den eneste motivering, der er for mig ved at blive jaget i en eller anden aktivering, er, at jeg ville blive så træt af det på en eller anden måde, at jeg vil tænke: ”Jamen, så lad mig da søge noget almindeligt arbejde i stedet for, når det nu ikke kan være anderledes.” Men konsekvensen vil bare blive, at jeg er i misbrug i løbet af ... det kan være, der går en måned, det kan være, der

går en dag, det kan være, der går et år. Men ... at jeg går i misbrug igen, det er næsten sikkert! (Tom, 44 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

Generelt kan det dog siges, at brugerne har forskellige erfaringer med at blive aktiveret eller arbejdsprøvet. Tabel 7.79 viser, at 25 pct. oplever at have fået det 'meget bedre' eller 'bedre', mens 42 pct. har fået det 'dårligere' eller 'meget dårligere' efter aktivering. Ligeledes svarer 32 pct., at de hverken har fået det bedre eller dårligere af aktivering (muligvis er der dog nogle af disse, der ikke har deltaget eller kun har deltaget kortvarigt i aktiveringen, idet svarkategorien 'deltog ikke' ikke blev tilbudt i selve spørgsmålet). Det kan tyde på, at aktiveringen kan være en positiv oplevelse for brugeren, hvis aktiveringen er tilpasset brugerens behov. Omvendt tyder tallene også på, at aktiveringen kan være en kilde til usikkerhed og pres for brugeren, hvis aktiveringen ikke er tilpasset brugerens situation.

Blandt brugere i arbejde oplever flertallet at have fået en bedre situation af aktivering. Hele 63 pct. svarer, at deres situation er blevet forbedret, mens det kun gælder for 21 pct. af brugerne på kontanthjælp mv. En tendens, der kunne tyde på, at brugerens evaluering af aktiveringen/arbejdsprøvningen også afhænger af, om den resulterer i et arbejde efterfølgende.

TABEL 7.79

Brugernes angivelse af om de har fået det bedre eller dårligere af aktivering, fordelt på deres indkomsttype.

Indkomsttype	Meget bedre	Bedre	Ingen betydn	Dårligere	Meget dårligere	I alt procent	I alt antal
Arbejde	37	26	15	0	22	100	27
Kontanthjælp mv.	11	10	34	28	17	100	186
Pension	8	12	40	28	12	100	60
I alt	13	12	33	25	16	100	273

Anm.: $\chi^2 = 31$, $P = 0,000$. 3 celler med forventet værdi under 5.

Anm.: Brugere, der 'ikke deltog' i aktivering/arbejdsprøvningen (6 pct.), er ikke medtaget i denne tabel.

Der var ingen sammenhæng med vurderingen af aktiveringen og brugerens alder, etnicitet, hovedmisbrugsstof, tidligere behandling, varighed af misbrug eller kommunale forhold.

SAMARBEJDE MELLEM KRIMINALFORSORGEN OG BEHANDLINGSSTEDET

En række brugere af den sociale stofmisbrugsbehandling kommer i behandling fra fængsel eller arrest. Enten som led i deres dom, eller fordi de starter behandlingsforløbet, mens de sidder i forvaring. Som det ses af tabel 7.80, er det 26 pct. af brugerne, der var i fængsel inden, de startede i den behandling, de er i på interviewtidspunktet. Af disse brugere deltog 43 pct. i enten et motivations- eller et behandlingsforløb i fængslet (jf. tabel 7.81).

TABEL 7.80

Brugernes angivelse af om de sad fængslet eller i arrest før behandlingens start. Procent og antal.

	Procent	Antal
Sad fængslet	25	274
Sad ikke fængslet	75	753
I alt	100	1.007

TABEL 7.81

Hvorvidt de brugere, der ved behandlingens start sad fængslet eller i arrest, ifølge deres egne oplysninger var i behandlings- eller motivationsforløb i fængslet eller arresten. Procent og antal.

Behandlings- eller motivationsforløb	Procent	Antal
Var i behandlings- eller motivationsforløb	43	108
Var ikke i behandlings- eller motivationsforløb	57	144
I alt	100	253

Spørgsmålet er så, hvordan forløbet fra behandling 'inden for murene' til behandling 'uden for murene' går. Som det ses af tabel 7.82, går 53 pct. af brugerne, der har været i behandling i fængslet, direkte over i den normale sociale stofmisbrugsbehandling. 22 pct. venter til gengæld mere end 1 måned på at komme i behandling (eller på selv at opsøge behandlingen).

TABEL 7.83

Tidsangivelser fra løsladelsestidspunktet til starten af behandlingen fra de brugere, der ved behandlingens start sad fængslet eller i arrest. Procent og antal.

Tid fra løsladelse til behandling	Procent	Antal
Direkte fra fængsel til behandling	53	54
0-4 uger	25	25
5- uger	22	23
I alt	100	101

Anm.: Tallene gælder alene brugere, der sad i fængsel eller arrest ved starten af den behandling, de var i på interviewtidspunktet, og var i motivations- eller behandlingsforløb i fængslet.

Der er stor forskel på, i hvilken grad brugerne oplever der er taget hånd om overgangen fra fængsel/arrest til resten af behandlingssystemet. Ifølge tabel 7.84 oplever 51 pct. af brugerne, der gik direkte fra fængsel/arrest til behandling, at der 'i høj grad' blev taget hånd om overgangen. Det gælder kun for 9 pct. af brugerne, der ventede mere end 5 uger på at starte i behandling igen. 68 pct. af brugerne, der ventede i over 5 uger, oplevede 'slet ikke', at der blev taget hånd om deres overgang fra behandling i fængslet til behandling uden for fængslet.

35 pct. af brugerne oplevede, at der 'slet ikke' blev taget hånd om deres overgang fra fængsel til behandling 'uden for murene', mens henholdsvis 35 pct. og 30 pct. 'i høj grad' og 'i nogen grad' oplevede dette. Altså er holdningerne til overgangen blandede, men præget af, hvor lang tid der går, før behandlingen starter igen. Da kun 108 brugere har været igennem et motivations- eller behandlingsforløb i fængslet, er det ikke muligt at afgøre, hvilken type af brugere der oftest kommer hurtigt i behandling eller oplever, at der tages hånd om overgangen fra behandling i fængslet til behandlingen udenfor.

TABEL 7.84

Brugernes angivelse af i hvilken grad de oplever, at der blev taget hånd om deres overgang fra behandling i fængslet/arresten til behandling udenfor, fordelt på tid fra løsladelse til start af behandling.

Tid fra løsladelse til behandling	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Direkte fra fængsel til behandling	51	24	8	18	100	51
0-4 uger	24	52	4	20	100	25
5- uger	9	18	5	68	100	22
I alt	35	30	6	30	100	98

Anm.: $\chi^2 = 30$, $P = 0,000$. Gamma = 0,541, $P = 0,000$.

Anm.: Tre celler med forventet værdi under 5.

Anm.: Tallene gælder alene brugere, der sad i fængsel eller arrest ved denne behandlings start og i motivations- eller behandlingsforløb.

OPSUMMERING PÅ BRUGERENS SAMARBEJDE MED DE OFFENTLIGE INSTANSER

Langt de fleste brugere af den sociale stofmisbrugsbehandling har kendskab til deres kommunale sagsbehandler. Hovedparten har dog ikke mødtes med sagsbehandleren de seneste 2 måneder inden interviewtidspunktet. 39 pct. af brugerne, der har kendskab til deres sagsbehandler, er 'utilfredse' eller 'meget utilfredse' med deres sagsbehandler. Brugere, der modtager ad hoc-ydelser, er generelt mindre tilfredse med deres sagsbehandler og med samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og andre offentlige instanser.

Brugere med anden etnisk herkomst end dansk har sjældnere personer fra behandlingsstedet eller misbrugscentret med til møder med offentlige myndigheder.

Blandt brugere, der aktiveres eller arbejdsprøves, er vurderingen blandet på den måde, at en del mener, at aktivering har gavnet deres situation. En anden gruppe mener, at aktivering har haft en negativ betydning for deres situation. Der er her grund til at være opmærksom på, om aktivering tager tilstrækkeligt hensyn til brugerens situation for at undgå, at stofmisbrugsbehandlingen besværliggøres, og brugeren stresses unødigt.

Halvdelen af de brugere, der har været i fængsel før deres behandling, fik også behandling i fængslet, og flertallet er tilfredse med overgangen til behandling 'uden for murene'. Blandt den femtedel, der venter mere end 5 uger på at komme i behandling, er hovedparten dog utilfredse med overgangen.

OPSUMMERING FOR DEN HELHEDSORIENTEREDE INDSATS

I forbindelse med den helhedsorienterede indsats viser analysen, at flertallet af brugere af den sociale stofmisbrugsbehandling, der har psykiske problemer, ikke får psykologisk eller psykiatrisk behandling af disse problemer. Omkring to tredjedele af brugerne har psykiske problemer, men kun omkring en tredjedel heraf får psykologisk/psykiatrisk behandling. En del brugere har oplevet, at de får afslag på hjælp på grund af deres stofmisbrug. Over halvdelen af brugerne er dog 'i høj grad' eller 'i nogen grad' tilfredse med den hjælp, de har fået til deres psykiske problemer.

Omkring halvdelen af brugerne af den sociale stofmisbrugsbehandling har alvorlige fysiske problemer, og halvdelen af disse føler ikke, at de får den nødvendige hjælp. Både for gruppen med fysiske og psykiske problemer gælder, at brugere på kontanthjælp mv. oftest har problemer, og at disse problemer i mindre grad afhjælpes end for resten af brugerne. For dem med psykiske problemer gælder det, at det især er de ældre og erfarne brugere – ofte med opiater som hovedstof – der modtager en lav behandlingsintensitet, som oplever, at de ikke får hjælp til deres psykiske problemer.

Næsten halvdelen af de brugere, der har børn, oplever at have brug for hjælp til at løse problemer i forhold til børnene. En tredjedel af brugerne oplever problemer med arbejde, uddannelse, forsørgelse eller bolig. I forhold til problemer med bolig og arbejde er det de yngre brugere og brugere af centralstimulerende stoffer, der har flest problemer.

I samarbejdet med de øvrige offentlige instanser er det igen særligt de brugere, der modtager en lav behandlingsintensitet, der i mindre grad end resten af brugerne er tilfredse med samarbejdet. Op mod halvdelen af brugerne er utilfredse med deres kommunale sagsbehandler.

Således kan vi konkludere, at der er betydelige grupper af brugere, der har brug for en mere sammenhængende indsats, end de får. Særligt gruppen, der i den sociale stofmisbrugsbehandling modtager ad hoc-ydelser, oplever flere – ubehandlede eller uløste – problemer ud over misbrug end resten af brugerne.

SOCIALE NETVÆRK I BEHANDLINGEN

I dette kapitel vil vi sætte fokus på de personlige og sociale aspekter af behandlingen og se på, i hvilken grad brugernes pårørende og sociale netværk bliver inddraget som led i behandlingen. Det er formålet at afdække, i hvilken grad styrkelsen af det sociale netværk er en del af den behandling, brugerne modtager, og hvad det betyder for deres opfattelse og vurdering af behandlingen. Derudover ser vi konkret på, hvem der har fået deres pårørende som fx venner og familie inddraget i behandlingen, og om brugerne har været tilfredse med graden af inddragelse. Desuden ser vi nærmere på, om brugerne har en partner, og om de ønsker, at partneren skal inddrages i behandlingen.

FOKUS PÅ STYRKELSE AF SOCIALE NETVÆRK

I dette afsnit ser vi nærmere på, i hvilken grad brugerne vurderer, at styrkelse af deres sociale netværk er en del af deres behandling. I alt angiver 21 pct. af brugerne, at behandlingen 'i høj grad' fokuserer på styrkelse af deres sociale netværk. 21 pct. angiver, at det gør sig gældende 'i nogen grad', og 19 pct. svarer 'i mindre grad'. En rimelig stor andel på 39 pct. svarer, at der 'slet ikke' i behandlingen fokuseres på at styrke deres

sociale netværk. Andelene varierer dog over en række forskellige forhold ved brugerne og deres behandling. Der er ifølge regressionsanalysen en signifikant sammenhæng mellem graden, der bliver fokuseret på det sociale netværk, og brugernes alder, indkomsttype, hovedstof og behandlingsintensitet.

TABEL 8.1

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på at styrke deres sociale netværk. Fordelt på brugerens indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Arbejde	28	30	13	28	100	116
Kontanthjælp mv.	28	20	18	34	100	491
Pension	10	21	22	48	100	361
I alt	21	21	19	39	100	968

Anm.: $\chi^2 = 58$, $P = 0,000$.

Tabel 8.1 viser, at der er en sammenhæng med indkomsttype, og om behandlingen fokuserer på at styrke brugerens sociale netværk. Ifølge brugere i arbejde og brugere på kontanthjælp mv. fokuserer behandlingsstedet i væsentligt større grad på at styrke deres sociale netværk, end tilfældet er ifølge brugere på pension. For eksempel er det 28 pct. af brugerne i arbejde, der angiver, at behandlingen 'slet ikke' fokuserer på at styrke deres sociale netværk, hvorimod det gælder for 48 pct. af brugerne på pension. For brugerne på pension er andelen, der angiver, at behandlingen 'i høj grad' fokuserer på det sociale netværk, helt nede på 10 pct., hvorimod den er 28 pct. for både brugere i arbejde og på kontanthjælp mv.

Dette resultat skal ses i lyset af, at vi må forvente store forskelle mellem indkomstgrupperne i forhold til, hvem der rent faktisk allerede har et socialt netværk. Brugere, der er i arbejde (eller modtager SU/revalidering, som kategorien også dækker over), må formodes netop i kraft af deres arbejde/studie at have muligheder for sociale kontakter til personer, der er socialt stærkere og velfungerende, og som måske er uden for misbrugsmiljøet. En bruger på pension får ikke på samme måde gennem arbejde eller uddannelse mulighed for at omgås andre mennesker

og især ikke dem, som er socialt stærkere og mere velfungerende. Man kan imidlertid forestille sig, at det netop er sidstnævnte gruppe af brugere, der har et særligt behov for at få oparbejdet et socialt netværk, der kan støtte brugeren under og efter behandlingen.

Der er betydelig forskel på, om der bliver fokuseret på det sociale netværk afhængigt af misbrugets art. Tabel 8.2 viser, i hvilken grad behandlingen ifølge brugerne fokuserer på det sociale netværk, fordelt på brugerens hovedstof. Her er det især misbrugere af de centralstimulerende stoffer og hash mv., som føler, at behandlingen 'i høj grad' fokuserer på at styrke deres sociale netværk, hvorimod opiatmisbrugere har en stor overvægt af personer, der 'slet ikke' føler, at der fokuseres på det sociale netværk. For opiatmisbrugere og opiatmisbrugere med blandingsmisbrug er det henholdsvis 42 og 46 pct., der angiver, at der 'slet ikke' fokuseres på det sociale netværk, hvorimod denne andel kun er henholdsvis 27 og 22 pct. for misbrugere af de centralstimulerende stoffer eller hash mv.

TABEL 8.2

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på at styrke deres sociale netværk. Fordelt på brugerens hovedstof. Procent.

Brugerens hovedstof	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Opiater	15	21	23	42	100	539
Opiater/blandingsmisbrug	19	19	16	46	100	197
Centralstimulerende stoffer	35	23	14	27	100	139
Hash mv.	36	29	13	22	100	91
I alt	20	22	19	39	100	966

Anm.: $\chi^2 = 62$, $P < 0,001$.

Sammenhængen mellem behandlingsintensiteten, og i hvilken grad behandlingen fokuserer på at styrke brugerens sociale netværk, kan ses af tabel 8.3. Her er der en betydelig forskel mellem dem, der modtager ad hoc-ydelser og ambulant behandling på den ene side, og på den anden side dem, der modtager dag- og døgnbehandling. Mange brugere i de to sidstnævnte grupper angiver, at behandlingen 'i høj grad' eller 'i nogen grad' fokuserer på deres sociale netværk. Her er andelen, der svarer 'i høj grad', helt oppe på henholdsvis 57 og 55 pct. Helt anderledes ser det ud

for brugere, der modtager ad hoc-ydelser og ambulant behandling, hvor kun henholdsvis 9 og 20 pct. svarer, at der 'i høj grad' fokuseres på deres sociale netværk. Ved ad hoc-behandling modtager brugeren social misbrugsbehandling sjældnere end hver 14. dag, hvilket må antages at sætte nogle begrænsninger for, hvor meget tid der er til rådighed til, at behandlingen kan fokusere på brugerens sociale netværk.

TABEL 8.3

Brugernes angivelse af i hvilken grad behandlingen fokuserer på at styrke deres sociale netværk. Fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	9	18	19	55	100	424
Ambulant behandling	20	25	22	33	100	389
Dagbehandling	57	20	10	13	100	70
Døgnbehandling	55	25	11	9	100	92
I alt	21	21	19	39	100	975

Anm.: $\chi^2 = 195$, $P < 0,001$.

Regressionsanalysen præsenteret i tabel 8.4 bekræfter i store træk mønsteret i krydstabellerne. Den viser sammenhæng mellem, i hvilken grad brugerne føler, at der bliver fokuseret på deres sociale netværk i behandlingen, og indkomsttype, hovedstof og behandlingsintensitet. Derimod betyder karakteristika som brugerens alder, køn og etnicitet ikke noget i denne sammenhæng. Ligeledes er der heller ikke sammenhæng med, om brugeren tidligere har været i behandling eller ej. Både brugere på kontanthjælp mv. og brugere på pension har signifikant mindre sandsynlighed end brugere i arbejde for at føle, at der i højere grad fokuseres på det sociale netværk. Når det gælder hovedstof, har opiatmisbrugere en mindre sandsynlighed for at opleve, at der fokuseres på det sociale netværk. De tydeligste forskelle kommer dog, når vi ser på behandlingsintensitetens betydning, hvor det er blandt brugere i dag- og døgnbehandling, at flest oplever, at der fokuseres på det sociale netværk i behandlingen, mens det er i gruppen, der modtager

ad hoc-ydelser, at færrest oplever, at der fokuseres på det sociale netværk.

TABEL 8.4

Ordinal logistisk regression af i hvilken grad behandlingen fokuserer på brugerens sociale netværk¹.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans
<i>Indkomsttype:</i>			
Arbejde	Reference		**
Kontanthjælp mv.	-0,449	0,208	*
Pension	-0,659	0,215	**
<i>Hovedstof:</i>			
Opiater	Reference		*
Opiater/blandingsmisbrug	-0,078	0,171	
Centralstimulerende stoffer	0,356	0,200	
Hash mv.	0,508	0,224	*
<i>Behandlingsintensitet:</i>			
Ad hoc-ydelser	Reference		***
Ambulant behandling	0,757	0,143	***
Dagbehandling	2,206	0,307	***
Døgnbehandling	2,377	0,207	***

Note 1: Den afhængige variabels udfald: 1) Slet ikke; 2) I mindre grad; 3) I nogen grad og 4) I høj grad.

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 950 brugere, * P < 0,05, **P < 0,01, *** P < 0,001.

INDDRAGELSE AF PÅRØRENDE OG PARTNER

I denne del vil vi se på inddragelsen af pårørende i behandlingen. Brugerne er blevet spurgt, om deres pårørende, fx venner, partner eller familie, er blevet inddraget i deres behandling. 41 pct. af brugerne har svaret 'ja' til dette spørgsmål. 56 pct. har svaret, at deres pårørende ikke blev inddraget, og en lille andel på 3 pct. oplyser, at de ingen pårørende har. Da det er forskellen mellem dem, hvis pårørende bliver inddraget, og dem, hvis pårørende ikke bliver inddraget, der er interessant i denne del af analysen, vil bruger uden pårørende ikke optræde i resten af

tabellerne i dette afsnit. Derved ændrer fordelingen sig en smule, og det er på interviewtidspunktet i gennemsnit 42 pct., der har haft deres pårørende inddraget.

TABEL 8.5

Andel brugere, hvis pårørende, fx venner, partner eller familie, er blevet inddraget i behandlingen. Fordelt på brugerens alder. Procent.

	Pårørende inddraget i behandlingen	Pårørende ikke inddraget i behandlingen	I alt procent	I alt antal
18- 24 år	54	46	100	76
25-34 år	48	52	100	252
35-44 år	43	57	100	424
45- år	32	68	100	226
I alt	42	58	100	978

Anm.: $\chi^2 = 18$, $P < 0,001$, Gamma = 0,216, $P < 0,001$.

TABEL 8.6

Andel brugere, hvis pårørende, fx venner, partner eller familie, er blevet inddraget i behandlingen. Fordelt på, hvilken type by brugeren bor i. Procent.

	Pårørende inddraget i behandlingen	Pårørende ikke inddraget i behandlingen	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	45	55	100	185
Københavns omegn	33	67	100	187
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	37	63	100	264
By m. 30.000 indbyggere el. mere	45	55	100	179
By m. mindre end 30.000 indbyggere	54	46	100	161
I alt	42	58	100	976

Anm.: $\chi^2 = 19$, $P = 0,001$.

Der er sammenhæng mellem, om brugerne har fået deres pårørende inddraget og brugerens alder og den kommune, brugeren hører til. Der er færrest blandt de ældre brugere, der har haft deres pårørende inddraget (jf. tabel 8.5). Andelen, for hvem pårørende har været inddraget i behandlingen, er ca. en tredjedel (32 pct.) for de ældste

brugere på over 45 år, hvorimod den er over halvdelen (54 pct.) for den yngste gruppe af brugere, som er op til 24 år.

I tabel 8.6 kan man se fordelingen af inddragelsen af pårørende, fordelt på bytype. I Københavns omegn og i de fire store byer (Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg) finder vi de laveste andele af brugere, hvis pårørende er blevet inddraget, henholdsvis 33 og 37 pct. Højest er andelen (54 pct.) i byer med under 30.000 indbyggere.

Regressionsanalysen (jf. tabel 8.7) viser sammenhængen mellem inddragelse af pårørende og henholdsvis alder og bytype, og den bekræfter tendenserne i krydstabellerne. Inddragelsen af pårørende er lavest i de ældre aldersgrupper. Der er derimod ikke sammenhæng mellem inddragelse af pårørende og andre baggrundsvariable. Inddragelsen af pårørende er således et af de få områder, hvor behandlingsintensiteten tilsyneladende ikke spiller en rolle.

TABEL 8.7

Binær logistisk regression af sandsynligheden for, at brugerens pårørende har været inddraget i behandlingen. Parameterestimer.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Alder:</i>			**	
18-24 år	0,871	0,270	**	2,389
25-34år	0,653	0,184	***	1,922
35-44 år	0,438	0,169	**	1,549
45- år	Reference			
<i>Bytype:</i>			**	
Københavns Kommune	-0,266	0,220		0,766
Københavns omegn	-0,793	0,224	***	0,453
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,594	0,206	**	0,552
By m. 30.000 indbyggere eller mere	-0,399	0,220		0,671
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference			
Konstant	-0,296	0,200		0,744

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 977 brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

VURDERING AF INDDRAGELSEN AF PÅRØRENDE

Brugerne er blevet bedt om at vurdere, om de føler deres pårørende er blevet inddraget for lidt, tilpas eller for meget i behandlingen. Brugere, der angiver ikke at have nogen pårørende, er ikke blevet spurgt om dette spørgsmål og optræder derfor heller ikke i nedenstående tabeller. Det generelle billede er en udbredt tilfredshed med graden af inddragelse af pårørende. Tilsammen svarer 71 pct. af brugerne, at de føler, at deres pårørende er blevet inddraget tilpas meget. En mindre gruppe af brugere på 15 pct. har oplevet, at deres pårørende er blevet inddraget for lidt. Kun en meget lille del på 3 pct. føler, at deres pårørende er blevet inddraget for meget. Problemer med for lidt inddragelse af pårørende opleves således oftere end for meget inddragelse, men igen skal det ses i forhold til, at langt den største gruppe er tilfredse. Tabel 8.8 viser, at 53 pct. ønsker, at deres pårørende skal inddrages i behandlingen i en eller anden grad. Denne andel er altså højere end den andel på 42 pct., der rent faktisk fik pårørende inddraget, som detsås i det foregående afsnit.

Der er en forholdsvis stor gruppe, der har svaret 'ved ikke' på spørgsmålet, især for personer, hvis pårørende ikke har været inddraget, som det ses af tabel 8.8. Vi har valgt at lade 'ved ikke'-gruppen optræde i krydstabellerne for ikke at give et skævt billede af fordelingerne.⁶ I den logistiske regression nederst i afsnittet estimeres sandsynligheden for, at de pårørende er blevet inddraget for lidt (hvor svarene for 'tilpas', 'for meget' og 'ved ikke' er slået sammen). Vi fokuserer på de brugere, som mener, at de er blevet inddraget for lidt, da det er denne problematik, der her er interessant. Det er derfor de signifikante sammenhænge i den forbindelse, som præsenteres i krydstabellerne.

Der er en tydelig sammenhæng mellem vurderingen af pårørendes inddragelse, og om de pårørende har været inddraget eller ej (jf. tabel 8.8). Andelen af tilfredse er helt oppe på 84 pct. for dem, der rent faktisk har haft deres pårørende inddraget. Imidlertid er over halvdelen af brugerne (60 pct.), der ikke har haft deres pårørende inddraget i behandlingen, også tilfredse med det, og de ønsker formentlig af forskellige årsager ikke, at deres pårørende inddrages. Tabellen viser samtidig, at der er omkring en femtedel (21 pct.) af dem, hvis pårørende ikke har været inddraget, der gerne ville have haft det. Andelen af

6. Dog rapporterer vi også en chitest for sammenhængen, hvis 'ved ikke'-gruppen var sorteret fra, således at der ikke er forskelle i 'ved ikke'-svarene, der nødvendigvis tolkes på.

brugere, der mener, at deres pårørende har været for meget inddraget, er relativt lille med kun 7 pct.

TABEL 8.8

Brugernes vurdering af inddragelsesgraden af deres pårørende i behandlingen, fordelt på, om deres pårørende har været inddraget i behandlingen. Procent.

	Pårørende inddraget for meget	Pårørende inddraget tilpas	Pårørende inddraget for lidt	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Pårørende inddraget i behandlingen	7	84	9	1	100	412
Pårørende ikke inddraget i behandlingen	1	60	21	19	100	528
I alt	3	71	15	11	100	940

Anm.: For hele tabellen: $\chi^2 = 133,5$, $P < 0,001$.

Anm.: For tabellen uden 'ved ikke': $\chi^2 = 55,9$, $P < 0,001$.

Tabel 8.9 viser henholdsvis de mandlige og de kvindelige brugeres vurdering af den grad, behandlingsstedet inddrager deres pårørende i behandlingen. Selvom der er en udbredt tilfredshed hos begge køn, er andelen, der føler, at deres pårørende har været inddraget for lidt, større hos de kvindelige brugere. Det bunder i en forskel i ønsket om, hvorvidt pårørende overhovedet skal inddrages, hvor kvindernes andel (56 pct.) er signifikant større end mændenes (50 pct.). De kvindelige brugere ønsker således i højere grad, at deres pårørende inddrages. Og da de mandlige og kvindelige brugere i lige stor grad angiver, at de har fået deres pårørende inddraget (som det blev vist i sidste afsnit), giver dette sig udslag i, at de kvindelige brugere i undersøgelsen oftere føler, at deres pårørende er blevet inddraget for lidt.

TABEL 8.9

Brugernes vurdering af inddragelsesgraden af deres pårørende i behandlingen, fordelt på brugerens køn. Procent.

	Pårørende inddraget for meget	Pårørende inddraget tilpas	Pårørende inddraget for lidt	Ved ikke	I alt procent	I alt antal
Kvinde	3	67	20	11	100	267
Mand	4	73	13	11	100	672
I alt	3	71	15	11	100	939

Anm.: For hele tabellen: $\chi^2 = 6,1$, $P = 0,108$.

Anm.: For tabellen uden 'ved ikke': $\chi^2 = 6,1$, $P = 0,048$.

Der er visse forskelle mellem bytyperne, om brugerne oplever, at de pårørende inddrages 'for meget', 'tilpas' eller 'for lidt'. Andelen, der mener, at de pårørende er inddraget for lidt, er større i København og hovedstadens omegn end i de store provinsbyer. Forskellene er dog forholdsvis små.

TABEL 8.10

Brugernes vurdering af inddragelsesgraden af deres pårørende i behandlingen, fordelt på, hvilken type by brugeren bor i. Procent.

	Pårø- rende inddraget for meget	Pårø- rende inddraget tilpas	Pårø- rende inddraget for lidt	Ved ikke	I alt pro- cent	I alt antal
Københavns Kommune	4	77	18	2	100	181
Københavns omegn	3	62	21	14	100	176
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	3	70	8	19	100	252
By m. 30.000 indbyggere el. mere	2	75	15	9	100	177
By m. mindre end 30.000 indbyggere	6	70	17	7	100	154
I alt	3	71	15	11	100	940

Anm.: For hele tabellen: $\chi^2 = 56$, $P < 0,001$.

Anm.: For tabellen uden 'ved ikke': $\chi^2 = 18$, $P = 0,024$.

Regressionsanalysen (jf. tabel 8.11) bekræfter sammenhængen mellem for lidt inddragelse af pårørende og henholdsvis køn og bytype. Andre

baggrundsvariable ser ikke ud til at have en statistisk sammenhæng med vurderingen af inddragelse af pårørende.

TABEL 8.11

Binær logistisk regression af sandsynligheden for, at brugerens pårørende har været inddraget for lidt. Parameterestimer.

Variabel	Koefficient	Standard-fejl	Signifi-kans-niveau	Odds ratio
<i>Inddragelse af pårørende eller ej:</i>				***
Pårørende inddraget	-1,089	0,212	***	0,336
Pårørende ikke inddraget	Reference			
<i>Køn:</i>				**
Kvinde	0,461	0,198	**	1,586
Mand	Reference			
<i>Bytype:</i>				**
Københavns Kommune	-0,070	0,296		0,933
Københavns omegn	0,048	0,291		1,050
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-1,068	0,323	**	0,344
By m. 30.000 indbyggere el. mere	-0,358	0,311		0,699
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference			
Konstant	1,190	0,239	***	

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 943 brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

De væsentligste resultater fra analysen af inddragelsen af pårørende i den sociale stofmisbrugsbehandling er således, at hovedparten af brugerne er tilfredse med inddragelsen af pårørende. Det gælder også en betydelig del af de brugere, hvis pårørende ikke har været inddraget i behandlingen. Der er dog også en gruppe brugere, der mener, at deres pårørende har været inddraget for lidt. Her er der særligt flere kvinder end mænd, der mener, at deres pårørende bliver inddraget for lidt.

PARTNERENS INDDRAGELSE I BEHANDLINGEN

Af de adspurgte brugere har lidt mere end en tredjedel (37 pct.) en partner. Vi analyserer i dette afsnit denne gruppe ved at undersøge, hvilke brugere der ønsker, at deres partner skal inddrages i deres behandling, og om dette svar hænger sammen med, om partneren er misbruger eller ej.

I alt ønsker 54 pct. af brugerne med en partner, at partneren inddrages i behandlingen. Analysen viser, at de to forhold, der betyder

noget for, om brugere med en partner ønsker, at partneren skal inddrages i behandlingen, er henholdsvis, om brugeren har børn, og om brugerens partner er misbruger. I alt har 42 pct. af brugerne med en partner, en partner, der er misbruger. Blandt denne andel ønsker 65 pct., at deres partner skal inddrages i behandlingen. Tilsvarende gør sig kun gældende for 46 pct. af brugerne, der har en partner, der ikke er misbruger (jf. tabel 8.12).

TABEL 8.12

Hvorvidt brugerne ønsker, at deres partner inddrages i behandlingen, fordelt på, om partneren er misbruger. Procent.

	Ønsker, at partneren inddrages i behandlingen	Ønsker ikke, at partneren inddrages i behandlingen	I alt procent	I alt antal
Partneren er misbruger	65	35	100	154
Partneren er ikke misbruger	46	54	100	214
I alt	54	47	100	368

Anm.: $\chi^2 = 13$, $P < 0,001$.

Brugere, der har en partner, og som også har børn, vil i noget højere grad end dem uden børn gerne have deres partner inddraget i behandlingen (jf. tabel 8.13). En yderligere analyse viser, at der ikke er stor forskel i andelen, der ønsker, at partneren skal inddrages, afhængigt af, om børnene er hjemmeboende eller ej.

TABEL 8.13

Hvorvidt brugerne ønsker, at deres partner inddrages i behandlingen, fordelt på om brugeren har børn. Procent.

	Ønsker, at partneren inddrages i behandlingen	Ønsker ikke, at partneren inddrages i behandlingen	I alt procent	I alt antal
Har børn	63	37	100	164
Har ikke børn	47	53	100	204
I alt	54	46	100	368

Anm.: $\chi^2 = 9$, $P = 0,003$.

At det er brugere, hvis partner er misbruger, og brugere, der har børn, der i højere grad ønsker, at deres parter skal inddrages i behandlingen, bekræftes af regressionsanalysen (jf. tabel 8.14). Når vi kontrollerer for disse to forhold, har andre karakteristika som køn, alder og etnicitet ikke signifikant betydning. Ligeledes finder vi heller ikke sammenhæng mellem hverken hovedstof, behandlingsintensitet, kommune, eller om brugeren tidligere har været i behandling, og om partneren ønskes inddraget.

TABEL 8.14

Binær logistisk regression af sandsynligheden for, at brugere med partner ønsker partneren inddraget i behandlingen. Parameterestimer.

Variabel	Koefficient	Standard- fejl	Signifi- kans- niveau	Odds ratio
<i>Om partneren er misbruger eller ej:</i>				***
Partneren er misbruger	0,852	0,224	***	2,345
Partneren er ikke misbruger	Reference			
<i>Om brugeren har børn eller ej:</i>				***
Brugeren har børn	0,716	0,221	***	2,047
Brugeren har ikke børn	Reference			
Konstant	-0,502	0,177	**	0,605

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 358 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

VÆRESTEDER, SOCIALE TILBUD OG UDSLUSNING

I det forudgående kapitel beskrev vi behandlingsstedernes inddragelse og fokus på brugernes sociale netværk. I dette afsnit ser vi nærmere på brugernes muligheder for støtte og socialt samvær uden for behandlingsstedernes rammer. Vi vil således se nærmere på væresteder og frivillige netværk som Anonyme Narkomaner (NA) samt støtte- og kontaktpersonsordninger for stofmisbrugere. Disse støtteformer kan både forekomme i offentligt regi (defineret i lov om social service) eller fra private organisationer, men vi vil i dette afsnit ikke skelne mellem disse ejerformer. Væresteder og frivillige netværk kan udgøre en vigtig social støtte i forbindelse med, at brugeren afslutter sin behandling eksempelvis som stoffri. Brugere kan dog have behov for støtte til mere end det sociale liv, og dette kapitel vil også se nærmere på brugernes oplevelse af den hjælp og støtte, de får fra offentlige myndigheder og behandlingssteder i forbindelse med udslusning fra behandlingen.

SOCIAL STØTTE OG SAMVÆR

I det følgende vil vi gennemgå, hvilke brugere der benytter væresteder, NA, støtte- og kontaktpersonsordningen eller får behandling for deres

misbrug andre steder. I alt benytter 52 pct. af de interviewede brugere et eller flere tilbud. De er således på interviewtidspunktet inden for den sidste måned kommet på et værested eller brugercafé, har været til et NA-møde eller i en lignende gruppe, eller de har en støtte- og kontaktperson tilknyttet eller får hjælp andetstedsfra.

I tabel 9.1 kan man se fordelingen på, hvilken slags hjælp og støtte til misbrugsproblemer brugerne får andre steder fra end på misbrugscentre og behandlingsstederne. Væresteder/brugercaféer er det tilbud, som flest brugere benytter sig af (35 pct.). 18 pct. af brugerne kommer i selvhjælpsgrupper som NA, og 18 pct. oplyser, at de har en støtte- og kontaktperson. De 5 pct., der svarer, at de får hjælp eller støtte til deres misbrugsproblemer andre steder fra end de ovennævnte, modtager eksempelvis hjælp fra præster og alternative behandlere.

TABEL 9.1

Frekvenstabeller over, hvor mange brugere der angiver at modtage hjælp eller støtte til deres misbrugsproblemer uden for misbrugscentret eller behandlingsstedet. Procent.

	Kommet på Værested/ brugercafé inden for den sidste måned	Kommet i NA el. lign. inden for den sidste måned	Har en SKP el. lign.	Anden hjælp eller støtte
Ja	35	18	18	5
Nej	65	82	82	95
I alt procent	100	100	100	100
I alt antal	1.009	1.008	1.008	1.009

VÆRESTEDER

Her ser vi nærmere på, hvilke brugere der bruger værestederne og brugercaféerne. Det viser sig, at der er en række forhold, der har signifikant betydning for brugen af værestederne, som det ses af regressionsanalysen i tabel 9.8. Både personlige karakteristika som køn, alder, indkomsttype, og om brugeren tidligere har været i behandling, har betydning sammen med karakteristika, der vedrører behandlingen såsom behandlingsintensitet og bytype.

Som det ses af tabel 9.2, benytter de kvindelige brugere sig i mindre grad (28 pct.) end de mandlige brugere (38 pct.) af tilbuddene om væresteder og brugercaféer.

TABEL 9.2

Brugernes angivelse af om de har benyttet værested eller brugercafé i måneden op til interviewtidspunktet. Fordelt på køn. Procent.

	Har benyttet værested/ brugercafé	Har ikke benyttet værested/ brugercafé	I alt procent	I alt antal
Kvinde	28	72	100	285
Mand	37	63	100	725
I alt	35	65	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 6,6$, $P = 0,010$.

I tabel 9.3 kan man se, om brugeren har benyttet et værested den sidste måned, fordelt på alderskategorierne. Der er ikke nogen tydelig stigende eller faldende effekt af alder. De unge skiller sig ud ved at have den laveste andel (19 pct.), der har benyttet væresteder eller brugercaféer. Andelen er også relativt lav for de ældste brugere på over 45 år, hvor den er 31 pct. De midterste aldersgrupper på 25-34 år og 35-44 år benytter i størst grad værestederne og har henholdsvis 36 og 39 pct., der angiver, at de er kommet på et værested eller brugercafé inden for den sidste måned.

TABEL 9.3

Brugernes angivelse af om de har benyttet værested eller brugercafé i måneden op til interviewtidspunktet. Fordelt på deres alder. Procent.

	Har benyttet værested/ brugercafé	Har ikke benyttet værested/ brugercafé	I alt procent	I alt antal
-24 år	19	81	100	75
25-34 år	36	64	100	254
35-44 år	39	61	100	445
45- år	31	69	100	235
I alt	35	65	100	1.009

Anm.: $\chi^2 = 14,2$, $P = 0,003$.

Af tabel 9.4 fremgår fordelingen af benyttelse af værestederne i forhold til brugernes indkomsttype. Brugere på kontanthjælp mv. og pension benytter i næsten samme grad værestederne med henholdsvis 37 og 36 pct., der svarer 'ja' til, at de har været på værested eller lignende inden for den sidste måned. Blandt brugere, for hvem arbejde er deres indtægtsgrundlag, er det kun 20 pct., der angiver at have besøgt et værested eller lignende inden for den seneste måned. At 20 pct. af brugerne, der er i arbejde, angiver at have benyttet et værested, viser, at benyttelsen af væresteder generelt er udbredt i gruppen af brugere, og at værestederne udgør en vigtig social støttefunktion for en betydelig del af brugergruppen.

TABEL 9.4

Brugernes angivelse af om de har benyttet værested eller brugercafé i måneden op til interviewtidspunktet. Fordelt på brugernes indkomsttype. Procent.

	Har benyttet værested/ brugercafé	Har ikke benyttet værested/ brugercafé	I alt procent	I alt antal
Arbejde	20	80	100	117
Kontanthjælp mv.	37	63	100	504
Pension	36	64	100	375
I alt	35	65	100	996

Anm.: $\chi^2 = 13$, $P = 0,001$.

Af tabel 9.5 ser vi en klar sammenhæng mellem, om brugeren tidligere har været i behandling, og om han/hun benytter væresteder eller brugercaféer. For brugere, der første gang er i behandling, har 27 pct. benyttet et værested inden for den sidste måned, hvorimod det gør sig gældende for 39 pct. af brugerne, der tidligere har været i behandling. Denne forskel er også signifikant, når vi kontrollerer for alder, som det fremgår af regressionsanalysen i tabel 9.8.

TABEL 9.5

Brugernes angivelse af, om de har benyttet værested eller brugercafé i måneden op til interviewtidspunktet. Fordelt på, om brugeren tidligere har været i behandling. Procent.

	Har benyttet værested/ brugercafé	Har ikke benyttet værested/ brugercafé	I alt procent	I alt antal
Første gang i behandling	27	73	100	379
Har tidligere været i behandling	39	61	100	630
I alt	35	65	100	1.009

Anm.: $\chi^2 = 15$, $P < 0,001$.

TABEL 9.6

Brugernes angivelse af om de har benyttet værested eller brugercafé i måneden op til interviewtidspunktet. Fordelt på intensiteten af deres behandling. Procent.

	Har benyttet værested/ brugercafé	Har ikke benyttet værested/ brugercafé	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	32	68	100	440
Ambulant behandling	36	64	100	400
Dagbehandling	46	54	100	70
Døgnbe- handling	32	68	100	95
I alt	34	66	100	1.005

Anm.: $\chi^2 = 6$, $P = 0,127$.

Sammenhængen mellem behandlingsintensitet og benyttelse af væresteder (jf. tabel 9.6) er ikke umiddelbart signifikant i krydstabellen. Selvom brugerne i dagbehandling skiller sig ud ved at have en relativt høj andel på 46 pct., der har benyttet værested eller brugercafé inden for den seneste måned, er denne forskel ikke signifikant. I regressionsanalysen, hvor vi kontrollerer for en række andre forhold, er denne sammenhæng dog signifikant. Her tegnes et billede af, at det er brugere i dagbehandling, der har den største sandsynlighed for at have benyttet

væresteder eller brugercaféer inden for den sidste måned. Det generelle billede er dog, at brugen af væresteder er udbredt på tværs af behandlingsintensiteter. Det kan dog også bemærkes, at der ikke er nogen tendens til, at brugere i lav behandlingsintensitet benytter værestederne mere end andre brugere. Tværtimod er andelen, der har benyttet et værested eller en brugercafé, lidt lavere i gruppen, der modtager ad hoc-ydelser med 32 pct. mod 36 pct. i gruppen, der modtager ambulans behandling.

Tabel 9.7 viser, at andelen, der har benyttet væresteder eller brugercaféer, er højest i de store og mellemstore provinsbyer med 38 pct. i de store provinsbyer og 42 pct. i de mellemstore provinsbyer. I København og de mindre byer er andelen henholdsvis 30 og 29 pct.

TABEL 9.7

Brugernes angivelse af om de har benyttet værested eller brugercafé i måneden op til interviewtidspunktet. Fordelt på, hvilken type by brugeren bor i. Procent.

	Har benyttet værested/ brugercafé	Har ikke benyttet værested/ brugercafé	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	30	70	100	192
Københavns omegn	33	67	100	193
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	38	62	100	276
By m. 30.000 indbyggere el. mere	42	58	100	185
By m. mindre end 30.000 indbyggere	29	70	100	164
I alt	35	65	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 10$, $P = 0,047$.

Regressionsanalysen viser, at det er blandt midaldrende mandlige brugere på kontanthjælp mv. eller pension, som tidligere har været i behandling, og som på interviewtidspunktet er i dagbehandling, at vi finder den højeste andel, der benytter væresteder og brugercaféer. Desuden giver det at bo i de store og mellemstore byer også en højere sandsynlighed for

at have benyttet et værested eller en brugercafé. Brugernes etnicitet, uddannelse eller hovedstof betyder altså statistisk set umiddelbart ikke noget for, om brugeren benytter et værested. Der findes dog mange forskellige typer væresteder for alt fra aktive stofmisbrugere til tidligere stofmisbrugere. Alle typer brugere benytter således ikke nødvendigvis de samme væresteder. Der kan dog også være stofmisbrugere, som benytter værestederne, og som ikke er i stofmisbrugsbehandling. Denne gruppe kan denne undersøgelse ikke sige noget om.

TABEL 9.8

Binær logistisk regression over sandsynligheden for, at brugerne har benyttet værested eller brugercafé i måneden op til interviewtidspunktet. Parameterestimer.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikansniveau	Odds ratio
<i>Køn:</i>			**	
Kvinde	-0,435	0,158	**	0,649
Mand	Reference			
<i>Alder:</i>			*	
Til og med 24 år	-0,702	0,369		0,495
25-34 år	0,063	0,220		1,65
35-44 år	0,319	0,182		1,375
45- år	Reference			
<i>Indkomsttype:</i>			*	
Arbejde	Reference			
Kontanthjælp mv.	0,777	0,260	**	2,175
Pension	0,762	0,276	**	2,142
<i>Tidligere behandling eller ej:</i>			**	
Første gang i behandling	-0,453	0,149	**	0,636
Har tidligere været i behandling	Reference			
<i>Behandlingsintensiteten:</i>			*	
Ad hoc-ydelser	-0,052	0,262		0,949
Ambulant behandling	0,163	0,257		1,177
Dagbehandling	0,773	0,342	*	2,166
Døgnbehandling	Reference			
<i>Bytype:</i>			*	
Københavns Kommune	Reference			
Københavns omegn	0,126	0,229		1,134
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	0,433	0,211	*	1,542
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,565	0,228	*	1,759
By m. mindre end 30.000 indbyggere	0,038	0,244		1,038
Konstant	-1,515	0,407	***	0,220

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 993 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

NA-MØDER OG LIGNENDE NETVÆRK

NA er et netværk, hvor hovedsageligt stoffri misbrugere kan samles og i fællesskab diskutere og dele erfaringer omkring det at forblive stoffri. Der findes lignende organisationer for fx kokainmisbrugere (Cocaine Anonymous), men her skelner vi ikke mellem de forskellige grupper, så når vi skriver NA og lignende, dækker det over alle grupperne. NA bygger på Minnesota-modellen, som har et religiøst udgangspunkt.

Det er tydeligt, at ikke alle brugere i samme omfang benytter sig af disse netværk. At man de fleste steder skal være stoffri for at deltage, udelukker en del brugere som fx den store gruppe i substitutionsbehandling. Derfor kontrollerer vi i regressionsanalysen sidst i afsnittet for, hvorvidt brugeren er stoffri, har planlagt at blive det eller ikke er stoffri. De forhold, der har en signifikant sammenhæng i forhold til deltagelse i NA-møder, er brugerens indkomsttype, om brugeren tidligere har været i behandling og behandlingsintensiteten.

Tabel 9.9 viser sammenhængen mellem indkomsttypen, og om brugerne deltager i NA-møder. Her er det gruppen af brugere på pension, der især adskiller sig ved kun at have 8 pct., der har deltaget i NA-møde inden for den seneste måned. For brugere på kontanthjælp mv. er andelen hele 26 pct.

TABEL 9.9

Brugernes angivelse af om de har været til NA-møde eller lignende i måneden op til interviewtidspunktet eller ej. Fordelt på brugernes hovedstof. Procent.

	Har været til NA-møde el. lign.	Har ikke været til NA-møde el. lign.	I alt procent	I alt antal
Arbejde	17	83	100	117
Kontanthjælp mv.	26	74	100	504
Pension	8	92	100	374
I alt	18	82	100	995

Anm.: $\chi^2 = 48$, $P = 0,000$.

I tabel 9.10 er deltagelse i NA-møder inden for den sidste måned fordelt på, om brugeren tidligere har været i behandling eller ej. Her er der ikke umiddelbart en forskel, men denne forskel bliver signifikant i

regressionsanalysen. Når vi kontrollerer for en række forhold såsom indkomsttype, behandlingsintensitet og formål med behandlingen, så har brugere, der tidligere har været i behandling, en større sandsynlighed for at have deltaget i NA-møder, sammenlignet med brugere, der første gang er i behandling.

TABEL 9.10

Brugernes angivelse af om de har været til NA-møde eller lignende i måneden op til interviewtidspunktet eller ej. Fordelt på, om brugeren har været i behandling før eller ej. Procent.

	Har været til NA-møde el. lign.	Har ikke været til NA-møde el. lign.	I alt procent	I alt antal
Første gang i behandling	16	84	100	379
Har tidligere været i behandling	19	81	100	629
I alt	18	82	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 1$, $P = 0,257$.

Om brugeren går til NA-møder og intensiteten af behandlingen har en tydelig sammenhæng (jf. tabel 9.11). Brugere, der er i dag- eller døgnbehandling, har en markant større sandsynlighed for at have deltaget i NA-møder. Her er det henholdsvis 57 og 49 pct., der svarer 'ja' til, at de har deltaget i et NA-møde inden for den sidste måned, mens det er helt nede på 8 pct. for brugere, der modtager ad hoc-ydelser. Her skal det fremhæves, at disse forskelle også er signifikante, når vi i regressionsanalysen kontrollerer for formålet med behandlingen. Da de fleste døgninstitutioner kun tilbyder behandling til stoffri brugere, kunne man forestille sig, at det var dette forhold, der afgør, at der er en overhyppighed af brugere, der går til NA-møder, blandt brugerne i døgnbehandling. Men selvom vi kontrollerer for, om brugerne er stoffri, at stoffrihed er planlagt, eller at de ikke er stoffri, er der stadig væsentlig forskel på, om brugeren på den ene side er i dag- eller døgnbehandling eller på den anden side er i ambulant behandling eller modtager ad hoc-ydelser (jf. tabel 9.11).

TABEL 9.11

Brugernes angivelse af om de har været til NA-møde eller lignende i måneden op til interviewtidspunktet eller ej. Fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

	Har været til NA-møde el. lign.	Har ikke været til NA-møde el. lign.	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	8	92	100	441
Ambulant behandling	14	86	100	399
Dagbehandling	49	51	100	69
Døgnbe- handling	57	43	100	96
I alt	18	82	100	1.005

Anm.: $\chi^2 = 187$, $P < 0,001$.

Som forventet er der en meget tydelig sammenhæng mellem formålet med brugerens behandling i forhold til stoffrihed, og om denne deltager i NA-møder (jf. tabel 9.7). NA benyttes udbredt blandt de brugere, som allerede har opnået stoffrihed. Hele 61 pct. af brugerne, der er stoffri, svarer 'ja' til at have deltaget i et NA-møde inden for den sidste måned. Det gør sig kun gældende for 5 pct. af de brugere, der ikke er stoffri, og hvor stoffrihed heller ikke er planlagt. Dog er der også 14 pct. af gruppen, som endnu ikke er stoffri, men hvor stoffrihed er planlagt, der har benyttet NA-møderne.

TABEL 9.12

Brugernes angivelse af om de har været til NA-møde eller lignende i måneden op til interviewtidspunktet eller ej. Fordelt på formålet med brugerens behandling. Procent.

	Har været til NA-møde el. lign.	Har ikke været til NA-møde el. lign.	I alt procent	I alt antal
Er stoffri	61	39	100	167
Skal blive stoffri inden for de næste par år	14	86	100	280
Ikke planlagt stoffrihed	5	95	100	488
ikke angivet	21	79	100	73
I alt	18	82	100	1.008

Anm.: $\chi^2 = 266$, $P < 0,001$.

Hvorvidt brugerne er stoffri, eller om det er planlagt, at de skal blive det, er altså en væsentlig faktor i forhold til, hvem der deltager i NA-møderne. Når vi kontrollerer for dette i regressionsanalysen, er der stadig en række sammenhænge, der er signifikante. Andelen er således højere blandt brugere på kontanthjælp mv. og lavest blandt brugere, der modtager en lav behandlingsintensitet. Andre baggrundsvariable som fx køn, etnicitet, alder eller bytype har derimod ifølge analysen ikke betydning for, hvem der deltager i NA-møderne.

TABEL 9.13

Binær logistisk regression af sandsynligheden for, at brugerne har været til NA-møde eller lignende.

Variabel	Koefficient	Standard-fejl	Signi-fikans-niveau	Odds ratio
<i>Indkomsttype:</i>			*	
Arbejde	Reference	Reference	Reference	Reference
Kontanthjælp mv.	0,753	0,327	*	2,123
Pension	0,422	0,387		1,526
<i>Tidligere behandling eller ej:</i>			**	
Første gang i behandling	Reference	Reference	Reference	Reference
Har tidligere været i behandling	0,578	0,221	**	1,783
<i>Behandlingsintensitet:</i>			***	
Ad hoc-ydelser	-1,290	0,346	***	0,275
Ambulant behandling	-1,074	0,312	***	0,342
Dagbehandling	-0,077	0,372		0,926
Døgnbehandling	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Formål med behandlingen:</i>			***	
Er allerede stoffri	Reference	Reference	Reference	Reference
Skal blive stoffri inden for de næste par år	-2,014	0,285	***	0,133
Ikke planlagt stoffrihed	-2,938	0,327	***	0,053
Ikke angivet	-1,684	0,347	***	0,186
Konstant	0,156	0,402		1,169

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 992 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Erfaringerne med NA-møderne beskrives forskelligt af de interviewede brugere. En bruger ser NA som et frit forum, hvor man udveksler

erfaringer. Han fremhæver, at det ikke er en behandling, men ”en vedligeholdelse for lige at komme ind og minde dig selv om, hvor du ikke vil hen igen, og hvor du gerne vil hen.” Han siger videre:

Løsningen ligger ikke her [på behandlingsstedet]. Det her er bare en hjælp til selvhjælp. Og løsningen ligger ude i NA ... Der går vi ind og laver en livslang selvransagelse og får ryddet op i det gamle møg, så vi kan få taget hul på et nyt liv (Søren, 44 år, opiatmisbruger i dagbehandling).

Brugeren fremhæver samtidig, hvordan han ser behandlingsstedet som et springbræt. ”Det er nemt at være stoffri, når man er i behandling, og der er de faste rammer. Det er først, når man er ude i hverdagen, at det bliver svært, og derfor er det vigtigt med et netværk som det i NA”. Samtidig fremhæves den positive følelse af i NA at have mødt ”tusindvis af mennesker, som har været stoffri i over 20 år”.

En anden bruger, Thomas på 24 år, fremhæver, at fordi man som tidligere misbruger kan føle sig alene, er det godt at have NA og have mulighed for at møde andre, der har de samme problemer. Han siger: ”Så ved man, der altid er et sted, du kan gå hen, hvis du har det hårdt.” Derfor ser denne bruger det også som vigtigt at blive i NA et stykke tid for på sigt at give noget tilbage til fællesskabet og til dem, der har hjulpet en så meget.

Der formuleres dog også fra en af de interviewede brugere et ønske om alternativer til 12-trinsfællesskaber som NA:

Jeg kan huske, det frustrerede mig meget. Der er ikke nogen alternativer til det her 12-trins. Der er ikke noget, hvis nu du gerne vil mødes med nogle andre, som ikke ser afhængighed på samme måde, som de gør. [...] Så på en eller anden måde følte jeg mig lige så meget alene i den verden, som jeg gjorde, når jeg tog stoffer og var i den almindelige verden. Altså, at man følte sig sådan lidt forkert, fordi man tænkte anderledes (Kasper, 28 år, misbruger af centralstimulerende stoffer i dagbehandling).

Men hvis brugeren ikke kender nogen netværksalternativer, bliver han/hun nødt til at benytte NA, hvis vedkommende vil have en eller anden slags støttegruppe.

Jeg gjorde det, fordi jeg troede ... Det var det eneste, jeg kendte til, og man gør jo, hvad man kender til, ikke? Man kender kun til det. Hvis du spørger nogen, hvad man gør med hjælpegrupper for AA med folk, der er narkomaner, jamen, så er der NA, så er der AA. De bygger alle sammen på det samme, ikke? Det er for mig lidt sekterisk, ikke? Der er ikke nogen muligheder, hvis du vil andet. Så er du på skideren (Kasper, 28 år, misbruger af centralstimulerende stoffer i dagbehandling).

Modsat de andre brugere citeret ovenfor, som fortæller, at netop fællesskabet i NA er meget vigtigt for dem og giver dem en masse personligt i deres forsøg på at blive stoffri, så formulerer denne bruger en kritik af, at netop fællesskabet er en så vigtig del af NA-møderne. Han forklarer, at det ansvar og de forpligtelser, som fællesskabet medfører, kan være alt for meget for personer, der forsøger at komme ud af et stofmisbrug. NA lægger ifølge denne bruger for store byrder på brugerne, som så ikke formår at gennemføre forløbet eller vender tilbage til misbruget. Brugeren fortæller, at han oplever, at det især er de unge, der ikke passer ind i tankegangen i NA, og at der mangler et alternativ, hvor man kan få samme slags vejledning, men hvor tilgangen er ”mere nede på jorden”. Han kunne godt tænke sig møder, hvor man bare skal:

[...] fortælle om det [misbruget] og gå igen og ikke at forpligte sig til alle mulige andre mennesker. For det er jo det, man gør, i mange af de fællesskaber. Der forpligter man sig til, at her kan du få mit nummer, og så ringer du. Vi ringer til hinanden, og du får en sponsor, som du kan ringe til. Og alle de ting er alt for meget at lægge på skuldrene, ikke? Og man skal udvikles som menneske. Og det er mange store byrder på én gang, som der er mange mennesker, der vil sige: ”Det kan jeg ikke. Det gider jeg ikke det her!” Og så vender de tilbage [til misbruget], ikke? Der mangler helt sikkert et alternativ, som jeg godt mener, at staten sagtens kunne støtte op om (Kasper, 28 år, misbruger af centralstimulerende stoffer i dagbehandling).

STØTTE- OG KONTAKTPERSONER

Vi har ligeledes spurgt brugerne, om de har en støtte- og kontaktperson eller lignende. Det svarer 18 pct. bekræftende på. I spørgsmålet er det

beskrevet, at en støtte- og kontaktperson her skal forstås som en ansat af kommunen eller en frivillig organisation, som opsøger brugeren i vedkommendes hjem, og som hjælper brugeren med kontakten til kommunen og støtter brugeren socialt. Man skal her være opmærksom på, at selvom vi har lagt op til, at spørgsmålet omhandler støtte- og kontaktpersoner efter § 99 i lov om social service, så kan det ikke udelukkes, at brugerne forstår spørgsmålet om støtte- og kontaktpersonsbegrebet bredere. Således er det fx muligt, at nogle brugere har anført bostøtte efter § 85 under støtte- og kontaktpersoner. Det centrale har i denne forbindelse været at undersøge, hvilke brugere der har et supplement til de andre sociale tilbud, brugerne får i form af en nær kontakt og hjælp fra en fast person. Vi vil i det følgende lave en regressionsanalyse af, hvem der generelt benytter sig af dette tilbud. De kommunale støtte- og kontaktpersoner er tiltænkt de mest socialt udsatte grupper som sindslidende, misbrugere og hjemløse. Vi vil derfor også i dette afsnit præsentere, hvor stor en andel af disse grupper (psykisk syge og boligløse) der angiver, at de har en støtte- og kontaktperson, selvom disse ikke er signifikante i regressionsanalysen, hvor der kontrolleres for sammenhængen med andre forhold.

TABEL 9.14

Brugernes angivelse af om de har en støtte- og kontaktperson (SKP) eller lignende. Fordelt på brugerens boligsituation. Procent.

	Har en SKP	Har ikke en SKP	I alt procent	I alt antal
Fast bolig	17	83	100	833
Uden bolig	17	83	100	114
Støttebolig/ institution el. andet	30	70	100	61
I alt	17	83	100	999

Anm.: $\chi^2 = 6$, $P = 0,043$.

At brugerne har forstået spørgsmålet bredt, understøttes af resultatet i tabel 9.14, hvor det ses, at 30 pct. af brugerne, der bor i støttebolig eller på institution, angiver at have en støtte- og kontaktperson. Derimod er der ikke forskel på andelen med en støtte- og kontaktperson mellem dem med fast bolig og uden bolig, idet andelen for begge er 17 pct.

Sammenligner vi derimod dem, der har brug for hjælp til at løse problemer med bolig, med dem, der ikke har brug for hjælp, er andelen med en støtte- og kontaktperson lidt højere i førstnævnte gruppe med 21 pct. mod 16 pct. hos dem uden boligproblemer.

TABEL 9.15

Brugernes angivelse af om de har en støtte- og kontaktperson (SKP) eller lignende. Fordelt på, om brugeren angiver at have brug for hjælp til at løse sine boligproblemer eller ej. Procent.

	Har en SKP	Har ikke en SKP	I alt procent	I alt antal
Har brug for hjælp til at løse boligproblemer	21	79	100	324
Har ikke brug for hjælp til at løse boligproblemer	16	84	100	662
I alt	18	82	100	1.004

Anm.: $\chi^2 = 5$, $P = 0,026$.

TABEL 9.16

Brugernes angivelse af om de har en støtte- og kontaktperson (SKP) eller lignende. Fordelt på, om brugeren har psykiske problemer som fx depression, angst eller psykoser. Procent.

	Har en SKP	Har ikke en SKP	I alt procent	I alt antal
Har psykiske problemer	19	81	100	616
Har ikke psykiske problemer	15	85	100	383
I alt	18	82	100	999

Anm.: $\chi^2 = 3$, $P = 0,066$.

I tabel 9.16 ses forskellen, mellem hvilke brugere der har en SKP, og hvilke der ikke har, fordelt på, om brugeren selv opgiver at have psykiske problemer som fx depression, angst eller psykoser. Denne analyse kan

give en indikation om brugere, der samtidig er sindslidende, i højere grad har en SKP. Selvom der er en tendens til, at det er tilfældet, idet 19 pct. af brugerne med psykiske problemer angiver at have en SKP mod 15 pct. af brugerne uden disse problemer, er denne forskel dog ikke signifikant.

Vi gør opmærksom på, at ingen af forskellene i tabel 9.14-9.16 er signifikante, når vi i regressionsanalysen kontrollerer for andre forhold. Her er der i stedet forskel i andelen med SKP i forhold til indkomsttype, behandlingsintensitet og bytype. Vi præsenterer disse sammenhænge i det følgende.

Brugere på pension har den største andel (20 pct.), der svarer, at de har en støtte- og kontaktperson eller lignende, hvorimod brugere i arbejde har den laveste andel på 13 pct., som det fremgår af tabel 9.17.

TABEL 9.17

Brugernes angivelse af om de har en støtte- og kontaktperson (SKP) eller lignende. Fordelt på indkomsttype. Procent.

	Har en SKP	Har ikke en SKP	I alt procent	I alt antal
Arbejde	13	87	100	116
Kontanthjælp mv.	17	83	100	504
Pension	20	80	100	374
I alt	18	82	100	994

Anm.: $\chi^2 = 3$, $P = 0,255$.

Behandlingsintensiteten har også en sammenhæng med fordelingen af, om brugeren angiver at have en støtte- og kontaktperson (jf. tabel 9.18). Af brugere i dag- og døgnbehandling har henholdsvis 24 og 25 pct. en SKP tilknyttet. Blandt brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, er der kun 15 pct., der har en SKP tilknyttet. Som tidligere diskuteret, kan dette resultat dels være et udtryk for den brede forståelse af spørgsmålet, som omhandlede personer, der generelt har en nær kontakt med og støttende funktion for brugeren, og der må derfor tages forbehold herfor. Dels kan der være tale om at SKP'erne hjælper de brugere, de er tilknyttet, med at komme i mere intensiv behandling.

TABEL 9.18

Brugernes angivelse af om de har en støtte- og kontaktperson (SKP) eller lignende. Fordelt på intensiteten af brugerens behandling. Procent.

	Har en SKP	Har ikke en SKP	I alt procent	I alt antal
Ad hoc-ydelser	15	85	100	440
Ambulant behandling	18	82	100	400
Dagbehandling	24	76	100	70
Døgnbehandling	25	75	100	95
I alt	18	83	100	1.005

Anm.: $\chi^2 = 9$, $P = 0,031$.

Tabel 9.19 viser fordelingen af, hvilke brugergrupper, der har en SKP fordelt på bytype. Her skiller især Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg sig ud ved at have en relativ lav andel af brugere med en SKP, nemlig 8 pct. Den højeste andel findes i Københavns omegn, hvor andelen er oppe på 28 pct., men også i byer med over 30.000 indbyggere er der en relativ høj andel (25 pct.).

TABEL 9.19

Brugernes angivelse af om de har en støtte- og kontaktperson (SKP) eller lignende. Fordelt på, hvilke type by de bor i. Procent.

	Har en SKP	Har ikke en SKP	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	18	82	100	192
Københavns Omegn	28	72	100	193
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	8	92	100	276
By m. 30.000 indbyggere el. mere	25	75	100	185
By m. mindre end 30.000 indbyggere	15	85	100	164
I alt	18	82	100	1.010

Anm.: $\chi^2 = 39$, $P < 0,001$.

Regressionsanalysen i tabel 9.20 bekræfter de sammenhænge, vi har præsenteret i krydstabellerne 9.17-9.19. Den viser således også, at brugerens boligsituation, eller om brugeren har psykiske problemer, ikke har en sammenhæng med, om brugeren angiver at have en støtte- og

kontaktperson eller lignende. Heller ikke andre baggrundsvARIABLE som fx brugerens køn, alder, etnicitet, eller om brugeren tidligere har været i behandling, har sammenhæng med det at have en SKP. Regressionsanalysen tydeliggør, at det især er brugere på pension, der har en SKP, og at brugere, der er i døgnbehandling, i højere grad end brugere, der modtager ad hoc-ydelser, har en SKP. Også forskellene mellem bytyperne er signifikante i regressionsanalysen, selvom vi kontrollerer for de andre sammenhænge.

TABEL 9.20

Binær logistisk regression af sandsynligheden for, at brugeren har en støtte- og kontaktperson.

Variabel	Koefficient	Standard-fejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
<i>Indkomsttype:</i>				*
Arbejde	Reference			
Kontanthjælp mv.	0,182	0,307		1,200
Pension	0,631	0,313	*	1,880
<i>Behandlingsintensitet</i>				*
Ad hoc-ydelser	-0,699	0,294	*	0,497
Ambulant behandling	-0,402	0,286		0,669
Dagbehandling	-0,041	0,380		0,959
Døgnbehandling	Reference			
<i>Bytype:</i>				***
Københavns Kommune	0,276	0,293		1,318
Københavns Omegn	0,769	0,276	**	2,158
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,795	0,326	**	0,452
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,654	0,281	**	1,924
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference			
Konstant	-1,652	0,418	***	0,192

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 992 brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

En bruger giver i de kvalitative interview især udtryk for, hvorfor vedkommendes støtte- og kontaktperson har betydet meget for ham både personligt og for hans behandlingsforløb. Han siger bl.a.:

Han kender mig, og han ved, hvordan det kan tilte for en ...
Han kan sige hvad som helst til mig, og han får også lov [...].
Det er sådan en mand, man kommer til at holde af stille og roligt
... og han er der. Alle de gange, jeg har været indlagt, har han
været der. Prompte (Troels, 35 år, opiatmisbruger i ambulant
behandling).

Brugeren fortæller videre, at én af de vigtigste ting for ham er, at støtte- og kontaktpersonen er glad. Og det eneste, brugeren rigtigt forventer af ham, er, at hvis han bliver syg og ender på hospitalet, så er han der. Det er dog ikke kun den personlige dimension i relationen, brugeren fremhæver. Støtte- og kontaktpersonen hjælper med at tage sig af forskellige forhold vedrørende sagsbehandlingen, og brugeren forklarer, at han fx først følte han blev taget seriøst af de sociale myndigheder i en bestemt sag, efter at støtte- og kontaktpersonen var gået ind og havde hjulpet. Det var overraskende for ham at opleve, hvor meget en støtte- og kontaktpersonen egentlig betyder:

Men jeg vidste ikke helt korrekt [da brugeren første gang mødte sin støtte- og kontaktperson], at jeg kunne bruge ham til *så* meget, at han kunne hjælpe mig med *så* meget ... jeg har faktisk været holdt for nar, lige indtil [navnet på støtte- og kontaktperson] kom ind ad døren (Troels, 35 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

MANGEL PÅ SOCIALE TILBUD

Brugerne i undersøgelsen er blevet spurgt om, i hvilken grad de føler, at de mangler sociale tilbud såsom væresteder eller andre steder, hvor de kan være sammen med andre mennesker. 50 pct. svarer, at de 'slet ikke' mangler sådanne tilbud, men der er også en forholdsvis stor gruppe på 20 pct., der svarer, at de 'i høj grad' mangler væresteder og andre sociale tilbud. Det at mangle sociale tilbud hænger ikke sammen med, om brugeren rent faktisk har modtaget social hjælp og støtte ud over behandlingscentret. Brugere, der enten kommer på et værested, har deltaget i et NA-møde, har en støtte- og kontaktperson eller har modtaget støtte andre steder fra, mener i lige så høj grad, at de mangler eller ikke mangler tilbud, som dem, der ikke har modtaget eller benyttet nogen af de ovenstående sociale hjælpe- og støttemuligheder. At andelen,

der angiver, at de 'slet ikke' mangler sociale tilbud, ikke bliver signifikant større hos brugere, der rent faktisk har modtaget sådan en social støtte i en eller anden form, kan være et udtryk for, at disse brugere har et behov, som kun til dels bliver opfyldt med den hjælp og støtte, de allerede har fået.

TABEL 9.21

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mangler væresteder eller andre sociale tilbud, fordelt på, om brugeren har modtaget/benyttet et socialt tilbud. Procent.

Brug af sociale tilbud	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Har ikke benyttet socialt tilbud	17	16	15	52	100	478
Har benyttet minimum ét socialt tilbud	21	14	17	48	100	521
I alt	20	15	16	50	100	999

Anm.: $\chi^2 = 2$, $P = 0,585$.

Anm.: Socialt tilbud dækker her over: kommet på værested inden for den sidste måned, været til NA-møde el. lign. møde inden for den sidste måned, at have en støtte- og kontaktperson samt modtaget hjælp eller støtte andre steder fra.

I tabel 9.22 er spørgsmålet, i hvilken grad brugerne mangler sociale tilbud som væresteder, fordelt på køn. Der er en signifikant kønsforskel, idet de kvindelige brugere i større grad end de mandlige angiver, at de mangler sådanne steder. En fjerdedel af kvinderne svarer, at de 'i høj grad' mangler væresteder og andre sociale tilbud, hvorimod det kun er tilfældet for 17 pct. af mændene.

TABEL 9.22

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mangler væresteder eller andre sociale tilbud, fordelt på køn. Procent.

Køn	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Kvinde	25	16	14	44	100	284
Mand	17	15	17	52	100	718
I alt	20	15	16	50	100	1.002

Anm.: $\chi^2 = 10$, $P = 0,024$.

Af tabel 9.23 bliver det tydeligt, at brugere, som har en partner, der ikke er misbruger, i markant mindre grad mener, at de mangler væresteder og andre sociale tilbud. Her er det hele 63 pct., der 'slet ikke' mangler væresteder og sociale tilbud. Tilsvarende gør sig kun gældende for henholdsvis 46 og 45 pct. af brugerne, der enten ikke har en partner, eller hvor partneren er misbruger. Noget tyder altså på at det at have en partner, der er misbruger, ikke nedsætter brugerens behov for sociale tilbud. Behovet nedsættes derimod hos brugere, der har en partner, der *ikke* er misbruger. 27 pct. af de brugere, der har en partner, der er misbruger, mener, at de 'i høj grad' mangler steder, hvor de kan være sammen med andre mennesker.

TABEL 9.23

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mangler væresteder eller andre sociale tilbud. Fordelt på, om brugeren har en partner, og om partneren er misbruger eller ej. Procent.

Partner eller ej	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Ingen partner	19	18	18	46	100	622
Har en partner, der ikke er misbruger	17	8	12	63	100	218
Har en partner, der er misbruger	27	13	15	45	100	157
I alt	20	15	16	49	100	997

Anm.: $\chi^2 = 29$, $P < 0,001$.

Hele 65 pct. af brugerne i arbejde siger, at de 'slet ikke' mangler væresteder og sociale tilbud, og kun 9 pct. siger, at de 'i høj grad' mangler sådanne tilbud. For brugere på kontanthjælp mv. og brugere på pension er det henholdsvis 20 og 23 pct., der svarer, at de 'i høj grad' mangler sociale tilbud, hvor de kan være sammen med andre mennesker.

TABEL 9.24

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mangler væresteder eller andre sociale tilbud, fordelt på deres indkomsttype. Procent.

Indkomsttype	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Arbejde	9	9	16	65	100	117
Kontanthjælp mv.	20	16	18	46	100	499
Pension	23	15	13	48	100	372
I alt	20	15	16	49	100	988

Anm.: $\chi^2 = 21$, $P = 0,001$.

Sammenhængen mellem uddannelse og i hvilken grad, brugeren mangler væresteder eller andre sociale tilbud (jf. tabel 9.25), er ikke signifikant i krydstabellen. Da den er signifikant i regressionsanalysen (jf. tabel 9.29), vil vi gennemgå den her. Der er en tydelig tendens til, at brugere med mere akademiske uddannelser som gymnasial uddannelse eller videregående uddannelser i mindre grad end andre brugere mangler væresteder og sociale tilbud. 57 pct. af brugerne med gymnasial uddannelse og 58 pct. af brugerne med videregående uddannelse svarer, at de 'slet ikke' mangler væresteder. Tilsvarende gør sig kun gældende for henholdsvis 50 og 45 pct. af brugerne med enten højst 10. klasse eller en faglig eller erhvervsuddannelse. Omvendt er der kun 12 pct. af dem med enten gymnasial eller videregående uddannelse, der svarer, at de 'i høj grad' mangler væresteder og sociale tilbud.

TABEL 9.25

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mangler væresteder eller andre sociale tilbud, fordelt på deres uddannelsesniveau. Procent.

Uddannelses-niveau	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Højst 10. klasse	21	14	16	50	100	600
Gymnasial uddannelse	12	8	23	57	100	61
Faglig el. erhvervs-uddannelse	22	19	15	45	100	259
Videregående uddannelse	12	14	16	58	100	77
I alt	20	15	16	50	100	997

Anm.: $\chi^2 = 16$, $P = 0,070$.

Tabel 9.26 viser, at der er en signifikant forskel på brugere, der er i behandling første gang, og brugere, der tidligere har været i behandling. Brugere, der har været i behandling før, føler i højere grad, at de mangler sociale væresteder og andre tilbud, idet 23 pct. svarer, at de 'i høj grad' mangler sociale væresteder, mod kun 14 pct. i gruppen af brugere, der er i behandling for første gang.

TABEL 9.26

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mangler væresteder eller andre sociale tilbud. Fordelt på, om brugeren har været i behandling før. Procent.

Tidligere behandling	I høj grad	I nogen grad	I mind- re grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Første gang i behandling	14	14	16	55	100	374
Har tidligere været i behandling	23	15	16	46	100	626
I alt	20	15	16	50	100	1.000

Anm.: $\chi^2 = 12$, $P = 0,008$.

TABEL 9.27

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mangler væresteder eller andre sociale tilbud. Fordelt på, i hvilken grad brugeren føler, at behandlingsstedet er et rart sted at opholde sig. Procent.

Vurdering af behandlings- stedet	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
I høj grad et rart sted	17	13	19	52	100	464
I nogen grad et rart sted	16	18	16	50	100	281
I mindre grad et rart sted	25	14	14	48	100	118
Slet ikke et rart sted	34	16	9	41	100	122
I alt	20	15	16	49	100	985

Anm.: $\chi^2 = 28$, $P = 0,001$.

I tabel 9.27 ses sammenhængen mellem, i hvilken grad brugeren føler, at han/hun mangler andre sociale tilbud, og om brugeren føler, at behandlingsstedet er et rart sted at opholde sig. Brugere, der 'i mindre grad' eller 'slet ikke' opfatter behandlingsstedet som et rart sted, har relativt store andele på henholdsvis 25 og 34 pct., der 'i høj grad' føler, at de mangler sociale væresteder og lignende. Det understreger således, at brugere, der ikke opfatter behandlingsstedet som et rart sted at være, har behov for at søge andre steder hen, hvor de kan få dækket deres behov for social kontakt med andre.

Der er desuden forskelle mellem kommunerne i brugernes angivelse af behovet for sociale tilbud (jf. tabel 9.28). Københavns omegn har den største andel (29 pct.) af brugere, der 'i høj grad' mangler væresteder og sociale tilbud. I Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg er det derimod kun 8 pct., der angiver, at de 'i høj grad' mangler sociale væresteder. I byer med 30.000 indbyggere eller mere følger fordelingen gennemsnittet, hvorimod behovet for væresteder og sociale tilbud i byer med under 30.000 indbyggere er noget højere. Her svarer 25 pct., at de 'i høj grad' mangler væresteder.

TABEL 9.28

Brugernes angivelse af i hvilken grad de mangler væresteder eller andre sociale tilbud, fordelt på, hvilken type by de bor i. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Københavns Kommune	23	18	14	46	100	189
Københavns omegn	29	10	22	39	100	192
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	9	16	9	67	100	276
By m. 30.000 indbyggere el. mere	19	16	21	44	100	183
By m. mindre end 30.000 indbyggere	25	14	17	44	100	161
I alt	20	15	16	50	100	1.001

Anm.: $\chi^2 = 72$, $P < 0,001$.

TABEL 9.29

Ordinal logistisk regression af i hvilken grad brugeren mangler et værested eller et andet socialt tilbud¹. Parameterestimater.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau
<i>Køn:</i>			**
Mand	-0,404	0,149	**
Kvinde	Reference	Reference	Reference
<i>Partnerrelation:</i>			**
Ingen partner	Reference	Reference	Reference
Partner er ikke misbruger	-0,610	0,173	***
Partner er misbruger	-0,120	0,195	*
<i>Indkomsttype:</i>			*
Arbejde	Reference	Reference	Reference
Kontanthjælp mv.	0,522	0,223	*
Pension	0,539	0,232	*
<i>Uddannelse:</i>			*
Højest 10. klasse	Reference	Reference	Reference
Gymnasial uddannelse	-0,477	0,274	
Faglig eller erhvervsuddannelse	0,241	0,149	
Videregående uddannelse	-0,348	0,252	
<i>Tidligere behandling eller ej:</i>			**
Første gang i behandling	Reference	Reference	Reference
Har tidligere været i behandling	0,363	0,135	**
<i>I hvilken grad behandlingsstedet angives at være et rart sted at opholde sig:</i>			**
I høj grad et rart sted	Reference	Reference	Reference
I nogen grad et rart sted	0,174	0,152	
I mindre grad et rart sted	0,398	0,213	
Slet ikke et rart sted	0,820	0,219	***
<i>Bytype:</i>			***
Københavns Kommune	Reference	Reference	Reference
Københavns omegn	0,335	0,203	
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-1,000	0,213	***
By m. 30.000 indbyggere el. mere	-0,045	0,207	
By m. mindre end 30.000 indbyggere	0,110	0,214	

Note 1: Den afhængige variabls udfald: 1) Slet ikke; 2) I mindre grad; 3) I nogen grad og 4) I høj grad.

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 965 brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Den logistiske regressionsanalyse (jf. tabel 9.29) bekræfter billedet fra krydstabellerne, når vi kontrollerer variablerne for hinanden:

- Generelt mangler mandlige brugere i mindre grad end de kvindelige brugere disse væresteder og sociale tilbud.
- Brugere, der har en partner, der *ikke* er misbruger, mangler i mindre grad væresteder end brugere, der ikke har en partner. Brugere, hvis

partner *er* misbruger, har dog en lige så stor sandsynlighed for at mangle væresteder og sociale tilbud som brugere, der ikke har en partner.

- Både brugere på kontanthjælp mv. og brugere på pension mangler i noget højere grad end brugere i arbejde væresteder og sociale tilbud.
- Brugere med videregående eller gymnasial uddannelse har en lavere sandsynlighed for at mangle sociale væresteder end gruppen af faglærte og ufaglærte.
- Brugere, der tidligere har været i behandling, udtrykker en højere grad af mangel på væresteder.
- Hvis brugeren føler, at behandlingsstedet 'slet ikke' er et rart sted at være, så er sandsynligheden for i højere grad at mangle væresteder noget højere. Her tydeliggøres det altså, at der er sammenhæng mellem brugernes oplevelser af det sted, de modtager behandling, og tilfredsstillelsen af det behov, de har for sociale væresteder.
- Endelig bekræfter regressionsanalysen, at andelen, der mangler væresteder, er højest i Københavns omegn og lavest i de store provinsbyer.

AFSLUTNING AF BEHANDLING OG UDSLUSNING

I det følgende vil vi se nærmere på brugernes oplevelser og erfaringer i forbindelse med udslusning fra behandling hos brugere, som tidligere har gennemført et behandlingsforløb planmæssigt.

TABEL 9.30

Fordeling af, om brugere, der tidligere har været i behandling, har afsluttet en behandling planmæssigt eller ej. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har tidligere afsluttet behandling planmæssigt	63	389
Har <i>ikke</i> tidligere afsluttet behandling planmæssigt	37	232
I alt	100	621

Af de adspurgte brugere opgiver 63 pct., at de tidligere har været i behandling. Af denne gruppe svarer 63 pct., at de tidligere har afsluttet et

behandlingsforløb planmæssigt (jf. tabel 9.30). Det svarer til, at 40 pct. af brugerne tidligere har prøvet at gennemgå et behandlingsforløb og afsluttet det planmæssigt.

Vi spurgte de brugere, der har prøvet at afslutte et behandlingsforløb planmæssigt, i hvor høj grad de føler, at der ved udslusning fra deres tidligere behandling blev taget hånd om deres situation. Som det ses af tabel 9.31 mener op imod halvdelen (45 pct.), at der 'slet ikke' blev taget hånd om dem i forbindelse med udslusningen. Omvendt svarer 23 pct., at der 'i høj grad' blev taget hånd om deres situation. Af de brugere, som har afsluttet en behandling regelmæssigt tidligere og er kommet i behandling igen, er der således et overtal af brugere, der mener, at der ikke er blevet taget ordentligt hånd om dem i deres udslusning. Det kan enten betyde, at der generelt tages for lidt hånd om udslusningen, eller det kan være et resultat af, at dårlig udslusning i højere grad fører til tilbagefald, hvorved vi fanger de brugere, der på interviewtidspunktet er blevet genindskrevet i stofmisbrugsbehandling.

TABEL 9.31

Brugere, der tidligere har afsluttet en behandling planmæssigt, fordelt på, i hvilken grad de oplevede, at der blev taget hånd om deres situation i forbindelse med udslusningen. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	23	87
I nogen grad	17	64
I mindre grad	16	64
Slet ikke	45	172
I alt	100	388

Brugere, der tidligere har afsluttet en behandling planmæssigt, er ligeledes blevet spurgt, om de manglede hjælp i forbindelse med udslusningen. Til dette svarer 58 pct. 'ja'. Vi bad disse brugere nævne, hvad de manglede hjælp til. I tabel 9.32 er brugernes svar kodet og samlet i kategorier. Tabellen viser således, hvor stor en andel af alle brugerne der tidligere har prøvet at være igennem et udslusningsforløb, som har oplevet at have manglet hjælp til de givne problemer. Kategorien andet indeholder en række problemer, der fx omfatter kriminalitet, manglende fysisk aktivitet, at skaffe ejendele tilbage og generel løsning af praktiske forhold

i hverdagen. Det er tydeligt, at det problem, brugerne hyppigst har oplevet i forbindelse med udslusning, er, at der ikke var tilstrækkelig opfølgning og yderligere behandling. 26 pct. af alle brugerne, der har afsluttet et behandlingsforløb planmæssigt, nævner således problemer i retning af manglende opfølgende samtaler, yderligere rådgivning, mangel på en støtteperson og manglende tilbud om fortsat behandling efter udslusning fra fx et døgnbehandlingssted. De næst hyppigste problemer, der opleves ved udslusningen, er manglende hjælp til bolig og til problemer relateret til brugerens sociale netværk og miljø. Det kan både være hjælp til at komme ud af et socialt miljø, der hovedsageligt består af stofmisbrugere, eller hjælp til overhovedet at få opbygget et socialt netværk.

TABEL 9.32

Fordelingen af brugere, der har afsluttet behandlingen planmæssigt mht., om de manglede hjælp i forbindelse med udslusningen eller ej. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har manglet hjælp	57	224
Har <i>ikke</i> manglet hjælp	40	157
Ved ikke	3	10
I alt	100	391

TABEL 9.33

Andel brugere, der nævner at have manglet hjælp til de listede problemer i forbindelse med udslusning. Procent.

	Procentdel, der nævner problemet
Arbejde og uddannelse	8
Økonomi	6
Bolig	13
Socialt netværk/miljø	13
Psykiske problemer	3
Børn/familie	2
Opfølgning og yderligere behandling	26
Andet	12

Note.: Kategorien andet indeholder fx kriminalitet, fysisk aktivitet, at skaffe ejendele og information om, hvad der skulle ske.

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 330 brugere. Bemærk: En bruger kan godt have nævnt flere problemer og optræde i flere rækker.

I de kvalitative interview beskriver brugerne problematikkerne omkring udslusning og afslutning af behandling. En bruger beskriver situationen således:

Det er sgu da så nemt at holde sig clean i en primær behandling, hvor du har behandlere rundt om dig hele tiden og bliver passet på ... det er da først, når du kommer derfra, at hjælpen den virkelig... at prøven skal stå [...]. Det er der, de slipper, bare fordi der er der ikke flere penge i røven på en [...] Hvis jeg havde fået penge til det indskud [til bolig], så havde jeg været lønmodtager i dag. Det er 100 pct. sikkert (Tom, 44 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

En anden bruger beskriver, hvordan han oplever, at sagsbehandlerne i det sociale system og på jobcentret ikke rigtigt forstår hans situation:

Man må tage mange ting med [i betragtningen], når man skal finde ud af, hvad en person, som kommer lige fra behandlingen og lige fra mange års stofmisbrug, kan overskue, og hvad man kan hjælpe med i stedet for at være så fokuseret på, at du nu bare skal være en ting – nu skal du bare videre, ikke? Det tager længere tid. Ellers vil de fleste personer også ryge tilbage i misbruget, og så bruger staten flere penge på en ny behandling ... I sidste ende ville det bedre kunne betale sig at smide lidt flere penge på og få bygget fundamentet op. [...] At der måske er et område, som tager sig af de folk, som kommer fra behandlingen. Det behøver ikke kun at være stofmisbrugerens behandling, men også psykiatrisk behandling – folk, der skal ud i livet igen, at man tager dem seriøst, for det er det, de har brug for. At finde ud af, hvad målene er, fordi så vil mange af dem jo også være meget mere åbne for at tage chancer, hvis de føler, at de har en støtte. Men altså, sidde med en eller anden, der ikke ved en skid og bare propper noget ned i hovedet på en ... så kan det få den modsatte effekt, ikke? Så tænker man, så *fuck* det her system, ikke? ... Jeg gider ikke vende tilbage til denne her verden, ikke? Det er sådan en meget ulogisk tankegang, man har, når man er stofmisbruger. Så forsvinder jeg bare fra verden igen, ikke? Der har man sgu lidt brug for at blive støttet, indtil man

står på sine egne ben fuldstændigt (Kasper, 28 år, misbruger af centralstimulerende stoffer i dagbehandling).

Der er dog også en del af brugerne i døgnbehandling, som i de kvalitative interview fortalte om, hvordan de har fået bolig og arbejde i forbindelse med deres udslusning. Det har dog primært været på eget initiativ, at de har opnået disse ting. Som det også fremgår af tabel 9.27, er der mange brugere i behandling, der i forbindelse med afslutning af tidligere behandlingsforløb havde ønsket løbende opfølgninger på deres behandling. Det uddybes i et af interviewene:

Måske kunne kontakten, efter man har været i behandling, godt gøres bedre. Sørge for, at man trak folk ind hver 14. dag, så de lige skulle ind og fortælle, hvordan det gik. For at man også havde lidt kontrol og vidste, at der var nogen, som holdt øje med én (Christian, 25 år, misbruger af hash og centralstimulerende stoffer).

OPSAMLING PÅ SOCIAL STØTTE OG UDSLUSNING

Halvdelen af brugerne i behandling anvender væresteder, frivillige netværk og andre tilbud til stofmisbrugere uden for behandlingsstedet. Brugere, der modtager ad hoc-ydelser, har generelt en lavere andel, der benytter disse tilbud. Andelen, der benytter disse tilbud, er generelt lavere blandt brugere i arbejde, men lige høj blandt brugere på førtidspension og kontanthjælp mv.

50 pct. af brugerne mener ikke, at der mangler væresteder eller lignende tilbud, mens 20 pct. mener, at der 'i høj grad' mangler sådanne tilbud. Det er især kvindelige brugere, brugere på kontanthjælp mv. eller pension, brugere, der ikke opfatter behandlingsstedet som et rart sted at være, der mangler væresteder og lignende tilbud. Endelig er andelen, der mangler disse tilbud, højest i Københavns omegn og lavest i de store provinsbyer.

Med hensyn til udslusning har over halvdelen af de brugere, som har prøvet at afslutte et behandlingsforløb planmæssigt, manglet hjælp i udslusningsfasen. Der skal dog tages højde for skævhed i disse tal, da vi kun har talt med brugere, som efterfølgende har fået tilbagefald og derfor er i stofmisbrugsbehandling igen. Brugere nævner især at have manglet hjælp til at få en bolig og at få et socialt netværk.

SÆRLIGE BRUGERGRUPPER

I dette kapitel samler vi op på, om der er nogle særlige vilkår, som gør sig gældende i behandlingen for kvinder, etniske brugere, brugere, som ikke har været i behandling før, og misbrugere af forskellige stoffer.

DE KVINDELIGE BRUGERE

De kvindelige brugere udgør en fjerdedel af brugerne i stofmisbrugsbehandlingen. Som det fremgår af de forudgående kapitler, skiller de kvindelige brugere sig ikke meget ud i forhold til stofmisbrugsbehandlingen, hverken mht. formål, intensitet eller tilfredsheden med behandlingen. Der er dog en tendens til, at flere af de kvindelige end de mandlige brugere i undersøgelsen oplever at have psykiske problemer, og flere kvindelige brugere får psykologsamtaler som del af behandlingen. Samtidig har de kvindelige brugere også lidt længere samtaler med deres kontaktperson.

De kvindelige brugere har desuden i højere grad brug for hjælp til problemer med børn. Dette resultat er ikke overraskende, da en større andel af de kvindelige brugere har børn, som helt eller delvist bor hjemme hos dem. Det at have barn som misbruger kan også være en

barriere i forhold til at søge behandling. Kvinderne kan være bange for at miste deres børn, hvis de gør opmærksom på misbruget.

De kvindelige brugere oplever derimod i mindre grad at have brug for hjælp til at løse problemer med kriminalitet. Det er på trods af, at en lige så stor andel kvindelige som mandlige brugere oplyser, at de har illegale eller uofficielle indtægter. Her kan der være tale om, at en del af kvinderne har indtægter fra prostitution.

Pårørende bliver inddraget lige meget i de kvindelige og de mandlige brugeres behandling. Der er samtidig en tendens til, at en større andel af de kvindelige brugere ønsker, at deres pårørende bliver inddraget mere i behandlingen. De kvindelige brugere benytter sig desuden i mindre grad af væresteder og brugercaféer og mener i højere grad, at der mangler sådanne sociale tilbud. Det kunne tyde på, at der er noget ved de eksisterende tilbud, som afholder kvinderne fra at benytte dem.

I de kvalitative interview er brugerne blevet spurgt, om de foretrækker kønsopdelt eller -blandet behandling. Blandt brugerne i ambulant behandling giver hverken kvinderne eller mændene udtryk for, at de ønsker en kønsopdelt behandling. De mænd, som er indskrevet i en døgnbehandling, hvor der kun er mænd, er dog glade for opdelingen. De fortæller, at de således undgår, at parforhold og sex flytter deres fokus væk fra behandlingen af deres misbrug. Som Simon på 22 år, der er misbruger af hash og centralstimulerende stoffer og i døgnbehandling, beskriver det: "Det har været kedeligt, men jeg tror til gengæld, at det er langt det bedste." En anden mandlig bruger siger:

Jeg vil gerne et sted hen, hvor der ikke er kvinder, fordi det er meget forstyrrende for os mænd. Tingene begynder jo at live op igen, når man bliver clean, og så kan man hurtigt flygte ved, at man bilder sig selv ind, at nu er man forelsket i hende der, og det er jo ikke det, tiden skal bruges til på et behandlingscenter (Jens, 39 år, opiatmisbruger i døgnbehandling).

Forskellen mellem brugere i ambulant og døgnbehandling skyldes formentlig, at den mere intensive behandling betyder, at brugerne er sammen flere timer, og at behandlingen samtidig ofte indeholder gruppebehandling, hvor brugerne skal tale åbent om deres problemer i gruppen. Det kan være sværere, hvis der samtidig foregår et spil mellem

kønnene. Da der er færre kvinder i behandling, vil de ofte være kraftigt i undertal på behandlingsstederne, hvilket kan have stor betydning for tonen i gruppebehandlingen. Samtidig har en del af kvinderne et kompliceret forhold til mænd, som det beskrives af Carina:

Jeg tror, at det er et kendt fænomen inden for stofmisbrugere, at man sælger sig selv på mange planer. Det kan både være at gå ned og sælge sex på gaden eller i et bureau, men det kan også bare være at gå i seng med en fyr for at få et eller andet, kærlighed, få noget tryghed eller noget, man forbinder med kærlighed. Jeg ser da også, at kvinderne har det rigtig svært, fordi de altid sidder alene i døgnbehandlingerne og egentlig hører på en masse mandesnak ... hvor man rigtig nedgør kvinderne, ikke? Hvor jeg virkelig har det sådan: 'Hold kæft, hvor har jeg nogle gange råbt højt over for de der mænd!' Og jeg synes, de har været virkeligt grove. Men det er bare ikke alle, der kan gøre det, og det er ikke alle, som kan melde ud, og det har jeg heller ikke altid kunnet, og der må jeg så nok sige, at jeg har lært noget ... Jeg har mødt kvinder, som har været i ren kvindebehandling, der virkelig har fået meget ud af det. For tit og ofte ser man også kvinder som rivaler i det her miljø, ikke? Fordi du tit er afhængig af en eller anden mand, der måske sælger stoffer, og så er det *edermanne* med at få hende der kvinden af pinden, fordi så kan man komme ind her og få et eller andet. Tit og ofte skal man derfor nærme sig sit eget køn på den rigtige måde, og der ser jeg det nok som, at det også er en god læreproces i en døgnbehandling (Carina, 31 år, opiatmisbruger i ambulant behandling).

Holdningen til behandling kun for kvinder er dog ambivalent, idet interviewpersonen samtidig vurderer, at der kan være både fordele og ulemper. Der kan således ikke gives nogen ensidige anbefalinger om kønsopdelt behandling ud fra brugernes ønsker. Det er dog værd at være opmærksom på, at kvinderne kan være meget alene med nogle problemstillinger, som de ikke nødvendigvis har lyst til at dele med mændene i behandling. Der bør så vidt muligt tages højde for dette i behandlingen af kvinderne.

BRUGERE MED ETNISK MINORITETSBAGGRUND

Som nævnt i kapitel 3, er 9 pct. af brugerne i undersøgelsen af etnisk minoritetsbaggrund. Denne gruppe adskiller sig i undersøgelsen ikke særligt fra gruppen af danske brugere. Da undersøgelsen er afgrænset til brugere i behandling, kan der således være særlige faktorer, som gør sig gældende i forhold til denne gruppes søgning til behandling, som vi ikke kan afdække her. I de forudgående kapitler adskiller brugere med etnisk minoritetsbaggrund sig kun fra danske brugere på nogle få områder.

Der er en mindre del af brugerne med etnisk minoritetsbaggrund, som er stoffri, mens flere er i forløb, hvor det er planlagt, at de skal blive stoffri inden for et par år. Flere i gruppen får psykologsamtaler end blandt danske brugere, og flere har brug for hjælp til bolig, mens de i lige så høj grad som danske brugere får hjælp til boligproblemer.

Brugere med etnisk minoritetsbaggrund adskiller sig desuden ved mindre kendskab til behandlingssystemet og deres rettigheder. De er således mere i tvivl om deres klagerettigheder i forbindelse med manglende overholdelse af behandlingsgarantien på 14 dage, og færre kender deres kommunale sagsbehandler. De får dog i nogen grad hjælp til at imødekomme denne manglende viden, idet flere etniske brugere har haft en bisidder med til møder med kommunen.

Brugere med etnisk minoritetsbaggrund får således på langt de fleste områder den samme behandling som danske brugere, men har i højere grad brug for mere information om systemet og deres rettigheder.

NYE BRUGERE

38 pct. af brugerne i undersøgelsen har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling. Gruppen adskiller sig dog ikke nævneværdigt mht. intensitet, indhold og formål med behandlingen. De nye brugere i behandlingen er dog generelt mere tilfredse med behandlingen og med deres mulighed for at justere behandlingen, og de har i højere grad fået den behandling, de gerne vil have.

De nye brugere har på nogle områder færre problemer og ønsker ikke samme hjælp som brugere, der tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Der er således færre af de nye brugere, som oplever at have

psykiske problemer, og de, der har sådanne problemer, oplever i højere grad at få hjælp til dem, hvilket også giver sig udslag i, at færre nye brugere ønsker flere psykologsamtaler.

Gruppen synes samtidig, at det er mindre vigtigt at have flere behandlingssteder at vælge imellem. De ønsker i mindre grad flere samtaler med deres kontaktperson og oplever ikke mange skiftende kontaktpersoner som så stort et problem, som brugere, der tidligere har været i behandling. De benytter desuden værestederne mere og mener i mindre grad, at der mangler sådanne tilbud.

Det er ikke afgørende for indhold, intensitet eller formål med behandlingen, om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Det er alder derimod, idet yngre brugere får mere intensive behandlingsforløb, hvor formålet i højere grad er stoffrihed, end tilfældet er for de ældre brugere.

MISBRUGSTYPERNE

Der er en tydelig forskel på, hvilken behandling brugerne modtager alt efter, hvilket hovedmisbrugsstof brugeren har.

Brugere, der er i behandling for misbrug af hash mv. og centralstimulerende stoffer, er oftere stoffri, og en større andel af dem, der oprindeligt ønskede stoffrihed, opnår det blandt disse brugere. Gruppen er samtidig oftere i dag- eller døgnbehandling og modtager flere psykologsamtaler og mere gruppebehandling, og de får inddraget deres pårørende mere i behandlingen end opiatmisbrugerne.

Opiatmisbrugerne oplever samtidig i mindre grad, at kontaktpersonen er lydhør over for deres ønsker til behandling. Flere i denne gruppe har psykiske problemer, og de oplever i mindre grad at få hjælp til deres psykiske problemer. Opiatmisbrugerne virker derfor som en svagere gruppe i stofmisbrugsbehandlingen.

Der skal dog tages et forbehold for, at undersøgelsen kun dækker de brugere, som rent faktisk er indskrevet i behandling. Der kan således være et problem med at fastholde og give de rette tilbud til misbrugere af hash mv. og centralstimulerende stoffer, som vi ikke kan afdække her. Mens opiatmisbrugere kan fastholdes via det medicinske tilbud, er der ikke sådanne muligheder over for misbrugere af andre hovedmisbrugsstoffer.

DE PÅRØRENDE

I dette kapitel præsenterer vi resultaterne fra den kvantitative spørgeskemaundersøgelse af de pårørendes oplevelser og erfaringer med det sociale behandlingssystem, suppleret med kvalitative interview af en udvalgt gruppe pårørende.

I Danmark eksisterer der ikke omfangsrige undersøgelser eller evalueringer af de pårørendes erfaringer med og perspektiver på den sociale stofmisbrugsbehandling, som stofmisbrugere tilbydes i dag. Derfor har det været centralt at undersøge det sociale behandlingssystems styrker og svagheder, set fra et pårørendeperspektiv.

Undersøgelsen har haft fokus på følgende dimensioner:

- De pårørendes oplevelser af, hvilke styrker og svagheder de erfarer ved de respektive behandlingstilbud.
- De pårørendes forståelse af den helhedsorienterede indsats.
- De pårørendes forventninger til behandlingen.
- Hvorvidt de pårørende oplever at blive inddraget aktivt i behandlingsprocessen.
- Hvorvidt de pårørende oplever barrierer i systemet, som modvirker opnåelse af den forventede behandling, og hvilke barrierer der er tale om.

I lyset heraf er det derfor også interessant at undersøge, hvilke forslag og idéer de pårørende har til, hvordan den sociale stofmisbrugsbehandling kan tilrettelægges bedre.

Den kvalitative delundersøgelse har ikke et repræsentativt formål, da det søges opnået gennem spørgeskemaundersøgelsen. Derimod har den haft to andre formål. For det første, på linje med den kvalitative undersøgelse af brugernes oplevelse af den sociale stofmisbrugsbehandling, at kvalificere den efterfølgende spørgeskemaundersøgelse. Dvs., at vi har indarbejdet væsentlige temaer og problemområder, som de pårørende fremdrog i de kvalitative interview, i spørgeskemaet. For det andet har formålet med de kvalitative interview været at perspektivere og give en dybere forståelse for de statistiske resultater, der fremkom i spørgeskemaundersøgelsen til de pårørende.

De interviewede pårørende er alle medlemmer af en pårørendeforening (se mere herom i kapitel 2).

Samlet giver henholdsvis interviewene samt spørgeskemaundersøgelsen et fingerpeg om, hvordan de pårørende – på undersøgelsestidspunkterne – oplever og vurderer behandlingssystemet, samt hvilke forslag de har til en forbedret behandlingsindsats.

KAPITLET'S OPBYGNING

Kapitlet er bygget op således, at vi i dette afsnit kort karakteriserer de pårørende samt præsenterer, hvad det ifølge de pårørende vil sige at være pårørende til en bruger. Efterfølgende beskriver vi hjælpen til de pårørende, herunder om de får nogen hjælp, og hvilken hjælp de får. Derefter ser vi mere detaljeret på behandlingsprocessen, de pårørendes forventninger og inddragelse i behandlingen. Det efterfølgende afsnit fokuserer på de pårørendes oplevelse af behandlingstilbuddene og deres oplevelse af barrierer i behandlingsprocessen, som modvirker opnåelsen af henholdsvis den forventede behandling, aktive inddragelse samt en helhedsorienteret indsats. Afslutningsvis præsenterer vi de pårørendes forslag til forbedringer af stofmisbrugsbehandlingen.

DE PÅRØRENDES LIVSSITUATION

I dette afsnit beskriver vi, hvem de pårørende i undersøgelsen er, og hvordan de oplever livet som pårørende til en stofmisbruger.

HVEM ER DE PÅRØRENDE, OG HVAD ER DERES FORHOLD TIL BRUGER?

I alt har 315 pårørende deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. Heraf er en tredjedel mænd (33 pct.) og omkring to tredjedele kvinder (67 pct.).

TABEL 11.1

De pårørendes køn. Procent og antal.

Køn	Procent	Antal
Mænd	33	103
Kvinder	67	212
I alt	100	315

Som det fremgår af tabel 11.2, er 28 pct. af de pårørende i alderen 40 år og derunder, og 72 pct. befinder sig i alderen 41 år og opefter. Langt størstedelen af de pårørende (98 pct.) er primært opvokset i Danmark.

TABEL 11.2

De pårørendes alder. Procent og antal.

Alder	Procent	Antal
-20 år	3	10
21-30 år	11	35
31-40 år	14	42
41-50 år	25	78
51-60 år	26	80
61- år	22	67
I alt	100	312

TABEL 11.3

De pårørendes højeste uddannelsesniveau. Procent og antal.

Uddannelse	Procent	Antal
Højest 10. klasse	42	131
Gymnasial uddannelse	9	27
Faglig eller erhvarvsuddannelse	17	51
Videregående uddannelse	32	10
I alt	100	309

Uddannelsesmæssigt har 42 pct. af de pårørende en 10. klasse eller derunder som højeste uddannelsesniveau. Tabel 11.3 viser, at 9 pct. har en gymnasial uddannelse, 17 pct. en faglig eller erhvervsuddannelse, og 32 pct. har en videregående uddannelse. 75 pct. af de pårørende er i en eller anden form for beskæftigelse, mens 25 pct. er uden for beskæftigelse.

Videre ses af tabel 11.4, at den største gruppe er pårørende til opiatmisbrugere (48 pct.). 19 pct. er pårørende til opiatmisbrugere, der også har et blandingsmisbrug. 16 pct. er pårørende til misbrugere af hash mv. De sidste 16 pct. er pårørende til misbrugere af centralstimulerende stoffer.

TABEL 11.4

Hovedstof for brugeren til de interviewede pårørende. Procent og antal.

	Procent	Antal
Opiater	48	150
Opiater/blandingsmisbrug	19	59
Centralstimulerende stoffer	16	51
Hash mv.	16	51
I alt	100	311

Vender vi blikket mod de pårørendes relation til brugeren, så ser vi af tabel 11.5, at 59 pct. er forælder til den misbrugende, 17 pct. er ægtefælle eller partner, 14 pct. er søster eller bror, 7 pct. er søn eller datter, og 3 pct. har andre relationer til brugeren såsom ven, nevø, niece el. lign.

TABEL 11.5

Relationen mellem den pårørende og brugeren. Procent og antal.

Relation	Procent	Antal
Ægtefælle/partner	17	54
Søster/bror	14	44
Mor/far	7	22
Datter/søn	59	185
Andre relationer	3	10
I alt	100	315

De pårørende, der ikke bor på samme adresse som den misbrugende, har primært en transporttid på op til 1 time fra deres bopæl til brugerens bosted. 21 pct. angiver at have mere end 1 time til brugerens bosted.

Det fremgår af tabel 11.6, at 29 pct. af de pårørende har haft kendskab til misbruget i 5 år eller derunder. 24 pct. har kendt til det i 6-10 år, 36 pct. i 11-20 år, og 11 pct. har kendt til det i mere end 20 år.

TABEL 11.6

Antal år, den pårørende har haft kendskab til brugerens misbrug.
Procent og antal.

Antal år	Procent	Antal
1-5 år	29	85
6-10 år	24	71
11-20 år	36	107
21- år	11	32
I alt	100	315

Det varierer, hvor meget de pårørende har kontakt med brugeren. Som det fremgår af tabel 11.7, spænder det fra 35 pct., der har haft kontakt med brugeren hver dag i de sidste 3 måneder op til interviewtidspunktet, til 16 pct., som har haft kontakt med brugeren 1-10 dage inden for samme periode.

TABEL 11.7

Antal dage de sidste 3 måneder op til interviewtidspunktet, hvor den pårørende har været i kontakt med brugeren. Procent og antal.

Antal dage	Procent	Antal
0	0,3	1
1-10	16	51
11-20	11	34
21-30	12	37
31-40	6	20
41-50	10	32
51-60	4	12
61-89	6	19
90-	35	109
I alt	100	315

Brugerne, hvis pårørende deltager i undersøgelsen, er jævnt fordelt i landet. 22 pct. er bosiddende i Københavns Kommune, 19 pct. i Københavns omegn, 23 pct. i de store provinsbyer, 17 pct. i byer med mere end 30.000 indbyggere og 20 pct. i byer med under 30.000 indbyggere.

TABEL 11.8

Type by brugerne, hvis pårørende deltager i undersøgelsen, bor i.
Procent og antal.

	Procent	Antal
Københavns Kommune	22	69
Københavns omegn	19	59
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	23	71
By m. 30.000 indbyggere el. mere	17	54
By m. mindre end 30.000 indbyggere	20	62
I alt	100	315

LIVET SOM PÅRØRENDE

Livet som pårørende til en stofmisbruger er ofte meget komplekst, hvilket kommer til udtryk i både spørgeskemaundersøgelsen samt i de kvalitative interview. Dette afsnit belyser, hvilke konsekvenser det har for de pårørende at være knyttet til en stofmisbruger. Hvad betyder det for deres livssituation? Hvordan oplever de det fysisk, psykisk såvel som socialt og arbejdsmæssigt?

NEGATIVE KONSEKVENSER FOR DEN PÅRØRENDES SITUATION

I tabel 11.9 viser vi de pårørendes svar på spørgsmålet om, i hvilken grad de oplever, at det at være pårørende til en misbruger har haft negative konsekvenser for deres personlige situation. 41 pct. svarer 'i høj grad', 24 pct. oplever, at det 'i nogen grad' har haft negative konsekvenser, 12 pct. synes 'i mindre grad', og 21 pct. er af den vurdering, at det ikke har haft nogen konsekvenser for deres personlige situation. 1 pct. er uafklarede i forhold til dette spørgsmål.

TABEL 11.9

De pårørendes angivelse af, i hvilken grad de oplever, at det har haft negative konsekvenser for deres personlige situation at være pårørende til en misbruger. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	41	128
I nogen grad	24	76
I mindre grad	12	38
Slet ikke	21	67
Ved ikke	1	4
I alt	100	313

Samlet set oplever de fleste pårørende i en eller anden grad negative konsekvenser ved at være pårørende til en misbruger, hvilket også kommer tydeligt til udtryk i de kvalitative interview. Samtlige af de interviewede pårørende fortæller, at de er eller har været præget af skyld, skam, bekymring og desperation. Desuden har de alle på et tidspunkt oplevet en følelse af medafhængighed, dvs. følt sig ansvarlig for brugerens følelser, handlinger, valg, behov og trivsel. En mor udtrykker det på følgende måde:

Jeg har kæmpet så meget med skyld og skam. Hvad har jeg gjort forkert i min opdragelse? Jeg har holdt det [at være mor til en stofmisbruger] for mig selv, var ikke sikker på, hvordan ens omgivelser ville reagere (mor til blandingsmisbruger).

En anden mor fortæller, at hun aldrig havde drømt om, at det skulle ramme deres familie. Hun beskriver det som noget, der "skulle holdes inden for hjemmets fire vægge," men at hun på interviewtidspunktet er af en anden opfattelse. Hun siger:

Jeg er blevet klogere, men det er ganske forfærdeligt, det som vi har stået igennem. Jeg kunne ikke sove, 25 gange og bling så stod han der, jeg kunne ikke huske mere, du tuder, vågner op og ligger badet i sved og tænker: "Det er i nat, at politiet kommer og fortæller, at han er død" (mor til heroin- og blandingsmisbruger).

Et andet forældrepar beretter, at de i begyndelsen af deres datters misbrug oplevede det på følgende måde:

Vi syntes, det var pinligt og kunne ikke forstå det. Hvad sker der med hendes gener? Har vi været nogen dårlige forældre? Kunne det have været anderledes? (Forældrepar til psykisk syg blandingsmisbruger).

Endvidere siger en mor:

Jeg skrev et brev til ham, hvor jeg skrev, at jeg elskede ham, men hadede hans misbrug. Jeg har været meget desperat og mismodig (mor til hashmisbruger).

Et forældrepar beskriver, hvordan de oplever deres datters deroute i stofmisbruget. Moderen siger:

Hun bliver et fremmed menneske for dig, hendes krop er [brugerens navn], men hendes sind kender jeg ikke. Det er, som om hun er død uden at være død. Det er så frygteligt, og det håb og den angst, man lever med, det er så hårdt. Ens hjerne kører hele tiden, dag og nat : ”Hvis man nu kunne holde lidt mere på dem,” men vi orker ikke at snakke om det mere. Man bliver så slidt” (mor til blandingsmisbruger).

Et andet forældrepar fortæller, hvordan deres søns misbrugsforløb har gjort det vanskeligt for dem at tænke klart og huske, som de siger:

Det gik helt i sort for os. Det hele var i oprør, i kaos. Det var en voldsom stresset situation. Vi er begge to gået ned med stress og nærmer os faretruende igen, men det dur ikke, at de pårørende går ned med flaget (forældrepar til blandingsmisbruger).

De negative konsekvenser kan også hos de pårørende komme til udtryk ved en angst og bekymring for, hvorvidt misbrugerens overhovedet har lyst til at begynde i behandling, eller hvorvidt han/hun vil komme til at afslutte et behandlingsforløb planmæssigt.

61 pct. af de brugere, hvis pårørende har deltaget i undersøgelsen, har tidligere været i behandling, og af disse har lidt under halvdelen (47 pct.) afsluttet en behandling planmæssigt.

TABEL 11.10

De pårørendes angivelser af om brugeren tidligere har været i behandling, samt om han/hun afsluttede den tidligere behandling planmæssigt. Procent og antal.

	Procent	Antal
Bruger har tidligere været i behandling	61	190
Bruger afsluttede den tidligere behandling planmæssigt	47	89

En mor beskriver sin angst for, at sønnen skulle afslutte behandlingen før tid på følgende måde:

Jeg var hundeangst for, at han skulle gå [fra behandlingscentret]. Man er bange 24 timer i døgnet (mor til heroin- og blandingsbruger).

En anden mor til en heroinmisbruger fortæller om den afmagt og frustration, der kan opstå ved gentagne tidligere behandlinger. Hun har oplevelsen af, at: ”Der er ikke rigtigt noget, som lykkes – den ene gang efter den anden ryger de i.”

Også tiden, indtil behandling bliver iværksat, udgør for mange pårørende et stort pres. En pårørende siger:

Man tænker ikke på andet [end misbrugeren]. Man er hamrende nervøs for, at der skal ske noget, for det kan vende lynhurtigt (mor til heroin- og blandingsmisbruger).

PARFORHOLD OG ARBEJDSFORHOLD

Ud over at de pårørende oplever skyld, skam, bekymring og desperation, har det at være pårørende til en misbruger også negative konsekvenser for de pårørendes par- og arbejdsforhold. Et forældrepar til en blandingsmisbruger siger:

Det, vi kan se rundt omkring, er brudte familier, folk, der er langtidssygemeldte. Det er så dyrt for samfundet foruden den lidelse og smerte, det også er (forældrepar til blandingsmisbruger).

En far beretter også om, hvordan han har set sig nødsaget til at ”pjække” fra sit arbejde for at sikre, at hans søn kom af sted til sine aftaler med behandlingssystemet. Og en mor siger tilsvarende:

Bølgerne har gået meget, meget højt mellem mig og min mand. Man skal være gjort af et godt stof for at overleve det her. Man bliver totalt ødelagt. Jeg har næsten ikke kunnet klare mit arbejde (mor til psykisk syg blandingsmisbruger).

Resultaterne i dette afsnit vidner om, at som pårørende til en stofmisbruger har man ofte behov for støtte og hjælp. I efterfølgende afsnit vil vi se på, om de pårørende får den nødvendige støtte og hjælp, og i givet fald hvor de får den fra.

DE PÅRØRENDES MULIGHEDER FOR HJÆLP

I forrige afsnit så vi, at det at være pårørende til en stofmisbruger kan have store konsekvenser for de pårørendes livssituation, psykisk, fysisk, socialt og arbejdsmæssigt, fordi tilværelsen som pårørende til en stofmisbruger er belastende. I dette afsnit vender vi blikket mod de pårørende, som på grund af deres livssituation enten selv har søgt hjælp i form af for eksempel psykologbistand eller tilknytning til en selvhjælpsgruppe eller godt kunne tænke sig denne form for hjælp. Desuden ser vi på, hvilket udbytte de pårørende har opnået via hjælpen, samt om de har behov for information om brugerens misbrug, herunder misbrugsstoffer, deres virkning og bivirkninger og ikke mindst information om behandlingsmulighederne.

BEHOV FOR STØTTE

Som det fremgår af tabel 11.11 angiver 45 pct. af de pårørende, at de ‘i høj grad’ føler, at de mangler støtte/hjælp i forbindelse med brugerens misbrug og behandling. 28 pct. føler det ‘i nogen grad’, 14 pct. ‘i mindre

grad' mens kun 12 pct. 'slet ikke' oplever at have brug for støtte eller hjælp. Samlet er der altså omkring tre fjerdedele, som 'i høj grad' eller 'i nogen grad' oplever at mangle støtte.

TABEL 11.11

De pårørendes angivelse af i hvilken grad de mangler støtte i forbindelse med brugerens misbrug og behandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	45	119
I nogen grad	28	68
I mindre grad	14	39
Slet ikke	12	26
Ved ikke	2	5
I alt	100	257

PSYKOLOGHJÆLP

For de pårørende kan det være svært at lukke op for hemmeligheden om at være nær pårørende til en stofmisbruger og bede om hjælp. I interviewene kommer det frem, at mange af forældrene har været bange for at tale åbent om det af frygt for at blive stemplet som 'dårlig forælder', og nogle udtrykker flovhed over at vise sig offentligt med en misbruger. Men fælles for interviewene med de pårørende er, at de har udtrykt et stort behov for at have nogen at tale med om det, fx en psykolog eller terapeut.

I alt oplyser 15 pct. af de pårørende, at de har haft samtaler med en psykolog eller terapeut, betalt af det offentlige i forbindelse med brugerens misbrug. 71 pct. af disse pårørende har 'i høj grad' eller 'i nogen grad' oplevet, at samtalerne har hjulpet dem. Som det fremgår af tabel 11.12 oplyser 62 pct. af de pårørende, der ikke har haft eller er blevet tilbudt samtaler med en psykolog eller terapeut, at de gerne ville have haft samtaler. Der er altså en meget stor andel af de pårørende, som har oplevet samtalerne som frugtbare. Ligesom der er en stor andel, der gerne ville have haft disse samtaler. Samlet tyder det på, at der er et stærkt behov for denne hjælp til de pårørende: Et behov, som bliver opfyldt hos nogle og ikke hos andre.

Det er i højere grad de kvindelige pårørende, som har haft samtaler med en psykolog eller terapeut. Det kan være et udtryk for, at

det i højere grad også er kvinderne, som oplever negative konsekvenser ved at være pårørende til en stofmisbruger.

TABEL 11.12

Pårørende, som ikke har haft eller er blevet tilbudt samtaler, men som gerne ville have haft samtaler med psykolog eller terapeut i forbindelse med brugerens misbrug. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	62	161
Nej	34	71
Ved ikke	4	10
I alt	100	260

De pårørendes store interesse for terapeutiske samtaler i spørgeskemaundersøgelsen er også et markant træk i de kvalitative interview. Her udtrykker mange af de pårørende eksplicit, at de gerne ville have haft mulighed for at tale med en psykolog om deres livssituation, men ikke har haft råd til samtaler.

Samlet tegner der sig et budskab om, at de pårørende ikke oplever, at der bliver taget hånd om deres situation. En mor, hvis søn har været stofmisbruger i over 10 år, ”mener ikke, at der er megen hjælp at søge som pårørende.” En anden mor fortæller, at hun kender til mange pårørende, som har haft brug for psykolog- og lægehjælp for at kunne holde tilværelsen ud. En tredje mor beretter:

Jeg spiser sovepiller for at kunne sove, lykkepiller for at kunne eksistere og gå på arbejde og for at kunne klare det hele (mor til psykisk syg blandingsmisbruger).

Nogle af de pårørende fortæller, at de har haft glæde af psykologsamtaler i og med, at brugernes misbrug har svækket hele deres livssituation inklusiv arbejdsforhold og parforhold. Et forældrepar til en blandingsmisbruger udtrykker det på følgende måde:

Vi fører dagbog for at kunne overleve, for at kunne holde styr på, hvornår vores søn ringer, hvad han beder om, hvornår vi ses osv. (forældrepar til blandingsmisbruger).

Undersøgelsen viser også, at ud over psykologhjælp som en hjælpeforanstaltning for de pårørende kan selvhjælpsgrupper/frivillige organisationer også være til glæde for mange pårørende.

SELVHJÆLPSGRUPPER OG FRIVILLIGE ORGANISATIONER FOR PÅRØRENDE

Dette afsnit beskriver først, hvorfra de pårørende har fået deres kendskab til selvhjælpsgrupperne/de frivillige organisationer for pårørende til stofmisbrugere. Dernæst gennemgår vi, hvilket udbytte de pårørende har haft af at være med i en selvhjælpsgruppe eller frivillig organisation.

I Danmark eksisterer der fire større selvhjælpsgrupper/frivillige organisationer for pårørende til stofmisbrugere. Henholdsvis Landsforeningen for Human Narkobehandling (LFHN), Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere (LPS), Børn og pårørende af misbrugere (Bopam) samt Nar-Anon.

LFHN har særligt fokus på afvænningsmetoder, tilbud til afvænnede for at modvirke tilbagefald, såsom botilbud/anden konkret støtte, bedre uddannede behandlere og en større forståelse for stofmisbrugets baggrunde: det være sig psykiske sygdomme, sociale forhold m.m. LFHN er positive over for sundhedsrum samt lægeordineret heroin til de hårdest belastede stofmisbrugere (www.lfhn.dk/index.html, set 10.11.08).

LPS har primært til formål at oplyse om misbrugsproblemer og afhjælpe disse. Det er foreningens formål at oprette lokalforeninger i Danmark, som gennem rådgivning og vejledning vil gøre en indsats for at afhjælpe misbrug og dets følgevirkninger for den pårørende såvel som for den enkelte stofmisbruger. Foreningen ønsker at engagere sig i samfundsdebatten om stofmisbrug og vejlede om, hvordan forholdene bliver bedre for alle parter (<http://www.misbrugsinfo.dk>, set 10.11.08).

Bopam er en landsforening, som fokuserer på de konsekvenser, det har for de pårørende, og især for børnene, at leve sammen med misbrugere af stoffer, men også alkohol og medicin (<http://www.bopam.dk/index.html>, set 14.11.08).

Nar-Anon – familiegrupperne er en gruppe anonyme pårørende til stofmisbrugere, som deler erfaringer, styrke og håb gennem møder, personlig støtte og telefonkontakter. Gruppen beskriver sig selv som en åndelig måde at anskue livet på (<http://www.nar-anon.dk>, set 10.11.08).

KENDSKAB TIL SELVHJÆLPSGRUPPER ELLER FRIVILLIGE
ORGANISATIONER FOR PÅRØRENDE

I alt oplyser kun 7 pct. (22 pårørende), at de er med i en selvhjælpsgruppe eller frivillig organisation for pårørende til en stofmisbruger. Af tabel 11.13 fremgår det, hvor mange gange den sidste måned disse pårørende har været i kontakt med nogen fra selvhjælpsgruppen.

TABEL 11.13

Antal gange, hvor den pårørende har haft kontakt med nogen fra selvhjælpsgruppen eller den frivillige organisation i de sidste tre måneder op til interviewtidspunktet. Procent og antal.

Antal gange	Procent	Antal
0 gange	9	2
1-6 gange	46	10
7-12 gange	23	5
13- gange	23	5
I alt	100	22

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 22 pårørende, da det kun er de pårørende, som har svaret 'ja' til, at de er med i en selvhjælpsgruppe eller frivillig organisation for pårørende til en stofmisbruger, som er blevet spurgt.

Vi vil nu se på, hvorfra de pårørende, der har kendskab til selvhjælpsgrupperne eller de frivillige organisationer, har opnået kendskabet. 42 pct. af de pårørende angiver, at de har fået kendskabet via brugeren. 30 pct. oplyser venner og familie. 23 pct. angiver internettet og 23 pct. behandlingsstedet/misbrugscentret. At det især er brugeren i behandling, der har den formidlende rolle i forhold til sine pårørende, kan være problematisk i og med, at brugeren ud over sit fokus på egen behandling skal sørge for at informere sine pårørende.

Som det ses af tabel 11.14, angiver næsten en tredjedel (30 pct.) af de pårørende at kende til selvhjælpsgrupper eller frivillige organisationer for pårørende til stofmisbrugere. Det betyder samtidigt, at en forholdsvis stor andel (70 pct.) ikke har kendskab til disse.

TABEL 11.14

Hvorvidt de pårørende angiver at kende nogen selvhjælpsgrupper eller frivillige organisationer for pårørende til stofmisbrugere eller ej.

Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	30	94
Nej	70	217
I alt	100	311

TABEL 11.15

Instanser/personer hvorfra de pårørende, der har kendskab til selvhjælpsgrupper eller frivillige organisationer for pårørende til stofmisbrugere, har fået deres kendskab fra. Procent og antal.

	Procent	Antal
Via brugeren i behandling	42	39
Venner/familie	30	28
Internettet	23	22
Behandlingssteder/ misbrugscentret	23	22
Andre	14	13
Kommunen	6	6
Biblioteket	9	8
Lægen	1	1
Ved ikke	2	2

Anm.: Tabellen summer til mere end 100 pct., da de pårørende havde mulighed for at angive flere kilder, hvorfra de havde fået kendskab til selvhjælpsgrupper eller frivillige organisationer.

Praktisk talt ingen pårørende oplyser at have fået kendskab via deres læge (jf. tabel 11.15). I interviewene fremhæver mange, at de i første omgang forhørte sig hos deres læge, da de opdagede brugerens stofmisbrug, men at der ikke var megen hjælp at hente der. En ægtefælle, som har børn med en blandingsmisbruger, fortæller da også, at hun en dag fortalte sin læge om selvhjælpsgruppen Nar-Anon. Hun siger:

Jeg har forklaret ham [lægen] om det, men han sidder og ligner et stort spørgsmålstegn. Han aner ikke en fis om, hvad det er for noget.

Et forældrepar beretter om, hvordan de fik kendskab til en pårørende forening på følgende måde:

I sommeren 2006, vi var begge kørt ned og rundt på gulvet og anede ikke, hvad pokker vi skulle gøre. Vi ringede til Misbrugscentret for at høre, om de havde noget til pårørende. Det havde de ikke. Vi tænkte, at dette ikke kunne passe. Vi var ved at køre fuldstændig ned som familie og som par i det hele taget ... Derefter kiggede vi på internettet og blev bekendt med Landsforeningen af Pårørende, vi kontaktede [navngiven afdeling] afdelingen, men der var ikke noget, men blev i stedet henvist til [navngiven kommune]. Det blev vores redning. Vi blev inviteret til at deltage ... Vi har begge været med i modsætning til mange andre familier, som er brudt op (forældrepar til blandingsmisbruger).

SELVHJÆLPSGRUPPERS OG DE FRIVILLIGE ORGANISATIONERS BETYDNING FOR DE PÅRØRENDE

I det foregående afsnit har vi set, hvorfra de pårørende har fået hjælp og støtte til deres situation bl.a. via selvhjælpsgrupper/frivillige organisationer, og hvorfra de har fået kendskab til disse. I dette afsnit vender vi blikket mod, hvilken betydning de pårørende oplever, at selvhjælpsgrupperne/de frivillige organisationer har haft.

I interviewene fremgår det, hvordan de pårørende henter støtte og hjælp i pårørende foreningerne. En mor fortæller om sin kontakt til en forening:

Det gav en masse opbakning – det at sidde sammen med nogle, som også har prøvet det. Folk kunne sidde og fortælle, at deres børn kom i fængsel, og ja, det er jo ikke noget, man normalt går ud og praler med, eller de der fuldstændigt groteske situationer, man kommer ud for ... Det kunne vi sidde og fortælle for hinanden, for ellers kan man ikke overleve, hvis man skal sidde og græde over det hele tiden, fordi det er så grotesk, det man nogle gange foretager sig (mor til psykisk syg heroin- og blandingsmisbruger).

En anden mor fortæller tilsvarende:

Inde i mit hoved har jeg rigtig mange gange tilrettelagt min søns begravelse. Jeg var sikker på, at han ikke overlevede det her. Det kan jeg tale med de andre pårørende om (mor til heroin- og blandingsmisbruger).

Ligeværdighed, genkendelse og forståelse

Pårørendeforeningen er også et sted, hvor der kan grines, hvor latteren kan holde afmagten og angsten på afstand. I pårørendeforeningen oplever de pårørende ligeværdighed. De fornemmer genkendelse og forståelse, får opbakning, rådgivning og information om stofmisbrug og behandling samt lærer, hvilke faresignaler de skal være opmærksomme på hos stofmisbrugeren. De pårørende oplever, at der her er en bred viden om misbrugsstoffer, behandlingstilbud og de belastninger, frustrationer og dilemmaer, der kan gøre sig gældende for pårørende til en stofmisbruger.

De pårørende oplever pårørendeforeningerne som steder uden forudindtagede holdninger til stofmisbrug, steder, hvor der tales om, hvordan forholdet til den øvrige familie, venner og kolleger takles. Pårørendeforeningerne opleves som en uundværlig støtte, hvor bekymringer og sorger kan deles, og hvor skammen over at have et stofafhængigt familiemedlem samt skyldfølelse kan lægges på hylden et øjeblik. En mor fortæller, at hun har gjort meget brug af Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere:

Der har været mulighed for at ringe på alle tider af døgnet til en telefon. Jeg har søgt hjælp via de andre pårørende i gruppen (mor til blandingsmisbruger).

Andre igen fortæller, at de havde store betænkeligheder ved at komme i selvhjælpsgruppen på grund af fordomme over, hvilke personer der var der, men de oplevede 'at det var helt almindelige mennesker.' Og nogle mener, at:

Det har været altafgørende for mit liv og min familie, at jeg fandt en pårørendegruppe. Efter min mening burde der være en annonce for pårørendegrupper i enhver lokalavis, for man ved ikke, hvor man skal gå hen. Man er helt alene, og i sidste ende

kan det jo også hjælpe misbrugeren (ægtefælle til en hashmisbruger).

Samlet set viser den kvalitative undersøgelse, at de pårørende oplever en stor nytteværdi ved at være tilknyttet en selvhjælpsgruppe/frivillig organisation. De oplever, at den hjælp og støtte, de modtager, giver dem nogle redskaber, således at de kan være aktive i brugerens behandling – at de bliver opmærksomme på, hvad de selv kan bidrage med. Samtidig hermed oplever de en forståelse – uden forudindtagede holdninger – for deres situation som pårørende til en misbruger. Desværre viser den kvantitative undersøgelse som tidligere nævnt, at der kun er meget få pårørende, som kender til disse selvhjælpsgrupper/frivillige organisationer, og endnu færre, som deltager i en selvhjælpsgruppe eller frivillig forening. Det peger på, at det ville være yderst givtigt med yderligere oplysning og profilering af disse grupper og organisationers tilstedeværelse fra eksempelvis behandlingssteder og kommuner.

INFORMATIONSMØDER

Når man er pårørende til en stofmisbruger, opstår der også mange spørgsmål om misbrugsstoffer, deres virkning og bivirkninger, og ikke mindst behandlingsmuligheder kommer i søgelyset. Alt sammen noget, som de fleste pårørende ønsker hjælp til at få viden om. Hvor og hvordan de pårørende får hjælp til dette, vil vi se på i de følgende afsnit.

TABEL 11.16

De pårørendes angivelse af i hvilken grad de føler, at de mangler information i forbindelse med brugerens misbrug og behandling.

Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	47	148
I nogen grad	24	76
I mindre grad	14	45
Slet ikke	13	41
Ved ikke	1	3
I alt	100	313

Information om misbrug og behandling spiller en væsentlig rolle hos de pårørende. Tabel 11.16 viser, at det er et område, hvor der er behov for yderligere fokus. 72 pct. af de pårørende føler, at de 'i høj grad' eller 'i nogen grad' mangler information i forbindelse med brugerens misbrug og behandling.

Nogle misbrugscentre og behandlingssteder udbyder kurser til pårørende, hvor der bl.a. fortælles om stoffernes virkning, stofmisbrug, behandlingsformer, sygdomme og smitterisici samt de sociale og behandlingsmæssige rettigheder på stofmisbrugsområdet.

Tabel 11.17 viser, at 22 pct. af de pårørende har deltaget i informationsmøder for pårørende, udbudt af behandlingsstedet, misbrugscentret eller kommunen. Af de 78 pct., som ikke har deltaget, har 11 pct. fået tilbud om at deltage i sådanne informationsmøder, og 89 pct. har ikke fået tilbuddet. Af de 89 pct., der ikke er blevet tilbudt at deltage i møder, angiver hele 80 pct., at de ville have deltaget i informationsmøderne, hvis de havde fået tilbuddet.

TABEL 11.17

Andelen af pårørende, som oplyser, at de har deltaget, er blevet tilbudt at deltage eller gerne ville have deltaget i informationsmøder for pårørende udbudt af behandlingsstedet/misbrugscentret eller kommunen. Procent.

	Ja	Nej	I alt procent	I alt antal
Har deltaget	22	78	100	315
Er blevet tilbudt at deltage	11	89	100	245
Ville have deltaget, hvis det var blevet tilbudt	80	20	100	213

De pårørende har altså en stor lyst og interesse i at deltage i informationsmøder. I interviewene kommer denne interesse også til udtryk, og en del af de pårørende har erfaring med at deltage.

Et forældrepar til en blandingsmisbruger, som har deltaget i et pårørendekursus, fortæller: "Det er godt at vide, hvad man skal lægge mærke til, og hvordan det er hensigtsmæssigt at reagere som pårørende." En far, som også har deltaget i et kursus for pårørende, mener ikke, at det er tilstrækkeligt at lave pårørendekurser, da det ikke er alle, som har mod og ressourcer til at møde op. Han siger:

Jeg synes, at det [pårørendekurser] er en god idé, Problemet er stort. Der er mange familier, som har det meget dårligt, men man skal ud til dem (far til blandingsmisbruger).

Et andet forældrepar siger tilsvarende:

De fleste pårørende, som bevæger sig hen på misbrugscentret, kravler langs panelerne, og nogle kommer slet ikke derhen (forældrepar til blandingsmisbruger).

At være opsøgende over for de pårørende, men også over for brugerne i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen, er et gennemgående tema, som de pårørende trækker frem. Det er et område, som de ønsker, der bliver lagt mere vægt på i stofmisbrugsbehandlingen, hvilket vi vil komme nærmere ind på i et følgende afsnit.

INFORMATIONSKANALER

Størstedelen af de pårørende (81 pct.) oplyser, at de ikke er blevet tilbudt skriftligt informationsmateriale, fx foldere om brugerens behandling. De pårørende, som har fået information i forbindelse med brugerens misbrug og behandling, har primært fået dem fra brugeren selv (72 pct.).

TABEL 11.18

Instanser/personer hvorfra de pårørende, der har fået information i forbindelse med brugerens misbrug og behandling, har fået informationen fra. Procent og antal.

	Procent	Antal
Misbruger	72	227
Behandlingsstedet/misbrugscentret	23	72
Internettet	20	64
Venner/familie	14	45
Lægen	2	5
Kommunen	6	19
Frivillige organisationer	4	11
Ved ikke	2	7

Anm.: Tabellen summer til mere end 100 pct., da de pårørende havde mulighed for at angive flere kilder, hvorfra de havde fået deres information.

En del pårørende har også modtaget information fra behandlingsstedet eller misbrugscentret (23 pct.) eller har søgt information på internettet (20 pct.). I de kvalitative interview beskriver mange af de pårørende, hvordan de i rådvildhed og søgen efter hjælp har søgt information forskellige steder, især via internettet, for at finde oplysninger om stofmisbrug, stoffers virkning samt lovgivningen på området. Andre fortæller om, hvordan de i begyndelsen af brugerens misbrug ikke vidste, hvor de kunne hente relevant information. Et forældrepar siger:

Indtil da [før sønnens misbrug] har systemet ikke været involveret. Vi anede ingen vej i det her ... det var en total fremmed verden for os (forældrepar til blandingsmisbruger).

Mere end en tredjedel (37 pct.) oplever, at det er 'meget nemt' eller 'nemt' at få den information, som de føler, de har brug for som pårørende til en misbruger. 11 pct. mener hverken, det er let eller svært. Cirka halvdelen (47 pct.) oplever, at det er 'meget svært' eller 'svært' at få relevant information. At det kan være svært kommer også til udtryk i følgende forældrepars udtalelse:

Vi har ikke vidst bedre. Vi har hele vejen igennem skullet undersøge alting [...] Vi har ikke fået nogen vejledning (forældrepar til blandingsmisbruger).

Dette kapitel har vist, at mange pårørende har brug for hjælp til at gennemleve den belastning, det er at være pårørende til en stofmisbruger. De har behov for støtte enten for sig selv, fx via en psykolog eller terapeut, eller ved at blive inddraget i en selvhjælpsgruppe/frivillig organisation for pårørende til en stofmisbruger. Ud over dette efterlyser de pårørende information om sociale og behandlingsmæssige rettigheder og pligter samt viden om stoffernes virkninger og bivirkninger, sygdomme samt smitterisici. Information, som nogle pårørende har fået gennem informationsmøder/pårørendekurser.

Vi har vist, at den pårørende kan være 'medafhængig' og opleve at skulle tage ansvar for brugerens valg og handlinger. Ud fra et pårørendeperspektiv kan det derfor være en hjælp for den pårørende, men også for brugeren, hvis den pårørendes rolle og behov for hjælp indlemmes i det behandlingstilbud, som brugeren bliver tilbudt.

Samlet set er det de pårørendes oplevelser, at hvis de får hjælp og støtte til at forholde sig til det at være pårørende til en misbruger og til at se fremad og fokusere på de forandringer, det kan give i ens liv, oplever de, at de i højere grad vil kunne give brugeren et bedre liv. Desuden kan det bidrage til at forebygge, at andre i brugerens familie eller nære netværk får alvorlige problemer.

DE PÅRØRENDES OPLEVELSE AF BEHANDLINGSPROCESSEN

I dette afsnit vender vi blikket mod de pårørendes oplevelser og erfaringer med behandlingsprocessen. Hvilke forventninger har de pårørende til behandlingen? Ønsker de at blive inddraget aktivt i behandlingen og sker det? Har de haft kontakt med brugerens behandlingssted og/eller misbrugscenter, og hvilke oplevelser har dette givet? Afslutningsvis i afsnittet fokuserer vi på de pårørendes oplevelse af udslusningen.

DE PÅRØRENDES FORVENTNINGER TIL BEHANDLINGEN

Som det fremgår af tabel 11.19 er langt hovedparten (72 pct.) af de pårørende af den opfattelse, at det primære mål med en stofmisbrugsbehandling er at gøre brugerne stoffri. 18 pct. mener, at det primære mål er at mindske skadevirkningerne. 9 pct. angiver, at det må afhænge af brugeren, og 1 pct. er uafklarede i forbindelse med dette spørgsmål.

TABEL 11.19

De pårørendes vurdering af, hvilket mål stofmisbrugsbehandlingen primært skal have. Procent og antal.

	Procent	Antal
Gøre brugeren stoffri	72	226
Mindske skadevirkningerne	18	57
Afhænger af brugeren	9	27
Ved ikke	1	2
I alt	100	312

Går vi mere i dybden med dette spørgsmål og uddybende spørger til, hvilken målsætning, de pårørende oplever, er bedst for brugerens behandling på interviewtidspunktet, får vi en lidt lavere procentandel, som foretrækker stoffri behandling. Tabel 11.20 viser, at 18 pct. mener, at det at blive 'stoffri hurtigst muligt' vil være den bedste målsætning, hvor 46 pct. mener 'stoffri på sigt'. 22 pct. angiver, at det at være 'nedtrappet og stabiliseret' vil være det bedste, 3 pct. angiver 'noget andet', og 11 pct. ved det ikke.

TABEL 11.20

Den pårørendes oplevelse af den bedste målsætning for brugerens behandling på interviewtidspunktet. Procent og antal.

	Procent	Antal
Stoffri hurtigst muligt	18	57
Stoffri på sigt	46	145
Nedtrappet og stabiliseret	22	69
Noget andet	3	8
Ved ikke	11	34
I alt	100	313

I interviewene hører vi, at de pårørendes forventningen til den første behandling i høj grad har været præget af håb og drømme. Håb og drømme, som aftager, alt afhængig af, hvor mange gange misbrugerens påbegynder en ny behandling:

Første gang: "Så kommer han ud og er clean, og så går det hele nok godt." Det er den første forventning, man har. Man slapper af, mens han er i behandling. Man glæder sig over, at han får lidt sul på kroppen, bliver klippet. Ved behandlingsslutpunkt begynder man at få ondt i maven, for hvad så, hvad sker der nu? Derinde [på behandlingsstedet] lever de jo i et beskyttet miljø. Anden omgang: [tænker man] "Nu håber vi, at det går denne gang (mor til tidligere heroin- og blandingsmisbruger).

DE PÅRØRENDES INDDRAGELSE I BEHANDLINGSPROCESSEN

77 pct. af de pårørende oplyser, at de 'i høj grad' eller 'i nogen grad' ønsker at blive inddraget i brugerens behandling, hvilket vises i tabel

11.21. Kun 8 pct. siger, at de 'slet ikke' ønsker inddragelse. En yderligere opgørelse viser, at der er en tendens til, at kvindelige pårørende ønsker inddragelse i lidt højere grad end mandlige pårørende.

TABEL 11.21

De pårørendes angivelse af i hvilken grad de ønsker at blive inddraget i brugerens behandling. Procent og antal

	Procent	Antal
I høj grad	56	175
I nogen grad	21	67
I mindre grad	14	45
Slet ikke	8	26
I alt	100	313

De pårørende udtrykker også tydeligt i de kvalitative interview, at de har lyst til at blive inddraget i brugerens behandling. En mor til en heroin- og blandingsmisbruger udtrykker det således: "Forældre giver jo ikke bare slip på deres børn. Vi vil ikke miste vores børn – vi kæmper for dem."

Blot én (0,3 pct.) af de pårørende i spørgeskemaundersøgelsen giver udtryk for at føle sig inddraget 'for meget' i brugerens behandling. Tabel 11.22 viser, at 59 pct. angiver, at de synes, at de er blevet 'for lidt' inddraget, 34 pct. mener, at inddragelsen har været 'tilpas', og 7 pct. svarer 'ved ikke'.

TABEL 11.22

De pårørendes angivelse af om de oplever, at behandlingsstedet/misbrugscentret har inddraget dem for meget, for lidt eller tilpas i brugerens behandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
For meget	0,3	1
For lidt	59	186
Tilpas	34	106
Ved ikke	7	22
I alt	100	313

Generelt synes budskabet fra de pårørende at være, at de gerne vil hjælpe til og blive inddraget i brugerens behandling. Desuden viser tabel 11.22, at rigtigt mange pårørende oplever at være blevet inddraget 'for lidt'.

Af kapitel 8 fremgår det, at hashmisbrugerne er den gruppe, der har den største andel af inddragede pårørende, og opiatmisbrugere har den laveste.

Kapitlet viser desuden, at 71 pct. af brugerne vurderer, at deres pårørende er blevet inddraget 'tilpas' meget i behandlingen, hvilket må betragtes som tilfredshed på feltet. 15 pct. angiver, at deres pårørende er blevet inddraget 'for lidt', mens en meget lille procentdel – 3 pct. – føler, at deres pårørende er blevet inddraget 'for meget'. Ud over disse resultater viser undersøgelsen også, at det i højere grad er de kvindelige brugere, som gerne vil have deres pårørende inddraget i behandlingen.

Umiddelbart ser der således ud til at være stor forskel på, hvor meget de pårørende ønsker inddragelse, og brugernes vurdering af, hvor meget deres pårørende skal inddrages. Det kan evt. afspejle, at en del af de pårørende ikke får den nødvendige hjælp til at forstå og håndtere brugernes problemer, men det kan også afspejle, at en del brugere muligvis ikke ønsker at belaste deres pårørende yderligere eller af andre grunde ikke ønsker at inddrage deres pårørende.

INDDRAGELSE AF DE PÅRØRENDE VIA MØDER

En måde, pårørende kan inddrages i brugers behandling på, kan fx være via møder med behandlingsstedet eller misbrugscentret.

TABEL 11.23

De pårørendes angivelse af, hvem de har deltaget i fællesmøder med omkring brugeren. Procent og antal.

	Procent	Antal
Misbrugeren og en repræsentant fra behandlingsstedet/misbrugscentret	40	125
Misbrugeren og en repræsentant fra kommunen	22	68
En repræsentant fra behandlingsstedet/misbrugscentret, uden brugeren var til stede	15	48
En repræsentant fra kommunen, uden brugeren var til stede	8	24

Tabel 11.23 viser, at af de pårørende, som har været aktivt inddraget i form af møder med henholdsvis behandlingsstedet og/eller kommunen, er der flest pårørende, som har været inddraget, hvor både bruger og en repræsentant fra behandlingsstedet var til stede. Færrest er der, som har deltaget i møder med en repræsentant fra kommunen, uden brugeren var til stede.

I de kvalitative interview giver de pårørende udtryk for blandede oplevelser med hensyn til at blive inddraget i behandlingen. Nogle oplever afvisning fra behandlingssystemets side. Andre har følt sig godt modtaget og følt, at de bliver aktivt inddraget. Andre igen har ligefrem følt sig som et led i brugerens behandling.

Hvorvidt de pårørende ser sig selv som et led i behandlingen, svarer et forældrepar:

Ja og nej. Vi har presset meget på med behandlingen. Vi var behandlere på hendes økonomi for et års tid siden, men det har [behandlingssted] overtaget nu. De går ind i det hele, hele vejen rundt (forældrepar til psykisk syg blandingsmisbruger).

Andre pårørende ser sig afgjort som et led i behandlingen. Et forældrepar siger:

Det er os, der gør al arbejdet, men når vi så når dertil, hvor vi gerne vil vide, hvor hun er, ja, så må de [behandlingsstedet] ikke udtale sig. Vi har fulgt hende tæt, kørt hende til døgninstitutionen, været med til samtaler osv. Vi føler, at vi har stået meget alene. Vi har kæmpet os frem via telefonbøger og på nettet osv. (forældrepar til blandingsmisbruger).

Et andet forældrepar siger:

Det er os, der har leveret argumenter til [navngiven kommune] osv., for det kan han ikke samle sig om, for han hører til den svage gruppe. Det er ham, som falder ud (forældrepar til psykisk syg blandingsmisbruger).

At inddrage de pårørende i behandlingen kan have den fordel at understøtte og udvikle netværk og redskaber for den pårørende såvel

som for brugeren. Der kan herved, hvis mulighederne er til stede, udspilles et aktivt og støttende samarbejde mellem alle tre aktører, henholdsvis behandlingssystemet, brugeren og den pårørende.

På den anden side kan ulempen ved pårørendeinddragelse være, at den pårørende i for høj grad 'styrer' brugeren, forstået således, at brugeren ikke lærer at klare sig selv i et stoffrit miljø. Mange pårørendes mål med stofmisbrugsbehandlingen er, som tidligere vist, at misbrugeren bliver stoffri. Der er derfor i forbindelse med pårørendeinddragelse essentielt at drøfte, hvorvidt samarbejdet kun skal fungere, når der er tale om en behandling, der sigter mod opnåelse eller bibeholdelse af stoffrihed, eller om de pårørende også er interesseret i at indgå i samspillet med behandlingssystemet, hvis formålet med behandling 'kun' er stabilisering.

Et stofmisbrug rammer hele brugerens familie og nære netværk, hvilket behandlingen ifølge de pårørende også bør bære præg af. De pårørende ønsker ikke at blive skånet. Tværtimod giver de i de kvalitative interview udtryk for, at de ønsker en større inddragelse i brugerens behandling. De pårørende ønsker at blive betragtet som en ressource, som misbrugssystemet skal benytte sig af. Samtidig betyder inddragelse også, at de pårørende kan komme videre med deres liv og ikke tilsidesætte sig selv.

At de pårørende ikke bliver inddraget i højere grad, kan dels være, fordi personalet på behandlingsstedet eller misbrugscentret mangler viden om, hvordan de skal involvere og forholde sig til de pårørende. Dels kan årsagen være, at der ikke foreligger retningslinjer for, hvordan og i hvilket omfang de pårørende skal inddrages eller at misbrugscentre prioriterer at bruge ressourcerne på behandling af brugerne frem for pårørendeinddragelse. Det betyder, at det er op til det enkelte behandlingssted eller misbrugscenter at tage stilling til inddragelse, hvilket nogle behandlingssteder og misbrugscentre lægger mere vægt på end andre. Endelig kan der som tidligere nævnt være tale om, at brugerne ikke ønsker, at de pårørende inddrages.

DE PÅRØRENDES OPLEVELSE AF MØDET MED MISBRUGSCENTRET OG BEHANDLINGSSTEDET

I undersøgelsen er de pårørende blevet spurgt, om det var relevant for dem at skelne mellem misbrugscentret – dvs. den offentlige instans, der har beslutningskompetencen for, hvilken behandling brugerne skal

modtage – og det sted, hvor behandlingen udføres. Deres svar på disse spørgsmål er rapporteret i tabel 11.24. I alt har 65 pct. (204 personer) af de pårørende oplyst, at denne skelnen ikke var relevant for dem. Herefter har vi spurgt de pårørende om henholdsvis nogle strukturelle/organisatoriske forhold, såsom hvorvidt skiftende kontaktpersoner er et problem i brugerens behandling, samt hvorvidt de oplever, at misbrugscentret/behandlingsstedet og andre dele af det offentlige samarbejder om at hjælpe brugeren. Desuden er de pårørende blevet bedt om at vurdere mere personelle forhold, hvad angår medarbejdernes faglighed og adfærd over for bruger.

Samlet set viser det sig, at de pårørende oplever, at medarbejderne er fagligt kvalificerede, og særligt at brugeren mødes med forståelse og omsorg. Der, hvor de pårørende oplever, at behandlingsindsatsen kunne forbedres, er de strukturelle/organisatoriske forhold. Her er der flest pårørende, der angiver, at misbrugscentret/behandlingsstedet og andre dele af det offentlige ikke i tilstrækkelig grad samarbejder om at hjælpe brugeren.

TABEL 11.24

De pårørendes samlede vurdering af, i hvilken grad de oplever en række personelle forhold på misbrugscentret/behandlingsstedet. Procent.

	Skiftende kontaktpersoner udgør et problem i brugerens behandling	Medarbejderne er fagligt kvalificerede	Medarbejderne møder brugeren m. forståelse og omsorg	Misbrugscentret/behandlingsstedet og andre dele af det offentlige samarbejder om at hjælpe brugeren
I høj grad	18	25	33	13
I nogen grad	20	31	36	27
I mindre grad	21	11	12	23
Slet ikke	28	5	5	27
Ved ikke	13	28	14	11
I alt	100	100	100	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 204 pårørende, som ikke oplever en skelnen mellem misbrugscentret og behandlingsstedet.

For en del af de pårørende var det som nævnt relevant at skelne mellem misbrugscentret og behandlingsstedet i vurderingen af indsatsen. Hvordan henholdsvis misbrugscentret og behandlingsstedet bliver vurderet, vil vi se nærmere på i de to følgende afsnit.

DE PÅRØRENDES VURDERINGER AF MISBRUGSCENTRET

Som førnævnt er de pårørende i undersøgelsen blevet bedt om at vurdere misbrugscentret, herunder om skiftende kontaktpersoner er et problem i brugerens behandling, og om medarbejderne opleves som fagligt kvalificerede. Desuden hvorvidt den pårørende oplever, at brugeren bliver mødt med forståelse og omsorg, samt om misbrugscentret og andre dele af det offentlige samarbejder om at hjælpe brugeren. Herudover er de pårørende også blevet bedt om at vurdere den tid, misbrugscentret bruger på brugeren.

Tabel 11.25 viser, at 40 pct. af de pårørende synes, at misbrugscentret bruger 'tilpas' tid på brugeren. 40 pct. synes 'for lidt'. 1 pct. mener 'for meget', og 19 pct. ved det ikke.

TABEL 11.25

De pårørendes vurdering af, den mængde tid misbrugscentret bruger på brugeren. Procent og antal.

	Procent	Antal
For meget	1	1
Tilpas	40	43
For lidt	40	43
Ved ikke	19	21
I alt	100	108

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 108 pårørende, som oplever en skelnen mellem misbrugscentret og behandlingsstedet.

Vi vender nu blikket mod medarbejdernes faglige kvalifikationer samt den forståelse og omsorg, der bliver udvist på misbrugscentret. De pårørendes oplevelse af dette er rapporteret i tabel 11.26. De pårørende har overvejende en positiv holdning til, at medarbejderne er kvalificerede (47 pct.), samt at medarbejderne møder brugeren med forståelse og omsorg (61 pct.). En mindre positiv holdning ses med hensyn til de pårørendes oplevelse af de skiftende kontaktpersoner og centrets samarbejde udadtil med andre offentlige instanser. Her er det 40 pct. af

de pårørende, som 'i høj grad' eller 'i nogen grad' mener, at skiftende kontaktpersoner udgør et problem for brugerens behandling. 44 pct. af de pårørende oplever desuden 'i mindre grad' eller 'slet ikke, at misbrugscentret og andre dele af det offentlige samarbejder om at hjælpe brugeren.

På nogle områder er de pårørende således tilfredse med misbrugscentret, mens de på andre områder vurderer, at det kunne gøres bedre. Overordnet peger disse resultater på, at det er på det organisatoriske niveau, hvor de pårørende oplever utilfredshed frem for på det mere personelle niveau.

TABEL 11.26

De pårørendes samlede vurdering af, i hvilken grad de oplever en række personelle forhold på misbrugscentret. Procent.

	Skiftende kontakt- personer udgør et problem i brugerens behandling	Medarbejderne er fagligt kvalificerede	Medarbejderne møder brugeren m. forståelse og omsorg	Misbrugs- centret og andre dele af det offentlige samarbejder om at hjælpe brugeren
I høj grad	26	21	33	14
I nogen grad	14	26	28	24
I mindre grad	7	19	19	18
Slet ikke	30	4	4	26
Ved ikke	23	30	16	19
I alt	100	100	100	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 108 pårørende, som oplever en skelnen mellem misbrugscentret og behandlingsstedet.

Samme mønster går igen i interviewene af de pårørende: Nogle har gode oplevelser med mødet med misbrugscentret, andre mindre gode. En mor til en psykisk syg blandingsmisbruger fortæller bl.a. om sin frustration over, at hendes søn har haft 10 forskellige sagsbehandlere. Men hun er tilbageholdende med kritik, for som hun siger: "Man er også bange for at skade dem [brugerne] ved at lave for meget vrøvl."

En anden pårørende, som har et barn sammen med en misbruger, oplever at have fået rigtig meget hjælp. Hun siger:

Vi har haft en fantastisk sagsbehandler, som har banket i bordet. Han sagde til mig fra starten af, at jeg bare skulle sige til, for det var som at behandle en brækket arm og kun give gipsen på tommelfingeren, hvis man ikke hjælper hele familien og ser det som en helhed (partner til en blandingsmisbruger, som hun har barn sammen med).

Omvendt fortæller en pårørende, at hendes ægtefælle henvendte sig til kommunen med et ønske om at påbegynde døgnbehandling. Dette ønske blev afvist af kommunen med begrundelsen, at han ikke var ”ramt nok”. Dvs., han ”havde stadig tøj på kroppen og et sted at bo”, som hun udtrykker det. Hun siger videre:

I stedet blev han tilbudt at komme i en hash- og kokaingruppe, hvor der blev tilbudt psykologsamtaler én gang om ugen (partner til hashmisbruger).

En kæreste til en tidligere misbruger fortæller om, hvordan partneren ved sidste døgnbehandling valgte at betale selv. Hun siger herom:

Han var kommet ret langt ud. Det var en stor motivation for ham ... det der med, at det var hans egne penge, som skulle op af lommen. Kommunen blev ret knotte over, at han gik uden om dem (kvindelig partner til heroinmisbruger).

Årsagen til, at parret valgte at gå uden om kommunen, var:

Når de [kommunen] skal ind over, så er der jo ret lang ventetid, og så skulle de have en tilladelse til det frem og tilbage, og det kunne vi bare ikke vente på. Der tror jeg, at de kommer til at tabe rigtigt mange brugere. Jeg har hørt, at mange skal komme til regelmæssige møder med kommunen for at komme i betragtning, men mange har slet ikke denne stabilitet i deres liv til, at de har mulighed for at være punktlige og komme til et møde (kvindelig partner til heroinmisbruger).

Andre pårørende har oplevet, at de selv måtte varetage koordinationen mellem misbrugscentret og behandlingsstedet. Eksempelvis fortæller en

kvindelig pårørende, at brugeren startede med at kontakte misbrugskonsulenten i deres kommune. Misbrugscentret bad derefter brugeren om at kontakte behandlingsstedet og bede dem kontakte misbrugskonsulenten i kommunen med henblik på behandling. Hun siger herom:

Han skulle selv sætte en aftale i stand, og der mistede man ham nok lidt. Der gik 3 måneder, fra han mødte op, til han havde fået lavet sine aftaler og kom i behandling. Det var svært nok at skulle tage sig sammen og ringe op og bede om behandling, komme hen til misbrugskonsulenten og fortælle det hele og så igen skulle hen til behandlingsstedet og skulle igennem det samme igen (partner som har barn med blandingsmisbruger).

DE PÅRØRENDES VURDERINGER AF BEHANDLINGSSTEDET

Når vi herefter vender blikket mod de pårørendes vurdering af behandlingsstedet, ser vi ikke den store forskel i forhold til deres vurdering af misbrugscentret. Også her har vi spurgt de pårørende, hvorvidt de oplever, at skiftende kontaktpersoner udgør et problem i brugerens behandling, om medarbejderne opleves som fagligt kvalificerede, og hvorvidt den pårørende oplever, at brugeren bliver mødt med forståelse og omsorg, samt om behandlingsstedet og andre dele af det offentlige samarbejder om at hjælpe brugeren. Herudover har vi også bedt de pårørende om at vurdere den tid, behandlingsstedet bruger på brugeren.

TABEL 11.27

De pårørendes vurdering af den mængde tid behandlingsstedet bruger på brugeren. Procent og antal.

	Procent	Antal
For meget	1	1
Tilpas	48	52
For lidt	34	37
Ved ikke	17	18
I alt	100	108

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 108 pårørende, som ikke oplever en skelnen mellem misbrugscentret og behandlingsstedet.

Tabel 11.27 viser, at 48 pct. af de pårørende synes, at behandlingsstedet bruger 'tilpas' tid på brugeren. 34 pct. synes 'for lidt', 1 pct. mener 'for meget', og 17 pct. ved det ikke.

Tabel 11.28 viser de pårørendes vurdering af medarbejdernes faglige kvalifikationer samt den forståelse og omsorg, der bliver udvist på behandlingsstedet. De pårørende har overvejende en positiv holdning til, at medarbejderne er kvalificerede (49 pct.), samt at medarbejderne møder brugeren med forståelse og omsorg (62 pct.). En mindre positiv holdning ses med hensyn til oplevelsen af de skiftende kontaktpersoner og behandlingsstedets samarbejde udadtil med andre offentlige instanser. Her er der 38 pct. af de pårørende, som 'i høj grad' eller 'i nogen grad' mener, at skiftende kontaktpersoner udgør et problem for brugerens behandling. Ligeledes ses, at 46 pct. af de pårørende 'i mindre grad' eller 'slet ikke' oplever, at behandlingsstedet og andre dele af det offentlige samarbejder om at hjælpe brugeren.

19 pct. oplyser, at de har været med brugeren ude at blive præsenteret for døgninstitutioner eller behandlingssteder. Her har det fortrinsvis været brugeren selv eller den pårørende, som har taget initiativ til dette besøg, frem for behandlingsstedet eller kommunen.

TABEL 11.28

De pårørendes samlede vurdering af i hvilken grad de oplever en række personelle forhold på behandlingsstedet. Procent.

	Skiftende kontaktpersoner udgør et problem i brugerens behandling	Medarbejderne er fagligt kvalificerede	Medarbejderne møder brugeren m. forståelse og omsorg	Behandlingsstedet og andre dele af det offentlige samarbejder om at hjælpe brugeren
I høj grad	19	23	30	18
I nogen grad	19	26	32	18
I mindre grad	13	12	14	26
Slet ikke	26	8	4	20
Ved ikke	23	31	21	19
I alt	100	100	100	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 108 pårørende, som ikke oplever en skelnen mellem misbrugscentret og behandlingsstedet.

Nogle døgnbehandlingssteder tilbyder behandling og ophold for både børn og forældre, hvor hele familien ydes støtte, og hvor forældrene som en del af behandlingen støttes til at kunne fungere som forældre og give deres børn gode vilkår at vokse op under. En kvindelig partner til en stofmisbruger, hvor der også er børn i forholdet, fortæller om deres besøg på behandlingsstedet:

Vi var ovre at besøge ham og var på weekend med børnene. Det var rigtig hårdt, men det var godt for børnene (partner til blandingsmisbruger).

Hun fortæller, at det gav børnene et godt indblik i, hvad kærestens hverdag bestod af, for, som hun sagde, havde de svært ved at forstå, hvor deres far var henne.

En anden pårørende taler også positivt om mødet med behandlingsstedet:

For mig var en narkoman en som sad på gaden og sad og stak sig i armen, men det er jo helt almindelige mennesker, som kæmper en kamp for at komme ud af deres misbrug (partner til heroinmisbruger).

En mor, som har et barn med en bruger, som netop har afsluttet behandling, har haft et godt indtryk af sin mands behandlingssted, men kunne godt have tænkt sig, at behandlingen også havde omfattet hende og deres barn. Hun siger:

Der burde være et sted, hvor medafhængige kunne være i 14 dage, altså komme væk fra familie og det hele. Vi skal stadig være mødre, fædre og passe hjem og børn og samtidig behandle os selv. Stofmisbrugerne kommer jo væk. Bare så man kunne få hjælp, fra man står op, til man går i seng, bare det at komme væk og få råd om, hvad man kunne gøre. Det vil give lidt mere forståelse: Mange gange tror vi jo, at det er for at såre os, at de gør det [tager stoffer]. Hvis vi ikke får brudt kæden, så kører det jo bare videre [til næste generation] (partner, der har barn med blandingsmisbruger).

Samlet set adskiller de pårørendes vurdering af behandlingsstedet sig ikke væsentligt fra deres vurdering af misbrugscentret. Også her bliver det organisatoriske niveau vurderet mindre positivt end det personelle. De pårørende oplever, at behandlingsstedet og andre dele af det offentlige kunne blive bedre til at samarbejde om at hjælpe brugeren.

VALG AF BEHANDLINGSSTED

De pårørende er også blevet bedt om at vurdere, om brugeren eller behandleren/kontaktpersonen skal vælge brugerens behandlingssted. 55 pct. mener, at behandleren gerne må vælge, hvor brugeren skal behandles, fordi behandleren kender behandlingsstedet bedst. Omvendt er 27 pct. af den opfattelse, at behandleren skal foreslå flere behandlingssteder, hvorefter brugeren selv skal vælge, hvor han/hun ønsker behandling.

TABEL 11.29

De pårørendes holdning til, hvem der skal vælge behandlingssted for brugeren. Procent og antal.

	Procent	Antal
Behandleren/kontaktpersonen må gerne vælge, fordi behandleren/kontaktpersonen kender behandlingsstedet bedst	55	171
Både behandleren/kontaktpersonen og brugeren	17	52
Behandleren/kontaktpersonen skal foreslå flere steder, og så skal brugeren selv vælge, hvor han/hun skal behandles	27	84
Ved ikke	2	6
I alt	100	313

Mange af de pårørende påpeger i de kvalitative interview, at det er vigtigt, at brugeren selv kan vælge behandlingssted. Det ser de pårørende bl.a. som en forudsætning for, at brugeren er positivt stemt over for behandlingsstedet. De vurderer bl.a., at hvis brugeren ser stedet som meget 'koldt', fx farveløse vægge og slidte møbler, giver det ham/hende mindre motivation til at benytte sig af behandlingstilbuddet.

DE PÅRØRENDES SYN PÅ BEHANDLINGSTILBUDDENE

I dette afsnit belyser vi de pårørendes syn på, hvilke styrker og svagheder de oplever ved de respektive behandlingstilbud. I det forrige afsnit så vi, at mange pårørende synes, at stofmisbrugsbehandlingen primært skal have som mål at gøre brugerne stoffri, hvis ikke så hurtigt som muligt, så på sigt.

Vi vil indledningsvist gennemgå de pårørendes oplevelser af henholdsvis stoffri behandling og stabiliserende/reducerende behandling. Dernæst vender vi blikket mod de pårørendes oplevelse af de tilbud, som brugeren får for afhjælpning eller reducere af de fysiske, psykiske og sociale problemer. Dette leder os videre over i en gennemgang af de pårørendes forståelse af den helhedsorienterede behandlingsindsats, herunder udslusningen.

DE PÅRØRENDENES OPLEVELSE AF STOFFRI BEHANDLING VERSUS IKKE STOFFRI BEHANDLING

Tabel 11.30 viser, hvor intensiv en behandling de pårørende mener, brugeren får. Lidt under tre fjerdedele (72 pct.) af de pårørende mener, at formålet med en stofmisbrugsbehandling er at gøre brugerne stoffri. Dette synspunkt understøttes også af de pårørende i de kvalitative interview. Her var stofmisbrugsbehandling for manges vedkommende primært lig med stoffri døgntilbehandling eller et intensivt behandlingsforløb. De pårørende oplever, at de ambulante behandlingsforløb er for sporadiske, herunder at aftalte mødetider hos behandlerne ofte bliver aflyst enten af brugeren eller behandleren.

Hvorvidt en bruger bliver visiteret til døgntilbehandling, ambulant behandling eller dagbehandling, er den enkelte brugers kommunes beslutning. 32 pct. af de brugere, hvis pårørende deltager i undersøgelsen, er i døgntilbehandling. 31 pct. er i ambulant behandling. 30 pct. modtager ad hoc-ydelser, og 7 pct. er i dagbehandling. Her skal det tages i betragtning, at døgntilbehandlingen er opstratificeret i resten af rapporten, som er baseret på spørgeskemaundersøgelsen til brugerne.⁷

7. Resultaterne i pårørendefsnittene er uvægtede, dvs. der er ikke korrigeret for den højere andel i døgntilbehandling blandt de interviewede brugere.

TABEL 11.30

Oversigt over hvilken type behandling brugerne får ifølge deres pårørende. Procent og antal.

Behandlingsintensitet	Procent	Antal
Ad hoc-ydelser	30	93
Ambulant behandling	31	99
Dagbehandling	7	22
Døgnbehandling	32	101
I alt	100	315

Tabel 11.31 viser, de pårørendes vurdering af, om brugeren får den rette behandling. 25 pct. af de pårørende angiver, at brugeren 'i høj grad' får en behandling tilpasset deres behov, 38 pct. mener 'i nogen grad', mens 18 pct. vurderer det til at være 'i mindre grad' og 8 pct. 'slet ikke'.

TABEL 11.31

Den pårørendes oplevelse af i hvilken grad brugerens behandling er tilpasset hans/hendes behov. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	25	78
I nogen grad	38	119
I mindre grad	18	56
Slet ikke	8	25
Ved ikke	11	35
I alt	100	313

I de kvalitative interview er det heller ikke alle de pårørende, som oplever, at behandlingen er tilpasset brugerens behov. For eksempel fortæller et forældrepar, at de ønskede døgnbehandling til deres datter, men ikke fik denne bevilget på grund af, at datteren ikke var tilstrækkelig "tung". Fra kommunen fik de at vide, at "så længe du ikke ligger i rendestenen, kan du ikke få døgnbehandling". Forældrene var uforstående over for denne præmis og siger herom:

Det må da være lettere at behandle nogle tidligere i forløbet frem for nogle, som har været 10-15 år i misbrugsforløbet (forældrepar til psykisk syg blandingsmisbruger).

De pårørende oplever, at den stoffri døgntilrettelæggelse favner mere bredt i og med, at der er fokus på mange områder og ikke udelukkende på selve stofmisbruget. En mor, hvis søn har været misbruger i adskillige år og har erfaring med både døgntilrettelæggelse og ambulant behandling, udtrykker det således:

Min første prioritet vil være døgntilrettelæggelse, fordi de [brugerne] kommer væk, får ro til at finde sig selv, og der er social-, lægefaglig og psykologisk hjælp (mor til heroin- og blandingsmisbruger).

Omvendt er der også nogle pårørende, som fremhæver, at ambulant og/eller dagbehandling har den styrke, at brugeren forbliver i sine vantede omgivelser og derfor lærer at forholde sig til sin afhængighed i sin hverdag.

Tabel 11.32 viser, at 51 pct. af de pårørende synes, at der er tilpas med fokus på stoffrihed i brugerens behandling, mens 35 pct. mener for lidt. 1 pct. vurderer, at der er for meget, mens 14 pct. er uafklarede i forhold til dette spørgsmål.

TABEL 11.32

De pårørendes vurdering af i hvilken grad brugerens behandling fokuserer på stoffrihed. Procent og antal.

	Procent	Antal
For meget	1	4
For lidt	35	108
Tilpas	51	158
Ved ikke	14	43
I alt	100	313

Når talen faldt på stoffri behandling hos de interviewede pårørende, var der også altid en holdning til den ikke stoffri behandling herunder substitutionsbehandlingen. Substitutionsbehandling er i sig selv ikke nogen social behandlingsindsats, men en medicinsk indsats. Men da det er vanskeligt at tale om den sociale behandlingsindsats over for stofmisbrugere uden også at tale om substitutionsbehandling, vil vi her også beskrive nogle af de pårørendes oplevelser på dette punkt. Det var ikke mange af de pårørende, der i de kvalitative interview udtrykte be-

gejstring for substitutionsbehandlingen. En mor til en blandingsmisbruger siger:

Det er en parkeringsplads – det at putte folk i substitutionsbehandling. Det er som nærmest pr. automatik. I forhold til behandlingsgarantien er det indtrykket, at man putter folk i substitutionsbehandling, og så har man overholdt behandlingsgarantien, sat noget i værk (mor til blandingsmisbruger).

Andre pårørende oplever substitutionsbehandlingen som en stabilisering af forbruget, en behandlingsform, som holder stofmisbrugeren ”oven vande”, som en pårørende udtrykker det. Endvidere er det de pårørendes oplevelse, at virkningen af substitutionsbehandlingen er tæt knyttet sammen med, i hvilken grad der sideløbende tilbydes social støtte.

Hvorvidt et døgnophold er bedre end et ambulantly forløb for brugerne, samt hvorvidt brugernes behandlingsforløb er tilpasset den enkelte bruger, er der således delte meninger om i undersøgelsen. Overordnet har de fleste pårørende dog et mål om opnåelse og bibeholdelse af stoffrihed for brugeren. Over for dette står kendsgerningen, at mange brugere får tilbagefald og/eller, at deres stofafhængighed bliver en kronisk tilstand.

DE PÅRØRENDES OPLEVELSE AF HJÆLPEN TIL BRUGERENS FYSISKE PROBLEMER

De pårørende er blevet spurgt om, hvorvidt brugeren har nogle betydelige fysiske problemer eller sygdomme, som han/hun har behov for hjælp til. Deres svar er rapporteret i tabel 11.33. Her henvises til fx infektioner, smerter, leverbetændelse, HIV og andre sygdomme. 44 pct. af de pårørende angiver, at brugeren har fysiske problemer, og lidt over halvdelen (54 pct.) svarer ’nej’ til dette spørgsmål. Kun 3 pct. oplyser, at de ikke er klar over, om brugeren har behov for hjælp til enten fysiske problemer eller sygdomme.

TABEL 11.33

Hvorvidt brugeren ifølge de pårørende har nogen betydelige fysiske problemer eller sygdomme, som han/hun har brug for hjælp til.

Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	44	136
Nej	54	169
Ved ikke	3	8
I alt	100	313

Af de pårørende, som har angivet, at brugeren har betydelige fysiske problemer eller sygdomme, som han/hun behøver hjælp til, oplever 15 pct. 'i høj grad', at brugeren får hjælp dertil. 24 pct. vurderer 'i nogen grad', og 24 pct. mener 'i mindre grad'. 32 pct. af de pårørende oplyser, at de 'slet ikke' oplever, at brugeren får hjælp til sine fysiske problemer eller sygdomme.

TABEL 11.34

I hvilken grad de pårørende, der har angivet, at brugeren har betydelige fysiske problemer eller sygdomme, vurderer, at brugeren får hjælp til sine fysiske problemer. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	15	20
I nogen grad	24	32
I mindre grad	24	33
Slet ikke	32	44
Ved ikke	5	7
I alt	100	136

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 136 pårørende, hvis bruger har betydelige fysiske problemer eller sygdomme.

Der er altså flere pårørende, der oplever, at brugeren ikke får den nødvendige hjælp til sine fysiske problemer, end der er pårørende, der vurderer, at brugeren får hjælp til sine fysiske problemer.

DE PÅRØRENDES OPLEVELSE AF HJÆLPEN TIL BRUGERENS PSYKISKE PROBLEMER

Det er velkendt, at mange stofmisbrugere har psykiske problemer. 69 pct. af de pårørende oplyser da også, at brugeren har psykiske problemer som fx depression, angst eller psykoser, som det fremgår af tabel 11.35. Af disse brugere modtager under halvdelen (43 pct.) psykologisk eller psykiatrisk behandling, og ca. halvdelen (51 pct.) ikke.

Blandt de brugere, der modtager behandling, foregår det for 62 procents vedkommende ifølge deres pårørende som en del af stofmisbrugsbehandlingen, og for 16 procents vedkommende foregår det angiveligt i psykiatrien. For 23 pct. foregår det i en anden sammenhæng, og 5 pct. ved ikke, hvor brugerens behandling foregår.

TABEL 11.35

Hvorvidt brugeren ifølge de pårørende har nogen psykiske problemer, og om brugeren får psykologisk eller psykiatrisk behandling herfor. Procent og antal.

	Ja		Nej	
	Procent	Antal	Procent	Antal
Brugeren har psykiske problemer	69	215	30	94
Brugeren modtager i så fald psykologisk/psykiatrisk behandling	43	93	51	110

Af pårørende til brugere, som får psykologisk/psykiatrisk behandling, oplever 33 pct. 'i høj grad' eller 'i nogen grad', at brugeren får den hjælp til sine psykiske problemer, som han/hun har brug for. Som det fremgår af tabel 11.36 svarer 57 pct. 'slet ikke' eller 'i mindre grad', og 10 pct. oplyser, at de ikke ved det.

TABEL 11.36

De pårørendes oplevelse af i hvilken grad brugeren får hjælp til sine psykiske problemer. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	13	28
I nogen grad	20	43
I mindre grad	27	57
Slet ikke	31	66
Ved ikke	10	21
I alt	100	215

Anm.: I tabellen er kun medtaget pårørende, hvis bruger har psykiske problemer, hvorfor totalsummen er mindre end samlet antal pårørende i undersøgelsen.

Inden for rusmiddelområdet har det været meget debatteret, om det er muligt at give psykologisk eller psykiatrisk behandling til stofmisbrugere. De pårørende til brugere med psykiske problemer er derfor blevet spurgt, om de oplever, at brugeren har fået afslag på psykiatrisk behandling på grund af, at han/hun var stofmisbruger, og svarene er rapporteret i tabel 11.37. Her angiver 21 pct. af de pårørende, at brugeren har fået afslag, fordi han/hun var stofmisbruger. 56 pct. oplyser, at brugeren ikke har fået afslag på grund af stofmisbrug, mens 23 pct. har svaret, at de ikke ved, om det har været tilfældet eller ej.

TABEL 11.37

De pårørendes oplevelse af hvorvidt brugeren har fået afslag på psykiatrisk behandling, fordi han/hun var stofmisbruger. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	21	44
Nej	56	121
Ved ikke	23	50
I alt	100	215

Hovedparten af de pårørende har således ikke oplevet, at brugeren ikke har kunnet komme i betragtning til psykiatrisk behandling på grund af sit stofmisbrug. Andelen, der har oplevet brugeren få et sådant afslag, andrager alligevel en betragtelig størrelse; ca. en femtedel af gruppen med psykiske problemer. De pårørende gav i de kvalitative interview udtryk for forskellige oplevelser af denne problemstilling.

En bror til en bruger fortæller, at han tror, det er vigtigt at adskille de psykisk syge stofmisbrugere fra de ikke psykisk syge, da de udviser forskellig adfærd og har forskellige behov. Han siger:

Det er vigtigt, at de psykisk syge ikke bliver installeret på behandlingscentre sammen med de andre, da de skal behandles forskelligt (bror til tidligere blandingsmisbruger).

Et forældrepar fortæller i forlængelse heraf, at de oplever, at deres datter ”falder mellem to stole” i behandlingssystemet, da hun både er psykisk syg og stofmisbruger på samme tid. De synes, at det psykiatriske behandlingssystem og stofmisbrugsbehandlingssystemet ikke er integreret tilstrækkeligt. Moren beskriver det således:

Hun kunne ikke komme under distriktspsykiatrien, fordi hun tog stoffer. Problemet er, at hun både er psykisk syg og afhængig – det er en stor grå masse, som de ikke ved, hvad de skal gøre af, som ikke hører til nogen steder (mor til psykisk syg blandingsmisbruger).

De siger endvidere:

De psykisk syge bliver automatisk misbrugere, hvis de ikke får hjælp. Man kan ikke tage fat på det psykiske, når de er på stoffer, men et sted skal man jo starte. Man kan ikke bare sende dem ud i kulden, så må man lave et sted, hvor de kan bo, hvor de kan få hjælp, fx en støtte- og kontaktperson (forældrepar til psykisk syg blandingsmisbruger).

Hos andre pårørende var der fx en stor uforståenhed og frustration over, at de oplevede, at psykologer ikke ønskede at tilbyde hjælp til stofmisbrugere. En mor til en blandingsmisbruger fortæller om sin søns dilemma: ”Han er blevet tilbudt psykologhjælp, men der er ingen psykologer, som vil behandle ham pga. hans stofmisbrug.” Samlet set er det de pårørendes oplevelse, at de psykisk syge brugere ikke altid får den hjælp, som de har brug for, herunder særligt at brugerne ikke bydes velkommen i det psykiatriske system, men samtidig også, at en del med psykiske problemer er vanskelige at rumme i stofmisbrugsbehandlingen.

DE PÅRØRENDES OPLEVELSE AF HJÆLPEN TIL BRUGERENS SOCIALE PROBLEMER

Mange sociale problemer forekommer sammen med misbrug, fx kriminalitet, selvmord, skilsmisse, utilstrækkelig forælderrolle, arbejdsløshed, uddannelsesproblemer, boligproblemer og hjemløshed. Umiddelbart kan man ikke sige, at misbruget er årsagen til, at de sociale problemer optræder, men at der i højere grad er tale om et gensidigt samspil.

De sociale problemer, som de pårørende fortrinsvis oplever, at brugeren har behov for hjælp til at løse, er i forhold til arbejde, uddannelse og forsørgelse (53 pct.) samt til gæld (58 pct.). Herefter peger de pårørende på administration af økonomi (44 pct.) og brugers boligsituation (38 pct.). 20 pct. oplever, at brugeren også har behov for hjælp til at komme ud af sin kriminalitet.

TABEL 11.38

De pårørendes angivelse af, om brugeren har behov for hjælp til at løse en række sociale problemer. Procent.

	Bolig-situation	Arbejde/udd./forsørgelse	Børn	Egen kriminalitet	Gæld	Administration af sin økonomi
Ja	38	53	17	20	58	44
Nej	60	45	36	74	37	53
Ved ikke	2	2	47	6	6	3
I alt	100	100	100	100	100	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 313 pårørende.

Anm.: 'Ved ikke'-kategorien i kategorien 'børn' indeholder også de brugere, hvor de pårørende har oplyst, at de ikke har børn.

Vi vender nu blikket mod spørgsmålet, om de pårørende oplever, at brugeren får hjælp til de sociale problemer, som de har ifølge den pårørende, hvilket rapporteres i tabel 11.39. Der er flest pårørende (19 pct.), som 'i høj grad' oplever, at brugeren – hvis han/hun har børn – får hjælp til disse sociale problemer. Næsteften er der flest pårørende, som mener, at brugeren 'i høj grad' får hjælp til at løse problemer med sin egen kriminalitet (15 pct.). 13 pct. oplever 'i høj grad', at brugeren får hjælp til at administrere sin økonomi. 13 pct. oplever 'i høj grad', at brugeren får hjælp til sine problemer med arbejde, uddannelse og forsørgelse. Hvad angår boligproblemer, så oplever 7 pct. af de

pårørende, at brugeren 'i høj grad' får hjælp på dette område, og 4 pct. mener, at brugeren 'i høj grad' får hjælp til at løse problemer med gæld.

Vi skal nu se på, hvilke sociale problemer de pårørende angiver, at brugeren 'slet ikke' får den tiltrængte hjælp til. Det drejer sig især om brugerens gældsproblemer (55 pct.). Dernæst om boligproblemer (43 pct.), brugerens egen kriminalitet (40 pct.), arbejde/uddannelse/forsørgelse (30 pct.) og endelig oplever 25 pct. af de pårørende 'slet ikke', at brugeren får den nødvendige hjælp til problemer med sine børn.

TABEL 11.39

De pårørendes vurdering af i hvilken grad brugeren får den hjælp, han/hun har brug for til at løse en række sociale problemer. Procent.

	Bolig- situation	Arbejde, uddan- nelse, forsør- gelse	Børn	Egen krimi- nalitet	Gæld	Admini- stration af sin økonomi
I høj grad	7	13	19	15	4	13
I nogen grad	22	29	34	23	13	19
I mindre grad	20	21	13	15	18	22
Slet ikke	43	30	25	40	55	37
Ved ikke	9	7	9	8	9	9
I alt	100	100	100	100	100	100
Antal pårør- ende	120	166	53	62	180	139

Anm.: Det er kun de pårørende, som oplever, at deres pårørende har brug for hjælp til at løse problemer inden for de nævnte områder, der er blevet stillet dette spørgsmål. Derfor er respondentgruppen forskellig for hvert af de seks områder.

Der er således en høj andel – samlet set ca. halvdelen af de pårørende eller derover – der oplever, at brugeren ikke får den hjælp, der er behov for til de sociale problemer, der er beskrevet i tabel 11.39.

Angående spørgsmålet om gæld er de pårørende ikke blevet spurgt, om det er gæld til det offentlige, fx skattegæld og lån til boligindskud, gæld til bagmænd, stofsælgere osv. eller en blanding af disse kreditorer, de oplevede, at der var brug for hjælp til. Under alle omstændigheder indikerer resultaterne, at gæld er et område, som de pårørende oplever, er særligt problematisk for brugerne.

DE PÅRØRENDES OPLEVELSE AF DEN HELHEDSORIENTEREDE INDSATS

I de forrige afsnit har vi set, hvilke sociale, fysiske og psykiske områder de pårørende oplever, at brugeren har behov for hjælp til. Alle områder er på den ene eller anden måde relateret til stofmisbruget. Og de pårørende betoner vigtigheden af, at systemet medtager alle disse områder for at kunne lave en 'hel' behandlingsindsats. I det følgende vil vi se nærmere på de pårørendes forståelse og oplevelse af den helhedsorienterede indsats i stofmisbrugsbehandlingen.

HJÆLP TIL PROBLEMER UD OVER MISBRUG

Vi har også spurgt de pårørende om deres opfattelse af den hjælp, brugerne får til andre problemer. Tabel 10.40 viser, at 7 pct. af de pårørende samlet set er 'meget tilfredse' med den hjælp, brugeren får til sine problemer ud over sit misbrug. 31 pct. af de pårørende angiver at være 'tilfredse', 19 pct. 'hverken eller', 23 pct. er 'utilfredse', og 14 pct. oplyser at være 'meget utilfredse'. 6 pct. svarer 'ved ikke'. Det er således en forholdsvis høj andel på samlet set 37 pct. af de pårørende, der i en eller anden grad angiver at være utilfredse med den øvrige hjælp, brugerne modtager.

TABEL 10.40

De pårørendes angivelse af hvor tilfredse de er med den hjælp, brugeren har fået til sine problemer ud over sit misbrug. Procent og antal.

	Procent	Antal
Meget tilfreds	7	22
Tilfreds	31	97
Hverken eller	19	60
Utilfreds	23	71
Meget utilfreds	14	43
Ved ikke	6	20
I alt	100	313

I de kvalitative interview udtrykker de pårørende eksplicit, at brugernes omgang med stoffer ikke nødvendigvis skal behandles som det primære problem, men skal ses som ét blandt mange problemer hos brugeren.

Når talen falder på den helhedsorienterede indsats, fokuserer de pårørende på, at brugerne skal have hjælp til hele deres situation, og at de pårørende skal inddrages, så vidt det er muligt.

De pårørende fremhæver, at der i behandlingen skal fokuseres på årsagerne til, at brugeren begyndte sit misbrug, på styrkelsen af brugerens sociale netværk, at brugeren kommer i spil på arbejdsmarkedet, samt vigtigheden af at forebygge tilbagefald. Den helhedsorienterede indsats bliver især taget op af de pårørende, når de fortæller om brugerens udslusning fra behandlingsopholdet. Vi vil derfor behandle dette tema særskilt afslutningsvis i kapitlet.

FOKUS PÅ ÅRSAGERNE TIL MISBRUG

Tabel 11.41 viser, at 15 pct. af de pårørende synes, at brugerens behandling 'i høj grad' fokuserer på årsagerne til, at han/hun begyndte sit misbrug. De øvrige svar fordeler sig således: 19 pct. mener 'i nogen grad', 18 pct. mener 'i mindre grad', 21 pct. mener 'slet ikke', og 28 pct. ved ikke, om brugerens behandling har fokus på årsagerne til misbruget.

TABEL 11.41

De pårørendes oplevelse af i hvilken grad brugerens behandling fokuserer på årsagerne til, at han/hun begyndte sit misbrug. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	15	47
I nogen grad	19	60
I mindre grad	18	55
Slet ikke	21	65
Ved ikke	28	86
I alt	100	313

STYRKELSEN AF NETVÆRK

I forhold til, om de pårørende synes, at brugerens behandling fokuserer på at styrke netværket omkring ham/hende, er der 40 pct., som mener 'i høj grad' eller 'i nogen grad', mens 47 pct. angiver det til at være 'i mindre grad' eller 'slet ikke'. 13 pct. er uafklarede i forhold til dette spørgsmål.

TABEL 11.42

De pårørendes vurdering af i hvilken grad brugerens behandling fokuserer på at styrke hans/hendes sociale netværk. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	18	55
I nogen grad	23	71
I mindre grad	23	72
Slet ikke	24	74
Ved ikke	13	41
I alt	100	313

TILBAGEFALDSFOREBYGGELSE

Vi vender nu blikket mod behandlingens fokus på at forebygge tilbagefald. Som det fremgår af tabel 11.43, angiver lige under halvdelen (48 pct.) af de pårørende, at de 'i høj grad' eller 'i nogen grad' synes, at behandlingen tager hånd om forebyggelsen. Lidt over en tredjedel (36 pct.) oplever det 'i mindre grad' eller 'slet ikke'. 16 pct. svarer 'ved ikke'.

TABEL 11.43

De pårørendes vurdering af i hvilken grad brugerens behandling fokuserer på at forebygge tilbagefald. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	24	74
I nogen grad	25	77
I mindre grad	17	53
Slet ikke	19	59
Ved ikke	16	50
I alt	100	313

UDSLUSNINGEN

Tilbagefaldsforebyggelse, fokus på årsagerne til misbruget samt styrkelsen af netværk er alle områder, der går igen hos de interviewede pårørende, når de taler om brugerens udslusning. Desuden kommer de ind på, hvilke indsatser der skal sættes på, for at brugeren ikke skal få et tilbagefald.

Som før beskrevet, er der 62 pct. af brugerne, hvis pårørende deltager i undersøgelsen, som tidligere har været i behandling. Lige under halvdelen (49 pct.) af disse brugere har tidligere afsluttet en behandling

planmæssigt. Vi har spurgt denne gruppes pårørende, om de oplever, at der er blevet taget hånd om brugerens udslusning fra tidligere behandlinger. Som det fremgår af tabel 11.44, er 32 pct. af den opfattelse, at det 'slet ikke' er blevet gjort, 26 pct. mener 'i mindre grad', 18 pct. 'i nogen grad', mens 16 pct. vurderer, at der 'i høj grad' er blevet sørget for dette (jf. tabel 11.44).

TABEL 11.44

De pårørendes vurdering af i hvilken grad, der er blevet taget hånd om brugerens udslusning fra tidligere planmæssigt afsluttede behandlinger. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	16	14
I nogen grad	18	16
I mindre grad	26	23
Slet ikke	32	28
Ved ikke	9	8
I alt	100	89

Anm.: Det er kun pårørende til brugere, der tidligere har været i behandling, og som har afsluttet en behandling planmæssigt, der er blevet stillet dette spørgsmål, hvorfor tabellen er baseret på 89 besvarelser og ikke hele stikprøven.

TABEL 11.45

De pårørendes vurdering af i hvilken grad brugeren fik hjælp til at holde sig stoffri efter afsluttet behandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	0	0
I nogen grad	4	2
I mindre grad	44	23
Slet ikke	50	26
Ved ikke	2	1
I alt	100	52

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 52 pårørende, som mener, at brugeren har manglet hjælp i forbindelse med udslusningen.

57 pct. af de pårørende oplever, at brugeren har manglet hjælp i forbindelse med udslusningen fra tidligere behandlinger. Som det fremgår af tabel 11.45, mener over halvdelen (50 pct.) af disse pårørende 'slet ikke', at brugeren har fået hjælp til at holde sig stoffri efter afsluttet

behandling, 44 pct. mener 'i mindre grad', og 4 pct. svarer 'i nogen grad'. Der er altså en bemærkelsesværdig stor andel af de pårørende, som vurderer, at brugeren ikke har fået tilstrækkelig hjælp til at holde sig stoffri efter afsluttet behandling.

Lidt over en fjerdedel (26 pct.) af de pårørende vurderer, at brugeren mangler alternativer til Anonyme Narkomaner (NA) eller lignende stoffri netværk. 61 pct. savner ikke alternativer, og 14 pct. 'ved ikke', hvorvidt det kunne være relevant.

INDSLUSNING PÅ ARBEJDSMARKEDET

Som det fremgår af tabel 11.46, angiver 23 pct. af de pårørende, at brugeren har været i aktivering i løbet af sit behandlingsforløb. 2 pct. oplyser, at brugeren var blevet aktiveret, men ikke mødte op. 71 pct. angiver, at brugeren ikke har været aktiveret, og 4 pct. er ikke klar over, hvorvidt brugeren er blevet aktiveret eller ej. Der er altså en stor andel brugere, som ifølge de pårørende ikke har været i (job)aktivering i løbet af deres behandlingsforløb.

TABEL 11.46

De pårørendes angivelse af om brugeren er blevet (job-)aktiveret i løbet af hans/hendes behandlingsforløb. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja, og bruger var i aktivering	23	71
Ja, men bruger mødte ikke op	2	6
Nej	71	222
Ved ikke	4	13
I alt	100	312

Af de pårørende, hvis brugere har været sendt i (job)aktivering i løbet af hans/hendes behandlingsforløb, er der 25 pct., som oplyser, at det har 'hjulpet' brugerens situation. 20 pct. angiver, at det har 'forværret' situationen. 49 pct. mener, at det 'ingen betydning' har haft, og 7 pct. ved det ikke. Det er interessant, at næsten halvdelen af de pårørende oplyser, at aktiveringen ingen effekt har haft på brugerens situation.

TABEL 11.47

De pårørendes vurdering af (job-)aktiveringens betydning for brugerens situation. Angivet for de brugere, der ifølge deres pårørende, er blevet (job-)aktiveret i løbet af hans/hendes behandlingsforløb. Procent og antal.

	Procent	Antal
Hjulpet	25	19
Forværret	20	15
Ingen betydning	49	37
Ved ikke	7	5
I alt	100	76

I de kvalitative interview peger de pårørende på, at indslusningen på arbejdsmarkedet dels har den effekt, at brugerne ”får noget at stå op til”, dels at brugerne har muligheden for at skabe sig et netværk.

BARRIERER I BEHANDLINGSSYSTEMET

I dette afsnit vil vi se på, hvilke barrierer de pårørende oplever i behandlingssystemet. For det første barrierer, som kan modvirke opnåelse af forventet behandling. For det andet barrierer, som kan modvirke en aktiv inddragelse af de pårørende. For det tredje beskriver vi de barrierer, de pårørende oplever, kan hindre en helhedsorienteret behandlingsindsats.

BARRIERER, SOM MODVIRKER OPNÅELSE AF FORVENTET BEHANDLING

I et tidligere afsnit så vi, at ca. to tredjedele af de pårørende ved brugerens behandlingsstart forventede, at brugeren blev stoffri enten så hurtigt som muligt (18 pct.) eller på sigt (46 pct.).

Desuden syntes 63 pct. af de pårørende ‘i høj grad’ eller ‘i nogen grad’, at den behandling, som brugeren reelt får, stemmer overens med deres forventninger. Der var dog 20 pct. af de pårørende, som ‘i mindre grad’, og 12 pct., som ‘slet ikke’ vurderede, at brugerens behandling stemmer overens med deres forventninger til behandlingen.

I det følgende ser vi på, hvilke barrierer, de pårørende primært oplever, der modvirke en vellykket behandling.

VENTETIDEN ER FOR LANG

Når en misbruger henvender sig med anmodning om behandling, har brugeren ifølge behandlingsgarantien ret til behandling inden 14 dage.

Lidt under halvdelen af de pårørende (46 pct.) oplevede tiden, der gik fra brugerens henvendelse til iværksættelse af behandling som 'tilpas'. 38 pct. vurderede, at der gik 'for lang tid', og 3 pct. oplevede, at der gik 'for kort tid'.

En del af de interviewede pårørende påpegede, at de oplevede, at en behandlingsgaranti på 14 dage var utilstrækkelig. De så det som en barriere, at behandlingssystemet ikke kunne modtage brugere til akut behandling, da "en situation kan ændre sig fra time til time for en stofmisbruger". Det var en del af de interviewedes opfattelse, at behandlingssystemet ikke er beregnet til hurtig hjælp. Som nogle pårørende udtrykker det:

Det er nu og her. Man skal ikke vente til om 3 måneder, for så kan de være faldet fra. Misbrugerne skal i behandling samme dag, som de er klar. I ventetiden [mellem anmodning om behandling og iværksættelse af behandling] skal der være et sted, hvor stofmisbrugerne kan være, så de ikke skal være hjemme (mor til blandingsmisbruger).

Det er sådan, at når man opdager noget tidligt, så får man aldrig en tidlig hjælp. Det skal altid gå galt og blive værre og værre, før der bliver gjort noget. Jeg er så skuffet over forløbet i starten: Nu er vores pige endnu mere syg via sin borderline (forældrepar til psykisk syg blandingsmisbruger).

Omvendt er der også andre pårørende, som har oplevet, at det har været muligt for brugeren at komme i behandling, når han/hun ønskede det. En mor fortæller, hvordan de efter henvendelse til kommunen fik hendes søn i behandling. Hun siger:

Der tager de dem med det samme. På femtedagen var han i behandling. Det, tror jeg, betød meget for, at [hans] behandling lykkedes (mor til tidligere heroin- og blandingsmisbruger).

MOTIVATIONSMÅLING

En anden barriere for opnåelse af forventet behandling er for de pårørende behandlingsstedets måling af motivation hos brugeren. Mange af de interviewede oplever, at ”nøglen” til at komme i behandling er en god ”motivationsscore”. De pårørende oplever dog, at det kan være vanskeligt for den misbrugende at opfylde de krav, som behandlerne opstiller herfor fx at overholde aftalte mødetidspunkter. Det er de pårørendes oplevelse, at motivationen for behandling hos den enkelte bruger ofte bliver målt på, hvorvidt han/hun har kunnet overholde en aftale om samtale med misbrugscentret.

For en specifik gruppe af brugerne har dette ifølge de pårørende været svært i og med, at de ud over deres stofmisbrug også har haft psykiske problemer, som har givet anledning til vanskeligheder med at overholde tider og aftaler.

SAGSBEHANDLERNE OG MANGLENDE INDIVIDUEL BEDØMMELSE

En tredje barriere, som de pårørende fremhæver, er antallet af brugere pr. sagsbehandler samt sagsbehandlerens manglende kompetencer på nogle områder som fx arbejdet med psykisk syge brugere.

Vi har set, at 56 pct. af de pårørende oplevede, at medarbejderne i stofmisbrugsbehandlingen ’i høj grad’ eller ’i nogen grad’ er fagligt kvalificerede, og 69 pct. mente, at medarbejderne møder brugeren med omsorg og forståelse.

De pårørende oplever det som endnu en barriere for god misbrugsbehandling, hvis sagsbehandlerne ikke bliver tildelt brugere efter, hvad sagsbehandlerne er gode til/hvad de har speciale i, men i stedet automatisk tildeles klienter efter deres personnummer. Endvidere har nogle af de pårørende en oplevelse af, at brugeren bliver behandlet som ”på et samleband” og ikke bliver betragtet som en person, som kan have forskellige behov i forhold til andre brugere. En pårørende siger:

En [sagsbehandler], der tager udgangspunkt i personen og ikke i loven. Selvfølgelig skal loven overholdes, men der skal også ses på personen. Fleksibilitet: Brugere er forskellige og skal nogle gange behandles forskelligt. Det skal ikke være så regelstyret (mor til heroin- og blandingsmisbruger).

38 pct. af de pårørende oplever mange skiftende sagsbehandlere som et problem for brugerens behandling mod 49 pct., som 'i mindre grad' eller 'slet ikke' oplever det. Dette resultat svarer meget godt til, hvad de pårørende i de kvalitative interview fortalte. Nogle så det ikke som en barriere for succesfuld behandling. Andre af de interviewede oplevede, at der ofte var mange sagsbehandlere, som brugeren skulle fortælle sin livshistorie til. De oplevede, at brugeren blev usikker, hvis der var for meget udskiftning blandt personalet, og at det ikke var rart for dem at skulle fortælle "det ubehagelige" flere gange. En bror til en heroin- og blandingsmisbruger vurderer, at for at opnå forventet behandling er det:

... Vigtigt med så få sagsbehandlere som muligt pr. misbruger, så brugeren ikke hele tiden skal genfortælle sin historie, og at sagsbehandlerne får mere tid til den enkelte bruger. Det er utilstadeligt, at sagsbehandlerne har fået tildelt så mange misbrugere at behandle (bror til heroin- og blandingsmisbruger).

MYNDIGHEDSFOBI

At skulle kontakte en offentlig myndighed kan være svært for nogle, hvis man ikke er bekendt med, hvilken hjælp der kan fås og hvordan. En kvindelig partner, som har barn med en hashmisbruger, siger:

Jeg tror, at der er mange af dem, som tager stoffer, som har en eller anden myndighedsfobi. Det er jo, hvis man har haft nogle dårlige oplevelser med systemet eller med kommunen eller i andre sammenhænge, så er det svært at skulle gå ind og åbne sig op. Det er jo et meget privat og personligt problem at have et stofmisbrug. Det kræver, at man åbner sig og snakker om sine følelser og sådanne nogle ting ... Men mange af de behandlingssteder er jo private ... Jeg tror, at der er rigtig mange stofmisbrugere, der ikke er klar over dette ... at de, når de skal i behandling, ikke skal sidde oppe ved socialrådgiveren, hvis man har fordomme altså, hvis man ikke ved, at det reelt er nogle, som har kompetencerne til at hjælpe én og ved, hvad de taler om, ja, så tror jeg godt, at det kunne afholde nogle fra at søge behandling (kvindelig partner med barn til hashmisbruger).

UTILSTRÆKKELIGE RESSOURCER

At der ikke er tilstrækkelige ressourcer til stofmisbrugsbehandlingen, er også en barriere, som nogle pårørende fremhæver i interviewene. En mors oplevelse af dette er:

Socialforvaltningerne rundt omkring svigter, og det er ikke, fordi der sidder nogle sagsbehandlere, der er dovne og ikke gider, men ressourcerne er der ikke, og kommunernes tolkning af loven er for slap. Vi mister altså nogle mennesker på det her. Det er dårlig økonomisk tænkning (mor til heroin- og blandingsmisbruger).

NÅR MAN IKKE ER 'DÅRLIG NOK'

En del af de interviewede pårørende berettede om, hvordan brugerne ved adskillige lejligheder var blevet afvist af behandlingssystemet med den begrundelse, at de "ikke var dårlige nok". Det er især de pårørende til hashmisbrugere, der giver udtryk for at have mødt denne type afvisning.

En mor fortæller, at hun oplevede det som svært for hende at blive taget alvorligt af behandlingssystemet, da hendes søn "kun" røg hash. Hun siger:

Hash er jo bare det bløde stof ... men enhver, der har kendskab til stofmisbrug, ved, at alle stofmisbrugere starter med hash [...] Jeg synes, at det [misbrug af hash] bliver forklejnet i det offentlige (mor til hashmisbruger).

En kvindelig partner, som har barn med en bruger, fortæller om en lignende situation, hvor brugeren først henvendte sig til en misbrugskonsulent i en kommune, men fik at vide: "Nåh, er dit problem ikke større?" Men for dem som familie, siger hun, har misbruget været et kæmpe problem. Hun fortæller, at de begge blev meget skuffede over denne besked, da det var en stor overskridelse for brugeren at bede om hjælp til behandling.

Det er nogle af de interviewedes opfattelse, at behandlingssystemet kræver, at "brugerne skal ned og ramme bunden, før de kan hjælpes."

Et forældrepar fortæller om deres psykisk syge datter, der i begyndelsen af sin misbrugskarriere røg meget hash. Forældrene henvendte sig til misbrugscentret, hvor de ikke oplevede, at dette forbrug var behandlingskrævende. Forældreparret fortæller herom:

Herefter begyndte hun at indtage kokain og fik oparbejdet en større gæld [60.000 kr.], hvorefter kommunen nu var til at tale med (forældrepar til psykisk syg blandingsmisbruger).

FOR LIDT FOKUS PÅ PSYKISK SYGE STOFMISBRUGERE

De interviewede pårørende til brugere med psykiske lidelser, oplever det som en markant barriere for vellykket behandling, at der ikke er tilstrækkelige boliger for de psykisk syge stofmisbrugere. De siger:

På et tidspunkt kom hun [deres datter] på et hjem for hjemløse, da kommunen ikke vidste, hvad de skulle gøre af hende. Hun er hverken i den ene eller anden gruppe (forældrepar til psykisk syg blandingsmisbruger).

Der skal være boliger på stedet, hvor der er behandling, fx med opgangslejligheder og fællesrum, så skulle de ikke ud af huset for at få deres medicin, det stresser [navn på bruger] meget ... Det skal være samlet på ét sted. Der er kun få steder i landet for dobbeltdiagnoser. Vi synes, det er under al kritik (forældrepar til psykisk syg stofmisbruger).

Et andet omdrejningspunkt hos denne gruppe pårørende var, at de så en stor barriere ved, at brugerne ikke blev undersøgt for psykiske lidelser, før de påbegyndte behandling. En bror til en heroin- og blandingsmisbruger siger:

Før man begynder at behandle med metadon, vil det være givtigt at undersøge, hvorvidt man har en psykiatrisk diagnose, er psykisk syg. De psykisk syge misbrugere er fx et meget let bytte for narkohajer (bror til heroin- og blandingsmisbruger).

SYSTEMET ER IKKE AKTIVT OPSØGENDE

Af andre barrierer, som viser sig hos de pårørende, er deres oplevelse af, at systemet burde være mere opsøgende over for brugeren. En far siger herom:

Indtil han kom i behandling, syntes vi ikke, at systemet ... altså, de har reageret efter regler og henvendelser, men de har ikke på noget tidspunkt været udfarende, aktivt opsøgende på nogen måde (forældrepar til psykisk syg blandingsmisbruger).

BARRIERER, SOM MODVIRKER OPNÅELSE AF AKTIV INDDRAGELSE

Tidligere i kapitlet så vi, at hovedparten af de pårørende (59 pct.) synes, at de har været inddraget for lidt i brugerens behandling. Denne høje andel peger på, at mange af de pårørende gerne vil involveres mere i behandlingen, men at der er nogle områder, som modvirker en aktiv inddragelse. Hvad det er for nogle barrierer, vil vi se nærmere på i det følgende.

HVOFOR ER DE PÅRØRENDE UTILFREDSE. HVILKE BARRIERER MØDER DE?

45 pct. af de pårørende, som var 'utilfredse' eller 'meget utilfredse' med behandlingssystemets inddragelse af dem i forbindelse med brugerens behandling, oplyser, at årsagen hertil er, at de har oplevet at være blevet holdt uden for behandlingen; fx at de ikke vidste, hvad der foregik og ingen indflydelse havde på den pågældende behandling. Tabel 11.48 viser, at 39 pct. angiver, at forklaringen på deres utilfredshed er, at de har manglet information om brugerens behandling; fx hvilken behandling det var muligt at få, hvor man kunne få hjælp til behandlingen samt målsætningen med behandlingen. 6 pct. er utilfredse med, at de ikke kan få oplysninger om brugerens behandlingsstatus, hvis de henvender sig til misbrugscentret eller behandlingsstedet, når brugeren er over 18 år. 25 pct. oplyser 'andre ting' såsom kommunikationsproblemer som årsag til deres utilfredshed. De oplever fx vanskeligheder med at komme i kontakt med sagsbehandlerne eller behandlingsstedet generelt.

TABEL 11.48

De pårørendes angivelse af hvilke ting de er utilfredse med i forhold til inddragelsen af dem i brugerens behandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
Er blevet holdt uden for behandlingen	45	64
Har manglet information om behandlingen	39	55
Har ikke kunnet få information om brugere over 18 år	6	8
Andet	25	36

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 143 pårørende, som oplyser at være blevet inddraget i behandlingen. Tabellen summerer til mere end 100 pct., da de pårørende havde mulighed for at angive mere end ét aspekt, som de var utilfredse med.

Der er altså flere grunde til, at de pårørende oplever at blive mødt med modstand, når de ønsker en aktiv inddragelse i brugerens behandling. Først og fremmest er det oplevelsen af at blive holdt udenfor, dernæst manglende information om behandlingen samt kommunikationsvanskeligheder med behandlingssystemet. En mindre andel udtrykker også utilfredshed med ikke at kunne få oplysninger om brugerens behandling, ve og vel samt færden i behandlingssystemet. Noget, som også lå nogle af de pårørende i de kvalitative interview meget på sinde. En mor fortæller om sin frustration over ikke at kunne få oplysninger fra behandlingssystemet om sin datter. Hun siger herom:

Det kunne være rart, hvis behandlingssystemet spørger misbrugere, om de har nogen pårørende, som de må udtale sig til. Det ville være rart for os. Nogle gange ved vi ikke, om hun er levende eller død. [Misbrugers navn] ringer os ned, det er uden for vores dør, hun står, så vi bliver nødt til at følge med i, hvordan det går. Hvis vi kan hjælpe, vil vi gerne gøre det, men det er så nemt [for behandleren] at sidde ved sit skrivebord og sige: ”Det må vi ikke udtale os om” (mor til psykisk syg blandingsmisbruger).

At de pårørende er positive over for at blive inddraget i brugerens behandling, kan der være flere grunde til. For det første kan det være et udtryk for, at de ser sig selv som en del af problemet og derfor også

ønsker at blive en del af løsningen. For det andet kan det være et udtryk for, at de ønsker, at familien skal genskabes. I de forrige afsnit har vi set, at det at være pårørende til en misbruger kan have mange forskellige negative konsekvenser, og det berører alle, når der er en misbruger i familien.

BARRIERER, SOM MODVIRKER OPNÅELSE AF HELHEDSORIENTERET INDSATS

Et markant ønske fra de pårørende i den kvalitative undersøgelse var, at behandlingstilbuddene i højere grad skal arbejde mere holistisk med brugernes livssituation og deres hverdag for at opnå en tilfredsstillende behandlingsindsats. Nogle pårørende oplevede, at behandlingstilbuddet blev koncentreret om et selvstændigt (stof-)problem – og når brugerne ikke længere tog stoffer, opfattedes han/hun som færdigbehandlet. Et andet omdrejningspunkt var bl.a. det vigtige og nødvendige samarbejde på tværs af institutioner og sektorer for at få en vellykket behandling med efterfølgende frugtbar udslusning.

MANGLENDE KOORDINERING

I det tidligere afsnit så vi, at to femtedele af de pårørende havde det indtryk, at behandlingsstedet og misbrugscentret og andre dele af det offentlige 'i høj grad' (13 pct.) eller 'i nogen grad' (27 pct.) samarbejder om at hjælpe brugeren. Omvendt havde ca. halvdelen af de pårørende ikke indtryk af, at der bliver samarbejdet, 23 pct. mente 'i mindre grad', og 27 pct. vurderede, at der 'slet ikke' blev samarbejdet om at hjælpe brugeren.

At manglende koordinering kan være en barriere mod en forventet behandlingsindsats, kommer til udtryk i de kvalitative interview. Flere af de pårørende skildrer, hvordan de oplever brugerens økonomi "falde på gulvet".

Et forældrepar, hvis søn har været i døgnbehandling, fortæller, at døgninstitutionen beder deres søn om ikke at åbne sine breve med regninger, mens han er under behandling, da han ikke skal bekymre sig om ting som dette. Forældrene forholder sig imidlertid undrende over for behandlingsstedets opfordring, da de indvender, at regningerne stadig vil være der efter endt døgnbehandling, blot vil det skyldige beløb være blevet højere. De siger:

Men hvad så, når behandlingen er ovre? Så ligger de [regningerne] der jo stadigvæk. De er til gengæld blevet mangedoblede, og der er ikke nogen, som siger: ”Nu skal vi nok sætte os ned og hjælpe dig med at finde ud af det her.” Så han er totalt i ingenmandsland med det her, og det er vi også. Der kunne vi godt ønske, at der var én, som trådte ind (forældrepar til psykisk syg blandingsmisbruger).

Dette eksempel understøttes af spørgeskemaundersøgelsen, hvor over halvdelen af de pårørende oplever, at brugeren ‘i mindre grad’ (22 pct.) eller ‘slet ikke’ (37 pct.) får hjælp til at løse problemer med administration af hans/hendes økonomi.

Det kan ifølge de pårørende være forvirrende, når brugeren har flere sagsbehandlere, fx en økonomisk sagsbehandler og en social sagsbehandler, og når de pårørendes oplevelse er, at der ikke koordineres tilstrækkeligt imellem disse, og at man som bruger eller pårørende evt. selv må være koordinator mellem disse. En far fortæller, hvordan han har hjulpet sin søn med at koordinere hjælpen til brugeren, men det er hans oplevelse, at:

Kommunerne har forskanset sig mellem telefonsluser. Det er meget svært at få fat i de folk ... Det har været svært for vores søn at få penge til at ringe for ... vi har indimellem måttet hjælpe ham med et taletidskort (far til psykisk syg blandingsmisbruger).

FOR LIDT FOKUS PÅ TILBAGEFALDSFOREBYGGELSE

En anden vigtig barriere, som de pårørende nævner, er, at de oplever, at der er for lidt fokus på brugerens tilbagefaldsforebyggelse. I tidligere afsnit så vi, at ingen af de pårørende oplevede, at brugeren ‘i høj grad’ fik hjælp til at holde sig stoffri efter afsluttet behandling. 4 pct. mente ‘i nogen grad’, og hele 96 pct. angav, at de oplever, at bruger ‘i mindre grad’ eller ‘slet ikke’ fik hjælp til dette.

Dette understøttes også i interviewene, hvor alle de pårørende nævner det efter deres mening for lille fokus på tilbagefaldsforebyggelse som en barriere for forventet behandling. De pårørende peger specielt på områderne: kontaktstøtte, udslusningsbolig og indslusning på arbejdsmarkedet, som særligt vigtige at have fokus på. For eksempel siger en mor:

Det kunne være rart, hvis der var en person, som holdt øje med dem, som de kunne læne sig lidt op ad, og som kontaktede dem indimellem – direkte efter udslusningen (mor til psykisk syg blandingsmisbruger).

Endvidere mener de pårørende, at det er vigtigt, at brugeren får et arbejde og hermed bliver tilknyttet en arbejdsplads. En anden mor beskriver det således:

Det er vigtigt at få en arbejdsplads, dels for at have noget at stå op til, dels for at have noget socialt samvær og evt. opbyggelse af nyt netværk (mor til tidligere heroin- og blandingsmisbruger).

UTILSTRÆKKELIGE NETVÆRK

En anden barriere, der kommer til udtryk i både den kvantitative og kvalitative del, er, at mange stofmisbrugere ikke har noget netværk at tække på i svære situationer. Flere pårørende peger på, at det er vigtigt, at behandlerne også tager hånd om den misbrugendes netværk, fx familien. Herved får brugerne nogle at støtte sig til.

At kunne fastholde, reetablere eller etablere et solidt, understøttende og bærende netværk, mener de pårørende, er af afgørende betydning for en vellykket behandling. Men at skabe sig et nyt netværk kan være en vanskelig proces. Nogle pårørende siger:

At finde en anden omgangskreds – det er det, som er svært, men som skal til, hvis der skal ændres noget (forældrepar til blandingsmisbruger).

Når man er ensom, kontakter man dem, som man har på mobilen, og så røg hun i igen. (Forældrepar til psykisk syg stofmisbruger).

DE PÅRØRENDES FORSLAG TIL FORBEDRINGER

I det følgende beskrives de pårørendes forslag til, hvordan behandlingsindsatsen over for stofmisbrugere kan forbedres.

MERE STØTTE OG RÅDGIVNING TIL DE PÅRØRENDE

SELVHJÆLP

Der ønskes nogle værktøjer, som de pårørende kan bruge til at hjælpe sig selv samt til at opnå en forståelse for deres egen situation. Endvidere ønskes redskaber til, hvordan man forholder sig til det at være pårørende til en misbruger nu såvel som i fremtiden. Det er de pårørendes oplevelse, at en sådan hjælp ikke kun vil gavne de pårørende, men hele familien. De pårørende foreslår bl.a., at de tilbydes foredrag, gruppesamtaler og lignende afholdt af misbrugscentret eller behandlingsstedet.

FAMILIETILBUD

De pårørende ønsker hjælp til at tale om de dilemmaer og de konsekvenser, et stofmisbrug kan medføre for familier med børn. De foreslår familiesamtaler eller hele familieprogrammer, hvor brugerens børn eller unge også inddrages, da det er vigtigt, at der i behandlingen fokuseres på hele familien og ikke kun på brugerens situation.

PSYKOLOGHJÆLP

Det er et markant ønske fra de pårørende, at det at være nær pårørende til en stofmisbruger vil blive en henvisningskategori på lige fod med andre kategorier, som giver adgang til psykolog via sygesikringen. Det er vigtigt for de pårørende at kunne få bearbejdet deres følelser samt de forsvarsmekanismer, som fremkommer, når man lever med eller er tæt knyttet til en stofmisbruger. De pårørende påpeger især nødvendigheden heraf, hvis det er et familiemedlem, som bliver afhængig. For når ét familiemedlem bliver stofafhængig, påvirker det alle i familien, deres følelser og sociale adfærd.

STØRRE FOKUS PÅ PSYKISK SYGE STOFMISBRUGERE

PSYKIATRISK UDREDNING FØR STOFMISBRUGSBEHANDLING

Da der ved mange stofmisbrugere også ses psykiske problemstillinger, peger de pårørende på, at behandlingsstederne i højere grad skal arbejde mere målrettet med at tilbyde psykiatrisk udredning til stofmisbrugere sammen med behandlingen for stofmisbrug. De pårørende foreslår, at

før behandlingsstedet igangsætter stofmisbrugsbehandlingen, skal der laves en psykiatrisk udredning.

FLERE BOSTEDER TIL BEHANDLING AF STOFMISBRUG OG PSYKISKE LIDELSER

Det er de pårørendes oplevelse, at de psykisk syge stofmisbrugere er en kasterbold mellem misbrugscentret/behandlingsstedet og det psykiatriske system. Det er essentielt at få skabt et rum til disse brugere, hvor de bliver behandlet både for stofmisbrug og den psykiatriske lidelse. De pårørende foreslår specialklinikker eller behandlingssteder, som tilbyder en integreret behandling for stofmisbrug og psykiatriske lidelser.

FLERE BOTILBUD TIL PSYKISK SYGE STOFMISBRUGERE

De pårørende efterlyser flere botilbud til psykisk syge stofmisbrugere fx i form af opgangslejligheder med fællesrum, hvor behandlingen kan foregå, således at misbrugerne ikke skal 'ud af huset' for at modtage deres medicin, hvilket ifølge de pårørende kan være meget stressende for brugerne.

Det foreslås, at der findes en anbringelsesløsning, fx en slags hotel, mens brugerne venter på behandling, så de pårørende ikke skal have dem boende.

KLARERE LOVGIVNING PÅ OMRÅDET

Af andre forslag er en mere gennemsigtig lovgivning på stofmisbrugsområdet. De pårørende finder det til tider vanskeligt at gennemskue, hvilke mekanismer der tages i brug i kommunerne, når sager afgøres på behandlingsområdet. For eksempel opleves behandlingsgarantien meget bred, og det er vanskeligt at gennemskue, hvad der kræves, for at en bruger indstilles til døgnbehandling. Desuden er mange pårørende i tvivl om, hvad kommunen har pligt til at tilbyde brugeren i udslusningsfasen.

SPEAKER

De pårørende foreslår, at der ansættes personer i SSP-regi eller ved misbrugscentrene, som politisk er et talerør for stofmisbrugerne såvel som for de pårørende.

ADMINISTRATION AF BRUGERNES ØKONOMI

Derudover foreslår de pårørende en større administration af brugernes økonomi fra kommunens side. Især for brugere, der også er psykisk syge, da pårørende hertil oplever, at brugeren kan have vanskeligt ved at styre sin økonomi, eller at de i højere grad bliver franarret eller truet til at aflevere penge til andre brugere i deres miljø. Det foreslås, at kommunen udbetaler et nettobeløb et par gange om måneden til brugerne.

STØRRE FOKUS PÅ TILBAGEFALDSFOREBYGGELSE

PLACERING AF BRUGERNE PÅ ARBEJDSMARKEDET

Et andet forslag, som de pårørende kommer med, er at hjælpe brugerne ud på arbejdsmarkedet efter endt behandling på døgninstitutioner. De påpeger vigtigheden af, dels at have noget at stå op til efter stofferne, dels det at få et socialt samvær og evt. opbyggelse af nyt netværk. Der er forslag om at benytte tidligere brugere som gadearbejdere i SSP-regi via politiet samt benytte dem som motivatorer i socialforvaltningen.

ANSIGT TIL ANSIGT-KONTAKT

Endvidere peger de pårørende på vigtigheden af den menneskelige kontakt efter behandlingen – i udslusningsfasen. At brugerne får tildelt en person, som de kan knytte sig til, og som er vedholdende over tid. En person, som kontakter de tidligere brugere indimellem, og som de kan 'læne sig opad'.

OPRETTELSE AF NETVÆRK

Mange pårørende har nævnt brugernes netværk som en afgørende betydning for vellykket behandling: at have et solidt og støttende netværk uden for stofmiljøet. Ofte har stofmisbrugere ikke noget større netværk at trække på i svære situationer, hvorfor det er vigtigt, at behandlerne også tager hånd om den misbrugendes netværk, fx familien. De foreslår fx, at en præst ville være en mulig person, som brugeren kunne henvende sig til, hvis han/hun har behov for det.

STØRRE FOKUS PÅ INFORMATION

INFORMATION OM STOFFER OG MISBRUG I OFFENTLIGHEDEN

De pårørende oplever et behov for hjælp til at få indsigt i behandlingssystemet samt generel rådgivning og information om stoffer og misbrug. Endvidere efterlyses oplysning om, hvordan man hjælper bedst, hvis der er mistanke om, at et familiemedlem er ved at bevæge sig ud i et stofmisbrug, hvordan man som pårørende passer på sig selv, og hvordan man håndterer det at være pårørende til en misbruger i forhold til arbejdsplads, venner og bekendte.

Desuden efterlyser de pårørende, at unge i højere grad bliver oplyst om følgevirkningerne ved at indtage stoffer. Endvidere efterspørger de, at behandlingsstederne sætter yderligere fokus på information til forældre om, hvilken adfærd unge ofte udviser ved indtagelse og afhængighed af stoffer. Der er forslag om større synlighed af dette på skoler, men også mere generelt i offentligheden, fx hos lægen, tandlægen, apoteket, biblioteket. Der ønskes foldere med adresser og telefonnumre, hvor man kan henvende sig, og hvad man som pårørende kan gøre.

MERE OPSØGENDE ARBEJDE

Et andet omdrejningspunkt i de pårørendes forslag til forbedringer er, at misbrugscentre og behandlingsstederne i højere grad skal være opsøgende over for den misbrugende, som ønsker behandling, fx i forbindelse med, at brugerne skal komme til møde på et aftalt tidspunkt, på misbrugscentret, i retten, i banken osv. Ved udeblevne møder på behandlingsstedet/misbrugscentret er det vigtigt, at behandlerne opsøger brugerne, da udeblivelse ofte af behandlingsstedet eller misbrugscentret opleves som manglende motivation for behandling, hvilket ifølge de pårørende ikke altid er korrekt. De pårørende foreslår, at dette kunne gøres via SSP-samarbejdet, ved at brugeren fik tilknyttet en sagsbehandler derfra, som fulgte brugeren fx til aftalte tider til behandling.

SAMMENFATNING

METODE

Analyserne i denne rapport er baseret på: en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.013 stofmisbrugere i behandling, en spørgeskemaundersøgelse blandt 315 pårørende til stofmisbrugere og kvalitative interview med 30 brugere af stofmisbrugsbehandlingen og kvalitative interview med 15 pårørende.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt brugerne er gennemført ved, at en interviewer har kontaktet brugerne på behandlingsstedet, samt at en række behandlingssteder har indhentet samtykke fra brugere, som ikke kommer så ofte på behandlingsstedet, til, at SFI måtte kontakte og interviewe dem over telefonen eller ved besøgsinterview. I alt er der interviewet brugere fra 41 kommunale og regionale misbrugscentre, 15 døgnbehandlingssteder og 1 privat dagbehandlingsinstitution. Der er interviewet 183 brugere i døgnbehandling (18 pct.), selvom kun 9,5 pct. af brugerne af den sociale stofmisbrugsbehandling er i denne type behandling ifølge DanRIS. Vi har valgt denne overrepræsentation af brugere i døgnbehandling ud fra et ønske om at kunne tage højde for de betydelige forskelle i indholdet af behandlingen på forskellige døgninstitutioner, samt for at give større sikkerhed i estimerne for denne behandlingstype, som der er relativt få brugere, der får. I

analyserne har vi vægtet brugere i døgnbehandling, så deres overrepræsentation ikke påvirker resultaterne af undersøgelsen.

Brugerne blev spurgt om samtykke til, at en interviewer fra SFI kunne kontakte en eller flere af deres pårørende med henblik på et interview om brugerens behandling. 348 brugere har givet samtykke til dette, og 315 pårørende har været interesserede i at deltage i undersøgelsen.

STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN

Denne undersøgelse har vist, at flertallet af brugerne af stofmisbrugsbehandling er tilfredse med deres behandling. To tredjedele af brugerne siger, at de er 'tilfredse' eller 'meget tilfredse' med deres behandling. Der er dog forskel på tilfredsheden alt efter formålet med og intensiteten af brugernes behandling.

42 pct. af brugerne i stofmisbrugsbehandling er stoffri, eller det er planlagt, at de skal blive det inden for de næste par år. For de resterende brugere er der derimod ingen planer om, at behandlingen skal føre til stoffrihed. For 70 pct. af brugerne har behandlingen det formål, de ønsker, dvs. at stoffrihed er en planlagt del af brugerens behandling, hvis brugeren ønsker at blive stoffri, og at stoffrihed ikke er planlagt, hvis brugeren ikke ønsker at blive stoffri. Blandt de resterende 30 pct. er der en klar overvægt af brugere, som ønsker at blive stoffri, men hvor det ikke er det planlagte mål med deres behandling. Der er således flere brugere, som ønsker at blive stoffri, end brugere, som får en behandling, hvor stoffrihed er en planlagt del af behandlingen. Den samme tendens er tydelig, når vi ser på sammenhængen mellem, hvad brugerne oprindeligt ønskede at opnå med behandlingen og formålet med den behandling, brugeren rent faktisk modtager på interviewtidspunktet. Af de brugere, som oprindeligt ønskede at blive stoffri, er 33 pct. stoffri i dag, for 34 pct. er stoffrihed et planlagt mål med behandlingen, mens der for 24 procents vedkommende ikke er planlagt stoffrihed i behandling. Der er dog samtidig 33 pct. af de brugere, som oprindeligt henvendte sig for at få nedtrappet og stabiliseret deres forbrug – ikke for at blive stoffri – hvor stoffrihed er en planlagt del af deres behandling. Brugernes ønsker til, hvad de skal opnå med behandlingen, kan således ændre sig undervejs. Det er dog stadig problematisk, at der er 20 pct. af brugerne i

behandling, som ønsker at blive stoffri, men hvor det ikke er en planlagt del af deres behandling.

Der er en stor gruppe brugere, som kun meget sjældent får social stofmisbrugsbehandling, forstået som samtaler med behandlere og andet personale samt gruppebehandling. Ifølge Servicestyrelsen er en behandlingsintensitet på mindre end hver anden uge ikke social stofmisbrugsbehandling og defineres som ad hoc-ydelser. Denne undersøgelse viser, at der er en stor del af brugerne indskrevet i behandling, som kun modtager ad hoc-ydelser – ofte i kombination med substitutionsbehandling med metadon eller lignende medicin. Der er således 44 pct. af brugerne i undersøgelsen, som kun modtager ad hoc-ydelser, og af disse har 61 pct. ikke haft nogen behandlingssamtale den seneste måned. Ud over ad hoc-ydelser modtager 40 pct. ambulant behandling, 7 pct. dagbehandling og 10 pct. døgnbehandling, når vi vægter datamaterialet. Der er en klar tendens til, at brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, er væsentligt mindre tilfredse end brugere i ambulant, dag- og døgnbehandling. Der er således 64 pct. af brugerne, som modtager ad hoc-ydelser, som er 'tilfredse' eller 'meget tilfredse', mod 79 pct. af brugerne i ambulant behandling, 91 pct. af brugerne i dagbehandling og 85 pct. af brugerne i døgnbehandling.

Indholdet af brugernes behandling er primært substitutionsbehandling og samtaler med andre behandlere end psykologer. Der er således 76 pct. af brugerne i undersøgelsen, som får substitutionsbehandling. 25 pct. får psykologsamtaler. 77 pct. får samtaler med andet personale. 20 pct. deltager i gruppebehandling, og 34 pct. deltager i fritidsaktiviteter. Der er dog en tydelig forskel på, hvad behandlingen indeholder, alt efter hvilken intensitet den har. Der er fx 93 pct. af brugerne, som modtager ad hoc-ydelser, der får substitutionsmedicin, mens det kun er tilfældet for 21 pct. af brugerne i døgnbehandling. Med hensyn til psykologbehandling skiller brugere, som kun får ad hoc-ydelser, sig ud. Kun 8 pct. i denne gruppe får psykologsamtaler, mens 31-39 pct. i de andre behandlingsintensiteter får sådanne samtaler.

Der danner sig et billede af, at dag- og døgnbehandlingen primært består af gruppebehandling, samtaler med andet personale og aktiviteter, kombineret med psykologsamtaler for en tredjedels vedkommende. Ad hoc-ydelser består derimod primært af substitutionsbehandling, kombineret med samtaler med andet personale for to tredjedele vedkommende og aktiviteter for en mindre del af brugernes

vedkommende. Den ambulante behandling placerer sig mellem disse typer, idet den består af substitutionsbehandling kombineret med samtaler med psykologer og andre behandlere for lige så stor en andel af disse brugere som for brugerne i døgnbehandling. Brugere, som kun får ad hoc-ydelser, får således ikke bare en lavere intensitet af behandlingen, men også et substantielt andet indhold.

Særligt psykologsamtaler er noget, brugerne ønsker sig. Af de brugere, som ikke allerede får psykologsamtaler, er det 27 pct., som gerne vil have sådanne samtaler. Samtidig er det især psykologsamtaler og samtaler med andet personale, som gør brugerne tilfredse med behandlingen.

HENVISNINGSFORLØBET OG BRUGERENS SAMARBEJDE MED KONTAKTPERSONEN

Brugerne af den sociale stofmisbrugsbehandling oplever i forholdsvis høj grad at have indflydelse på deres behandling. Der er fx 49 pct. af brugerne, som mener, at deres kontaktperson 'i høj grad' var lydhør over for deres ønsker til behandling, og yderligere 27 pct., som mener, at det 'i nogen grad' var tilfældet. Der er ligeledes 75 pct. af brugerne, som er tilfredse med deres mulighed for at justere behandlingen undervejs. Alt i alt er der 50 pct. af brugerne, som 'i høj grad' mener, at de har fået den behandling, de gerne vil have, mens 30 pct. svarer, at det 'i nogen grad' er tilfældet. Størstedelen af brugerne oplever således at have indflydelse på deres behandling. Det er på trods af, at kun 25 pct. af brugerne havde mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder, selvom 37 pct. mener, at det 'i høj grad' er vigtigt at have et sådant valg. Af brugerne i substitutionsbehandling blev kun 39 pct. tilbudt at vælge mellem stoffri behandling og substitutionsbehandling, da de henvendte sig. Brugere har således en oplevelse af at have indflydelse på behandlingen, uden at de nødvendigvis får mange valgmuligheder. For mange af brugerne handler det om, at deres kontaktperson lytter til deres ønsker og ud fra dette finder den rette behandling.

Idet de fleste af brugerne 'i nogen grad' eller 'i høj grad' får den behandling, de ønsker, har meget få undersøgt mulighederne for at klage. Der er således en del brugere, som ikke ved, hvem de eventuelt skulle henvende en klage til. De angiver, at det er noget, de ville finde ud af,

hvis de skulle få brug for at klage. To tredjedele af brugerne er bekendte med, hvilke dele af beslutningerne om deres behandling de har ret til at klage over.

Det er ligeledes to tredjedele af brugerne, som oplever at få behandling inden for behandlingsgarantien på 14 dage. For den del af brugerne, hvor det har taget længere tid at få behandling, er det ikke nødvendigvis udtryk for, at behandlingsgarantien ikke er overholdt. Nogle brugere modtager således en lavere behandlingsintensitet, mens de venter på fx dag- og døgnbehandling. De står derfor ikke nødvendigvis uden for behandlingssystemet, men ventetiden opfattes dog stadig som belastende for brugerne.

Brugerne er også blevet spurgt om, hvor ofte de mødes med deres kontaktperson, og hvad samtalerne handler om. En fjerdedel af brugerne angiver, at de ingen samtaler har haft med deres kontaktperson de seneste 2 måneder, mens halvdelen har haft en til fire samtaler, og den sidste fjerdedel har haft fem samtaler eller mere. Tre fjerdedele af brugerne mener, at de har en 'tilpas' mængde samtaler.

For en tredjedel af brugerne varer samtalerne 1 time eller mere, mens de er af en noget kortere varighed for de øvrige brugere. Det er desuden særligt brugere, der ikke får mange samtaler, som har meget korte samtaler på 20 minutter eller mindre, når de endelig har en samtale med deres kontaktperson. Det er således særligt brugere, som modtager ad hoc-ydelser, der oplever at have meget korte samtaler med deres kontaktperson. Samtalerne handler om brugerens personlige situation, misbrug og behandling, mens de kun for en tredjedels vedkommende handler om andre sociale problemer, brugeren kunne have brug for hjælp til. Samtalerne er således primært fokuseret på stofmisbrugsbehandlingen og kun sekundært fokuseret på den helhedsorienterede indsats, herunder hvilke problemer brugeren har ud over sit misbrug.

En tredjedel af brugerne har oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner, og 60 pct. af disse brugere oplever, at de skiftende kontaktpersoner 'i høj grad' er et problem. Flere brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, har oplevet mange skiftende kontaktpersoner. Disse brugere opfatter det også i højere grad som et problem, når de er udsat for mange skiftende kontaktpersoner.

DEN HELHEDSORIENTEREDE INDSATS

Mange af brugerne af den sociale stofmisbrugsbehandling har også store psykiske, fysiske eller sociale problemer, som de har brug for hjælp til. 62 pct. af brugerne har psykiske problemer, som de mener, at de har brug for hjælp til at håndtere. Det er dog kun 53 pct. af brugerne med psykiske problemer, som oplever 'i nogen grad' eller 'i høj grad' at få den hjælp, de har brug for til deres psykiske problemer. 28 pct. af brugerne med psykiske problemer oplever 'slet ikke' at modtage hjælp til disse problemer. Det er særligt brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, som ikke oplever at få tilstrækkelig hjælp til deres psykiske problemer. Det understreger, at det faktum, at færre brugere i denne behandlingsintensitet får samtaler med en psykolog, ikke skyldes, at disse brugere i mindre grad rapporterer at have psykiske problemer.

Lidt over halvdelen af brugerne angiver, at de har fysiske problemer, og af disse oplever 53 pct. 'i nogen grad' eller 'i høj grad' at få hjælp til deres fysiske problemer, mens 28 pct. angiver, at de 'slet ikke' får den hjælp, de har brug for.

En tredjedel af brugerne har problemer med arbejde, uddannelse og forsørgelse, bolig og/eller børn, mens 9 pct. har brug for hjælp til at løse problemer med kriminalitet. Flest brugere oplever 'i høj grad' eller 'i nogen grad' at få hjælp med deres problemer i forhold til arbejde eller uddannelse, hvor kun 20 pct. rapporterer, at de 'slet ikke' får en sådan hjælp. Der er derimod 39 pct., som 'slet ikke' får hjælp til boligproblemer. 40 pct., som 'slet ikke' får hjælp til at løse kriminalitetsproblemer, og 46 pct., som 'slet ikke' får hjælp til at løse problemer med deres børn.

Brugerne er også blevet spurgt om deres samarbejde med kommunale sagsbehandlere ud over deres kontaktperson på behandlingsstedet. 49 pct. af brugerne er 'tilfredse' eller 'meget tilfredse' med dette samarbejde, mens 24 pct. er 'meget utilfredse'. Brugerne har således en meget blandet oplevelse af dette samarbejde, og det er særligt brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, som er utilfredse. Denne gruppe har således flere ubehandlede eller uløste problemer og har generelt et dårligere samarbejde med de sociale myndigheder.

SOCIALT NETVÆRK, STØTTE OG UDSLUSNING

Det sociale netværk er vigtigt for brugerne både under og efter behandlingen.

42 pct. af brugerne har fået en eller flere af deres pårørende inddraget i behandlingen. Inddragelsen kan fx ske ved, at de pårørende deltager i pårørendekurser udbudt af behandlingsstedet eller deltager i samtaler mellem brugeren og dennes kontaktperson eller behandler. 71 pct. af brugerne mener, at omfanget af inddragelsen af deres pårørende i behandling har været 'tilpas', 3 pct. mener, det har været 'for meget', og 15 pct. mener, at det har været 'for lidt'. De fleste brugere, som mener, at det har været 'for lidt', har ikke haft deres pårørende inddraget i behandlingen. Der er således en del af brugerne, som ønsker, at de pårørende i endnu højere grad bliver inddraget, men der er tilsyneladende også en del brugere, der oplever at være tilfredse med, at de pårørende ikke inddrages.

36 pct. af brugerne har en partner, og 42 pct. af disse partnere er selv misbrugere. 54 pct. af brugerne med en partner ønsker partneren inddraget i behandlingen, mens brugere med børn eller en partner, som er misbruger, i højere grad ønsker deres partner inddraget.

Halvdelen af brugerne i behandling anvender væresteder, frivillige netværk som NA og andre tilbud til stofmisbrugere uden for behandlingsstedet. Det er alle typer brugere, som anvender værestederne, mens NA primært anvendes af brugere, som er blevet stoffri. Støttekontaktpersoner er tilknyttet alle typer brugere, dog i mindre grad brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, selvom denne gruppe kunne forventes at have særligt brug for en støtte- og kontaktperson. 50 pct. af brugerne mener ikke, at der mangler væresteder eller lignende tilbud, mens 20 pct. mener, at der 'i høj grad' mangler sådanne tilbud. En stor del af behovet for væresteder er således dækket, men der er stadig et betydeligt antal brugere, som ikke mener, at udbuddet er tilstrækkeligt.

Med hensyn til udslusning har over halvdelen af de brugere, som tidligere har afsluttet et behandlingsforløb planmæssigt, manglet hjælp i udslusningsfasen. Der kan dog være nogen skævhed i disse tal, da vi kun har talt med brugere, som efterfølgende har fået tilbagefald, og som samtidig er i stofmisbrugsbehandling igen. Det, brugerne særligt nævner at have manglet hjælp til, er at få en bolig og et socialt netværk. Vigtigst af alt har de dog manglet hjælp i form af opfølgning på deres behandling

ved fx samtaler med behandlere og lignende, hvilket kan være centralt i forhold til deres tilbagefald.

DE PÅRØRENDES PERSPEKTIV

De pårørende til brugerne oplever for ca. halvdelen vedkommende, at det 'i høj grad' har negative konsekvenser for dem at være pårørende til en stofmisbruger, mens en fjerdedel 'i nogen grad' oplever dette. Det er også halvdelen af de pårørende, der svarer 'i høj grad', og en fjerdedel, som svarer 'i nogen grad', når de spørges, i hvilken grad de mangler støtte og information i forbindelse med brugerens misbrug og behandling. Det er med andre ord belastende for mange at være pårørende til en stofmisbruger, og mange oplever ikke at få tilstrækkelig støtte og information i denne svære situation. 56 pct. af de pårørende ønsker 'i høj grad' at blive inddraget i behandlingen, mens 23 pct. ønsker det 'i nogen grad'. Der er desuden 62 pct. af de pårørende, som oplever, at de bliver inddraget for lidt i behandlingen.

De pårørende er også blevet spurgt om deres oplevelse af behandlingen af stofmisbrugere. 78 pct. af de pårørende mener, at formålet med stofmisbrugsbehandlingen generelt skal være at gøre brugerne stoffri. I forhold til den misbruger, de er pårørende til, mener 30 pct., at vedkommende skal blive stoffri hurtigst muligt, mens 46 pct. mener, at vedkommende skal blive stoffri på sigt. 30 pct. af de pårørende mener, at der generelt er for lidt fokus på stoffrihed i behandlingen.

I forhold til den helhedsorienterede indsats er 39 pct. af de pårørende 'tilfredse' eller 'meget tilfredse' med den hjælp, som brugeren får til problemer ud over sit misbrug, mens 35 pct. er 'utilfredse' eller 'meget utilfredse'. Desuden mener 31 pct. af de pårørende, hvor brugeren tidligere har afsluttet en behandling planmæssigt, at der 'slet ikke' er taget hånd om vedkommendes udslusning.

De pårørendes oplevelse af den sociale stofmisbrugsbehandling ligner brugernes oplevelse på de fleste punkter. Holdningerne adskiller sig dog lidt med hensyn til, om brugerne skal blive stoffri af stofmisbrugsbehandlingen. Det mener de pårørende i højere grad, end misbrugerne selv. Mens kun 14 pct. af brugerne mener, at de pårørende skal inddrages mere i behandlingen, vil 62 pct. af de pårørende gerne inddrages mere. Det vidner om et stort ønske fra de pårørendes side om

information og indblik i brugernes behandling, uden at dette ønske i samme grad deles af brugerne.

LITTERATUR

- Benjaminsen, Lars & Ivan Christensen (2007): *Hjemløshed i Danmark 2007*. København, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Servicestyrelsen: *Vejledning til monitorering af tilbud efter SL § 101 (DanRIS-Ambulant)*, <http://www.stofmisbrugsdatabasen.dk/wm146706>
- Sundhedsstyrelsen (2008): *Narkotikasituationen i Danmark*, Sundhedsstyrelsen.

BILAG 1: REGRESSIONER

BILAGSTABEL 1.1

Multinomial regression af formålet med stofmisbrugsbehandlingen.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds-ratio
Er stoffri				
<i>Alder:</i>			***	
18-24 år	2,809	0,600	***	16,592
25-34 år	1,396	0,428	**	4,039
35-44 år	1,288	0,406	**	3,626
45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
Dansk	0,555	0,599		1,742
<i>Indkomsttype:</i>			***	
Arbejde	3,434	0,496	***	31,014
Kontanthjælp mv.	2,658	0,428	***	14,275
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Hovedstof:</i>			***	
Opiater	-2,375	0,387	***	0,093
Opiater/blandingsmisbrug	-2,000	0,433	***	0,135
Centralstimulerende stoffer	-0,162	0,416		0,851
Hash mv.	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Bytype:</i>			***	
Københavns Kommune	-1,431	0,370	***	0,239
Københavns	-0,882	0,369	*	0,414

Stof- frihed er plan- lagt	omegn Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-1,616	0,368	***	0,199
	By m. 30.000 indbyggere el. mere	-1,230	0,377	**	0,292
	By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
	Konstant	-2,413	0,840	**	
	<i>Alder:</i>			***	
	18-24 år	2,153	0,494	***	8,614
	25-34 år	0,984	0,246	***	2,676
	35-44 år	0,557	0,208	**	1,746
	45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
	Dansk	-1,008	0,265	***	0,365
	<i>Indkomsttype:</i>			***	
	Arbejde	0,773	0,315	*	2,166
	Kontanthjælp mv.	0,573	0,194	**	1,773
	Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
	<i>Hovedstof:</i>			***	
	Opiater	-0,689	0,345	*	0,502
	Opiater/bland- ingsmisbrug	-0,759	0,373	*	0,468
	Centralstimu- lerende stoffer	-0,423	0,410		0,655
	Hash mv.	Reference	Reference	Reference	Reference
	<i>Bytype:</i>			***	
	Københavns Kommune	-0,646	0,292	*	0,524
	Københavns omegn	0,037	0,279		1,038
	Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-0,464	0,260		0,629
	By m. 30.000 indbyggere el. mere	-0,344	0,283		0,709
	By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
	Konstant	0,372	0,485		

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 912 brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.
Referencekategori: Stofrihed er ikke planlagt.

BILAGSTABEL 1.2

Multinomial regression af formålet med stofmisbrugsbehandlingen for brugere, som oprindeligt ønskede stoffrihed.

	Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds-ratio
Er stoffri				***	
	<i>Indkomsttype:</i>				
	Arbejde	4,006	0,763	***	54,904
	Kontanthjælp mv.	3,408	0,583	***	30,193
	Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
	<i>Hovedstof:</i>			***	
	Opiater	-1,344	0,539	*	,261
	Opiater/blandingsmisbrug	-0,770	0,645		,463
	Centralstimulerende stoffer	1,102	0,695		3,010
	Hash mv.	Reference	Reference	Reference	Reference
	<i>Bytype:</i>			*	
	Københavns Kommune	-1,908	0,707	**	,148
	Københavns omegn	-1,471	0,687	*	,230
	Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-2,429	0,679	***	,088
	By m. 30.000 indbyggere el. mere	-2,109	0,700	**	,121
	By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
	Konstant	-0,146	0,794		
Stoffrihed er planlagt				***	
	<i>Indkomsttype:</i>				
	Arbejde	1,181	0,623		3,259
	Kontanthjælp mv.	1,027	0,333	**	2,794
	Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
	<i>Hovedstof:</i>			***	
	Opiater	0,274	0,521		1,316
	Opiater/blandingsmisbrug	0,396	0,607		1,486
	Centralstimulerende stoffer	0,869	0,713		2,385
	Hash mv.	Reference	Reference	Reference	Reference
	<i>Kommune-størrelse:</i>			*	

Københavns Kommune	-1,264	0,632	*	,283
Københavns omegn	-0,647	0,596		,524
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-1,461	0,574	*	,232
By m. 30.000 indbyggere el. mere	-1,601	0,615	**	,202
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	0,556	0,680		

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 293 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001. Referencekategori: Stoffrihed er ikke planlagt.

BILAGSTABEL 1.3

Logistisk regression af om brugeren har en ulovlig indtægt.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans- niveau	Odds-ratio
<i>Indkomsttype:</i>				***
Arbejde	-1,237	0,715		0,290
Kontanthjælp mv.	1,021	0,253	***	2,775
Pension	Reference	Reference	Reference	Reference
<i>Kommune- størrelse:</i>				***
Københavns Kommune	-0,302	0,334		0,739
Københavns omegn	-0,701	0,367		0,496
Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg	-1,040	0,372	**	0,353
By m. 30.000 indbyggere el. mere	0,346	0,307		1,414
By m. mindre end 30.000 indbyggere	Reference	Reference	Reference	Reference
Konstant	-2,416	0,301	***	0,089

Anm.: Referencekategori: Stoffrihed er ikke planlagt. 293 brugere.

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

RAPPORTER I SERIEN

09:13

Den sociale stofmisbrugsbehandling

De frivillige organisationers perspektiv

Delrapport 1

09:14

Den sociale stofmisbrugsbehandling

Brugernes og de pårørendes perspektiv

Delrapport 2

09:15

Den sociale stofmisbrugsbehandling

Behandlingstilbud og metoder

Delrapport 3

09:16

Den sociale stofmisbrugsbehandling

Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder

Delrapport 4

09:17

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Visitation og sagsbehandling
Delrapport 5

09:18

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Resultater af behandlingen
Delrapport 6

09:19

Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark
Hovedrapport

SPØRGESKEMA TIL BRUGERNE

Spørgeskema Misbrugere

Institutionens navn: _____

Introtekst:

Goddag mit navn er _____. Jeg kommer fra SFI - Det Nationale forskningscenter for Velfærd.

SFI gennemfører *for Servicestyrelsen* en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Dette gøres for at sikre bedre og mere målrettede behandlingstilbud i fremtiden.

Som et led i denne undersøgelse spørger vi en række brugere om, hvad I syntes om behandlingen. Jeg vil derfor gerne stille dig nogle spørgsmål om *din* oplevelse af dit nuværende behandlingsforløb.

Undersøgelsen er fuldstændig fortrolig og det er frivilligt om man ønsker at deltage. Vi er ikke en del af behandlingssystemet, så vores snak har ingen indflydelse på dit videre forløb – det kommer ikke til at stå nogen steder, at du har deltaget, og ingen sagsbehandlere, kontaktpersoner, behandlere eller andre vil få at vide, hvad du har svaret.

Tekst 1: Jeg starter med nogle spørgsmål om den misbrugsbehandling, du modtager nu.

1. Hvor lang tid har du været i det behandlingsforløb, du er i nu?

Med behandlingsforløb menes, den tid respondenterne har været i behandling. Hvis respondenterne har været i behandling før, så den tid siden han/hun sidst var uden for behandlingssystemet.

Skriv kun i den/de af kategorierne som giver mest mening ift. respondenterne svar

Antal år _____

Antal mdr. _____

Antal uger _____

Antal dage _____

Ved ikke _____

Tekst 2: Nu nævner jeg forskellige ting, der kan indgå i misbrugsbehandlingen, og så vil jeg bede dig svare JA eller NEJ, alt efter om du får den slags behandling nu

2. A Får du metadon eller lignende substitutionsmedicin?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → 3A
- ☐ Ved ikke → 3A

2. B Hvor mange gange om ugen henter du metadon?

Antal _____ om ugen

3. A Får du samtaler med en psykolog eller psykiater?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → 4A

- ☐ Ved ikke → 4A

3. B Hvor mange gange om måneden får du det?

- ☐ Antal _____ om måneden

4. A Har du samtaler i enerum med andet personale som f.eks. din kontaktperson, behandler, socialpædagog eller lignende?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → 5A
- ☐ Ved ikke → 5A

4. B Hvor mange gange om måneden har du det?

- ☐ Antal _____ om måneden

5. A Deltager du i gruppeterapi eller gruppebehandling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → 6A
- ☐ Ved ikke → 6A

5. B Hvor mange gange om måneden får du det?

- ☐ Antal _____ om måneden

6A Deltager du i fritidsaktiviteter (sport, sociale fællesaktiviteter m.v.) arrangeret af behandlingsstedet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → 7A
- ☐ Ved ikke → 7A

6B Hvor mange gange om måneden gør du det?

- ☐ Antal _____ om måneden

7A Deltager du i andre tilbud arrangeret af behandlingsstedet?
Hvis JA, skriv hvad:

- ☐ Ja, deltager i: _____
- ☐ Deltager ikke i andre tilbud → 8
- ☐ Ved ikke → 8

7B Hvor mange gange om måneden gør du det?

○ Antal _____ om måneden

8. Er der nogle af de behandlinger, jeg lige har nævnt, som du ikke får, men du gerne vil have?

Vis svarkort A

- ☐ Ja
- ☐ Nej → spørgsmål 9
- ☐ Ved ikke → spørgsmål 9

8B. Hvilke?

Gerne flere svar.

Vis svarkort A

- ☐ 6. A Metadon eller lignende substitutions medicin?
- ☐ 6. B Samtaler med en psykolog eller psykiater?
- ☐ 6. C Samtaler med andet personale som f.eks. behandler, kontaktperson, socialpædagog eller lignende?
- ☐ 6. D Gruppeterapi eller gruppebehandling?
- ☐ 6. E Fritidsaktiviteter (sport, sociale fællesaktiviteter m.v.) arrangeret af behandlingsstedet?
- ☐ 6. F Andre tilbud arrangeret af behandlingsstedet

- ☐ Ved ikke

9. Er du i døgnbehandling?

- ☐ Ja → spørgsmål 10
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

9B. Som du har det nu, vil du så gerne i døgnbehandling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

10. Er der lavet en plan for dit behandlingsforløb?

intv. Her spørges til om der er lagt en plan for behandlingen som fastlægger fx mål for behandlingen og behandlingens indhold.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

11. Er du helt stoffri nu, altså hvor du hverken tager det stof, du kom i behandling for, eller metadon, hash eller andre stoffer?

Intv: Hvis respondenter tager nogen form for stoffer – også hash eller metadon – er vedkomne ikke stoffri. Vedkomne er dog stoffri hvis han tager lægeordineret medicin, som ikke er metadon eller lignende.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke
- ☐ Uoplyst

Filter 1:

Hvis ja i spm 11 gå til Filter 2

Hvis "nej", "ved ikke" eller "uoplyst" gå til 12A

12A. Vil du gerne være helt stoffri inden for de næste par år, dvs. hvor du hverken bruger stoffer, metadon eller hash?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

13. Er det planlagt, at du skal blive stoffri inden for de næste par år – altså at du skal opnå, at du hverken tager det stof, du kom i behandling for, eller metadon, hash eller andre stoffer?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Filter 2: Hvis ja, ved ikke eller uoplyst (substitutionsbruger/ved ikke / uoplyst) i 2A gå til 14 hvis nej (ikke substitutionsbruger) gå til 15

14. Vil du gerne reducere / trappe din metadon (eller lignende substitutionsmedicin) ned indenfor de næste par år?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

15. Hvor tilfreds er du med den behandling, du modtager lige nu?

Intv: Læs svarkoderne op

- ☐ **Meget tilfreds**
- ☐ **Tilfreds**
- ☐ **Hverken/ eller**
- ☐ **Utilfreds**
- ☐ **Meget utilfreds**
- ☐ Ved ikke

16. Hvor meget bedre eller dårligere har du fået det af den behandling, du er i nu?

Intv: Læs svarkoderne op

- ☐ **1. Meget bedre**
- ☐ **2. Bedre**
- ☐ **3. Hverken/ eller**
- ☐ **4. Dårligere**
- ☐ **5. Meget dårligere**
- ☐ 7. For tidligt at sige endnu
- ☐ 8. Ved ikke

Tekst 3: Nu vil jeg gerne stille dig nogle spørgsmål om, hvad der skete fra du henvendte dig og ønskede behandling, til du startede i behandling her.

17. Hvis du tænker tilbage på, da du henvendte dig for at få behandling. Var det vigtigst for dig at blive stoffri hurtigst muligt, at blive nedtrappet og stabiliseret eller var det noget andet, der var vigtigst for dig?

- ☐ Stoffri hurtigst muligt
- ☐ Nedtrappet og stabiliseret
- ☐ Noget andet
- ☐ Henvendte sig ikke selv/Blev tvunget af sagsbehandler/Behandlingsdom
- ☐ Ved ikke

18. Henvendte du dig for at få metadon eller lignende?

(Intv: også hvis IP blev henvist, for at få metadon eller lignende?)

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

19. Synes du, at der i høj grad, i nogen grad, i mindre grad eller slet ikke er blevet lyttet til dine ønsker i forbindelse med valg af behandling?

Vis svarkort B og brug det evt. efterfølgende, når disse svarkategorier benyttes

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

Filter 3: Hvis ja, ved ikke eller uoplyst (substitutionsbruger/ved ikke / uoplyst) i 2A gå til 20 hvis nej (ikke substitutionsbruger) gå til 22

20. Da du startede i metadonbehandling – havde du da mulighed for at vælge mellem metadonbehandling og stoffri behandling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

21. I hvor høj grad synes du, at du har indflydelse på, hvilken dosis metadon eller lignende substitutionsmedicin du får?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

22. Da det var besluttet hvilken form for behandling, du skulle have, fik du da mulighed for at vælge mellem flere behandlingssteder, altså selv bestemme hvilket behandlingssted du skulle tilknyttes?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

23. I hvor høj grad er det vigtigt for dig at have mulighed for at vælge imellem flere behandlingssteder?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

24. Jeg vil nu bede dig forholde dig til to udsagn og sige, hvem du er mest enig med.

A siger, at kontaktpersonen gerne må vælge, hvor du skal behandles, fordi kontaktpersonen kender stederne bedst.

B siger, at kontaktpersonen bør foreslå flere steder, og så kan du selv vælge, hvor du skal behandles.

Hvem ville du være mest enig med?

- ☐ Helt enig med A
- ☐ Mest enig med A, men også enig med B
- ☐ Mest enig med B, men også enig med A
- ☐ Helt enig med B
- ☐ Ved ikke

25. I hvilken grad vil du sige, at du har fået den behandling, du gerne vil have i dette behandlingsforløb?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

26. Hvor lang tid gik der, fra du henvendte dig, til du startede i behandling?

Respondents egen forståelse af, hvad han/ hun regner som at henvende sig, og hvad han/hun regner som behandling, Samme dag=0 dage, udfyld den kategori der passe bedst med IP's svar

Antal dage _____

Antal uger _____

Antal måneder _____

Ved ikke

Tekst 4: Nu vil jeg gerne stille dig nogle spørgsmål om, hvordan du har det med den eller de kontaktpersoner/ behandlere, du har nu

27. Hvor mange samtaler har du haft med din kontaktperson/ behandler i de seneste to måneder?

Intv.: hvis man ikke deltager i samtaler med kontaktperson skrives 0

- ☐ Antal ____
- ☐ Ved ikke

28. Hvor lang tid plejer jeres samtaler at vare?

- ☐ Antal minutter ____ → *spørgsmål 29*
- ☐ Ingen erfaring med samtaler overhovedet → *spørgsmål 32*
- ☐ Ved ikke → *spørgsmål 29*

29. Synes du, at du har for mange, tilpas eller for få samtaler med din kontaktperson/ behandler?

- ☐ For mange
- ☐ Tilpas
- ☐ For få
- ☐ Ved ikke

30. A Taler du og din kontaktperson/ behandler om, hvordan du har det lige nu og om dine personlige problemer?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

30. B Taler du og din kontaktperson/ behandler om, hvordan det går med dit misbrug eller dit sidemisbrug?

- ☐ Ja

- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

30. C Taler du og din kontaktperson/ behandler om, hvordan det går med din behandling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

30. D Taler du og din kontaktperson/ behandler om ændringer i din behandling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

30. E Taler du og din kontaktperson/ behandler om andre konkrete ting, du har brug for hjælp til, f.eks. økonomi, bolig, helbred mv.?

F.eks. tænder

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

31. Hvordan plejer dine møder med din kontaktperson/ behandler at blive aftalt?

Gerne flere svar - læs ikke op med mindre respondenterne ikke kan svare

- ☐ Jeg møder op uanmeldt
- ☐ Vi aftaler møder pr. telefon (hvad enten brugeren ringer til konsulentten eller omvendt)
- ☐ Jeg møder op på behandlingsstedet og aftaler et møde
- ☐ Jeg bliver indkaldt skriftligt

- ☐ Vi mødes faste dage (hvad enten brugeren kommer til konsulentten eller omvendt)
- ☐ Vi aftaler møderne fra gang til gang
- ☐ Vi mødes ikke
- ☐ Andet _____
- ☐ Ved ikke

32. Er du tilfreds med dine muligheder for at ændre eller justere behandlingen undervejs i forløbet – f.eks. skifte fra metadon til stoffri behandling eller flytte behandlingssted?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

33. Har du i forbindelse med dit nuværende behandlingsforløb oplevet at have mange skiftende kontaktpersoner/behandlere?

- ☐ Ja → 34
- ☐ Nej → tekst 5
- ☐ Ved ikke → 34

34. Har det i høj grad, i nogen grad, i mindre grad eller slet ikke været et problem for dig, at have skiftende kontaktpersoner?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

Tekst 5: Nu vil jeg gerne stille dig nogle spørgsmål, der handler om dine muligheder for at klage. Jeg læser nu nogle muligheder op, og jeg vil bede dig svare ja eller nej til hver mulighed.

35. A Tror du, at du har ret til at klage over, at 14-dages reglen om behandlingsgaranti ikke er blevet overholdt?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

35. B Tror du, at du har ret til at klage over, hvilken slags behandling du kan få?

Omfang/ type af behandling

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

35. C Tror du, at du har ret til at klage over, hvorhenne du kan få din behandling?

Intv. Til info: der er frit valg mellem tilsvarende tilbud

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

35. D Tror du, at du har ret til at klage over, at du ikke er blevet inddraget nok i beslutninger omkring din behandling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Tekst 6: Nu kommer der nogle spørgsmål, der handler om hjælp til andre problemer end misbrug

36. Har du psykiske problemer som fx depression, angst eller psykoser?

- ☐ 1. Ja
- ☐ 5. Nej → spørgsmål 39
- ☐ 8. Ved ikke → spørgsmål 37A
- ☐ 9. Ønsker ikke at svare på spørgsmålet
- ☐ 99 Uoplyst

37A. Får du psykologisk eller psykiatrisk behandling?

Understreg, at det gælder lige meget, om det er på IP's nuværende stofmisbrugscenter eller i en anden sammenhæng

- ☐ Ja
- ☐ Nej → spørgsmål 37C
- ☐ Ved ikke → spørgsmål 37C

37B Er denne behandling en del af stofmisbrugsbehandling eller foregår det i psykiatrien eller er det i en anden sammenhæng?

Gerne flere svar

- ☐ Foregår i forbindelse med denne behandling
- ☐ Foregår i psykiatrien
- ☐ Foregår i en anden sammenhæng
- ☐ Ved ikke

37.C Har du oplevet at få afslag på psykiatrisk behandling, fordi du var stofmisbruger?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

38. I hvor høj grad oplever du, at få den hjælp til dine psykiske problemer, som du har brug for?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad

- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

39. Har du nogen betydelige fysiske problemer eller sygdomme?

Fx. infektioner, smerter, leverbetændelse, HIV og andre sygdomme m.v.

- ☐ Ja
- ☐ Nej → tekst 7
- ☐ Ved ikke

40. I hvor høj grad oplever du, at du får den hjælp til dine fysiske problemer og sygdomme, som du har brug for?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

Tekst 7: Jeg nævner nu en række ting, man kan have brug for hjælp fra det offentlige til. Jeg vil bede dig svare ja, ved de ting du har brug for hjælp til.

41. Har du brug for hjælp til at løse problemer med Din boligsituation? ☐ Ja ☐ Nej → spørgsmål 42 ☐ Ved ikke → spørgsmål 42	41. A: I hvor høj grad oplever du, at du får den hjælp, du har brug for, til at løse Din boligsituation? ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I mindre grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke
42. Har du brug for hjælp til at løse problemer med Arbejde, uddannelse eller forsørgelse? ☐ Ja ☐ Nej → spørgsmål 43 ☐ Ved ikke → spørgsmål 43	42. A: I hvor høj grad oplever du, at du får den hjælp, du har brug for, til at løse problemer med Arbejde, uddannelse eller forsørgelse? ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I mindre grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke
43. Har du brug for hjælp til at løse problemer med Dine Børn - hvis du har nogen? ☐ Ja ☐ Nej → spørgsmål 44 ☐ Har ikke børn →	43. A I hvor høj grad oplever du, at du får den hjælp, du har brug for, til at løse problemer med Dine børn? ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I mindre grad

spørgsmål 44 ☐ Ved ikke → spørgsmål 44	☐ Slet ikke ☐ Ved ikke
44. Har du brug for hjælp til at løse problemer med Kriminalitet? Intv: egen kriminalitet ☐ Ja ☐ Nej → spørgsmål 45 ☐ Ved ikke → spørgsmål 45	44. A I hvor høj grad oplever du, at du får den hjælp, du har brug for, til at løse disse problemer? Kriminalitet ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I mindre grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke

45. Mange brugere har også en sagsbehandler på kommunen eller jobcentret, som kan tage sig af problemer med økonomi, bolig, børn eller arbejde. Har du sådan en sagsbehandler?

Intv: spørg ind hvis IP siger nej eller ved ikke, Det har de stort set alle sammen, selvom det kan være længe siden, de har talt med sagsbehandleren.

- ☐ Ja
- ☐ Nej → spørgsmål 48
- ☐ Ved ikke/ vil ikke svare → spørgsmål 48

46. Hvor mange gange har du mødtes med din kommunale sagsbehandler de sidste 2 måneder?

- ☐ Antal gange ____
- ☐ Ved ikke

47. Hvor tilfreds er du med den hjælp, du får af din sagsbehandler?

Intv: Læs svarkoderne op

- ☐ Meget tilfreds
- ☐ Tilfreds
- ☐ Hverken/ eller
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds

- ☐ Har ikke haft kontakt nok til at kunne vurdere det
- ☐ Ved ikke
- ☐ Uoplyst

48. I hvor høj grad er det dit indtryk, at misbrugscentret (/ rådgivningscenteret / behandlingsstedet) og andre dele af det offentlige samarbejder om, at hjælpe dig?

- ☐ 1. I høj grad
- ☐ 2. I nogen grad
- ☐ 3. I mindre grad
- ☐ 4. Slet ikke
- ☐ 7. Kan ikke vurdere det
- ☐ 8. Ved Ikke
- ☐ 9. Vil ikke svare
- ☐ 99 Uoplyst

49. Nogle misbrugere i behandling har også kontakt med andre dele af det offentlige, f.eks. kommunen, psykiatrien, jobcenter eller kriminalforsorgen. Har du været med til møder, hvor der både var en person fra dit behandlingssted og personer fra andre dele af det offentlige med?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Tekst 8: Nu vil jeg gerne høre lidt mere om din behandling og hvilke ønsker du har til behandling

50. I hvor høj grad fokuserer den behandling, du er i nu på årsagerne til, at du begyndte dit misbrug?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

51. I hvor høj grad fokuserer den behandling, du er i nu på at forebygge tilbagefald?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

52. I hvor høj grad fokuserer den behandling, du er i nu på at styrke dit sociale netværk?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

53. I hvor høj grad vil du sige, at behandlingsstedet er et rart sted at opholde sig?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke

- ☐ Ved ikke

54. Er dine pårørende, fx venner, partner eller familie, blevet inddraget i din behandling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Har ikke pårørende → spørgsmål 56
- ☐ Ved ikke → spørgsmål 56

55. Føler du, at dine pårørende bliver inddraget for meget, tilpas eller for lidt i din behandling?

- ☐ For meget
- ☐ Tilpas
- ☐ For lidt
- ☐ Ved ikke

56. Har du en partner?

- ☐ 1. Ja
- ☐ 5. Nej → Spørgsmål 59
- ☐ 8. Ved ikke → Spørgsmål 59
- ☐ 9. Vil ikke svare → Spørgsmål 59
- ☐ 99 Uoplyst

57. Er din partner misbruger?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

58. Vil du gerne have, at din partner inddrages i behandlingen?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

59. Foretrækker du, at din behandling foregår individuelt eller i grupper?

Intv: spørg ind. Hvis IP ikke kan svare, så læs svarkategorierne op, men forsøg at få IP til at svare enten "individuelt" eller "i grupper" uden at læse svarkategorierne.

- ☐ Kun individuelt
- ☐ Mest individuelt, men også lidt i grupper
- ☐ Lige meget begge dele
- ☐ Mest i grupper, men også lidt individuelt
- ☐ Kun i grupper
- ☐ Ved ikke

Filter 4: Hvis ja i spørgsmål 9 (*respondent er i døgnbehandling*) gå til 60, hvis nej, ved ikke, uoplyst gå til tekst 9

60. Vil du gerne have, at dit behandlingssted har mulighed for i et eller andet omfang at tilbageholde dig, hvis du ønsker at forlade behandlingen, før det er planlagt?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Tekst 9: Nu kommer der nogle spørgsmål til den hjælp med misbrugsproblemer, som man kan få andre steder end her

61. Er du indenfor den seneste måned kommet på et værested eller en brugercafe?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

62. Er du indenfor den seneste måned kommet i NA/ AA/ CA eller lignende netværk?

NA, AA & CA er Anonyme narkomaner/ anonyme alkoholikere/ anonyme kokainmisbrugere

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

63. Har du en støtte-/ kontaktperson (SKP) eller lignende?

Intv. En støtte-kontaktperson er en ansat i kommunen eller en frivillig organisation, som opsøger brugeren i brugerens eget hjem, og som hjælper brugeren med kontakten til kommunen og støtter brugeren socialt.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

64. Får du hjælp eller behandling for dit misbrug andre steder end dem, vi har nævnt her?

Intv. Andre steder end behandlingsstedet og de netop nævnte: væresteder, brugercafé, NA/ AA/ CA

- ☐ Ja, hvor _____
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

65. I hvor høj grad mangler du personligt væresteder eller andre tilbud, hvor man kan være sammen med andre mennesker?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

Tekst 10: Så har jeg lige nogle spørgsmål om dig selv her til sidst

66. Noter køn:

- ☐ Mand
- ☐ Kvinde

67. Hvor gammel er du?

- ☐ Alder _____ år
- ☐ Ved ikke

68. Hvilket land er du opvokset i?

- *Danmark*
- *Grønland / Færøerne*
- *Andet- skriv* _____

69A. Hvilket land er din mor primært opvokset i?

- *Danmark*
- *Grønland / Færøerne*
- *Andet land skriv* _____

69B. Hvilket land er din far primært opvokset i?

- *Danmark*

- *Grønland / Færøerne*
- *Andet land skriv* _____

70. Hvilken kommune tilhører du nu?

- ☐ kommune _____
- ☐ Ved ikke

71. Hvor gammel var du, da dit misbrug startede?

Intv. Her noteres brugerens opfattelse af, hvornår misbruget startede, hvilket ikke nødvendigvis er første gang, vedkomne brugte stoffer.

- ☐ Alder _____ år
- ☐ Ved ikke

Tekst 11: Jeg nævner nu en række stoffer og vil bede dig sige, hvilke af stofferne du anvendte den sidste måned, inden du startede i denne behandling

Vis svarkort C

72. A Ordineret metadon eller lignende substitutionsmedicin
ja/nej

72. B Illegal metadon eller lignende (Subutex, Temgesic)
ja/nej

72. C Heroin ja/nej

72. D Andre opiater (morfin, Ketogan, Contalgin, Petidin mv.)
ja/nej

72. E Illegale Benzodiazepiner (Stesolid, Rohypnol, Rivotril, Flunipam, Diazepam mv.) ja/nej

72. F Amfetamin (Speed) ja/nej

72. G Kokain ja/nej

72. H Ecstasy og lignende designerdrugs (MDMA) ja/nej

72. I Hallucinogener (svampe, LSD, psilocybin, meskalin)
ja/nej

72. J Hash ja/nej

72. K Alkohol ja/nej

72. L Andet ja/nej skriv hvis ja: _____

73. Hvad var dit foretrukne stof lige inden du gik i behandling?

Som udgangspunkt kun ét stof – men flere svar er muligt – læs i første omgang ikke op

Vis stadig Svarkort C.

- ☐ A. Ordineret metadon eller lignende substitutionsmedicin
Hvor mange dage om måneden tog du dette:;

- ☐ B. Illegal metadon eller lignende (subutex, temgesic)
Hvor mange dage om måneden tog du dette:;

- ☐ C. Heroin
Hvor mange dage om måneden tog du dette:;

- ☐ D. Andre opiater (morfin, Ketogan, Contalgin, Petidin mv.)
Hvor mange dage om måneden tog du dette:;

- ☐ E. Illegal Benzondiazepiner (Stesolid, Rohypnol, Rivotril, Flunipam, Diazepam mv.)
Hvor mange dage om måneden tog du dette:;

- ☐ F. Amfetamin
Hvor mange dage om måneden tog du dette:;

- ☐ G. Kokain
Hvor mange dage om måneden tog du dette:;

- ☐ H. Ecstasy og lignende designerdrugs (MDMA)
Hvor mange dage om måneden tog du dette:;

- ☐ I. Hallucinogener (LSD, psilocybin, meskalin, svampe)
Hvor mange dage om måneden tog du dette:;

- ☐ J. Hash
Hvor mange dage om måneden tog du dette:;

- ☐ K. Alkohol

Hvor mange dage om måneden tog du dette,;

☐ L. Andet _____

Hvor mange dage om måneden tog du dette,;

☐ M. Stoffri _____

88. Ved ikke

99. Uoplyst

74. Hvilke stoffer har du taget den seneste måned inkl. hash, metadon og beroligende stoffer?

*Læs i første omgang ikke op. Vis stadig svarkort C
gerne flere svar*

- ☐ A. Ordineret metadon eller lignende substitutionsmedicin
- ☐ B. Illegal metadon eller lignende (Temgesic, Anorfin, Subutex)
- ☐ C. Heroin
- ☐ D. Andre opiater (morfin, Ketogan, Contalgin, Petidin mv.)
- ☐ E. Illegal Benzondiazepiner (Stesolid, Rohypnol, Rivotril, Flunipam, Diazepam mv.)
- ☐ F. Amfetamin
- ☐ G. Kokain
- ☐ H. Ecstasy og lignende designerdrugs (MDMA)
- ☐ I. Hallucinogener (LSD, psilocybin, meskalin, svampe)
- ☐ J. Hash
- ☐ K. Alkohol
- ☐ L. Andet _____
- ☐ M. Ingen
- ☐ 88. Ved ikke
- ☐ 99. Uoplyst

75. Hvilken type bolig bor du i nu?

Et svar – læs ikke op

- ☐ Ejer/ andelsbolig
- ☐ Lejebolig

- ☐ Lejet værelse (klubværelse, kollegium, kollektiv, efterskole, højskole, værelse i villa/lejlighed)
- ☐ Hos familie/ venner
- ☐ Støttebolig/ bofællesskab/ halvvejshus
- ☐ Familiepleje
- ☐ Herberg/ pensionat
- ☐ Fængsel
- ☐ På institution (psykisk og somatisk)
- ☐ Gaden/ ingen bolig
- ☐ Sommerhus, kolonihavehus eller lignende
- ☐ Andet sted _____
- ☐ Ved ikke

76. Har du børn under 18 år?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → *spørgsmål 78*
- ☐ Ved ikke

77. Hvor mange børn under 18 år bor helt eller delvist hjemme hos dig?

- ☐ Antal _____
- ☐ Ved ikke

78. Hvad er den seneste uddannelse eller skoletrin, du har færdiggjort?

Intv. Ved udenlandske skole-/erhvervsuddannelse, forsøg da at finde et tilsvarende dansk niveau og kod skole-/erhvervsuddannelsen som denne. Hvis dette ikke er muligt, kod da som Andet

Ét svar - læs ikke op

- ☐ < 7. klasse
- ☐ 7.-8. klasse
- ☐ 9.-10. klasse
- ☐ Gymnasial (gymnasium, HTX, HHX, HF)
- ☐ Specialarbejderuddannelse
- ☐ Handelsskolernes grunduddannelse (HG)/basisår i efg

- ☐ Faglært /lærlingeuddannelser (fx håndværker kontor eller butik), EFG, HG)
- ☐ Anden faglig uddannelse
- ☐ Kort videregående (<3 år)
- ☐ Mellemlang videregående (3-4 år)
- ☐ Lang videregående (>4 år) eller Ph.D.
- ☐ Andet: _____
- ☐ 88. Ved Ikke
- ☐ 99. Vil ikke svare
- ☐ 999 Uoplyst

79. Hvor får du din officielle indtægt fra?

Kun ét svar

- ☐ Arbejde (inkl. Lærlingeløn)
- ☐ SU/ legater
- ☐ Arbejdsløshedsdagpenge
- ☐ Aktiveringsydelse
- ☐ Sygedagpenge
- ☐ Kontanthjælp (bistandshjælp)
- ☐ Revalideringsydelse
- ☐ Førtidspension/ invalidepension
- ☐ Folkepension
- ☐ Anden pension
- ☐ Familie/ venner/ partner
- ☐ Ingen indtægt
- ☐ Ved ikke

80. Hvilke andre måder skaffer du penge på?

Intv. Gerne flere svar – læs ikke op - forsøg at placer svar bedst muligt

- ☐ 1. Har kun den officielle indtægt
- ☐ 2. Familie/ venner/ partner
- ☐ 3. Samle flasker/Klunse og videresælge e.l.
- ☐ 4. Sort arbejde
- ☐ 5. Salg af narkotika og andre stoffer

- ☐ 6. Berigelseskriminalitet (tyveri, røveri, hæleri, svindel m.v.)
- ☐ 7. Anden kriminalitet
- ☐ 8. Prostitution
- ☐ 9. Andet
- ☐ 88.Ved ikke
- ☐ 99.Vil ikke svare
- ☐ 999 Uoplyst

81. Har du pga. dit misbrug stiftet gæld, som du oplever som et problem?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

82. Er du blevet forsøgt aktiveret, arbejdsprøvet eller lignende, mens du har været i denne behandling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → spørgsmål 84
- ☐ Ved ikke → spørgsmål 84

83. Har det at blive aktiveret/ været i arbejdsprøvning gjort din situation bedre eller dårligere?

- ☐ Meget bedre
- ☐ bedre
- ☐ Ingen betydning
- ☐ Dårligere
- ☐ Meget dårligere
- ☐ Deltog ikke/mødte ikke op
- ☐ Ved ikke

84. Har du tidligere været i behandling for dit stofmisbrug?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → spørgsmål 89
- ☐ Ved ikke → spørgsmål 89

85. Hvor mange gange har du tidligere været i døgnbehandling for dit stofmisbrug?

Intv. Ved ingen tidligere døgnbehandlinger – skriv 0

- ☐ Antal _____
- ☐ Ved ikke

86. Hvor mange gange har du ellers været i behandling for dit stofmisbrug ud over døgnbehandling?

Cirka antal

- ☐ Antal _____
- ☐ Ved ikke

87. Har du nogen sinde afbrudt et behandlingsforløb før tid?’

- ☐ Ja
- ☐ Nej → spørgsmål 88B
- ☐ Ved ikke → spørgsmål 88B

88A. Hvorfor afbrød du forløbet/forløbene?

Skriv svaret kortest og klarest muligt. Men notér gerne flere forklaringer, hvis flere ting har spillet ind eller der er tale om flere afbrudte forløb

Årsag:

88B Har du tidligere afsluttet en behandling planmæssigt?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → spørgsmål 89

- ☐ Ved ikke → spørgsmål 89

88C I hvor høj grad oplever du, at der blev taget hånd om din situation i forbindelse med din udslusning fra tidligere behandlinger?

- ☐ I høj grad
☐ I nogen grad
☐ I mindre grad
☐ Slet ikke
☐ Ved ikke

88D Er der noget, som du har manglet hjælp til i forbindelse med dine udslusninger?

- ☐ Ja
☐ Nej → spørgsmål 89
☐ Ved ikke → spørgsmål 89

88E

Hvad har du manglet hjælp til _____

89. Sad du i fængsel eller i arrest, før du startede i behandling her?

- ☐ Ja
☐ Nej → Tekst 11
☐ Ved ikke → Tekst 11

90. Var du i et motivationsforløb eller i behandling for stofmisbrug i fængslet/arresten?

Intv. Hvis bare én af tingene så kod "Ja"

I et motivationsforløb er brugeren ikke direkte i misbrugsbehandling, men deltager i et struktureret forløb, som skal motivere vedkomne til at gå i behandling. Dette bruges ofte som optakt til, at brugeren skal i stoffri behandling, som f.eks. døgnbehandling.

- ☐ Ja
☐ Nej → Tekst 11
☐ Ved ikke → Tekst 11

91. Hvor lang tid gik der fra du kom ud af fængsel/ arresthuset til du startede i denne behandling på misbrugscentret/ behandlingsstedet?

- ☐ Antal uger _____
- ☐ Kom direkte i kontakt med behandlingsstedet
- ☐ Ved ikke

92. Synes du, at der i høj grad, i nogen grad, i mindre grad eller slet ikke blev taget hånd om din overgang fra behandling i fængsel til behandling "uden for murene"?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

Tekst 11: Her til sidst har jeg et spørgsmål, der handler om, hvor du synes, der kan laves forbedringer

93. Hvis du skulle nævne den vigtigste ting, som kunne gøres bedre i den behandling, du modtager, hvad skulle det så være?

94. Så har jeg næsten ikke flere spørgsmål. Er der nogle vigtige ting ved stofmisbrugsbehandling du ikke synes vi har dækket med spørgsmålene? Eller har du andre kommentarer?

Tekst 12: SFI vil også gerne spørge de pårørende om deres oplevelser med behandlingssystemet. Jeg vil derfor spørge dig, om vi må få lov til at kontakte en eller flere af dine pårørende med henblik på at interviewe vedkomne. Vi kontakter kun din pårørende, hvis du giver os lov til det. Hvis du giver din tilladelse, vil vi ringe din pårørende op om en måned eller to og spørge om han/ hun har lyst til at svare på vores spørgsmål. Din pårørende har mulighed for at sige nej til at blive interviewet, og vedkomnes svar vil ligesom dine være fortrolige. Din pårørende vil ikke få at vide, hvad du har svaret.

95A. Må vi kontakte en eller flere af dine nærmeste, som ikke er misbruger?

Kun ét svar

- ☐ Ja
- ☐ Nej

95B Skriv gerne evt. oplysninger vedr. kontakten til de pårørende eller kommentar vedrørende grund til at sige nej.

Kommentarer: _____

Filter 5: Hvis ja i spørgsmål 95A *gå til 96, hvis nej, ved ikke, uoplyst gå til tekst 13*

96.1

Må jeg spørge om navn og telefonnummer på en eller flere af dine nærmeste, der ikke selv er misbruger, og som vi må kontakte med henblik på et telefoninterview?

Pårørende 1:

- ☐ 99. A Navn
- ☐ 99. B Telefonnummer
- ☐ 99. C Adresse
- ☐ 99. D By og postnr.
- ☐ 99. E Relation

96.2. Pårørende 2:

- ☐ 100. A Navn
- ☐ 100. B Telefonnummer
- ☐ 100. C Adresse
- ☐ 100. D By og postnr.
- ☐ 100. E Relation
- ☐ Ingen pårørende nr. 2 (kan ikke vælges med nogen af de andre)

96.3. Pårørende 3:

- ☐ 101. A Navn
- ☐ 101. B Telefonnummer
- ☐ 101. C Adresse
- ☐ 101. D By og postnr.
- ☐ 101. E Relation
- ☐ Ingen pårørende nr. 3 (kan ikke vælges med nogen af de andre)

97. Hvem skal jeg sige har givet mig hans/hendes nummer?

Navn eller anden identifikation som f.eks. bror/ søn etc.

Navn:

Tekst 13: Tusind tak fordi du ville være med i undersøgelsen!
Dine svar vil blive brugt i en rapport, som skal fortælle myndighederne, hvordan de kan gøre stofmisbrugsbehandlingen bedre i Danmark.

SPØRGESKEMA TIL PÅRØRENDE

Tekst 0. Først vil jeg gerne stille dig nogle spørgsmål om din pårørende som vi har interviewet om hans/ hendes stofmisbrugsbehandling.

Intv. Pårørendes navn, relation eller andet kendetegn står på AD-kortet.

1. Noter respondentens køn:

- Mand
- Kvinde

2. Hvad er relationen mellem dig og din pårørende?

PERSONEN I STOFMISBRUGSBEHANDLING ER DIN

Intv. Pårørendes relation kan ligeledes stå på AD-kortet – men brug den, du får oplyst her.

Det er den relation, som personen i stofmisbrugsbehandling har til IP, der skal kodes.

Det er ikke det biologiske slægtskab, der skal kodes, men den relation, som personen, der er i stofmisbrugsbehandling har til IP. F.eks. stedsøn kodes som søn; plejebror kodes som bror osv.

Var personen, der er i misbrugsbehandling tidligere ægtefælle/partner kodes 1 eller 2.

Se mere herom i instruktionen

1. Ægtefælle
2. Partner
3. Søster
4. Bror
5. Far
6. Mor
7. Søn
8. Datter
9. Onkel

- 10. Tante
- 11. Nevø
- 12. Niece
- 13. Fætter
- 14. Kusine
- 15. Bedsteforælder
- 16. Barnebarn
- 17. Ven
- 18. Kollega/ studiekammerat
- 19. Andet _____

Ved ikke

3. Hvor mange dage i løbet af de sidste 3 måneder har du ca. haft kontakt med din pårørende ?

Intv: Her inkluderes alle former for kontakt fx. SMS, mail, breve og telefonsamtaler

- Antal dage
- Ved ikke

4. Hvor lang tid har du haft kendskab til din pårørendes misbrug?

- Uger
- Måneder
- År
- Ved ikke

Tekst 1: Nu vil jeg gerne stille dig nogle spørgsmål om din inddragelse i din pårørendes behandling, og den hjælp man kan få af det offentlige, som pårørende til en stofmisbruger.

Når du svarer vil jeg bede dig tænke på det seneste år din pårørende har været i behandling.

Tekst 2: Jeg nævner nu en række måder, som pårørende til misbrugere kan blive inddraget i misbrugsbehandlingen på.

Jeg vil bede dig sige ja ved de måder, du blev inddraget i din pårørendes behandling på.

Her inkluderes både inddragelse i denne behandling og anden behandling [bør nok fjernes eller præciseres – taler vi om evt. tidligere behandlingsforløb]

5.A1 Har du deltaget i møder, hvor både din pårørende og en repræsentant fra behandlingsstedet/ misbrugscentret var til stede?

- ☐ Ja
- ☐ Nej gå til 5B1
- ☐ Ved ikke gå til 5B1

5.A2. Var det behandlingsstedet, din pårørende eller dig selv som primært tog initiativ til at inddrage dig i dette møde?

Intv: Som udgangspunkt ét svar, men der kan have været flere møder med forskellig initiativtager

- Behandlingsstedet/ misbrugscentret/ rådgivningscentret
- Din pårørende
- Dig selv
- Andre _____
- Ved ikke

5.B1 Har du deltaget i møder, hvor både din pårørende og en repræsentant fra kommunen var til stede? F.eks. en sagsbehandler eller en jobkonsulent

- ☐ Ja
- ☐ Nej gå til 5C1
- ☐ Ved ikke gå til 5C1

5.B2. Var det kommunen, din pårørende eller dig selv som primært tog initiativ til at inddrage dig i dette møde?

Intv: Som udgangspunkt ét svar, men der kan have været flere møder med forskellig initiativtager

- Kommunen
- Din pårørende

- Dig selv
- Andre _____
- Ved ikke

5.C1 Har du deltaget i møder med en repræsentant fra behandlingsstedet/ misbrugscentret uden din pårørende var til stede?

Intv: Her tænkes ikke på kurser eller lignende

- ☐ Ja
- ☐ Nej gå til 5D1
- ☐ Ved ikke gå til 5D1

5C2. Var det behandlingsstedet, din pårørende eller dig selv som primært tog initiativ til at inddrage dig i dette møde?

Intv: Som udgangspunkt ét svar, men der kan have været flere møder med forskellig initiativtager

- Behandlingsstedet/ misbrugscentret/ rådgivningscentret
- Din pårørende
- Dig selv
- Andre _____
- Ved ikke

5.D1 Har du deltaget i møder med en repræsentant fra kommunen uden din pårørende var til stede? F.eks. en sagsbehandler eller en jobkonsulent

- ☐ Ja
- ☐ Nej gå til 6.1
- ☐ Ved ikke gå til 6.1

5.D2. Var det kommunen, din pårørende eller dig selv som primært tog initiativ til at inddrage dig i dette møde?

Intv: Som udgangspunkt ét svar, men der kan have været flere møder med forskellig initiativtager

- Kommunen
- Din pårørende

- Dig selv
- Andre _____
- Ved ikke

6.1 Har du været med din pårørende ude at blive præsenteret for døgninstitutioner eller andre behandlingssteder?

- ☐ Ja
- ☐ Nej gå til 7
- ☐ Ved ikke gå til 7

6.2. Var det behandlingsstedet, kommunen, din pårørende eller dig selv som primært tog initiativ til dette?

Intv: Som udgangspunkt ét svar, men der kan have været flere møder med forskellig initiativtager

- Behandlingsstedet/ misbrugscentret/ rådgivningscentret
- Kommunen
- Din pårørende
- Dig selv
- Andre _____
- Ved ikke

7. I hvor høj grad ønsker du at blive inddraget i din pårørendes behandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

8. Synes du, at behandlingsstedet/ misbrugscentret har inddraget dig for meget, for lidt eller tilpas i din pårørendes behandling?

- ☐ For meget
- ☐ For lidt

- ☐ Tilpas
- ☐ Ved ikke

9. Hvor tilfreds er du med behandlingssystemets inddragelse af dig i forbindelse med din pårørendes behandling?

- ☐ Meget tilfreds -> spørgsmål 11
- ☐ Tilfreds -> spørgsmål 11
- ☐ Hverken/ eller -> spørgsmål 11
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds
- ☐ Ved ikke -> spørgsmål 11

10. Hvad er du utilfreds med?

11. I hvor høj grad oplever du, at det er nødvendigt, at du som pårørende tager ansvar for din pårørendes behandling?

Intv: For f.eks. at han/ hun kommer til møder

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

12. Har du haft samtaler med en psykolog eller terapeut betalt af det offentlige i forbindelse med din pårørendes misbrug?

- Ja -> spørgsmål 15
- Nej
- Ved ikke

13. Er du blevet tilbudt samtaler med en psykolog eller terapeut af det offentlige i forbindelse med din pårørendes misbrug?

Intv: F.eks. af læge eller misbrugscentret

- Ja -> spørgsmål 16
- Nej
- Ved ikke

14. Ville du gerne have haft samtaler med en psykolog eller terapeut i forbindelse med din pårørendes misbrug?

- Ja -> spørgsmål 16
- Nej -> spørgsmål 16
- Ved ikke -> spørgsmål 16

15. I hvor høj grad oplever du, at disse samtaler har hjulpet dig?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

16. Har du deltaget i informationsmøder for pårørende af behandlingsstedet/ misbrugscentret eller kommunen?

- Ja -> spørgsmål 19
- Nej
- Ved ikke

17. Er du blevet tilbudt at deltage i sådanne informationsmøder for pårørende?

- Ja -> spørgsmål 19
- Nej
- Ved ikke

18. Ville du have deltaget i sådanne informationsmøder for pårørende r, hvis du var blevet tilbudt det?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

19. Er du af behandlingsstedet/ misbrugscentret blevet tilbudt skriftligt informationsmateriale om din pårørendes behandling som f.eks. foldere?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

20. Hvor har du primært fået information fra i forbindelse med din pårørendes misbrug og behandling?

Intv: Læs i første omgang ikke op – gerne flere svar

- ☐ Behandlingsstedet/ misbrugscentret/ rådgivningscentret
- ☐ Kommunen
- ☐ Din pårørende i behandling
- ☐ Venner/ familie
- ☐ Frivillige organisationer fx. Pårørendeforeninger
- ☐ Internettet
- ☐ Lægen
- ☐ Andre _____
- ☐ Ved ikke

21. Hvor nemt eller svært er det at få den information, som du føler, du har brug for som pårørende til en stofmisbruger?

Intv: F.eks. om hvor man skal henvende sig for at få hjælp

- ☐ Meget nemt
- ☐ Nemt
- ☐ Hverken/ eller
- ☐ Svært
- ☐ Meget svært
- ☐ Ved ikke

22. Hvad synes du, det er vigtigst at få viden om som pårørende til en stofmisbruger?

- Skriv: _____
- Ved ikke

23. Synes du, at der mangler nogle tilbud til de pårørende?

- Ja
- Nej -> spørgsmål 25
- Ved ikke -> spørgsmål 25

24. Hvilke tilbud mangler?

Intv: Gerne flere svar - læs ikke op

- Informationsmøder/ undervisning
- Pårørendegrupper

- Inddragelse i brugerens behandling
- Støtte efter behandlingen er afsluttet
- Støtte under behandlingen f.eks. psykologhjælp
- Andet_____

25. Hvor tilfreds er du med den hjælp, som du har fået af behandlingssystemet i forbindelse med din pårørendes behandling?

- ☐ Meget tilfreds
- ☐ Tilfreds
- ☐ Hverken/ eller
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds
- ☐ Ved ikke

Tekst 3: Nu kommer der nogle spørgsmål om din brug af selvhjælpsgrupper og frivillige organisationer.
Jeg vil stadig bede dig tænke tilbage på det seneste år, når du svarer.

26. Kender du til nogle selvhjælpsgrupper eller frivillige organisationer for pårørende til stofmisbrugere?

Intv: Her spørges til om respondenter har hørt om nogle selvhjælpsgrupper eller frivillige organisationer

- Ja
- Nej -> spørgsmål 30
- Ved ikke -> spørgsmål 30

26.B: Hvilke selvhjælpsgrupper eller frivillige organisationer kender du til?

- Navn: -

- Ved ikke

27. Hvor har du fået kendskab til disse selvhjælpsgrupper eller frivillige organisationer fra?

Intv: Læs ikke op

- ☐ Behandlingsstedet/ misbrugscentret/ rådgivningscentret
- ☐ Kommunen
- ☐ Din pårørende i behandling
- ☐ Venner/ familie
- ☐ Internettet
- ☐ Biblioteket
- ☐ Lægen
- ☐ Andre _____
- ☐ Ved ikke

28. Er du med i nogen selvhjælpsgrupper eller frivillige organisationer for pårørende til stofmisbrugere?

- Ja
- Nej -> spørgsmål 30
- Ved ikke -> spørgsmål 30

29. Hvor mange gange har du haft kontakt med nogen fra selvhjælpsgruppen eller den frivillige organisation i de sidste 3 måneder?

Intv. Gælder både møder, mails, telefon – alt kontakt

- ☐ Antal gange
- ☐ Ved ikke

30. I hvor høj grad har det, at din pårørende er misbruger, haft negative konsekvenser for din personlige situation? F.eks. i forhold til arbejde, relation til anden familie ud over misbruger eller andet.

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

31. I hvor høj grad føler du, at du mangler information i forbindelse med din pårørendes misbrug og behandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad

- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

32: I hvor høj grad føler du, at du mangler støtte (hjælp) i forbindelse med din pårørendes misbrug og behandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

Tekst 4: Nu vil jeg stille nogle spørgsmål om, hvordan du oplevede det, da din pårørende henvendte sig for at få behandling eller blev henvist til behandling

33. Hvis du tænker tilbage på, da din pårørende henvendte sig for at få behandling. Hvad forventede du, at han/ hun skulle opnå med behandlingen?

Intv. Med stabiliseret menes, at hverken forbruget af metadon eller stoffer stiger. Der skal krydses af her, hvis brugeren f.eks. skal stoppe alt sidemisbrug og kun tage den ordinerede dosis metadon.

- ☐ Stoffri hurtigst muligt
- ☐ Stoffri på sigt
- ☐ Nedtrappet og stabiliseret
- ☐ Noget andet _____
- ☐ Ved ikke

34. I hvor høj grad har "det offentlige" været opsøgende overfor din pårørende, inden han/hun startede i behandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke -> spørgsmål 36

35. Ville du ønske at "det offentlige" havde været mere eller mindre opsøgende overfor din pårørende?

- ☐ Meget mere opsøgende
- ☐ Mere opsøgende
- ☐ Tilpas
- ☐ Mindre opsøgende
- ☐ Meget mindre opsøgende
- ☐ Ved ikke

36. I hvor høj grad er det dit indtryk at behandlingsstedet/ misbrugscentret ønskede at hjælpe din pårørende, da han/ hun henvendte sig for at komme i stofmisbrugsbehandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad

- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

37. Hvor nemt eller svært oplevede du, at det var for din pårørende, at få den behandling han/ hun gerne ville have?

- ☐ Meget nemt
- ☐ Rimeligt nemt
- ☐ Hverken eller
- ☐ Rimeligt svært
- ☐ Meget svært
- ☐ Ved ikke

38. Synes du, at der gik for kort tid, tilpas med tid eller for lang tid, fra din pårørende henvendte sig for at få behandling, til han/ hun fik den?

- ☐ For kort tid
- ☐ Tilpas med tid
- ☐ For lang tid
- ☐ Ved ikke

39. Jeg vil nu bede dig forholde dig til to udsagn.

A siger, at behandleren/ kontaktpersonen gerne må vælge, hvor din pårørende skal behandles, fordi behandleren/kontaktpersonen kender behandlingsstederne bedst.

B siger, at behandleren/kontaktpersonen skal foreslå flere steder, og så skal din pårørende selv vælge, hvor han/ hun skal behandles.

Hvem ville du være mest enig med, hvis du tænker tilbage på, da din pårørende henvendte sig for at få behandling?

- ☐ Helt enig med A
- ☐ Mest enig med A, men også enig med B
- ☐ Mest enig med B, men også enig med A
- ☐ Helt enig med B

- ☐ Ved ikke

Tekst 5: Nu vil jeg stille dig nogle spørgsmål om *din pårørendes* behandling. Jeg vil bede dig svare ud fra den behandling, han/ hun får nu.

40. Hvad synes du, vil være den bedste målsætning for din pårørendes behandling på nuværende tidspunkt?

Er det at blive stoffri hurtigst muligt, stoffri på sigt, at blive nedtrappet og stabiliseret eller er det noget andet

- ☐ Stoffri hurtigst muligt
☐ Stoffri på sigt
☐ Nedtrappet og stabiliseret
☐ Noget andet _____
☐ Er stoffri
☐ Ved ikke

41. I hvor høj grad synes du, at den behandling, din pårørende rent faktisk får, stemmer overens med dine forventninger?

- ☐ I høj grad
☐ I nogen grad
☐ I mindre grad
☐ Slet ikke
☐ Ved ikke

42. Synes du, at der er for meget, for lidt eller tilpas fokus på stoffrihed i din pårørendes behandling?

- ☐ For meget
☐ For lidt
☐ Tilpas
☐ Ved ikke

43. I hvor høj grad synes du, at den behandling, din pårørende får, er tilpasset netop hans/ hendes behov?

- ☐ I høj grad
☐ I nogen grad
☐ I mindre grad

- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

44. Hvor tilfreds er du alt i alt med den behandling, din pårørende har fået for sit misbrug?

- ☐ Meget tilfreds
- ☐ Tilfreds
- ☐ Hverken eller
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds
- ☐ Ved ikke

Tekst 6: Nu kommer der nogle spørgsmål om din pårørendes indflydelse på sin behandling, og hvad du synes, er vigtigt i stofmisbrugsbehandlingen. Igen vil jeg bede dig se tilbage på det seneste år, når du svarer.

45. I hvor høj grad synes du, at din pårørende har fået tilstrækkelig information om sine muligheder for behandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

46. I hvor høj grad oplever du, at din pårørende har indflydelse på sin behandling, f.eks. hvilken behandling han/ hun skal have eller hvor den skal foregå?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

47. I hvor høj grad føler du, at din pårørende selv er i stand til at træffe de rigtige beslutninger mht. sin behandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

48. I hvor høj grad mener du, at din pårørende på nuværende tidspunkt er i stand til at opfylde kravene i behandlingen, ved f.eks. at møde op til tiden?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

49. I hvor høj grad mener du, at din pårørende er motiveret for at gennemføre sin behandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

50. I hvor høj grad mener du, at din pårørende selv er i stand til at vurdere, hvornår han/ hun er færdigbehandlet?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

51. Mener du, at behandlingsstedet/ misbrugscentret gør for meget, tilpas eller for lidt for at fastholde din pårørende i behandling?

- ☐ For meget
- ☐ Tilpas
- ☐ For lidt
- ☐ Ved ikke

52. I hvor høj grad mener du, at behandlingsstedet skal have mulighed for i et eller andet omfang at tilbageholde din pårørende, hvis han/hun ønsker at forlade behandlingen, før det er planlagt?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

53. I hvor høj grad synes du, at din pårørendes behandling fokuserer på årsagerne til, at han/hun begyndte sit misbrug?

Intv: Her tænkes på, hvad der fik den pårørende til at blive misbruger

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

54. I hvor høj grad synes du, at din pårørendes behandling fokuserer på at forebygge tilbagefald?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

55. I hvor høj grad synes du, at din pårørendes behandling fokuserer på at styrke hans/ hendes sociale netværk?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

56. Hvor tilfreds er du alt i alt med den måde, behandlingsstedet/ misbrugscentret har behandlet din pårørende på?

- ☐ Meget tilfreds
- ☐ Tildfreds
- ☐ Hverken eller
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds
- ☐ Ved ikke

Tekst 7: Nu kommer der nogle spørgsmål, der handler om den hjælp din pårørende får, hvis han/ hun har andre problemer end misbrug. Jeg vil bede dig svare ud fra din pårørendes situation det seneste år.

57. Har din pårørende psykiske problemer som f.eks. depression, angst eller psykoser?

- ☐ Ja
- ☐ Nej -> spørgsmål 62
- ☐ Ønsker ikke at svare på spørgsmålet -> spørgsmål 62
- ☐ Ved ikke -> spørgsmål 62

58. Får han/ hun psykologisk eller psykiatrisk behandling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej -> spørgsmål 60
- ☐ Ved ikke -> spørgsmål 60

59. Er denne behandling en del af stofmisbrugsbehandlingen, foregår den i psykiatrien eller foregår den i en anden sammenhæng?

Gerne flere svar

- ☐ Foregår i forbindelse med denne behandling
- ☐ Foregår i psykiatrien
- ☐ Foregår i en anden sammenhæng

- ☐ Ved ikke

60. I hvor høj grad oplever du, at din pårørende får den hjælp til sine psykiske problemer, som han/ hun har brug for?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

61. Har du oplevet at din pårørende har fået afslag på psykiatrisk behandling, fordi han/ hun var stofmisbruger?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

62. Har din pårørende nogen betydelige fysiske problemer eller sygdomme, som han/ hun har brug for hjælp til?

Intv: F.eks. infektioner, smerter, leverbetændelse, HIV og andre sygdomme m.v.

- ☐ Ja
- ☐ Nej -> spørgsmål 64
- ☐ Ved ikke -> spørgsmål 64

63. I hvor høj grad oplever du, at din pårørende får den hjælp til sine fysiske problemer, som han/ hun har brug for?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

64. Har din pårørende brug for hjælp til at løse problemer med Sin boligsituation? (f.eks. hjemløshed) ☐ Ja ☐ Nej -> spørgsmål 65 ☐ Ved ikke -> spørgsmål 65	64.A: I hvor høj grad oplever du, at din pårørende får den hjælp, han/ hun har brug for, til at løse problemer med Sin boligsituation? ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I mindre grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke
65. Har din pårørende brug for hjælp til at løse problemer med Arbejde, uddannelse eller forsørgelse? ☐ Ja ☐ Nej -> spørgsmål 66 ☐ Ved ikke -> spørgsmål 66	65.A: I hvor høj grad oplever du, at din pårørende får den hjælp, han/ hun har brug for, til at løse problemer med Arbejde, uddannelse eller forsørgelse? ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I mindre grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke
66. Har din pårørende brug for hjælp til at løse problemer med Sine Børn? – hvis han/hun har nogen børn ☐ Ja ☐ Nej -> spørgsmål 67 ☐ Har ikke børn -> spørgsmål 67 ☐ Ved ikke -> spørgsmål 67	66.B: I hvor høj grad oplever du, at din pårørende får den hjælp, han/ hun har brug for, til at løse problemer med Sine børn? ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I mindre grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke
67. Har din pårørende brug for hjælp til at løse problemer med Egen kriminalitet? ☐ Ja	67.B: I hvor høj grad oplever du, at din pårørende får den hjælp, han/ hun har brug for, til at løse problemer med Egen kriminalitet?

☐ Nej -> spørgsmål 68 ☐ Ved ikke -> spørgsmål 68	☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I mindre grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke
68. Har din pårørende brug for hjælp til at løse problemer med Gæld? ☐ Ja ☐ Nej -> spørgsmål 69 ☐ Ved ikke -> spørgsmål 69	68.B: I hvor høj grad oplever du, at din pårørende får den hjælp, han/ hun har brug for, til at løse problemer med Gæld? ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I mindre grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke
69. Har din pårørende brug for hjælp til at løse problemer med Administration af sin økonomi? F.eks. betale husleje, regninger og have penge nok til sidst på måneden ☐ Ja ☐ Nej -> spørgsmål 70 ☐ Ved ikke -> spørgsmål 70	69.B: I hvor høj grad oplever du, at din pårørende får den hjælp, han/ hun har brug for, til at løse problemer med Administration af sin økonomi? ☐ I høj grad ☐ I nogen grad ☐ I mindre grad ☐ Slet ikke ☐ Ved ikke

70. Hvor tilfreds er du alt i alt med den hjælp, din pårørende har fået til sine problemer ud over misbrug?

- ☐ Meget tilfreds
- ☐ Tilfreds
- ☐ Hverken eller
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds
- ☐ Ved ikke

Tekst 8: Nu kommer der en række spørgsmål om samarbejdet

med behandlingsstedet og misbrugscentret. Igen vil jeg bede dig tænke tilbage på det sidste år.

71. Er det relevant for dig at skelne mellem misbrugscenteret – altså det sted der har besluttet hvilken behandling din pårørende skal have, og det sted der udfører behandlingen?

- ☐ Ja -> tekst 9A
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke -> tekst 9A
- ☐ Uoplyst -> tekst 9A

72. Oplever du, at behandlingsstedet og misbrugscentret bruger for meget, tilpas eller for lidt tid på din pårørende?

- ☐ For meget
- ☐ Tilpas
- ☐ For lidt
- ☐ Ved ikke

73. I hvor høj grad oplever du, at skiftende kontaktpersoner og behandlere er et problem i din pårørendes behandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

74. I hvor høj grad oplever du medarbejderne på behandlingsstedet og misbrugscentret som fagligt kvalificerede?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

75. I hvor høj grad oplever du, at medarbejderne på behandlingsstedet og misbrugscentret møder din pårørende med forståelse og omsorg?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

76. I hvor høj grad er det dit indtryk, at behandlingsstedet og misbrugscentret (og evt. rådgivningscenteret) og andre dele af det offentlige samarbejder om, at hjælpe din pårørende?

- ☐ I høj grad -> spørgsmål 87
- ☐ I nogen grad -> spørgsmål 87
- ☐ I mindre grad -> spørgsmål 87
- ☐ Slet ikke -> spørgsmål 87
- ☐ Ved ikke -> spørgsmål 87
- ☐ Uoplyst. - > spørgsmål 87

Tekst 9A: I det følgende vil jeg først stille dig nogle spørgsmål om misbrugscentret, dvs. dem der har besluttet hvilken behandling din pårørende skulle have.

77. Oplever du, at misbrugscentret bruger for meget, tilpas eller for lidt tid på din pårørende?

- ☐ For meget
- ☐ Tilpas
- ☐ For lidt
- ☐ Ved ikke

78. I hvor høj grad oplever du, at skiftende kontaktpersoner på misbrugscentret er et problem i din pårørendes behandling?

- ☐ I høj grad

- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

79. I hvor høj grad oplever du medarbejderne på misbrugscentret som fagligt kvalificerede?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

80. I hvor høj grad oplever du, at medarbejderne på misbrugscentret møder din pårørende med forståelse og omsorg?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

81. I hvor høj grad er det dit indtryk, at misbrugscentret (/ rådgivningscenteret) og andre dele af det offentlige samarbejder om, at hjælpe din pårørende?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke

Tekst 9B Nu kommer nogle spørgsmål om behandlingsstedet, dvs. der hvor din pårørende får behandlingen.

82. Oplever du, at behandlingsstedet bruger for meget, tilpas eller for lidt tid på din pårørende?

- ☐ For meget
- ☐ Tilpas
- ☐ For lidt
- ☐ Ved ikke

83. I hvor høj grad oplever du, at skiftende behandlere på behandlingsstedet er et problem i din pårørendes behandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

84. I hvor høj grad oplever du medarbejderne på behandlingsstedet som fagligt kvalificerede?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

85. I hvor høj grad oplever du, at medarbejderne på behandlingsstedet møder din pårørende med forståelse og omsorg?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

86. I hvor høj grad er det dit indtryk, at behandlingsstedet og andre dele af det offentlige samarbejder om, at hjælpe din pårørende?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

87. Er din pårørende blevet sendt i (job-)aktivering i løbet af hans/ hendes behandlingsforløb?

- ☐ Ja og pårørende var i aktivering

- ☐ Ja, men pårørende mødte ikke op
- ☐ Nej -> spørgsmål 89
- ☐ Ved ikke -> spørgsmål 89

88. Har aktiveringen hjulpet eller forværret din pårørendes situation, eller har det ingen betydning haft?

- Hjulpet
- Forværret
- Ingen betydning
- Ved ikke

89. I hvor høj grad synes du, at der i andre dele af det offentlige er forståelse for din pårørendes situation som misbruger (F.eks.kommunen, praktiserende læge, uddannelsessted, osv..)?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

90. Har din pårørende været i fængsel eller arresthus indenfor de sidste 3 år, mens han/ hun var stofmisbruger?

- ☐ Ja
- ☐ Nej -> tekst 10
- ☐ Ved ikke -> tekst 10

91. Var din pårørende i behandling for stofmisbrug i fængslet eller arresten?

- ☐ Ja
- ☐ Nej -> tekst 10
- ☐ Ved ikke -> tekst 10

92. I hvor høj grad oplever du, at der er blevet taget hånd om hans/ hendes overgang fra kriminalforsorgen til livet "uden for murene" med hensyn til hans/ hendes behandling for stofmisbrug?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad

- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Kan ikke vurdere det
- ☐ Vil ikke svare
- ☐ Ved ikke
- ☐ Uoplyst.

Tekst 10: Nu kommer der nogle spørgsmål om udslusning af misbrugere fra stofmisbrugsbehandlingen

93. Har din pårørende tidligere været i behandling for stofmisbrug?

- ☐ Ja
- ☐ Nej -> spørgsmål 99
- ☐ Ved ikke -> spørgsmål 99

94. Har din pårørende afsluttet en behandling planmæssigt?

- ☐ Ja
- ☐ Nej -> spørgsmål 99
- ☐ Ved ikke -> spørgsmål 99

95. I hvor høj grad oplever du, at der bliver taget hånd om din pårørendes udslusning fra tidligere behandlinger?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

96. Er der noget, som din pårørende har manglet hjælp til i den forbindelse?

- ☐ Ja
- ☐ Nej -> spørgsmål 99
- ☐ Ved ikke -> spørgsmål 99

97. Hvad har han/ hun manglet hjælp til?

98. I hvor høj grad fik din pårørende hjælp til at holde sig stoffri efter afsluttet behandling?

- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I mindre grad
- ☐ Slet ikke
- ☐ Ved ikke

99. Tror du, at din pårørende mangler alternativer til Anonyme Narkomaner (NA) eller lignende stoffri netværk?

- Ja
- Nej -> spørgsmål 101
- Ved ikke -> spørgsmål 101

100. Hvorfor har han/ hun manglet alternativer?

101. Synes du, at stofmisbrugsbehandlingen primært skal have som mål at gøre brugerne stoffrie eller at mindske skadevirkningerne af deres stofmisbrug?

Intv: Skadevirkninger kan mindskes ved f.eks. at informere om fixeteknik eller sørge for at misbruger har et sted at bo)

- ☐ Gøre brugerne stoffrie
- ☐ Mindske skadevirkninger
- ☐ Afhænger af brugeren (læs ikke op)
- ☐ Ved ikke

102. Hvis du skulle nævne de vigtigste ting, som kunne gøres bedre i den behandling, din pårørende modtager, hvad skulle det så være?

103. Synes du, at der generelt mangler nogle tilbud til stofmisbrugere?

- Ja

- Nej -> tekst 11
- Ved ikke -> tekst 11

104. Hvilke tilbud mangler?

Tekst 11: Her til sidst kommer der lige et par spørgsmål om dig selv

105. Hvor gammel er du?

- ☐ Alder _____ år
- ☐ Ved ikke

106. Hvad er den seneste uddannelse eller skoletrin, du har færdiggjort?

Intv: Ét svar - læs ikke op

Ved udenlandske skole-/erhvervsuddannelse, forsøg da at finde et tilsvarende dansk niveau og kod skole-/erhvervsuddannelsen som denne. Hvis dette ikke er muligt, kod da som Andet

- ☐ Under 7. klasse
- ☐ 7.-8. klasse
- ☐ 9.-10. klasse
- ☐ Gymnasial (gymnasium, HTX, HHX, HF)
- ☐ Specialarbejderuddannelse
- ☐ Handelsskolernes grunduddannelse (HG)/basisår i efg
- ☐ Faglært /lærlingeuddannelser (fx håndværker kontor eller butik), EFG, HG)
- ☐ Anden faglig uddannelse
- ☐ Kort videregående (<3 år)
- ☐ Mellemlang videregående (3-4 år)
- ☐ Lang videregående (>4 år) eller Ph.D.
- ☐ Andet: _____

- ☐ 88. Ved Ikke
- ☐ 99. Vil ikke svare
- ☐ 999 Uoplyst

107. Hvad er din beskæftigelse?

- ☐ Selvstændig -> spørgsmål 109
- ☐ Medhjælpende ægtefælle -> spørgsmål 109
- ☐ Højere funktionær/ tjenestemand -> spørgsmål 109
- ☐ Lavere funktionær/ tjenestemand -> spørgsmål 109
- ☐ Faglært arbejder -> spørgsmål 109
- ☐ Ufaglært arbejder -> spørgsmål 109
- ☐ Lærling, EFG-elev eller under uddannelse -> spørgsmål 109
- ☐ Uden for beskæftigelse (pension, arbejdsløs etc.)
- ☐ Andet: _____
- ☐ Ved ikke

108. Hvor får du din indtægt fra?

Intv: Kun ét svar

- ☐ SU/ legater
- ☐ Arbejdsløshedsdagpenge
- ☐ Aktiveringsydelse
- ☐ Sygedagpenge
- ☐ Kontanthjælp (bistandshjælp)
- ☐ Revalideringsydelse
- ☐ Førtidspension/ invalidepension
- ☐ Folkepension
- ☐ Anden pension
- ☐ Familie/ venner/ partner
- ☐ Andet _____
- ☐ Ingen indtægt
- ☐ Ved ikke

109. Hvilket land er du primært opvokset i?

Kun et svar

- Danmark
- Grønland / Færøerne

- Andet- skriv _____

110. Hvor lang transporttid har du cirka, hvis du skal besøge din pårørende på hans/ hendes bopæl?

Intv. Antal timer og minutter

- ☐ Antal timer _____
- ☐ Antal minutter _____
- ☐ Ved ikke

111. Så har jeg ikke flere spørgsmål. Er der noget her til sidst, som du gerne vil have med i undersøgelsen? _____

Tekst 12: Tusind tak fordi du ville være med i undersøgelsen! Dine svar vil blive brugt i en rapport, som skal fortælle myndighederne, hvordan de kan gøre stofmisbrugsbehandlingen bedre i Danmark.

DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING

BRUGERNES OG DE PÅRØRENDES PERSPEKTIV

Dette er den anden delrapport i en rapportserie om den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Rapportserien bygger på en omfattende undersøgelse, der blev fortaget i perioden december 2007 til maj 2009.

Denne delrapport belyser den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark ud fra brugerne og de pårørendes perspektiv.

De øvrige delrapporter afdækker følgende emner: de frivillige organisationers perspektiv (del 1), behandlingstilbud og metoder (del 3), kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder (del 4), visitation og sagsbehandling (del 5) og resultater af behandlingen (del 6). Hovedkonklusionerne fra delrapporterne er sammenfattet i en hovedrapport.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Servicestyrelsen.