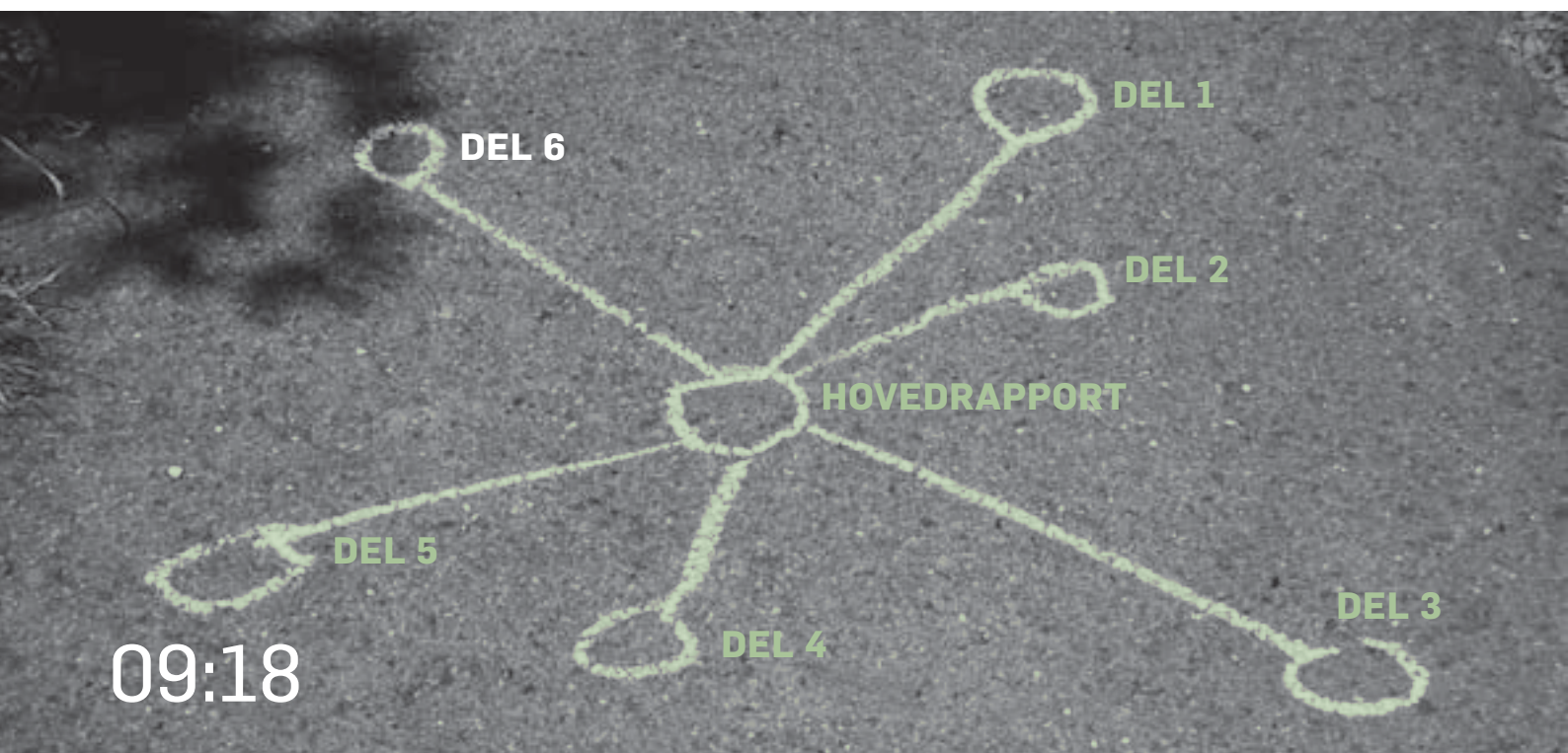


DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING

RESULTATER AF BEHANDLINGEN



09:18

MAREN SØRENSEN
KATRINE BUCHHOLT PEDERSEN

09:18

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

RESULTATER AF BEHANDLINGEN

DEL 6

MAREN SØRENSEN
KATRINE BUCHHOLT PEDERSEN

KØBENHAVN 2009
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING. RESULTATER AF BEHANDLINGEN

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, Velfærdsministeriet

Nina Suenson, Danske Regioner

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7487-945-9

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	METODE OG DATA	17
	Spørgeskemaundersøgelsen	17
	Registeroplysninger	19
	Repræsentativitetsanalyse	22
	Metoder	29
3	BRUGERNES KARAKTERISTIKA	31

4	BEHANDLING FOR STOFMISBRUG	41
	Formål med behandlingen	41
	Behandlingsintensiteten	47
	Indhold af behandlingen	56
	Opsummering	80
5	ØVRIGE INDSATSER	83
	Psykiske problemer	83
	Fysiske problemer	87
	Boligproblemer	88
	Arbejde, uddannelse og forsørgelse	91
	Børn	93
	Kriminalitet og prostitution	94
	Sociale relationer	96
	Anden hjælp	97
	Væresteder, netværk, støttepersoner og inddragelse af pårørende	98
	Udslusning fra behandlingen	101
	Opsummering	104
6	STOFFRIHED OG BRUG AF ILLEGALE STOFFER	107
	Brugernes stofmisbrug på interviewtidspunktet	108
	Hvilke brugere bliver helt stoffri?	111
	Brug af illegale stoffer	123
	Opsummering	135
7	BRUGERNES LIVSSITUATION I DAG	141
	Uddannelse og beskæftigelsessituation	142
	Økonomisk situation	151
	Sociale relationer	161
	Fysiske helbred	168
	Psykiske helbred	174
	Boligsituation	181

	Generel livskvalitet – største problem lige nu	183
	Opsummering	199
8	SAMMENFATNING	205
	Stofmisbrug og livssituation nu	205
	Forskelle Vedrørende stofmisbrug	207
	Forskelle Vedrørende Brugernes livssituation	212
9	LITTERATUR	219
	APPENDIKS	221
	Modeller i kapitel 6	221
	Modeller i kapitel 7	228
	SPØRGESKEMA	231

FORORD

Denne rapport er den sjette 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, behandlingsleder, kommunale medarbejdere og repræsentanter for de frivillige sociale organisationer er blevet interviewet. SFI retter i den forbindelse en tak til alle de personer, der har medvirket i undersøgelsen.

Denne delrapport afdækker, hvilken situation brugere af behandlingssystemet i 2006 befinder sig i 2-3 år efter i 2008/2009, og om der kan observeres nogle sammenhænge mellem behandlingstilbuddenes karakter og brugernes senere livssituation

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

- Delrapport 2 omhandler henholdsvis brugernes og de pårørendes erfaringer, ønsker og holdninger til den sociale stofmisbrugsbehandling.
- 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.
- Undersøgelsens hovedrapport sammenfatter resultaterne af de seks delrapporter i en samlet analyse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

Rapporten er udarbejdet af forskningsassistent, cand.scient.pol. Maren Sørensen og forskningsassistent, cand.scient.soc. Katrine Buchholt Pedersen. Forsker Lars Benjaminsen har været projektleder på undersøgelsen, mens Finn Kenneth Hansen, CASA, fungerer 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 udgør den sjette delrapport i en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, som SFI gennemfører for Servicestyrelsen i perioden december 2007 til maj 2009. Undersøgelsen omhandler den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven.

Rapporten beskriver, hvordan livet i 2008/2009 ser ud for en række brugere, som var indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006, herunder i hvilket omfang de bruger illegale stoffer samt deres fysiske og psykiske helbred og deres økonomiske, sociale og boligmæssige situation. Rapporten undersøger desuden, om brugernes livssituation er forskellig, alt efter hvilken behandling, de har fået for deres misbrug og øvrige problemer inden for de seneste tre år. Analyserne er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.279 brugere, som var i stofmisbrugsbehandling i 2006, samt registeroplysninger. Af disse er 56 pct. stadig i stofmisbrugsbehandling.

28 PROCENT ER STOFFRI

Analyserne viser, at 28 pct. af brugerne, hverken har taget illegale stoffer eller substitutionsmedicin, som fx metadonbehandling, den seneste måned op til interviewet. Derudover er der 20 pct. af brugerne, som ikke har taget illegale stoffer, men som har taget substitutionsmedicin den seneste måned.

Det er især brugere, som har været i døgnbehandling inden for de seneste 3 år, som er stoffri, og som ikke har taget illegale stoffer, mens der er færre brugere, som har modtaget lavere behandlingsintensiteter, der er blevet stoffri. 25 pct. af brugerne har været i døgnbehandling inden for de seneste 3 år.

Der er desuden færre, som er stoffri blandt brugere, som har modtaget substitutionsbehandling med fx metadon inden for de seneste 3 år. 85 pct. af disse brugere er stadig i substitutionsbehandling. Derudover er der en tendens til, at brugere, hvis behandling har fokuseret på årsagerne til misbruget, i højere grad er stoffri. Dette tyder på, en positiv sammenhæng mellem stofmisbrugsbehandling og stoffrihed.

24 PROCENT ER I ARBEJDE

Formålet med den sociale stofmisbrugsbehandling er ikke alene at begrænse eller helt afhjælpe brugen af illegale stoffer blandt brugere i behandling. Behandlingen skal også hjælpe brugerne til at skabe et mere værdigt liv ved at hjælpe brugerne på øvrige områder i deres liv, hvor de har problemer. Det kan fx være økonomiske eller psykiske problemer.

Analyserne viser, at 24 pct. af brugerne er i arbejde, 6 pct. lever af SU eller revalideringsydelse, 40 pct. er førtidspensionister, og 28 pct. lever af kontanthjælp eller lignende. Blandt helt stoffri brugere er det 55 pct., som er i arbejde eller under uddannelse, mens tallet er noget lavere for brugere, som tager illegale stoffer (21 pct.) og/eller substitutionsmedicin (16 pct.).

65 pct. af brugerne har lidt et eller flere økonomiske afsavn såsom ikke at have haft råd til at købe almindelige dagligvarer, invitere gæster, deltage i sociale aktiviteter eller købe medicin inden for den seneste måned eller ikke have kunnet betale regninger til tiden, købe sko, besøge venner eller gå til tandlæge inden for det seneste år. Væsentlig flere brugere, som stadig tager illegale stoffer, lider økonomiske afsavn, hvilket må formodes, at skyldes omkostningerne ved et sådant stofmisbrug.

26 PROCENT FØLER SIG OFTE ENSOMME

Det fremgår af undersøgelsen, at 60 pct. af brugerne bor alene, og at 26 pct. af brugerne føler sig ofte ensomme. 11 pct. af brugerne bor ikke i egen bolig, men det er dog kun 1 pct., som bor på gaden eller på herberg.

Der er færre helt stoffri brugere, som ofte føler sig ensomme end brugere, som tager illegale stoffer, og flere enlige med børn føler sig oftere ensomme end samlevende og enlige uden børn. Der er samtidig en sammenhæng mellem, i hvor høj grad brugerne har fået hjælp til et bedre socialt netværk og stoffrihed. Brugere, som i meget høj grad har fået hjælp til at få et bedre socialt netværk, er således også i højere grad stoffri. Dette indikerer, at en indsats for at afhjælpe brugernes ensomhed og hjælpe dem til at skabe et bedre netværk kan have betydning for brugernes muligheder for at blive stoffri.

MANGE MED PSYKISKE PROBLEMER

Brugerne er blevet spurgt, om de inden for den seneste måned har oplevet henholdsvis depression, svær angst eller koncentrationsproblemer af flere dages varighed, eller om de har haft hallucinationer eller mistet kontrollen over egen aggressiv/ voldelig adfærd i denne periode. 64 pct. af brugerne har oplevet et eller flere af disse psykiske problemer den seneste måned, og det er især depression (49 pct.) og koncentrationsbesvær (45 pct.), som mange brugere har oplevet.

Færre helt stoffri brugere har haft et eller flere af ovennævnte psykiske problemer inden for den seneste måned end brugere, som tager substitutionsmedicin og/eller illegale stoffer.

Jo højere grad brugerne har oplevet at have fået hjælp til deres psykiske problemer inden for de seneste 3 år, jo mindre er sandsynligheden for, at brugerne har psykiske problemer på interviewtidspunktet. Dette peger på vigtigheden af en tilstrækkelig psykologisk indsats.

Analyserne viser desuden en klar tendens til, at brugere, som i høj grad har fået hjælp til deres psykiske problemer, har større sandsynlighed for at være stoffri.

62 pct. af brugerne svarer, at de har haft psykiske problemer inden for de seneste tre år. Det er imidlertid langt fra alle brugere, som har fået tilstrækkelig hjælp til deres psykiske problemer. 37 pct. af de brugere, som har haft psykiske problemer inden for de seneste tre år, svarer, at de slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp til deres psykiske problemer.

INDLEDNING

UNDERSØGELSENS FORMÅL

Denne undersøgelse har til formål at belyse, hvilke resultater af den sociale stofmisbrugsbehandling der kan identificeres 2-3 år efter behandlingen for brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006. Undersøgelsen omhandler således den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142.

Stofmisbrugsbehandlingen i Danmark har ikke alene fokus på at gøre stofmisbrugere stoffri, men også på at give stofmisbrugerne mulighed for at skabe et værdigt liv – socialt og arbejdsmæssigt¹. Rapporten beskriver således både brugernes stofbrug og øvrige livssituation i 2008/2009, afhængigt af formålet, indholdet og intensiteten af den sociale stofmisbrugsbehandling brugeren modtog, samt den hjælp brugeren modtog i forbindelse med problemer ud over stofmisbrug og brugerens oprindelige livssituation.

Udgangspunktet for denne delundersøgelse har været et ønske om at kunne afdække, hvilke effekter behandlingen har for brugernes situation. Det har dog inden for undersøgelsens rammer ikke været mu-

1. Jf. Vejledning 4 til serviceloven.

ligt at gennemføre et egentligt effektstudie, hvor der trækkes lod mellem en forsøgsgruppe og en kontrolgruppe, der modtager en forskellig behandlingsindsats. Ved sådanne lodtrækningsforsøg kan det undersøges, om det har en positiv effekt fx at give en højere behandlingsintensitet (som hyppigere ambulante samtaler) eller at anvende bestemte behandlingsmetoder.

I stedet for et egentligt effektstudie har vi udvalgt en gruppe af brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006, og undersøger ved hjælp af et spørgeskema, hvad der kendetegner disse brugeres stofsituation og øvrige livssituation på interviewtidspunktet i 2008/2009. Ved at sammenholde brugernes stofmisbrug og livssituation i 2008/2009 med den behandling de tidligere har modtaget, får vi nogle indikationer på virkningen af de forskellige behandlingstyper og intensiteter. Her skal det dog tages i betragtning, at der kan være såkaldte selektionseffekter, der kan virke ind på de sammenhænge vi kan observere mellem behandlingsindsatser og nuværende livssituation. Fx kan det være, at bestemte brugergrupper i højere grad har modtaget bestemte behandlingstyper, fx at nogle behandlingstyper i højere grad gives til enten de mere ressourcerstærke eller mere ressourcetsvage brugere, eller til brugere som vurderes at have særligt vanskeligt ved at komme ud af misbruget. Vi har forsøgt at tage højde for en del af sådanne selektionseffekter ved i analyserne at inddrage en række baggrundsvARIABLE, som fx om personen har været anbragt som barn, har en ubetinget dom mv. Der vil dog formentlig stadig kunne gøre sig selektionseffekter gældende, hvilket skal tages i betragtning i forbindelse med fortolkningen af parametrene i de statistiske modeller i rapporten.

Analyserne i rapporten er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt 1279 brugere, som var indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006, samt registeroplysninger om disse brugeres livssituation frem til 2006. Registeroplysningerne er baseret på Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling samt registerdata fra Danmarks Statistik om bl.a. brugerens fysiske og psykiske helbredstilstand, ubetingede fængselsdomme, uddannelse samt økonomiske og beskæftigelsesmæssige situation.

Rapporten udgør den sjette delrapport i undersøgelsens afrapportering.

- Delrapport 1 belyser de frivillige organisationers syn på den sociale stofmisbrugsbehandling og opfattelse af deres rolle i den sammenhæng.
- Delrapport 2 omhandler henholdsvis brugernes og de pårørendes erfaringer, ønsker og holdninger til den sociale stofmisbrugsbehandling.
- 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
- 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 indsamlingen af data til undersøgelsen, hvorefter vi foretager en repræsentativitetsanalyse af stikprøven og diskuterer, i hvilken grad stikprøven afviger fra populationen. I kapitel 3 opridser vi brugernes livssituation frem til 2006. I kapitel 4 gennemgår vi, hvilken behandling brugerne i undersøgelsen har fået for deres stofmisbrug de seneste tre år. I kapitel 5 beskriver vi den hjælp, brugerne har fået til at løse problemer ud over stofmisbrug de seneste 3 år. I kapitel 6 gennemgår vi de konkrete resultater af forskellige typer stofmisbrugsbehandling, idet vi ser på sammenhængen mellem de forskellige typer af stofmisbrugsbehandling, brugerne har modtaget de seneste tre år, og brugernes brug af stoffer i 2008/2009. I kapitel 7 beskriver vi resultaterne af stofmisbrugsbehandlingen i forhold til brugernes øvrige livssituation i 2008/2009. I kapitel 8 opsummerer vi resultaterne.

METODE OG DATA

I dette kapitel beskriver vi undersøgelsens empiriske grundlag og metode. Undersøgelsen af resultaterne af de tidligere brugeres behandling er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.279 personer, som var indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006. Spørgeskemaundersøgelsen kombineres med registerdata om brugernes generelle livssituation fra Danmarks Statistik og registerdata om brugernes behandling og stofindtag fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling. Ud fra disse datakilder beskriver vi, hvilken social misbrugsbehandling og øvrig hjælp brugerne har fået siden 2006, samt hvordan deres livssituation er i 2008/2009. I det følgende gør vi rede for spørgeskemaundersøgelsens design og beskriver de anvendte registerdata.

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i perioden medio 2008 til februar 2009. Den tager udgangspunkt i en stikprøve på 3.000 personer fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling fra 2006, hvor der er 13.644 brugere registreret. I stikprøven på de 3.000

brugere indgår ikke personer med forskerbeskyttelse og personer uden oplyst adresse.

De 3.000 brugere i stikprøven har alle fået tilsendt et informationsbrev om undersøgelsen til deres folkeregisteradresse. Et lignende informationsbrev er desuden sendt til alle behandlingssteder i Danmark. Brugerne er efterfølgende forsøgt kontaktet telefonisk og på bopælsadressen med henblik på at spørge, om vedkommende ønsker at deltage i undersøgelsen. Brugere, som har afslået at deltage, er ikke blevet kontaktet yderligere. Brugere, som har et telefonnummer registreret, er først blevet forsøgt kontaktet på dette et antal gange – typisk tre gange. Hvis interviewer ikke har kunnet komme i kontakt med brugeren telefonisk, er vedkommende efterfølgende forsøgt kontaktet tre gange på sin bopæl. Brugere, som ikke har et telefonnummer registreret, er forsøgt kontaktet tre gange på bopælen, før brugeren registreres som frafald i undersøgelsen. Brugere, som er kontaktet telefonisk, har både haft mulighed for at blive interviewet telefonisk og ved besøg, alt efter brugerens ønske. Den skriftlige kontakt er søgt gjort så diskret som muligt, og alle interviewere er blevet instrueret i ikke at beskrive undersøgelsens indhold til andre end personen i stikprøven.

Af de 3.000 brugere i stikprøven har 1.279 besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 43 pct. Af disse har 16 dog ikke gennemført en besvarelse af hele spørgeskemaet. Af de 1.279 er 51 pct. blevet interviewet over telefonen, og 49 pct. er blevet interviewet ved besøg eller besøg kombineret med telefonopkald. Ud over de 43 pct. af stikprøven på 3.000 brugere, som har besvaret spørgeskemaet, har det ikke været muligt at komme i kontakt med 28 pct., og 18 pct. har nægtet at deltage. De resterende 11 pct. har ikke kunnet deltage, fordi respondenter er flyttet til udlandet (1 pct.), er død (1 pct.), har for store sproglige vanskeligheder (1 pct.), er syg (2 pct.), er bortrejst (2 pct.), fordi respondenter ikke har kunnet træffes tilstrækkeligt upåvirket til, at interviewet kunne gennemføres (1 pct.), eller fordi respondenter nægter at have modtaget stofmisbrugsbehandling (3 pct.). Det er således kun en forholdsvis lille del af brugerne udtrukket i stikprøven, som har nægtet at deltage. Derimod skyldes en forholdsvis stor del af frafaldet, at brugerne ikke har kunnet træffes hverken telefonisk eller på deres adresse.

Senere i kapitlet undersøger vi, om de brugere, der valgte at deltage, adskiller sig fra den samlede population af stofmisbrugere i behand-

ling i 2006 på en række baggrundsvARIABLE, for dermed at vurdere betydningen af frafaldet.

REGISTEROPLYSNINGER

OPLYSNINGER FRA SUNDHEDSSTYRELSENS REGISTER OVER STOFMISBRUGERE I BEHANDLING

Et udtræk af cpr-numre fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB) for 2006 har dannet baggrund for spørgeskemaundersøgelsen. Registret indeholder desuden en række oplysninger om brugerens misbrug og behandling, som benyttes i analyserne. Disse er kort beskrevet i tabel 2.1.

TABEL 2.1

Variable på baggrund af oplysninger fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling.

Variabel:	Konstrueret på baggrund af:
Hovedmisbrugsstof	Hovedmisbrugsstof, som var registreret ved seneste indskrivning i behandling.
Behandlingstid	Tid fra den første indskrivning i behandling til sidste udskrivning i 2006 eller 31.12.2006 for brugere, som ikke blev udskrevet i 2006.
Tidligere behandling	Om brugerne har været indskrevet i behandling før den sidste registrerede indskrivning i 2006.
Behandlingsstatus ultimo 2006	Om brugerne stadig var i behandling ved udgangen af 2006 og baggrunden for udskrivningen, hvis brugeren ikke var i stofmisbrugsbehandling ultimo 2006.
Risikoadfærd	Om brugeren har injiceret og delt værktøj nogensinde inden seneste behandlingsforløb før 2007.
Behandlingsomfang	Om seneste behandlingsforløb, brugeren har været indskrevet i i 2006 var ambulant, dag- eller døgnbehandling.
Behandlingstype	Om brugeren i det seneste behandlingsforløb, brugeren har været indskrevet i i 2006, har modtaget substitutionsmedicin.

Alle oplysninger fra SIB er fra 2006 eller før. Indrapporteringen til SIB overgik til kommunerne i forbindelse med kommunalreformen i 2007,

og på grund af manglende indregistreringer i den forbindelse var data på udtrækningstidspunktet ikke fuldstændige for 2007.

Ved indskrivning i stofmisbrugsbehandling registreres, hvilket stof brugeren opfatter som sit hovedproblem, samt hvor hyppigt brugeren har indtaget dette stof den seneste måned, inden vedkommende startede i behandling. Disse oplysninger om brugerens hovedmisbrugsstof fra den seneste indskrivning før 2007 anvendes i undersøgelsen. Ved indskrivning i behandling registreres desuden, om brugeren har taget en række stoffer den seneste måned inden indskrivning, og hvor hyppigt brugeren har taget disse stoffer. I analysen anvendes disse registreringer for den seneste indskrivning af brugeren i stofmisbrugsbehandling før 2007.

Som indikator for, hvor længe brugeren har haft kontakt til behandlingssystemet, konstrueres en variabel for, hvor lang tid der er gået fra brugerens første indskrivning i behandling til 31. december 2006 eller udskrivningsdatoen i 2006, hvis brugeren ikke var i behandling ved udgangen af 2006. Brugere har dog ikke nødvendigvis været i stofmisbrugsbehandling i hele denne periode, men kan have haft mellemliggende perioder, hvor de ikke har modtaget behandling.

Fra SIB bruges desuden oplysninger for, om brugeren har været i behandling før den seneste indskrivning i 2006, og hvad brugerens behandlingsstatus var ved udgangen af 2006.

Derudover anvendes en indikator for brugernes risikoadfærd inden den seneste indskrivning i behandling før 2007. Denne variabel beskriver, om brugere har injiceret nogensinde, og om brugeren i den forbindelse har delt værktøj, fx sprøjter eller kanyler, mindst én gang. I frafaldsanalysen anvendes desuden indikatorer for, om den seneste behandling, brugeren var indskrevet i før 2007, var ambulant, dag- eller døgnbehandling, og om brugeren har fået substitutionsmedicin i denne behandling.

OPLYSNINGER FRA DANMARKS STATISTIK

Foruden ovenstående er der indhentet registerdata fra Danmarks Statistik. Formålet med disse er at konstruere en række kontrolvariable, som skal bidrage til at tage højde for selektion, dvs. tendensen til, at brugere med bestemte karakteristika kommer i bestemte behandlingstyper.

TABEL 2.2

Definition af variable baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik.

Variabel	Definition
Anbringelser	Om brugeren har været anbragt uden for hjemmet mindst én gang som barn. Registeroplysninger herfor haves fra 1980 til 2005.
Ubetinget straf	Om brugeren har modtaget mindst én ubetinget straf i perioden 1994-2005.
Psykisk helbred	Om brugeren har været indlagt med en psykisk diagnose i perioden 1994-2005.
Fysisk helbred	Antal somatisk betingede indlæggelser i perioden 2001-2005.
Familietype	Om brugeren er enlig, enlig med hjemmeboende børn, bosat med sin partner, eller bosat med sin partner samt hjemmeboende børn i 2006.
Uddannelsesniveau	Om brugerens højeste uddannelsesniveau er højst 10. klasse, en gymnasial uddannelse, en faglig uddannelse eller en videregående uddannelse i 2006.
Indkomsttype	Om brugeren er i arbejde/under uddannelse, modtager kontanthjælp mv., modtager førtidspension mv. eller andet i 2006.
Alder	Brugerens alder i 2006.
Køn	Mand/kvinde.
Etnicitet	Om brugeren har dansk baggrund eller etnisk minoritetsbaggrund. Etnisk minoritetsbaggrund dækker her over både indvandrere (født i udlandet af forældre med udenlandsk statsborgerskab) og efterkommere (født i Danmark af forældre, hvoraf ingen har dansk statsborgerskab.)
Bytype	Bytype, som brugeren er bosat i i 2006 opdelt i følgende kategorier: Københavns Kommune Københavns omegn Århus, Odense, Aalborg, Esbjerg Hovedby med 30.000 indbyggere Hovedby med mindre end 30.000 indbyggere

Som det fremgår af tabel 2.2, er der indhentet oplysninger om brugernes køn, alder, etnicitet, bytype, familietype, indkomsttype og uddannelsessituation i 2006 samt informationer om antallet af anbringelser, brugernes kriminalitetshistorie og diagnoser i en årrække før 2006.

Anbringelsesvariablen er baseret på årlige indberetninger fra kommunerne, hvori det angives, efter hvilken foranstaltningsparagraf barnet har modtaget hjælp i sagsforløbet. Registeroplysningerne herfor rækker kun tilbage til 1980, hvorfor vi altså ikke har anbringelsesinforma-

tioner for de ældste brugere i spørgeskemaundersøgelsen. De ældste brugere indgår således som ikke-anbragte/uoplyste. Ved anbringelser forstås anbringelser med og uden samtykke, foreløbige anbringelser og henstillinger om døgnpleje.

Brugernes kriminalitetshistorie belyses med afsæt i Danmarks Statistiks data fra Rigspolitiets centrale kriminalitetsregister om straffetretslige afgørelser. Vi skelner her mellem brugere, der har modtaget mindst én ubetinget straf fra 1994 til 2005, og brugere, som ikke har modtaget en ubetinget straf i perioden. Til ubetingede strafafgørelser tælles også domme, som er delvist betingede, afgørelser, hvor personen foruden den ubetingede dom har modtaget bøde eller samfundstjeneste, domme, som er udstået ved varetægt, og forvaringsdomme.

Psykisk og fysisk helbred belyses ud fra statistik om sygehusbenyttelse fra Landspatientregistret. Det psykiske helbred vurderes ud fra, om brugeren i perioden 1994-2005 har været indlagt med en psykisk sygdom, idet oplysninger fra psykiatriregistret ikke indgår her.

Det fysiske helbred vurderes ud fra, om brugeren har været indlagt med en somatisk diagnose mindst én gang fra 2001 til 2005. En somatisk diagnose omfatter her ikke indlæggelser, som skyldes forgiftninger, eller som er relateret til graviditet eller fødsel.

REPRÆSENTATIVITETSANALYSE

I dette afsnit sammenligner vi brugere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, med alle brugere, som var indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006. Derved undersøger vi, om og i hvor høj grad de to grupper adskiller sig fra hinanden og dermed, i hvor høj grad resultaterne i denne rapport repræsenterer brugere i stofmisbrugsbehandling generelt. Brugerne sammenlignes ud fra de tidligere beskrevne oplysninger i Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling og oplysninger indberettet til Danmarks Statistik.

I tabel 2.3 vises fordelingen af brugernes hovedmisbrugsstoftyper for brugerne i stikprøven og alle brugere i populationen, som var indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006. Fordelingerne i denne tabel og den følgende er baseret på data fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling fra 2006. Tabellen viser, at der kun er meget små forskelle i fordelingen på hovedmisbrugsstoftype mellem de to

grupper, og at disse forskelle ikke er signifikante. Der er heller ikke nogen signifikant forskel på, hvor hyppigt de to grupper har taget deres hovedmisbrugsstof, inden de startede i behandling.

TABEL 2.3

Brugerne fordelt efter hovedmisbrugsstof i henholdsvis stikprøven og populationen. Procent.

Variabel	Stikprøve	Population	Forskel
Hovedmisbrugsstof			
Heroin	20	22	-2
Morfin	3	2	1
Ordineret metadon	23	23	0
Illegal metadon	3	3	0
Illegal buprenorphin (temg, subutex osv.)	1	1	0
Kokain	3	3	0
Amfetamin	5	4	2
Ecstasy	1	1	0
LSD og lign.	0	0	0
Opløsningsmidler	0	0	0
Benzodiazepiner	1	1	0
Hash	18	17	1
Andet	14	14	0
Uoplyst	10	10	0
Hyppighed af indtagelse af hovedmisbrugsstof			
1 gang om ugen eller mindre	5	5	0
2-6 gange om ugen	10	10	0
Dagligt	49	52	-3
Andet	0	1	-1
Uoplyst	36	34	2

Anm.: Tabellen er baseret på 1.275 personer i stikprøven og 13.499 i populationen. * $P < 0,050$, ** $P < 0,010$, *** $P < 0,001$.

Af tabel 2.4 fremgår det, at der heller ikke er nogen signifikant forskel på intensiteten eller typen af den behandling, brugerne i de to grupper senest var indskrevet i. Der er dog en lille og signifikant forskel i brugernes behandlingsstatus ved udgangen af 2006. Stikprøven indeholder således 4 procentpoint flere brugere, som stadig var indskrevet i stofmisbrugsbehandling ved udgangen af 2006, end den samlede population. Stikprøven indeholder derimod lidt færre brugere, som var færdigbehandlet (1 procentpoint), udskrevet på grund af udeblivelse (1 procentpoint) eller døde

(1 procentpoint). Forskellen er dog så lille, at den ikke vurderes at have nogen væsentlig indflydelse på analyserne i rapporten.

TABEL 2.4

Brugerne fordelt efter stofmisbrugsbehandlingens karakter i henholdsvis stikprøven og populationen. Procent.

Variabel	Andel i stikprøve	Andel i population	Forskel
Behandlingsintensitet ved seneste behandling			
- Ambulant	85	84	1
- Dagbehandling	2	2	0
- Døgnbehandling	6	7	-1
- Uoplyst	8	7	1
Behandlingstype ved seneste behandling			
- Substitutionsbehandling	49	50	-1
- Ikke substitutionsbehandling	40	40	0
- Uoplyst	12	11	1
Behandlingsstatus ultimo 2006			***
- Indskrevet i behandling	72	68	4
- Færdigbehandlet	8	9	-1
- Udskrevet mod givet råd	2	2	0
- Udeblevet	8	9	-1
- Bortvist	0	0	0
- Udskrevet til fængsel	1	1	0
- Fraflyttet	1	1	0
- Død	0	1	-1
- Andet	6	6	0
- Uoplyst	3	2	1
Behandlingstid			**
- ≤ 1 år	30	32	-2
- 1-2 år	20	22	-2
- 2-5 år	24	24	0
- > 5 år	26	22	4
Tidligere behandling			*
- Har været i behandlingsforløb før det seneste i 2006	65	68	-3
Risikoadfærd			
- Har aldrig injiceret	34	34	0
- Har delt værktøj	17	17	0
- Har ikke delt værktøj	14	14	0
- Uoplyst	36	35	1

Anm.: Tabellen er baseret på 1.275 personer i stikprøven og 13.499 i populationen. * P<0,050,

** P<0,010, *** P<0,001. Behandlingstid = tid siden første indskrivning i registret til sidste udskrivning i 2006 eller 31.12.2006, hvis personen er indskrevet i behandling ultimo 2006.

Med hensyn til, hvor længe brugeren har været i behandling, er der også en lille, men signifikant forskel på brugerne i stikprøven og populationen. Stikprøven indeholder således flere brugere, som har været i behandling i mere end 2 år, og færre brugere, som har været i behandling i 2 år eller mindre. Der er dog kun 5 procentpoints forskel på stikprøven og populationen, og dette vurderes derfor ikke at påvirke analyserne i væsentlig grad.

Der er desuden 3 procentpoint færre i stikprøven, som ikke har været i behandling før, hvilket dog heller ikke vurderes som en afgørende forskel. Med hensyn til risikoadfærd er der ikke nogen signifikant forskel på grupperne.

I tabel 2.5 beskrives fordelingerne på en række baggrundsvariable ud fra Danmarks Statistiks registeroplysninger. Tabellen viser, at der ikke er nogen signifikant forskel på stikprøven og population med hensyn til kønsfordelingen eller etnicitet. I stikprøven er der dog 6 procentpoint flere brugere over 44 år, mens der er 4 pct. færre i aldersgruppen 25-44 år. Denne forskel er signifikant, men samtidig viser opgørelsen, at stikprøven er repræsentativ med hensyn til antallet af helt unge brugere.

I stikprøven er der signifikant flere (4 procentpoint), som ikke har været indlagt for somatisk sygdom i perioden 2001-2005, mens der er tilsvarende færre, som har været indlagt mere end én gang i perioden.

Der er også en signifikant forskel mellem stikprøven og populationen med hensyn til, om brugerne har været indlagt med en psykisk diagnose i perioden 1994-2005. Der er således 3 procentpoint færre med en diagnose i stikprøven end i resten af populationen. Denne forskel skyldes sandsynligvis, at en del af disse brugere hverken er i stand til eller ønsker at deltage i undersøgelsen grundet deres psykiske tilstand.

Den største forskel mellem brugerne i stikprøven og brugerne i populationen er procentdelen af brugerne, som har fået en ubetinget straf i perioden 1994-2005. (Dvs. at de i en periode har været fængslet). Dette er tilfældet for 39 pct. i populationen mod 29 pct. i stikprøven. Forskellen er signifikant, og en del af forskellen skyldes sandsynligvis, at en større andel af brugere, som har fået en ubetinget straf i perioden 1994-2005, er fængslet på interviewtidspunktet end brugere, som ikke har fået en ubetinget straf i perioden. Personer under Kriminalforsorgen er ikke blevet kontaktet til denne undersøgelse, og gruppen er derfor underrepræsenteret i undersøgelsen.

TABEL 2.5

Brugerne fordelt efter baggrundsvariable i henholdsvis stikprøven og populationen. Procent.

Variabel	Andel i stikprøve	Andel i population	Forskel
Køn			
- Kvinde	28	26	2
Alder 2006			***
- 17 år	1	1	0
- 18-24 år	18	18	0
- 25-34 år	25	28	-3
- 35-44 år	27	28	-1
- 45- år	30	24	6
Etnicitet 2006			
- Anden etnisk baggrund	8	9	-1
Somatisk sygdom			***
- Ingen indlæggelser 2001-2005	57	53	4
- En indlæggelse 2001-2005	21	20	1
- Mere end én indlæggelse 2001-2005	21	25	-4
- Uoplyst	2	3	-1
Psykisk sygdom			**
- Har været indlagt med psykisk diagnose 1994-2005	12	15	-3
Straf			***
- Har ubetinget straf i perioden 1994-2005	29	39	-10
Anbringelse			***
- Har været anbragt én eller flere gange mellem 1980 og 2005	25	30	-5
Familiesituation			*
- Enlig uden hjemmeboende børn	73	77	-4
- Enlig med hjemmeboende børn	6	4	2
- Samlevende uden hjemmeboende børn	13	13	0
- Samlevende og har hjemmeboende børn	8	7	1

Anm.: Tabellen er baseret på 1.275 personer i stikprøven og 13.499 i populationen. * P < 0,050, ** P < 0,010, *** P < 0,001.

Der er også en signifikant forskel på procentdelen af brugere i stikprøven og populationen, som har været anbragt som børn. Der er således 5 procentpoint færre brugere i stikprøven, som har været anbragt som børn. Forskellen skyldes delvis, at der er væsentligt flere brugere, der har været anbragt som barn, som har fået en ubetinget dom. Dette er således tilfældet for 53 pct. af de anbragte mod 33 pct. af de brugere, der ikke har været anbragt som barn. Man må således forvente, at en større del af

brugere, der har været anbragt som barn, er fængslet og derfor ikke kunne kontaktes til denne undersøgelse.

Endelig er der lidt færre enlige uden børn i stikprøven (4 procentpoint), mens der er lidt flere samlevende og enlige med hjemmeboende børn. Der er forholdsvis få brugere med hjemmeboende børn, og denne overrepræsentation vurderes ikke at have væsentlige konsekvenser for analyserne.

I tabel 2.6 sammenlignes stikprøven og resten af populationen med hensyn til brugernes uddannelse, indkomsttype og bytype. Tabellen viser, at der er lidt færre i stikprøven, som kun havde højt 10. klasse i 2005 (4 procentpoint), mens der er lidt flere, som har taget en faglig eller gymnasial uddannelse end i populationen. Forskellen er signifikant, men forholdsvis lille.

TABEL 2.6

Brugerne fordelt efter uddannelse, indkomsttype og bytype i henholdsvis stikprøven og populationen. Procent.

Variabel	Andel i stikprøve	Andel i population	Forskel
Uddannelse 2006			**
- Højest 10. klasse	66	70	-4
- Gymnasial uddannelse	5	3	2
- Faglig uddannelse	19	17	2
- Videregående uddannelse	4	4	0
- Uoplyst	6	7	-1
Indkomsttype 2006			***
- Arbejde/uddannelse	26	22	4
- Kontanthjælp mv.	33	41	-8
- Førtidspension mv.	34	30	4
- Andet	7	8	-1
Bytype 2006			**
- Københavns Kommune	17	20	-3
- Københavns omegn	20	20	
- Århus, Odense, Aalborg, Esbjerg	15	15	
- Hovedby med 30.000 indbyggere eller mere	12	13	-1
- Hovedby med mindre end 30.000 indbyggere	36	31	5

Anm.: Tabellen er baseret på 1.275 personer i stikprøven og 12.224 i populationen. * P < 0,050, ** P < 0,010, *** P < 0,001.

Med hensyn til brugernes indkomsttype er der signifikant færre brugere i stikprøven, som var på kontanthjælp mv. i 2005, end i populationen (8 procentpoint). Der er derimod flere brugere i stikprøven, som var i arbejde eller modtog førtidspension mv.

Den geografiske fordeling af brugerne i stikprøven afviger lidt fra populationen, idet der er færre brugere fra Københavns Kommune (4 procentpoint) og byer med mere end 30.000 indbyggere (2 procentpoint), mens der er flere brugere fra byer med mindre end 30.000 indbyggere (5 procentpoint). Denne forskel vurderes ikke at have afgørende betydning for analyserne.

Ud fra ovenstående er det tydeligt, at der er nogle signifikante, men forholdsvis små afvigelser mellem stikprøven og populationen på en række baggrundsvARIABLE som alder, familiesituation, uddannelse, indkomsttype, geografi. Med hensyn til somatisk og psykisk sygdom samt anbringelser er forskellen også forholdsvis lille (3-5 procentpoint), men peger ved alle disse tre parametre på en underrepræsentation af de mest udsatte brugere i stikprøven. Det samme gør sig gældende med hensyn til, om brugeren har været i fængsel i perioden 1994-2005, hvor underrepræsentationen er større (10 procentpoint).

På misbrugsrelaterede parametre som hovedmisbrugsstoftype og indtagelseshyppighed afviger stikprøven derimod ikke signifikant fra populationen. Heller ikke i forhold til behandlingsintensitet er der nogen signifikant afvigelse, mens der er forholdsvis små, signifikante forskelle med hensyn til behandlingsstatus ved udgangen af 2006, hvor lang tid brugeren har været i kontakt med behandlingssystemet, og om brugeren har været indskrevet i tidligere behandlingsforløb.

Der er således kun få og små forskelle mellem stikprøven og populationen på stofmisbrugs- og behandlingsparametrene, mens der er en lidt større forskel på baggrundsvARIABLENE. Sidstnævnte peger på en underrepræsentation af de mest udsatte brugere i stikprøven. I lyset af frafaldsanalysen, omtalt i starten af kapitlet, ser det således ud til, at det i højere grad de svageste brugere, som vi ikke har opnået kontakt med, eller som ikke har ønsket af deltage. Der er dog ikke nogen signifikant forskel på stikprøven og populationen på en række variable, som beskriver brugerens misbrug og behandling. Overordnet vurderes stikprøven således at være repræsentativ for populationen, og konklusioner i analyserne må forventes at kunne generaliseres til at gælde alle stofmisbrugere i behandling i perioden.

METODER

I de følgende kapitler analyserer vi den behandling, brugerne har fået for deres stofmisbrug og øvrige problemer samt sammenhængen mellem denne behandling og brugerens stofmisbrug og øvrige livssituation i 2008/2009.

Analyserne vil blive præsenteret i krydstabeller samt logistiske, lineære og ordinale regressioner. Konstruktionen af regressionsmodellerne er foretaget ved hjælp af baglæns modelsøgning, idet den mest insignifikante variabel trinvist er udeladt. Modellerne indeholder således kun variable, som er overordnede signifikante på et 5-procents-niveau. For alle modeller rapporteres beta-koefficienter, standardfejl og signifikans-niveau. For de logistiske regressioner rapporteres desuden odds-ratio-værdier.

Betakoefficienten udtrykker i de logistiske regressionsanalyser logit-forskelle mellem to forskellige kategorier på de uafhængige variable og aflæses alt efter koefficientens fortegn som en større eller en mindre chance for et bestemt udfald på responsvariablen, sammenholdt med referencekategorien. Hvis fx variabelen 'køn' indgår som uafhængig variabel, og 'mand' vælges som referencekategori, så udtrykker en negativ beta-koefficient, at kvinder har mindre sandsynlighed for et bestemt udfald på responsvariablen end mænd, mens en positiv koefficient udtrykker, at kvinder har større sandsynlighed for det pågældende udfald end mænd. Odds-ratio-værdier er et udtryk for forskelle i chancer for et bestemt udfald. Odds-ratio-værdierne beskriver forholdet mellem to odds-værdier. En odds-ratio-værdi på over 1 angiver, at den pågældende kategori (her kvinder) har større odds for et bestemt udfald på responsvariablen, (fx større chance for at være stoffri frem for ikke at være stoffri) end referencekategorien (mænd), hvorimod en værdi under 1 angiver det modsatte.

Analyserne beskriver, hvilke typer af brugere der har fået forskellige typer stofmisbrugsbehandling. Sammenhængen mellem brugerens stofmisbrug og livssituation i dag, og hvilken stofmisbrugsbehandling de har fået, analyseres også. I disse analyser inkluderes baggrundsvARIABLE, som beskriver karakteristika ved brugerne, og variable, som beskriver stofmisbrugsbehandlingen og den hjælp til øvrige problemer, brugerne har fået. Der tages dog ikke direkte højde for selektionseffekter, i form af at bestemte brugere får bestemte behandlingstyper. Det

betyder, at det ikke er muligt at afgøre, om en sammenhæng mellem fx stoffrihed og en behandlingstype skyldes, at denne behandling gør brugere stoffri, eller om det er brugere, som har større chance for at blive stoffri, som får denne behandling.

Hvis sådanne effekter af behandlingen med sikkerhed skal identificeres kræver det ideelt set, at der foretrækkes lodtrækningsforsøg, hvor brugere tilfældigt tildeles behandlingstyper, således at karakteristika ved brugerne ikke har indflydelse på, hvilken behandling brugeren får. Dette har ikke været muligt i denne undersøgelse, og der er derfor risiko for, at nogle af resultaterne skyldes selektionseffekter.

Der er desuden en yderligere usikkerhed i materialet, som skyldes, at informationerne om, hvilken stofmisbrugsbehandling brugerne har fået, kun er indsamlet i interviewet, og brugerne således har skullet huske, hvilken behandling de har fået de seneste 3 år. Dette giver nogen usikkerhed i estimationen af sammenhængen mellem brugerens og livssituation og den stofmisbrugsbehandling, brugeren har modtaget.

BRUGERNES KARAKTERISTIKA

I dette kapitel beskriver vi brugernes livssituation frem til 2006, hvor de er registreret i Sundhedsstyrelsens register for stofmisbrugere i behandling.

28 pct. af brugerne i spørgeskemaundersøgelsen er kvinder (jf. tabel 3.1).

TABEL 3.1

Brugere fordelt efter køn. Procent og antal.

	Procent	Antal
Mand	72	918
Kvinde	28	357
I alt	100	1.275

Tabel 3.2 viser, at 8 pct. af brugerne har etnisk minoritetsbaggrund, heraf er 7 pct. indvandrere og 1 pct. efterkommere. Kategorien 'etnisk minoritetsbaggrund' omfatter både brugere, hvis begge forældre primært er opvokset i udlandet, og brugere, som selv primært er opvokset i udlandet.

Der er stor variation i, hvilket oprindelsesland brugerne med etnisk minoritetsbaggrund har angivet. 48 brugere har anden europæisk baggrund end dansk, fordelt på 15 forskellige oprindelseslande. 36 brugere er fra mellemøsten, 10 brugere har afrikansk baggrund, og endelig er to brugere fra det amerikanske kontinent.

TABEL 3.2

Brugerne fordelt efter etnicitet. Procent og antal.

	Procent	Antal
Dansk	93	1.179
Minoritetsbaggrund	8	96
I alt	100	1.275

Tabel 3.3 viser aldersfordelingen blandt brugerne i spørgeskemaundersøgelsen.

TABEL 3.3

Brugerne fordelt efter alder i 2006. Procent og antal.

	Procent	Antal
-17 år	1	13
18-24 år	18	223
25-34 år	25	324
35-44 år	27	338
45- år	30	377
I alt	100	1.275

Kun 1 pct. af brugerne var under 18 år i 2006, mens 18 pct. var mellem 18 og 24 år. 52 pct. af brugerne var mellem 25 og 44 år, og 30 pct. var 45 år eller ældre.

Brugernes bosætningsmønstre følger, som det fremgik af repræsentativitetsanalysen, resten af populationen og er især fordelt i henholdsvis hovedstadsområdet og i de mindste kommuner. Således bor 37 pct. af brugerne i 2006 i Københavns Kommune eller Københavns omegn, 14 pct. bor i de fire største provinsbyer, 36 pct. bor i kommuner med mindre end 30.000 indbyggere, og endelig er 12 pct. af brugerne bosat i de mellemstore provinskommuner.

TABEL 3.4

Brugerne fordelt efter bytype i 2006. Procent og antal.

	Procent	Antal
Københavns Kommune	17	219
Københavns omegn	20	255
Århus, Odense, Aalborg, Esbjerg	14	189
Hovedby med 30.000 indbyggere eller mere	12	153
Byer med mindre end 30.000 indbyggere	36	459
I alt	100	1.275

935 brugere, svarende til 73 pct. af brugerne, var enlige i 2006, mens 14 pct. havde hjemmeboende børn. Familierne fordelte sig med 8 pct. enlige forældre og 6 pct. samlevende, som havde hjemmeboende børn. Endelig bestod 13 pct. af husstandene af samlevende uden hjemmeboende børn.

TABEL 3.5

Brugerne fordelt efter familietype i 2006. Procent og antal.

	Procent	Antal
Enlig uden hjemmeboende børn	73	935
Enlig med hjemmeboende børn	6	72
Samlevende uden hjemme- boende børn	13	165
Samlevende og har hjem- meboende børn	8	103
I alt	100	1.275

BRUGERNES SOCIALE BAGGRUND

25 pct. har været anbragt uden for hjemmet en eller flere gange i løbet af deres barndom.

TABEL 3.6

Brugerne fordelt efter, om de har været anbragt som barn. Procent og antal.

	Procent	Antal
Anbragt en eller flere gange fra 1980 til 2005	25	317
Ikke anbragt/uoplyst	75	958
I alt	100	1.275

Der er desuden en moderat tendens til, at der er flest anbragte i gruppen af 35-44-årige. Der er desuden få, der er registreret som anbragte blandt brugerne over 45 år, hvilket, som beskrevet i metodeafsnittet, skyldes, at registeroplysningerne kun rækker tilbage til 1980.

TABEL 3.7

Andel brugere, der har været anbragt som barn, fordelt på alder. Procent.

	Anbragt en eller flere gange fra 1980 til 2005	Ikke anbragt/uoplyst	I alt procent	I alt antal
-25 år	27	73	100	236
25-34 år	30	70	100	324
35-44 år	37	63	100	338
45- år	8	92	100	377
I alt	25	75	100	1.275

Anm.: $\chi^2 = 93$, $P = 0,000$, Gamma = 0,275, $P = 0,000$.

Som det fremgår af tabel 3.8, har 29 pct. modtaget mindst én ubetinget straf i perioden 1994 til 2005.

TABEL 3.8

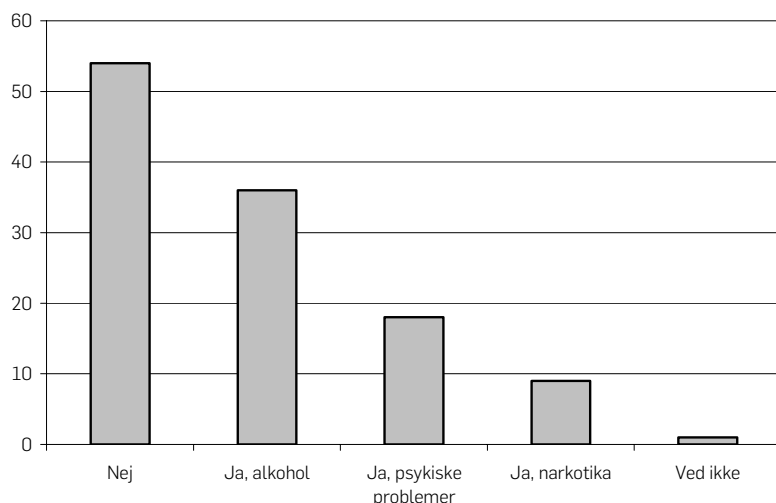
Brugerne fordelt efter, om de har modtaget en ubetinget straf. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har ubetinget straf	29	364
Har ikke ubetinget straf/uoplyst	72	911
I alt	100	1.275

Spørgeskemaundersøgelsen indeholder supplerende oplysninger om brugernes familiære baggrund. Brugerne er blevet spurgt om, hvorvidt de mener, at deres forældre har haft betydelige alkohol-, narkotika- eller psykiske problemer, som blev eller burde være blevet behandlet. Der har været mulighed for at angive mere end ét svar. 36 pct. af brugerne mener, at deres forældre har haft betydelige alkoholproblemer, som blev eller burde være blevet behandlet. 18 pct. svarer, at deres forældre har haft psykiske problemer, mens 9 pct. angiver stofmisbrug som et betydeligt problem hos forældrene. 54 pct. af brugerne mener ikke, at deres forældre har haft betydelige problemer af den art. Knap halvdelen af brugerne i behandling angiver således, at deres forældre har haft markante misbrugsproblemer og/eller psykiske problemer.

FIGUR 3.1

Brugerne fordelt efter om deres forældre har haft betydelige alkohol-, narkotika- eller psykiske problemer, som blev eller burde være blevet behandlet. Procent.



Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.252 tidligere brugere.

Brugernes fysiske helbred er belyst med afsæt i somatiske diagnoser ved sygehusindlæggelser.

TABEL 3.9

Brugerne fordelt efter antal indlæggelser i perioden 2001 til 2005. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ingen indlæggelser	58	732
Indlagt én gang	21	261
Indlagt mere end én gang	21	261
I alt	100	1.254

42 pct. har været indlagt med somatiske diagnoser én eller flere gange fra 2001 til 2005. Antallet af brugere, som har fysiske helbredsproblemer, må vurderes at ligge højere, idet det må forventes, at kun de dårligste

ender på hospitalet, mens resten klarer sig uden hjælp eller via ambulant behandling hos egen læge, lægevagt eller lignende.

UDDANNELSESSITUATION OG INDKOMSTTYPE

I det følgende beskrives brugernes uddannelsessituation og indkomsttype i 2006.

For 66 pct. af brugerne var 10. klasse det højst opnåede uddannelsesniveau i 2006. 5 pct. havde gennemført en gymnasial uddannelse, 20 pct. en faglig uddannelse, og blot 4 pct. havde en videregående uddannelse.

TABEL 3.10

Brugernes fordelt efter uddannelsesniveau i 2006. Procent og antal.

	Procent	Antal
Højest 10. klasse	70	840
Gymnasial uddannelse	5	64
Faglig uddannelse	20	244
Videregående uddannelse	4	53
I alt	100	1.201

I tabel 3.11 belyses brugernes indkomsttype i 2006. 26 pct. af respondenterne var i arbejde eller under uddannelse i 2006, mens 33 pct. var på kontanthjælp mv., og 34 pct. var på førtidspension mv. Det skal her tilføjes, at kategorien 'kontanthjælpsmodtagere mv.' hovedsageligt indeholder kontanthjælpsmodtagere, men desuden indeholder brugere på dagpenge, sygedagpenge og brugere, der har været arbejdsløse i mindst et halvt år. Kategorien 'førtidspension mv.' indeholder foruden førtidspensionister en mindre andel efterlønnere og folkepensionister. Endelig er der 7 pct., som ikke er nærmere specificeret i registeroplysningerne fra Danmarks Statistik.

TABEL 3.11

Brugerne fordelt efter indkomsttype i 2006. Procent og antal.

	Procent	Antal
Arbejde eller uddannelse	26	329
Kontanthjælp mv.	33	426
Førtidspension mv.	34	436

Andet	7	84
I alt	100	1.275

STOFMISBRUG FØR SENESTE BEHANDLING

Af tabel 3.12 fremgår det, hvorvidt brugeren havde taget substitutionsmedicin eller stoffer den seneste måned før indskrivning i behandling, og hvilke typer det i givet fald drejer sig om. 352 brugere, svarende til 35 pct., havde taget ordineret substitutionsmedicin, mens 19 pct. havde taget illegal metadon eller lignende. Det mest udbredte stof blandt brugerne var hash, som 55 pct. havde anvendt. 34 pct. havde taget heroin, 23 pct. havde taget benzodiazepiner, 20 pct. amfetamin og 18 pct. kokain.

TABEL 3.12

Brugerne fordelt efter den stoftype, brugeren tog den seneste måned før behandling(SIB). Procent og antal.

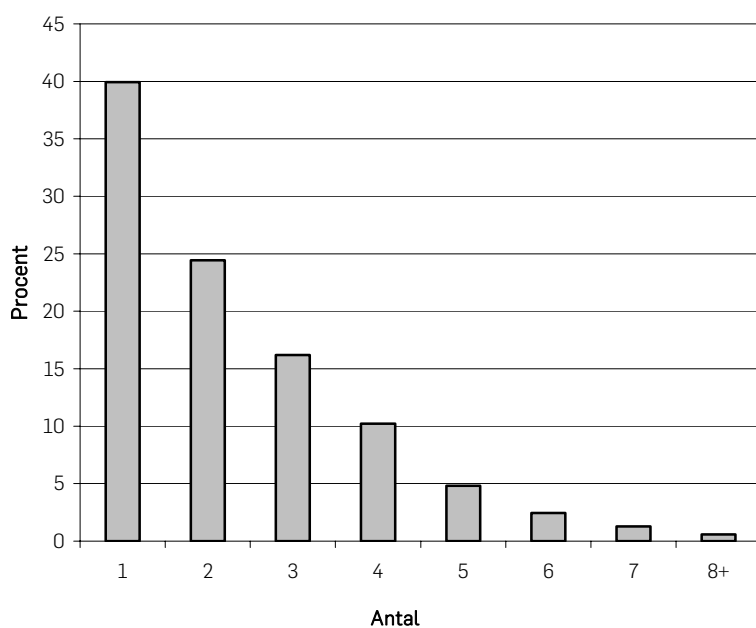
	Procent	Antal
Ordineret metadon el.lign.	35	352
Illegal metadon el.lign.	19	189
Heroin	34	343
Andre opiatier	12	117
Benzodiazepiner	23	237
Amfetamin	20	207
Kokain	18	186
LSD og lign.	2	19
Ecstasy og lign. Designer-		
drugs	7	67
Hallucinogener	2	19
Opløsningsmidler	1	9
Hash	55	552
Alkohol	28	280
Ingen stoffer	0	0
Andet	8	84

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.011 tidligere brugere. Da respondenterne kan have taget flere stoftyper, kan vedkommende fremgå flere gange. For 264 er ingen stoffer oplyst. Andre opiatier er eksempelvis morfin, ketogan, contalgin og petidin.

I figur 3.2 ses antal stoftyper, brugerne tog en måned før indskrivning i behandling. 40 pct., svarende til 407 brugere, har kun anvendt én stoftype, mens de resterende har haft et blandingsmisbrug.

FIGUR 3.2

Brugerne fordelt efter antallet af stoftyper de tog den sidste måned før behandling.



Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.019 tidligere brugere. Ordineret metadon og alkohol indgår ikke i denne opgørelse.

TABEL 3.13

Brugerne fordelt efter deres foretrukne stof før seneste behandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
Opiater	46	561
Opiater/blandingsmisbrug	12	147
Centralstimulerende stoffer	20	248
Hash	18	219
Benzodiazepiner	4	50
Andet	0	4
I alt	100	1.229

I spørgeskemaundersøgelsen foretaget i 2008/2009 er brugerne blevet spurgt om, hvad deres foretrukne stof var før seneste behandling, og de

har kun haft mulighed for at afgive ét svar. 46 pct. svarer, at opiater var deres hovedmisbrugsstof, og hertil kommer 12 pct., som havde et blandingsmisbrug, hvor opiater indgik. 20 pct. angiver centralstimulerende stoffer (amfetamin, kokain og ecstasy), som det foretrukne stof før seneste behandling, mens 18 pct. var hashmisbrugere. Endelig svarer 4 pct., at deres hovedmisbrugsstof var benzodiazepiner, og blot 4 brugere har svaret, at de havde et andet hovedmisbrugsstof end de allerede nævnte.

TABEL 3.14

Brugerne fordelt efter alder ved førstegangsb rugen af det foretrukne stof. Procent og antal.

	Procent	Antal
-14 år	23	287
15-17 år	27	333
18-24 år	27	337
25-34 år	15	187
35-44 år	5	59
45- år	2	21
Ved ikke	2	24
I alt	100	1.248

600 brugere, svarende til 50 pct., var under 18 år, da de første gang prøvede deres foretrukne stof, og heraf var 287 under 15 år. 15 pct. var mellem 25 og 34 år, og blot 7 pct. var over 35 år, da de første gang prøvede deres foretrukne stof.

BEHANDLING FOR STOFMISBRUG

I dette kapitel beskriver vi den behandling, brugerne i undersøgelsen har modtaget for deres stofmisbrug de seneste tre år. Indledningsvis beskrives formålet med den behandling, brugerne har modtaget de seneste 3 år. Dernæst beskrives intensiteten af den behandling, brugerne har modtaget, samt indholdet af denne behandling. Disse aspekter ved behandlingen danner baggrund for analyserne af resultaterne af behandlingen i kapitel 6 og 7.

FORMÅL MED BEHANDLINGEN

I dette afsnit beskriver vi, hvor stor en del af brugerne, der inden for de seneste 3 år har modtaget stofmisbrugsbehandling, hvor formålet var at de skulle blive stoffri. Det undersøges desuden, om og hvordan brugere, som har været i stoffri behandlingsforløb, adskiller sig fra brugere, som ikke har haft sådanne forløb. Stoffrihed betyder i denne sammenhæng, at brugeren hverken tager illegale stoffer eller substitutionsmedicin. En del brugere vil dog opfatte sig som stoffri, hvis de udelukkende tager substitutionsmedicin uden at have et sidemisbrug af illegale stoffer.

Tabel 4.1 viser, at 39 pct. af brugerne de seneste 3 år har været i behandlingsforløb, som havde som mål at gøre brugeren stoffri. Af disse afsluttede 7 pct. behandlingsforløbet inden for samme måned, som de startede, og 30 pct. havde ikke afsluttet deres behandlingsforløb på interviewtidspunktet. For de fleste brugere varede det seneste behandlingsforløb 1-6 måneder, hvor 24 pct. var i det seneste behandlingsforløb i 1-3 måneder, og 16 pct. var det i 4-6 måneder. For 23 pct. af brugerne varede det seneste behandlingsforløb mere end 6 måneder.

TABEL 4.1

Brugerne fordelt efter, om de i løbet af de seneste 3 år har modtaget behandling, som havde til formål at gøre brugeren stoffri. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har været i stoffri Behandling	39	497
Har ikke været i stoffri behandling	60	765
Ved ikke	1	9
I alt	100	1.271

TABEL 4.2

Brugerne fordelt efter længden af seneste behandlingsforløb, som havde til formål at gøre brugeren stoffri. Antal og procent.

	Procent	Antal
Udskrevet samme måned	7	29
1-3 måneder	24	95
4-6 måneder	16	65
7-12 måneder	14	56
Mere end 1 år	9	37
Ikke afsluttet på interview- tidspunktet	30	122
I alt	100	404

Anm.: For 93 brugere er begyndelses- eller sluttidspunkt eller begge dele uoplyst eller kun oplyst ved årstal.

Hvis man ser på, hvilke typer brugere der har været i behandlingsforløb, som havde som mål at gøre brugeren stoffri, viser der sig kun en forskel med hensyn til brugerens hovedmisbrugsstof, alder og indkomsttype.

Der er derimod ingen signifikant forskel på behandlingsformål, i forhold til brugerens køn, etnicitet eller uddannelse. Der er heller ikke signifikante forskelle på behandlingsformål, når vi ser på brugerens bytype i 2006, eller om vedkommende har været indlagt med en psykisk diagnose.

Tabel 4.3 viser, at kun 27 pct. af opiatmisbrugerne og 36 pct. af opiat-blandingsmisbrugerne har været i behandlingsforløb, som havde til formål at gøre brugeren stoffri de seneste 3 år. Til sammenligning har 58 pct. af misbrugerne af centralstimulerende stoffer, 52 pct. af hashmisbrugerne og 58 pct. af misbrugerne af benzodiazepiner og andet været i behandlingsforløb der havde til formål at gøre brugeren stoffri. Der er således en klar tendens til, at brugere med opiater som hovedmisbrugsstof i mindre grad kommer i behandling, hvor sigtet er at gøre brugeren stoffri. Dette skal ses i sammenhæng med, at opiatmisbrugere kan blive tilbudt substitutionsbehandling, mens der ikke er et tilsvarende tilbud om medicinsk erstatning af illegale stoffer til misbrugere af andre stoffer. Dette betyder, at behandlingsstederne har et eftertragtet tilbud til opiatmisbrugere, som ikke ønsker at blive stoffri eller reducere stofindtaget, mens de ikke har et tilsvarende tilbud til misbrugere af andre stoffer. Opiatmisbrugere, som modtager stabiliserende medicinsk behandling for deres stofmisbrug, kan således være indskrevet i behandlingssystemet i mange år, mens fx hashmisbrugere ikke har det samme incitament til at deltage i behandlingen, hvis de ikke ønsker at blive stoffri eller reducere deres forbrug. Dette kan være en del af forklaringen på, at der er færre opiatmisbrugere, som har været i behandlingsforløb de seneste 3 år, hvor det var meningen, at de skulle blive stoffri.

I regressionen i tabel 4.6 anvendes behandlingstiden ikke som afhængig variabel, da sammenhængen mellem formålet med behandlingen og behandlingstiden kan være, at et behandlingsforløb, som ikke sigter mod stoffrihed, er længerevarende. Denne variabel er derfor ikke hensigtsmæssig i regressionen af, hvilke brugere der kommer i behandling, som har som mål at gøre brugeren stoffri, da det ikke er muligt at afklare kausaliteten.

TABEL 4.3

Brugere, som i løbet af de seneste 3 år har modtaget behandling, der havde til formål at gøre brugeren stoffri, fordelt på brugerens hovedmisbrugsstof. Procent.

	Har været i stoffri behandling	Har ikke været i stoffri be- handling	I alt procent	I alt antal
Opiater	27	73	100	558
Opiater/blandingsmisbrug	36	64	100	147
Centralstimulerende stoffer	58	42	100	246
Hash	52	48	100	218
Benzodiazepiner og andet	58	42	100	52
I alt	40	60	100	1.221

Anm.: $\chi^2 = 94$, $P = 0,000$.

Som det fremgår af tabel 4.4, er der en klar tendens til, at jo yngre brugere er, jo større er sandsynligheden for, at de har været i et behandlingsforløb, som havde til formål at gøre brugeren stoffri de seneste 3 år. Blandt brugere under 25 år er der således 68 pct., som har været i behandlingsforløb med henblik på at blive stoffri de seneste 3 år, mens dette kun er tilfældet for 29 pct. af brugerne mellem 35 og 44 år og 20 pct. af brugerne over 44 år. Denne tendens skyldes ikke alene, at yngre brugere oftest har været kortere tid i behandlingen, idet forskellen er signifikant, selv hvis der tages højde for, hvor lang tid brugeren har været i stofmisbrugsbehandling. Som det fremgår af tabel 4.6, er sammenhængen også signifikant, når der tages højde for brugerens hovedmisbrugsstof.

TABEL 4.4

Brugere, som i løbet af de seneste 3 år har modtaget behandling, der havde til formål at gøre brugeren stoffri, fordelt på brugerens alder. Procent.

	Har været i stoffri behandling	Har ikke været i stoffri be- handling	I alt procent	I alt antal
- 24 år	68	32	100	235
25-34 år	52	48	100	321
35-44 år	29	71	100	334
45- år	20	80	100	372
I alt	39	61	100	1.262

Anm.: $\chi^2 = 175$, $P = 0,000$.

Der er også forskel på formålet med brugernes behandling, alt efter hvilken indkomsttype, de har. Der er væsentligt flere brugere i arbejde og på kontanthjælp mv. end brugere på førtidspension mv., som har været i behandlingsforløb med henblik på at blive stoffri de seneste 3 år. Det er således kun 18 pct. af brugerne på førtidspension mv. mod 53 pct. af brugerne i arbejde og 47 pct. af brugerne på kontanthjælp mv., som har været i sådanne forløb. Denne forskel findes også, når der i regressionen tages højde for brugerens alder og hovedmisbrugsstof.

TABEL 4.5

Brugere, som i løbet af de seneste 3 år har modtaget behandling, der havde til formål at gøre brugeren stoffri, fordelt på brugerens indkomsttype. Procent.

	Har været i stoffri behandling	Har ikke været i stoffri be- handling	I alt procent	I alt antal
Arbejde eller SU	53	47	100	326
Kontanthjælp mv.	47	53	100	422
Førtidspension mv.	18	82	100	432
Andet	60	40	100	82
I alt	39	61	100	1.262

Anm.: $\chi^2 = 137$, $P = 0,000$.

Som det fremgår af ovenstående og tabel 4.6, er der en tendens til, at yngre brugere, misbrugere som ikke har opiater som hovedmisbrugsstof og brugere i arbejde og på kontanthjælp mv. har større sandsynlighed for at have været i stofmisbrugsbehandling, hvor formålet har været stoffrihed, de seneste 3 år.

TABEL 4.6

Binær logistisk regression for, om brugerne i løbet af de seneste 3 år har modtaget behandling, som havde til formål at gøre brugeren stoffri.

Variabel	Beta-koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Hovedmisbrugsstof			**	
Opiater	Reference	Reference	Reference	Reference
Opiater/blandingsmisbrug	0,239	0,211		1,271
Centralstimulerende stoffer	0,550	0,190	**	1,734
Hash	0,368	0,187	*	1,444
Benzodiazepiner og andet	1,106	0,318	***	3,024
Alder			***	
-24 år	Reference	Reference	Reference	Reference
25-34 år	-0,329	0,203		0,719
35-44 år	-0,974	0,222	***	0,378
45- år	-1,192	0,245	***	0,304
Indkomsttype			***	
Arbejde	Reference	Reference	Reference	Reference
Kontanthjælp mv.	0,028	0,164		1,028
Førtidspension mv.	-0,928	0,201	***	0,395
Andet	0,145	0,279		1,156
Konstant	0,239	0,217		1,270

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.221 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Der er desuden en tendens til, at sandsynligheden for, at brugeren har været i behandling med henblik på at blive stoffri de seneste 3 år, er større, hvis brugerne har hjemmeboende børn, ikke har været i behandling før, ikke har indtaget hovedmisbrugsstoffet så hyppigt, ikke har fået ubetinget dom eller ikke har været anbragt. Disse sammenhænge er dog ikke signifikante, når der tages højde for brugernes hovedmisbrugsstof, alder og indkomsttype. Der er desuden en tendens til, at brugere, som har været i behandling i længere tid, har mindre sandsynlighed for at have

været i behandlingsforløb med henblik på stoffrihed, men som tidligere nævnt kan dette være et udtryk for, at brugere, som ikke ønsker at blive stoffri, er indskrevet længere i behandlingen.

BEHANDLINGSINTENSITETEN

I dette afsnit beskriver vi intensiteten af den behandling, brugerne har modtaget de seneste 3 år. Vi undersøger, om det er bestemte typer brugere, som får bestemte typer behandling. I kapitel 6 og 7 undersøger vi, hvilke resultater der kan identificeres af forskellige typer behandling. Af alle brugerne i undersøgelsen er 56 pct. stadig i behandling, hvilket umiddelbart er mange. Det skal dog ses i sammenhæng med, at mere end halvdelen af brugerne indskrevet i stofmisbrugsbehandling er i substitutionsbehandling, og at denne behandling for de flestes vedkommende er af langvarig, hvis ikke livslang, karakter.

Tabel 4.7 viser, at 25 pct. af brugerne i undersøgelsen har været i døgnbehandling på et tidspunkt i løbet af de seneste 3 år. Af disse er 11 pct. udskrevet af det seneste døgnbehandlingsforløb inden for den samme måned, som de kom i behandling. Derudover har det seneste døgnbehandlingsforløb kun varet 1-3 måneder for 33 pct. af brugerne, mens det for 21 pct. har varet 4-6 måneder. Der er således en stor del af brugerne, som har haft forholdsvis korte døgnbehandlingsforløb, idet forløbet for 44 pct. af brugerne har været kortere end 4 måneder. En del af brugerne i denne gruppe må forventes at have afbrudt behandlingen i utide og derfor kun have været i døgnbehandling kort tid.

TABEL 4.7

Brugerne fordelt efter, om de i løbet af de seneste 3 år har været i døgnbehandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har været i døgnbehandling	25	324
Har ikke været i Døgnbehandling	75	949
Ved ikke	0	1
I alt	100	1.274

TABEL 4.8

Brugerne fordelt efter længden af seneste døgnbehandlingsforløb. Procent og antal.

	Procent	Antal
Udskrevet samme måned	11	29
1-3 måneder	33	86
4-6 måneder	21	54
7-12 måneder	14	37
Mere end 1 år	8	20
Ikke afsluttet på interview-tidspunktet	13	34
I alt	100	260

Anm.: For 64 brugere er begyndelses- eller sluttidspunkt eller begge dele uoplyst eller kun oplyst ved årstal.

Tabel 4.9 viser, at 38 pct. af brugerne på et tidspunkt i løbet af de seneste 3 år har været i dagbehandling og har modtaget behandling tre-fem gange om ugen. Halvdelen af disse har ikke afsluttet dagbehandlingen på interviewtidspunktet, mens 3 pct. afsluttede dagbehandlingsforløbet samme måned, som det blev påbegyndt. For de brugere, som har afsluttet dagbehandlingsforløbet, har det dog for de flestes vedkommende været mellem 1 og 12 måneder.

TABEL 4.9

Brugerne fordelt efter, om de i løbet af de seneste 3 år har været i dagbehandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har været i dagbehandling	38	478
Har ikke været i Dagbehandling	62	793
Ved ikke	0	3
I alt	100	1.274

TABEL 4.10

Brugerne fordelt efter længden af seneste dagbehandlingsforløb. Procent og antal.

	Procent	Antal
Udskrevet samme måned	3	13
1-3 måneder	17	66
4-6 måneder	11	41
7-12 måneder	10	40
Mere end 1 år	7	28
Ikke afsluttet på interview- tidspunktet	51	199
I alt	100	387

Anm.: For 91 brugere er begyndelses- eller sluttidspunkt eller begge dele uoplyst eller kun oplyst ved årstal.

Som det fremgår af tabel 4.11, har 12 pct. af brugerne modtaget både døgn- og dagbehandling, mens 49 pct. hverken har modtaget døgn- eller dagbehandling. Det er således 51 pct. af brugerne, som i løbet af de seneste 3 år har modtaget en af disse typer af mere intensiv behandling.

TABEL 4.11

Brugerne fordelt efter, om de har modtaget døgn- eller dagbehandling de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Hverken døgn- eller Dagbehandling	49	629
Døgnbehandling	13	166
Dagbehandling	25	320
Både døgn- og Dagbehandling	12	158
I alt	100	1.273

I tabel 4.12 er brugerne grupperet efter den højeste behandlingsintensitet, de har modtaget inden for de seneste 3 år. Brugere, som har svaret, at de både har været i døgnbehandling og dagbehandling, er således grupperet under døgnbehandling, mens brugere, som kun har været i dagbehandling, er grupperet i denne kategori. Brugere, som hverken har været i dag- eller døgnbehandling, er grupperet under ambulant behandling, hvis de har modtaget gruppebehandling eller samtaler med psykologer eller andre behandlere minimum 1-2 gange om måneden. Hvis brugerne ikke har været i gruppebehandling og har modtaget samtaler med psykologer eller andre behandlere sjældnere end en gang om måneden, er brugeren grupperet under ad hoc-ydelser. Dette er ikke en behandlingsintensitet, som svarer til Servicestyrelsens definition af social stofmisbrugsbehandling, hvor den laveste intensitet – ambulant behandling – defineres som social stofmisbrugsbehandling mindst hver 14. dag. Brugere har rapporteret, hvilken behandling de har fået over en periode på 3 år, og der er således en vis usikkerhed forbundet med angivelserne, når brugerne skal huske så langt tilbage. Der kan derfor være en risiko for, at en bruger kategoriseres under ad hoc-ydelser, selvom brugeren fx over en kortere periode har haft samtaler med en behandler hver anden uge, og brugerens behandling derfor skulle have været kategoriseret under ambulant behandling. På den anden side er kriteriet for at blive kategoriseret som modtager af ambulant behandling sat, så brugere, som både modtager samtaler med psykolog og en anden behandler en til to gange om måneden, falder i denne kategori. Dette betyder, at brugere, som kun har modtaget den ene type af disse behandlinger, kan blive kategoriseret

som modtager af ambulant behandling, selvom de reelt kun har modtaget ad hoc-ydelser.

Tabel 4.12 viser, at 28 pct. af brugerne kun har modtaget ad hoc-ydelser for deres stofmisbrug i de seneste 3 år. For 21 pct. af brugerne er den højeste behandlingsintensitet, som brugeren har modtaget på et tidspunkt inden for de seneste 3 år, ambulant behandling, mens det for 25 pct. er dagbehandling, og for 26 pct. er døgnbehandling. Der er således 28 pct. af brugerne, som i løbet af en periode på 3 år ikke på noget tidspunkt har modtaget stofmisbrugsbehandling af en intensitet, som svarer til ambulant behandling.

TABEL 4.12

Brugerne fordelt efter den højeste behandlingsintensitet de har modtaget på noget tidspunkt de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ad hoc	28	360
Ambulant	21	267
Dag	25	319
Døgn	26	324
I alt	100	1.270

I de følgende tabeller undersøges det, om der er forskel på, hvilken behandlingsintensitet forskellige typer af brugere har fået. Det viser sig, at der er forskel på, hvad den højeste behandlingsintensitet brugeren har modtaget de seneste 3 år, har været alt efter brugerens hovedmisbrugsstof og alder. Der er derimod ingen signifikant forskel på, hvilken behandlingsintensitet brugerne har fået i forhold til køn, etnicitet, uddannelse, indkomsttype, om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, eller om brugeren er enlig eller har børn. Det har heller ikke betydning, om brugeren har været indlagt med en psykisk diagnose eller somatisk sygdom, om brugeren har fået en ubetinget fængselsdom, eller om brugeren har været anbragt som barn. Der er desuden ingen forskel på, hvilken bytype brugeren var bosat i i 2006.

Som det fremgår af tabel 4.13, er der en tendens til, at opiatmisbrugere oftere udelukkende modtager ad hoc-behandling end misbrugere af hash og centralstimulerende stoffer. Denne gruppe modtager derimod i højere grad ambulant behandling. Der er desuden en tendens til, at brugere, som udelukkende har nævnt opiater som deres foretrukne stof,

har mindre sandsynlighed for at komme i dag- og døgnbehandling. Der er således kun 22 pct. af opiatmisbrugerne, hvis højeste behandlingsintensitet har været dagbehandling, og 21 pct., hvor det har været døgnbehandling, mens det for de øvrige stofgrupper er henholdsvis 27-33 pct., hvor den højeste behandlingsintensitet har været dagbehandling, og 26-33 pct., hvor den højeste behandlingsintensitet har været døgnbehandling. Opiatmisbrugere har således en større sandsynlighed for at modtage stofmisbrugsbehandling af en lav intensitet. Denne forskel fastholdes, når der tages højde for brugerens alder i regressionen i tabel 4.15.

TABEL 4.13

Den højeste behandlingsintensitet, som brugerne har modtaget inden for de seneste tre år, fordelt på brugerens hovedmisbrugsstof. Procent.

	Ad hoc	Ambulant	Dag	Døgn	I alt procent	I alt antal
Opiater	37	20	22	21	100	561
Opiater/blandingsmisbrug	31	13	33	33	100	146
Centralstimulerende stoffer	16	25	32	27	100	248
Hash	19	27	26	28	100	219
Benzodiazepiner og andet	26	11	32	32	100	54
I alt	29	21	26	26	100	1.228

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

Sandsynligheden for at få mere intensiv behandling er også større, jo yngre brugeren er. Der er således kun 14 pct. af brugerne under 25 år og 17 pct. af brugerne mellem 25 og 34 år, som kun har modtaget ad hoc-ydelser de seneste 3 år mod et gennemsnit på 28 pct. Der er en lige stor andel i alle aldersgrupper, hvor den højeste behandlingsintensitet, de har modtaget de seneste 3 år, er ambulant behandling. Noget færre brugere over 44 år kommer i dagbehandling end yngre brugere, og noget færre brugere over 34 år kommer i døgnbehandling.

TABEL 4.14

Den højeste behandlingsintensitet, som brugerne har modtaget inden for de seneste tre år, fordelt på brugerens alder. Procent .

	Ad hoc	Ambu- lant	Dag	Døgn	I alt procent	I alt antal
-24 år	14	22	33	31	100	234
25-34 år	17	21	26	37	100	322
35-44 år	31	21	27	21	100	337
45- år	44	21	19	16	100	377
I alt	28	21	25	26	100	1.270

Anm.: $\chi^2 = 114$, $P = 0,000$, Gamma = -0,298, $P = 0,000$.

Som det fremgår af forudgående og tabel 4.15, er der noget færre brugere af opiater og ældre brugere, som har været i de mere intensive behandlingsforløb på et tidspunkt de seneste 3 år. Der er samtidig væsentligt flere af disse brugere, som kun har modtaget ad hoc-ydelser de seneste 3 år. Der er desuden en tendens til, at brugere, som har været anbragt som barn, i højere grad kommer i døgnbehandling, men denne forskel forsvinder, når der tages højde for alder og hovedmisbrugsstof.

TABEL 4.15

Multinomial regression af højeste behandlingsintensitet brugeren har modtaget inden for de seneste 3 år.

	Variabel	Beta-koefficient	Standard-fejl	Signifikans-niveau	Odds-ratio
Ad hoc	Hovedstof			**	
	Opiater	0,585	0,394		1,795
	Opiater/blandingsmisbrug	0,204	0,433		1,226
	Centralstimulerende stoffer	0,243	0,436		1,275
	Hash	0,243	0,433		1,274
	Benzodiazepiner og andet	Reference	Reference	Reference	Reference
	Alder			***	
	-24 år	-1,628	0,295	***	0,196
	25-34 år	-1,679	0,234	***	0,187
	35-44 år	-0,592	0,221	**	0,553
	45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
	Konstant	0,569	0,393		0,569
Ambulant	Hovedstof			**	
	Opiater	0,831	0,499		2,297
	Opiater/blandingsmisbrug	0,148	0,553		1,160
	Centralstimulerende stoffer	1,298	0,519	*	3,663
	Hash	1,262	0,518	*	3,531
	Benzodiazepiner og andet	Reference	Reference	Reference	Reference
	Alder			***	
	-24 år	-1,018	0,294	**	0,361
	25-34 år	-1,018	0,249	***	0,361
	35-44 år	-0,298	0,248		0,742
	45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
	Konstant	-0,525	0,499		

TABEL 4.15

Fortsat

Dag	Hovedstof	**			
	Opiater	-0,048	0,371		0,953
	Opiater/blandingsmisbrug	-0,324	0,413		0,723
	Centralstimulerende stoffer	0,285	0,391		1,330
	Hash	0,021	0,395		1,021
	Benzodiazepiner og andet	Reference	Reference	Reference	Reference
	Alder			***	
	-24 år	-0,318	0,278		0,728
	25-34 år	-0,566	0,240	*	0,568
	35-44 år	0,070	0,243		1,072
	45- år	Reference	Reference	Reference	Reference
	Konstant	0,213	0,377		

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.228 tidligere brugere, Referencekategori: døgnbehandling.

Tabel 4.16 viser sammenhængen mellem behandlingsintensitet og formålet med behandlingen. Tabellen tegner et tydeligt billede af, at brugere, som har været i behandlingsforløb, som har som mål at gøre brugeren stoffri i højere grad har været i behandling af højere intensitet. Der er således 44 pct. af brugerne, som har været i behandlingsforløb med henblik på at blive stoffri, der har været i døgnbehandling, mod 14 pct. af brugerne, som ikke har været i behandlingsforløb med stoffrihed som formål. Blandt disse brugere er der derimod 42 pct., som ikke har modtaget en højere behandlingsintensitet end ad hoc-ydelser.

TABEL 4.16

Den højeste behandlingsintensitet brugerne har modtaget, de seneste tre år, fordelt på om brugeren har været i behandling med stoffrihed som formål. Procent.

	Ad hoc	Ambulant	Dag	Døgn	I alt procent	I alt antal
Har ikke været i stoffri behandling	42	23	21	14	100	764
Har været i stoffri behandling	8	18	31	44	100	496
I alt	28	21	25	26	100	1.260

Anm.: $\chi^2 = 245$, $P = 0,000$.

INDHOLD AF BEHANDLINGEN

I det følgende beskriver vi indholdet af den behandling, brugeren har modtaget de seneste 3 år, herunder om brugeren har modtaget substitutionsbehandling, psykologsamtaler, samtaler med andre behandlere, gruppebehandling, samt om brugeren har deltaget i fritidsaktiviteter eller modtaget tilbud om massage, afspænding eller lignende. Det undersøges desuden, om brugere, som modtager de forskellige typer behandling, har forskellige karakteristika. Hvad brugerne har fået ud af disse behandlinger, undersøger vi i kapitel 6 og 7.

BEHANDLINGSTYPER

I dette afsnit sammenligner vi indholdet af den behandling, brugeren har modtaget de seneste 3 år, alt efter hvad den højeste intensitet stofmisbrugsbehandling, som brugeren har modtaget, er. Af tabel 4.17 fremgår det, at 56 pct. af brugerne i undersøgelsen har modtaget substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år. Der er desuden flere, som har modtaget substitutionsbehandling blandt brugere, der ikke har modtaget behandling af højere intensitet end ad hoc-ydelser de seneste 3 år.

Der er dog 48 pct. af de brugere, som har modtaget døgnbehandling, som også har modtaget substitutionsbehandling. Der er således

en del brugere, der har været i døgnbehandling, som er startet i substitutionsbehandling for derefter at komme i døgnbehandling eller har modtaget substitutionsbehandling efter afbrudt døgnbehandlingsforløb.

42 pct. af brugerne har modtaget psykologsamtaler i forbindelse med deres stofmisbrugsbehandling inden for de seneste 3 år. Der er kun 15 pct. af brugerne, som kun har modtaget ad hoc-ydelser, der har fået psykologsamtaler, mens dette er tilfældet for 48-57 pct. af de brugere, som har modtaget højere intensiteter inden for de seneste 3 år. Der er således ikke markant forskel på, hvor stor en andel der har modtaget psykologsamtaler, alt efter om den højeste behandlingsintensitet, brugeren har været i, er ambulant, dag- eller døgnbehandling. Som det blev vist i det tidligere afsnit, er det 28 pct. af brugerne, som kun har modtaget ad hoc-ydelser de seneste 3 år, og meget få af disse ydelser har således været psykologsamtaler.

67 pct. af brugerne har haft samtaler i enrum med andet personale end psykologer inden for de seneste 3 år. Blandt de 28 pct. af brugerne, som kun har modtaget ad hoc-ydelser, har 41 pct. haft samtaler i enrum med andet personale end psykologer inden for de seneste 3 år. Blandt brugere, som har været i mere intensive behandlingsforløb, er det derimod 74-81 pct., som har haft sådanne samtaler. Igen er der ikke en markant forskel på ambulant, dag- og døgnbehandling med hensyn til, om brugeren har haft samtaler i enrum med andet personale.

25 pct. af brugerne har prøvet at være i gruppebehandling inden for de seneste 3 år. Blandt brugere, som har været i døgnbehandling, er det dog hele 56 pct., som har været i gruppebehandling. Ingen brugere, som højest har modtaget ad hoc-ydelser, har deltaget i gruppebehandling, hvilket skyldes, at gruppebehandling sædvanligvis foregår mindst én gang om ugen, og brugere, som har modtaget gruppebehandling, er således minimum kategoriseret til at have modtaget ambulant behandling. Gruppebehandling bruges således i højere grad i døgnbehandling end i ambulant behandling og dagbehandling.

26 pct. af brugerne har deltaget i fritidsaktiviteter arrangeret af et behandlingssted inden for de seneste 3 år. 12 pct. af brugerne, som kun har modtaget ad hoc-ydelser, har deltaget i sådanne fritidsaktiviteter, mens dette er tilfældet for 21 pct. af brugerne, som højest har modtaget ambulant behandling, 24 pct. af brugerne, som højest har modtaget dagbehandling, og 48 pct. af brugerne, som har været i døgnbehandling.

Brugere, som har været i døgnbehandling, har således i væsentligt højere grad deltaget i fritidsaktiviteter.

En del behandlingssteder tilbyder desuden forskellige former for massage, afspænding, meditation eller lignende bl.a. til at dæmpe abstinenser. 21 pct. af brugerne har fået en sådan ydelse inden for de seneste 3 år. Her er det 42 pct. af brugerne, som har modtaget døgnbehandling, mod 19 pct. af brugerne, som højest har været i henholdsvis dagbehandling og ambulant behandling, og 5 pct. af brugerne, som højest har modtaget ad hoc-ydelser, der har modtaget sådanne ydelser. Der er således en noget større del af brugerne i døgnbehandling, som har modtaget massage, afspænding, meditation eller lignende. Fritidsaktiviteter og massage osv. kan ifølge definitionen på social behandling indgå i behandlingen, men sådanne ydelser kan ikke alene udgøre behandling. I de følgende kapitler undersøger vi, om disse tilbud har betydning for brugernes livssituation på interviewtidspunktet.

TABEL 4.17

Brugernes angivelse af, hvilket behandlingsindhold, de har modtaget, de seneste tre år, fordelt på hvilke typer af behandling, brugeren har modtaget. Procent.

Behandlingstyper	Substitutionsbehandling	Psyko-logisamtaler	Samtaler med andet personale	Gruppebehandling	Fritidsaktiviteter	Massage, afspænding osv.
Ad hoc	69	15	41	0	12	5
Ambulant	50	54	81	20	21	19
Dag	54	48	79	27	24	19
Døgn	48	57	74	56	48	42
I alt procent	56	42	67	25	26	21
N	1271	1265	1270	1271	1270	1.270
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Anm.: Brugerne kan modtage flere typer behandling og derfor være repræsenteret i flere kategorier. P-værdien er for en chi-test.

SUBSTITUTIONSBEHANDLING

Som det fremgår af tabel 4.18, har 56 pct. af brugerne inden for de seneste 3 år været i substitutionsbehandling. Af disse er 85 pct. stadig i substi-

tutionsbehandling. De brugere, som stadig er i substitutionsbehandling, er blevet spurgt, hvilken substitutionsmedicin de får. Her svarer 86 pct., at de får metadon, mens 14 pct. får buprenorphinpræparater som Subutex og Subozone. Størstedelen af brugerne får således metadon som substitutionsmedicin.

Som det fremgår af de følgende tabeller, er der sammenhæng mellem, om brugeren har fået substitutionsbehandling og brugernes hovedstof, alder, indkomsttype, om brugeren har været i stofmisbrugsbehandling før eller har en ubetinget straf. Der er derimod ingen sammenhæng mellem, om brugeren har været i substitutionsbehandling og køn, uddannelse, anbringelse eller bytype.

Af tabel 4.18 er det tydeligt, at brugere, som har svaret, at deres foretrukne stof er et opiat, i langt højere grad er i substitutionsbehandling, hvilket er en naturlig konsekvens af, at metadon og andet substitutionsmedicin primært gives til opiatmisbrugere. At nogle brugere har fået substitutionsbehandling, selvom de har angivet centralstimulerende stoffer, hash eller benzodiazepiner som hovedstof, skyldes primært, at brugere er blevet spurgt, hvad deres foretrukne stof var, inden de startede i stofmisbrugsbehandlingen. Brugere kan således have svaret, at deres hovedmisbrugsstof var hash, selvom de også havde et misbrug af opiater, som de modtager substitutionsbehandling for.

TABEL 4.18

Brugernes angivelse af, om de har været i substitutionsbehandling inden for de seneste tre år, fordelt efter brugerens hovedmisbrugsstof. Procent.

	Har været i substitutionsbehandling	Har ikke været i substitutionsbehandling	I alt procent	I alt antal
Opiater	86	14	100	561
Opiater/blandingsmisbrug	71	29	100	146
Centralstimulerende stoffer	22	78	100	248
Hash	13	87	100	219
Benzodiazepiner og andet	23	77	100	53
I alt	56	44	100	1.227

Anm.: $\chi^2 = 524$. P = 0,000.

En mindre andel af de brugere, som ikke tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, har været i substitutionsbehandling. Det er således 34 pct. af nye brugere i stofmisbrugsbehandlingen, som har modtaget substitutionsbehandling, mens det gælder 67 pct. af de brugere, som tidligere har modtaget stofmisbrugsbehandling. Denne tendens fastholdes, selv når der tages højde for, at der er færre unge brugere, som har opiatater som hovedmisbrugsstof i regressionen i tabel 4.23.

TABEL 4.19

Brugernes angivelse af, om de har været i substitutionsbehandling inden for de seneste tre år fordelt efter, om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent.

	Har været i substitutions- behandling.	Har ikke været i substitutions- behandling	I alt procent	I alt antal
Er behandlet før	67	33	100	822
Er ikke behandlet før	34	66	100	451
I alt	56	44	100	1.273

Anm.: $\chi^2 = 128$. P = 0,000.

Der er en klar tendens til, at yngre brugere i meget mindre grad har været i substitutionsbehandling. Der er således kun 9 pct. af brugerne under 25 år, som har været i en sådan behandling, mens det for de 25-34-årige er 43 pct., for de 35-44-årige er 69 pct., og for de 45-årige eller ældre er 84 pct., som har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år. Denne forskel findes, selv når der i regressionen tages højde for, at der er færre helt unge misbrugere af opiatater.

TABEL 4.20

Brugernes angivelse af, om de har været i substitutionsbehandling inden for de seneste tre år, fordelt på brugerens alder. Procent.

	Har været i substitutionsbehandling.	Har ikke været i substitutionsbehandling	I alt procent	I alt antal
-25 år	9	91	100	236
25-34 år	43	57	100	324
35-44 år	69	31	100	337
45- år	84	17	100	376
I alt	56	44	100	1.273

Anm.: $\chi^2 = 372$, $P = 0,000$. Gamma = -0,724, $P = 0,000$.

Som det fremgår af tabel 4.21, er der en mindre andel af brugerne, som er i substitutionsbehandling, jo tættere på arbejdsmarkedet de er. Der er således 30 pct. af brugerne, som var i arbejde i 2006, som er i substitutionsbehandling, mens dette var tilfældet for 51 pct. af brugerne på kontanthjælp mv. og 86 pct. af brugerne, som modtager førtidspension mv. Tendensen fastholdes, når der tages højde for brugernes alder og hovedmisbrugsstof. Dette kan skyldes, at flere brugere på førtidspension mv. tilbydes substitutionsbehandling, men kan også hænge sammen med, at brugere, som har modtaget substitutionsbehandling, oftere bliver pensioneret.

TABEL 4.21

Brugernes angivelse af, om de har været i substitutionsbehandling inden for de seneste tre år, fordelt på brugerens indkomsttype. Procent.

	Har været i substitutionsbehandling.	Har ikke været i substitutionsbehandling	I alt procent	I alt antal
Arbejde eller uddannelse	30	71	100	329
Kontanthjælp mv.	51	49	100	426
Førtidspension mv.	86	15	100	435
Andet	24	76	100	83
I alt	56	44	100	1.273

Anm.: $\chi^2 = 285$, $P = 0,000$.

Der er desuden væsentligt flere brugere, som har været i substitutionsbehandling, der har en ubetinget fængselsstraf.

TABEL 4.22

Brugernes angivelse af, om de har været i substitutionsbehandling inden for de seneste tre år, fordelt på om brugeren har en ubetinget straf eller ej i perioden 1994-2005. Procent.

	Har været i substitutionsbehandling.	Har ikke været i substitutionsbehandling	I alt procent	I alt antal
Har ubetinget Fængselsstraf	76	24	100	364
Har ikke ubetinget straf/uoplyst	47	53	100	909
I alt	56	44	100	1.273

Anm.: $\chi^2 = 87$, $P = 0,000$.

Ud fra tabel 4.18, 4.19, 4.20, 4.21 og tabel 4.22 er det tydeligt, at brugere, som er ældre, har opiater som hovedmisbrugsstof, lever af førtidspension mv., har fået en ubetinget fængselsstraf eller har været i stofmisbrugsbehandling, i højere grad har modtaget substitutionsbehandling.

Der er desuden en tendens til, at flere etniske minoriteter, brugere uden hjemmeboende børn, brugere med psykisk diagnose og brugere, som har været indlagt mere end én gang for somatisk sygdomme, har fået substitutionsbehandling. Disse forskelle er dog ikke signifikante, når der i regressionen tages højde for brugernes alder, hovedmisbrugsstof, indkomsttype, tidligere behandling, og om brugeren har en ubetinget fængselsdom. Der er desuden en tendens til, at brugere i substitutionsbehandling har været i behandling væsentligt længere end brugere, som ikke har været i substitutionsbehandling de seneste 3 år. Det er dog ikke muligt at afgøre, om der er tale om, at substitutionsbrugere på grund af deres medicin er nemmere at fastholde længe i behandlingen, eller om substitutionsmedicin primært gives til brugere, som har været i behandlingssystemet længe. Denne variabel indgår derfor ikke i regressionsanalysen.

Der er derimod ingen forskel på, om brugeren har været i substitutionsbehandling i forhold til brugerens køn, uddannelse, om brugeren har været anbragt, og hvilken bytype brugeren var bosat i i 2006.

TABEL 4.23

Binær logistisk regression af, om brugerne i løbet af de seneste 3 år har modtaget substitutionsbehandling.

Variabel	Beta-koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Hovedstof			***	
Opiater	Reference	Reference	Reference	Reference
Opiater/blandingsmisbrug	-0,851	0,251	**	0,427
Centralstimulerende stoffer	-2,210	0,231	***	0,110
Hash	-3,236	0,266	***	0,039
Benzodiazepiner og andet	-3,096	0,399	***	0,045
Alder			***	
-24 år	Reference	Reference	Reference	Reference
25-34 år	1,010	0,309	**	2,745
35-44 år	1,568	0,322	***	4,796
45- år	1,969	0,345	***	7,160
Indkomsttype			***	
Arbejde	Reference	Reference	Reference	Reference
Kontanthjælp mv.	0,354	0,216		1,425
Førtidspension mv.	1,537	0,258	***	4,651
Andet	0,006	0,430		1,006
Har ikke ubetinget straf	-0,736	,196	***	0,479
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	-0,482	,186	**	0,618
Konstant	0,397	0,377	0,292	1,487

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.220 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

PSYKOLOGSAMTALER

42 pct. af brugerne i undersøgelsen har modtaget psykologsamtaler i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen inden for de seneste 3 år. Af disse modtager 35 pct. stadig sådanne samtaler. Som det fremgår af tabel 4.24, har 41 pct. af brugere i den periode, de fik psykologsamtaler, fået disse mindst hver anden uge, mens 26 pct. har fået sådanne samtaler 1-2 gange om måneden. De fleste brugere har således fået psykologsamtaler relativt ofte; men der er dog også 22 pct., som kun har fået samtaler hver 3. måned eller sjældnere, hvor behandlingen må forventes at have haft mere karakter af samtaler i forbindelse med personlige kriser end et egentligt terapeutisk forløb.

Der er en sammenhæng mellem, om brugeren har fået psykologsamtaler og brugerens alder, uddannelse, indkomsttype, og hvor længe det er siden, brugeren første gang blev indskrevet i behandling. Derimod er der ikke nogen forskel på, om brugeren har fået psykologsamtaler alt

efter brugerens køn, etnicitet, psykiske og fysiske helbred, om brugeren har hjemmeboende børn, og om vedkommende har en ubetinget fængselsdom. Der er heller ikke nogen forskel afhængigt af brugerens bopælskommune i 2006.

TABEL 4.24

Brugerne fordelt efter, hvor ofte de har mødtes med psykolog/psykiater. Procent og antal.

	Procent	Antal
Hver 2. uge eller oftere	41	219
1-2 gange om måneden	26	139
Ca. hver 2. måned	8	42
Hver 3. måned eller sjældnere	22	116
Ved ikke/uoplyst	3	16
I alt	100	532

Der er en tendens til, at flere yngre brugere får psykologsamtaler. Det er således 51 pct. af brugerne under 25 år og 52 pct. brugerne mellem 25 og 34 år, som har fået psykologsamtaler inden for de seneste 3 år.

TABEL 4.25

Brugernes angivelse at, om de inden for de seneste 3 år har haft samtaler med en psykolog/psykiater, som var betalt af det offentlige, fordelt på brugerens alder. Procent.

	Har talt med psykolog/psykiater	Har ikke talt med psykolog/psykiater	I alt procent	I alt antal
-25 år	52	48	100	236
25-34 år	51	49	100	320
35-44 år	40	60	100	336
45- år	30	70	100	375
I alt	42	58	100	1.267

Anm.: $\chi^2 = 43$, $P = 0,000$, Gamma: 0,267, $P = 0,000$.

Tabel 4.26 viser, at der er flere brugere på kontanthjælp mv. og i arbejde, som har fået psykologsamtaler, end brugere på førtidspension mv. Når der tages højde for brugerens alder, uddannelse, og hvor længe det er siden, vedkommende første gang var indskrevet i stofmisbrugsbehand-

ling, er det dog særligt brugere på kontanthjælp mv., som får flere psykologsamtaler.

TABEL 4.26

Brugernes angivelse af, om de inden for de seneste 3 år har haft samtaler med psykolog/psykiater, som var betalt af det offentlige, fordelt på indkomsttype. Procent.

	Har talt med Psykolog/psykiater	Har ikke talt med psykolog/psykiater	I alt procent	I alt antal
Arbejde eller uddannelse	43	57	100	327
Kontanthjælp mv.	49	51	100	424
Førtidspension mv.	33	67	100	433
Andet	53	47	100	83
I alt	42	58	100	1.267

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

Tabel 4.27 viser en klar tendens til, at jo længere tid det er siden, brugeren første gang blev indskrevet i stofmisbrugsbehandling, jo mindre er sandsynligheden for, at vedkommende har fået psykologsamtaler de seneste 3 år. Der er således 52 pct. af brugerne, som har været indskrevet i behandling i 1 år eller mindre, som har haft psykologsamtaler, mod 29 pct. af brugere, som blev indskrevet i behandling første gang for mere end 5 år siden.

TABEL 4.27

Brugernes angivelse af, om de inden for de seneste 3 år har haft samtaler med psykolog/psykiater, som var betalt af det offentlige, fordelt på for hvor lang tid, det er siden, brugeren første gang blev indskrevet i stofmisbrugsbehandling. Procent.

Behandlingstid	Har talt med psykolog/psykiater	Har ikke talt med psykolog/psykiater	I alt procent	I alt antal
≤ 1 år	52	48	100	373
1-2 år	46	54	100	249
2-5 år	41	59	100	290
> 5	29	72	100	326
I alt	42	58	100	1.238

Anm.: $\chi^2 = 41,647$, P: 0,000, Gamma: 0,270, P = 0,000.

Det er således i højere grad yngre brugere, brugere på kontanthjælp mv. og brugere, som har været i behandling i kortere tid, som har fået psykologsamtaler. Brugere, som har færdiggjort en videregående uddannelse, modtager også i signifikant højere grad psykologsamtaler, når der i regressionen tages højde for brugerens alder, arbejde, og hvor lang tid det er siden, brugeren første gang blev indskrevet i behandling. Der er således en tendens til, at denne gruppe i højere grad tilbydes eller beder om psykologsamtaler. Der er en tendens til, at misbrugere af hash og centralstimulerende stoffer og brugere, som har været anbragt som barn, i højere grad får psykologsamtaler, men denne forskel findes ikke, når der tages højde for brugerens alder, uddannelse, indkomsttype, og hvor længe brugeren har været i stofmisbrugsbehandling.

Der er ikke forskel på, om brugeren har fået psykologsamtaler alt efter brugerens køn, etnicitet, psykiske og fysiske helbred, om brugeren har hjemmeboende børn, og om brugeren har en ubetinget fængselsdom. Der er heller ikke nogen forskel afhængigt af brugerens bopælskommune i 2006.

TABEL 4.28

Binær logistisk regression af, om brugerne i løbet af de seneste 3 år har haft samtaler med psykolog/psykiater, som var betalt af det offentlige.

Variabel	Beta-koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Alder			**	
-24 år	Reference	Reference	Reference	Reference
25-34 år	-0,040	0,200		0,961
35-44 år	-0,363	0,215		0,696
45- år	-0,743	0,243	**	0,476
Uddannelse			*	
Højest 10. klasse	Reference	Reference	Reference	Reference
Gymnasial uddannelse	0,476	0,275		1,610
Faglig uddannelse	0,275	0,162		1,317
Videregående uddannelse	0,811	0,306	**	2,250
Uoplyst	0,041	0,262		1,042
Indkomsttype			*	
Arbejde	Reference	Reference	Reference	Reference
Kontanthjælp mv.	0,436	0,165	**	1,547
Førtidspension mv.	0,247	0,196		1,280
Andet	0,398	0,262		1,489
Behandlingstid			*	
≤ 1 år	Reference	Reference	Reference	Reference
1-2 år	-0,167	0,170		0,846
2-5 år	-0,271	0,172		0,763
> 5	-0,632	0,193	**	0,532
Konstant	-0,134	0,165		0,875

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.238 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

SAMTALER MED ANDET PERSONALE

67 pct. af brugerne svarer, at de har fået samtaler med andet personale end psykologer i enrum inden for de seneste 3 år. De resterende 33 pct. af brugerne har sandsynligvis haft samtaler med personalet fx i forbindelse med udlevering af medicin, men disse samtaler er ikke foregået i enrum, hvor der kan tales om deciderede behandlingssamtaler. Korte samtaler i forbindelse med udleveringen af medicin kan være vigtige for brugerne, men kan ikke opfattes som deciderede behandlingssamtaler, hvor brugeren kan gå i dybden med sine problemer.

Som det fremgår af tabel 4.29, har 42 pct. af brugerne haft behandlingssamtaler med andet personale end psykologer hver anden uge eller oftere, mens 23 pct. har haft sådanne samtaler 1-2 gange om mæ-

den. Der er dog også 25 pct., som kun har haft samtaler med en behandler hver tredje måned eller sjældnere.

TABEL 4.29

Brugerne fordelt efter, hvor ofte de har haft samtaler i enrum med andet personale i behandlingsperioden. Procent og antal.

	Procent	Antal
Hver 2. uge eller oftere	42	355
1-2 gange om måneden	23	197
Ca. hver 2. måned	8	68
Hver 3. måned eller sjældnere	25	216
Ved ikke	2	20
I alt	100	856

De fleste brugere har således haft samtaler med behandlere inden for de seneste 3 år, og der er ikke mange særlige karakteristika ved de brugere, som ikke har fået sådanne samtaler. Der er dog en signifikant sammenhæng med alder og familietype. Derimod er der ingen forskel på, om brugeren får sådanne samtaler i forhold til køn, etnicitet, uddannelse, indkomsttype, hovedstof, om brugeren tidligere har været i behandling, hvor lang tid det er siden, brugeren første gang blev indskrevet i behandling, om brugeren har været anbragt, har ubetinget fængselsstraf, eller brugerens psykiske eller fysiske helbred. Brugerens bytype i 2006 er også uden betydning for, om brugeren har haft samtaler med behandlere i enrum de seneste 3 år.

Som det fremgår af tabel 4.30, er der flest brugere i aldersgruppen 25-34 år, som har haft samtaler med behandlere. Forskellen mellem de yngre brugere og brugere i aldersgruppen 35-44 år er dog meget begrænset, mens den er på 11 procentpoint i forhold til den ældste brugergruppe.

TABEL 4.30

Brugernes angivelse af, om de har haft samtaler inden for de seneste 3 år i enrum med andet personale som kontaktperson, behandler, socialpædagog el. lign. i forbindelse med misbrugsbehandling, fordelt på alder. Procent.

	Har haft samtaler	Har ikke haft samtaler	I alt procent	I alt antal
-25 år	67	33	100	236
25-34 år	72	28	100	322
35-44 år	69	31	100	338
45- år	61	39	100	376
I alt	67	33	100	1.272

Anm.: $\chi^2 = 10$, $P = 0,018$. Gamma = 0,01. $P = 0,027$.

Der er desuden en tendens til, at en større del af brugerne med børn har haft samtaler med behandlere i enrum.

TABEL 4.31

Brugernes angivelse af, om de har haft samtaler inden for de seneste 3 år i enrum med andet personale som kontaktperson, behandler, socialpædagog el. lign. i forbindelse med misbrugsbehandling, fordelt på brugerens familietype. Procent.

	Har haft samtaler	Har ikke haft samtaler	I alt procent	I alt antal
Enlig uden hjemmeboende børn	67	33	100	933
Enlig med hjemmeboende børn	78	22	100	72
Samlevende og har hjemmeboende børn	74	27	100	102
Samlevende uden hjemmeboende børn	59	41	100	165
I alt	67	33	100	1.272

Anm.: $\chi^2 = 10$, $P = 0,018$.

Det er således i lidt højere grad brugere i aldersgruppen 25-34 år og brugere med børn, som får samtaler med andet personale.

TABEL 4.32

Binær logistisk regression af, om brugerne i løbet af de seneste 3 år har haft samtaler med andre behandlere.

Variabel	Beta-koefficient	Standard-fejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Alder			*	
-24 år	Reference	Reference	Reference	Reference
25-34 år	0,266	0,188		1,305
35-44 år	0,074	0,183		1,077
45- år	-0,222	0,176		0,801
Familietype			*	
Enlig uden hjemmeboende børn	Reference	Reference	Reference	Reference
Enlig med hjemmeboende børn	0,491	0,293		1,635
Samlevende og hjemmeboende børn	0,265	0,236		1,304
uden hjemmeboende børn	-0,356	0,174	*	0,700
Konstant	0,709	0,143	***	2,033

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.272 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

GRUPPEBEHANDLING

25 pct. af brugerne har inden for de seneste 3 år deltaget i gruppebehandling. Af disse er 14 pct. stadig i gruppebehandling. Der er forskel på, om brugerne har deltaget i gruppebehandling alt efter alder, indkomststype, og hvor lang tid det er siden, brugeren første gang kom i stofmisbrugsbehandling.

Derimod er der ingen forskel på, om brugeren har deltaget i gruppebehandling afhængigt af køn, etnicitet, uddannelse, brugerens psykiske og fysiske helbred samt brugerens bytype i 2006.

Som det fremgår af tabel 4.33, er der flest brugere i aldersgruppen 25-34 år, som har deltaget i gruppebehandling (39 pct.), men også mange brugere under 25 har deltaget i denne behandlingsform inden for de seneste 3 år (35 pct.). Derimod er der kun 22 pct. af brugerne i aldersgruppen 35-44 år og 10 pct. af brugerne over 44 år, som har deltaget i gruppebehandling. Dette er således en behandlingsform, som primært anvendes til unge brugere.

TABEL 4.33

Brugernes angivelse af, om de har deltaget i gruppebehandling inden for de seneste 3 år, fordelt på brugerens alder. Procent.

	Har deltaget i gruppe- behandling	Har ikke deltaget i gruppe- behandling	I alt procent	I alt antal
-25 år	35	65	100	236
25-34 år	39	61	100	324
35-44 år	22	78	100	337
45- år	10	90	100	376
I alt	25	75	100	1.273

Anm.: $\chi^2 = 95$, $P = 0,000$, Gamma: 0,423. $P = 0,000$.

Der er markant færre brugere på førtidspension mv., som har deltaget i gruppebehandling inden for de seneste 3 år. Det er således kun 9 pct. af brugerne på førtidspension mv., som har gjort dette, mod 32-38 pct. af de øvrige brugere. Denne forskel fastholdes, når der i regressionen i tabel 4.34 tages højde for brugerens alder.

TABEL 4.34

Brugernes angivelse af, om de har deltaget i gruppebehandling inden for de seneste 3 år, fordelt på brugerens indkomsttype. Procent.

	Har deltaget i gruppe- behandling	Har ikke deltaget i gruppe- behandling	I alt procent	I alt antal
Arbejde eller uddannelse	32	68,	100	329
Kontanthjælp mv.	34	66	100	426
Førtidspension mv.	9	91	100	434
Andet	38	62	100	84
I alt	25	75	100	1.273

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

Som det fremgår af tabel 4.35, er der en klar tendens til, at sandsynligheden for at komme i gruppebehandling er væsentligt højere, jo kortere tid brugeren har været i behandling. Det er således 38 pct. af brugerne, der kun har været i behandling i op til 1 år, som har været i gruppebehand-

ling, mod kun 8 pct. af brugerne, som har været i behandling i mere end 5 år. Denne tendens fastholdes, når der tages højde for brugernes alder i regressionen.

TABEL 4.35

Brugernes angivelse af, om de har deltaget i gruppebehandling inden for de seneste 3 år, fordelt på, for hvor lang tid det er siden, brugeren første gang blev indskrevet i stofmisbrugsbehandling. Procent.

	Har deltaget i gruppebehand- ling	Har ikke deltaget i gruppebehand- ling	I alt procent	I alt antal
≤ 1 år	39	61	100	374
1-2 år	36	64	100	250
2-5 år	18	82	100	294
> 5	8	92	100	326
I alt	25	75	100	1.244

Anm.: $\chi^2 = 116$, P: 0,000, Gamma = 0,498, P = 0,000.

Der er således en tendens til, at yngre brugere, brugere i arbejde eller på kontanthjælp mv. og brugere, som har været kortere tid i behandling, i højere grad har deltaget i gruppebehandling inden for de seneste 3 år. Når der tages højde for disse variable, er der desuden en tendens til, at brugere, som er samlevende og har hjemmeboende børn, samt brugere, som ikke tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, i mindre grad har deltaget i gruppebehandling. Forskellen afhængigt af familietype og tidligere behandling findes dog ikke, hvis man udelader de øvrige variable af analysen.

Der er desuden en tendens til, at flere brugere, som har været anbragt, som ikke har en ubetinget fængselsstraf, eller som er misbrugere af hash eller centralstimulerende stoffer, har været i gruppebehandling. Disse forskelle er dog ikke signifikante, når der tages højde for brugerens alder, indkomsttype og behandlingstiden.

Derimod er der ingen forskel på, om brugeren har deltaget i gruppebehandling afhængigt af køn, etnicitet, uddannelse, brugerens psykiske og fysiske helbred samt brugerens bopælskommune i 2006.

TABEL 4.36

Binær logistisk regression af, om brugerne i løbet af de seneste 3 år har været i gruppebehandling. Procent.

Variabel	Beta-koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Alder			**	
-24 år	Reference	Reference	Reference	Reference
25-34 år	0,395	0,212		1,484
35-44 år	-0,033	0,235		0,968
45- år	-0,540	0,280		0,583
Indkomsttype			***	
Arbejde	Reference	Reference	Reference	Reference
Kontanthjælp mv.	0,043	0,180		1,044
Førtidspension mv.	-0,882	0,248	***	0,414
Andet	0,292	0,276		1,339
Behandlingstid			***	
≤ 1 år	Reference	Reference	Reference	Reference
1-2 år	-0,182	0,183		0,834
2-5 år	-1,014	0,205	***	0,363
> 5	-1,576	0,266	***	0,207
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	-0,643	0,163	***	0,526
Familietype			*	
Enlig uden hjemmeboende børn	Reference	Reference	Reference	Reference
Enlig med hjemmeboende børn	-0,355	0,304		0,701
Samlevende og hjemmeboende børn	0,019	0,254		1,019
Samlevende uden hjemmeboende børn	-0,640	0,237	**	0,527
Konstant	-0,029	0,216		0,972

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.244 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

FRITIDSAKTIVITETER

26 pct. af brugerne har svaret, at de inden for de seneste 3 år har deltaget i fritidsaktiviteter arrangeret af et stofmisbrugsbehandlingssted. Der er en sammenhæng med, om brugerne har benyttet fritidsaktiviteter de seneste 3 år og brugerens alder, indkomsttype, om brugeren tidligere har været indskrevet i stofmisbrugsbehandling, og hvor længe det er siden, brugeren første gang var indskrevet i en sådan behandling.

Tabel 4.37 viser, at det særligt er brugere i aldersgruppen 25-34 år (37 pct.), som har deltaget i fritidsaktiviteter. En del af forklaringen på denne forskel er sandsynligvis, at flere i denne aldersgruppe kommer i

døgnbehandling, hvor fritidsaktiviteter arrangeret af behandlingsstedet ofte forekommer. Tabel 4.37 viser desuden, at brugere, som lever af kontanthjælp mv, i højere grad deltager i fritidsaktiviteter.

TABEL 4.37

Brugernes deltagelse i fritidsaktiviteter inden for de seneste 3 år, fordelt på brugerens alder. Procent.

	Har deltaget i fritids- aktiviteter	Har ikke deltaget i fritids- aktiviteter	I alt procent	I alt antal
-25 år	22	78	100	236
25-34 år	37	63	100	322
35-44 år	26	75	100	337
45- år	20	80	100	377
I alt	26	74	100	1.272

Anm.: $\chi^2 = 29$, $P = 0,000$, Gamma: 0,112, $P = 0,007$.

TABEL 4.38

Brugernes deltagelse i fritidsaktiviteter inden for de seneste 3 år, fordelt på brugerens indkomsttype. Procent.

	Har deltaget i fritids- aktiviteter	Har ikke deltaget i fritids- aktiviteter	I alt procent	I alt antal
Arbejde eller uddannelse	20	80	100	329
Kontanthjælp mv.	34	66	100	424
Førtidspension mv.	22	78	100	435
Andet	27	73	100	84
I alt	26	74	100	1.272

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

Der er desuden lidt flere brugere, som ikke har været i stofmisbrugsbehandling før, der har deltaget i fritidsaktiviteter. Forskellen er dog ikke markant. Når der i regressionen tages højde for brugerens alder og indkomsttype, har brugere, som ikke tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, i mindre grad deltaget i fritidsaktiviteter.

TABEL 4.39

Brugernes deltagelse i fritidsaktiviteter inden for de seneste 3 år fordelt på, om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent.

	Har deltaget i fritidsaktiviteter	Har ikke deltaget i fritidsaktiviteter	I alt procent	I alt antal
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	28	72	100	821
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	22	78	100	451
I alt	26	74	100	1.272

Anm.: $\chi^2 = 6$, $P = 0,011$.

Der er således flere yngre brugere, brugere på kontanthjælp mv. og brugere, som har været i stofmisbrugsbehandling tidligere, der har deltaget i fritidsaktiviteter inden for de seneste 3 år. Derimod er der ingen forskel på, om brugeren har deltaget i fritidsaktiviteter alt efter køn, etnicitet, uddannelse, familietype, brugerens hovedmisbrugsstof, psykiske helbred eller den bytype, brugeren var bosat i i 2006. Der er en tendens til, at flere brugere, som har været anbragt som barn, og brugere, som har en ubetinget fængselsstraf, har deltaget i fritidsaktiviteter. Denne sammenhæng er dog ikke signifikant, når der tages højde for brugerens alder og indkomsttype.

TABEL 4.40

Binær logistisk regression af, om brugerne i løbet af de seneste 3 år har deltaget i fritidsaktiviteter. Procent.

Variabel	Beta-koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Alder			***	
-24 år	Reference	Reference	Reference	Reference
25-34 år	0,469	0,217	*	1,599
35-44 år	-0,098	0,232		0,907
45- år	-0,397	0,254		0,672
Indkomsttype			**	
Arbejde	Reference	Reference	Reference	Reference
Kontanthjælp mv.	0,651	0,182	***	1,918
Førtidspension mv.	0,349	0,213		1,417
Andet	0,526	0,290		1,691
Har ikke tidligere været i	-0,378	0,149	*	0,685

stofmisbrugsbehandling				
Konstant	-1,309	0,214	***	0,270

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.272 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

MASSAGE, AFSPÆNDING OG MEDITATION

21 pct. af brugerne har fået massage, afspænding, meditation eller lignende i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen inden for de seneste 3 år. Sådanne behandlingstilbud gives af behandlingssteder bl.a. som middel til at dæmpe trangen til at tage stoffer.

Der er ingen forskel på, om brugeren har fået sådanne behandlingstilbud alt efter brugerens etnicitet, familietype, uddannelse, brugerens fysiske eller psykiske helbred, om brugeren har været anbragt som barn, eller om brugeren har en ubetinget fængselsstraf.

Som tabel 4.41 viser, er der en tendens til, at det særligt er brugere i aldersgruppen 25-34 år, som har fået sådanne behandlingstilbud. Det er desuden i højere grad brugere, hvor det i 2006 var 1-2 år siden, de første gang var indskrevet i behandling, som har modtaget disse behandlingstyper.

TABEL 4.41

Brugernes angivelse af, om de har modtaget massage, afspænding, meditation eller lignende i forbindelse med stofmisbrugsbehandling inden for de seneste tre år, fordelt på brugerens alder. Procent.

	Har fået massage, afspænding, meditation el. lign	Har ikke fået massage, afspænding, meditation el. lign	I alt procent	I alt antal
-25 år	25	75	100	236
25-34 år	33	67	100	322
35-44 år	17	83	100	337
45- år	11	89	100	377
I alt	21	79	100	1.272

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

TABEL 4.42

Brugernes angivelse af, om de har modtaget massage, afspænding, meditation eller lignende i forbindelse med stofmisbrugsbehandling inden for de seneste tre år, fordelt på tid siden første indskrivning i behandling. Procent.

	Har fået massage, afspænding, meditation el. lign	Har ikke fået massage, afspænding, meditation el. lign	I alt procent	I alt antal
-1 år	26	74	100	374
1-2 år	30	70	100	250
2-5 år	20	80	100	293
5- år	10	91	100	326
I alt	21	79	100	1.243

Anm.: $\chi^2 = 43$, $P = 0,000$.

Det er således særligt brugere i aldersgruppen 25-34 år, og brugere, som har været i behandling i 1-2 år, som har modtaget massage, afspænding, meditation eller lignende. Når der tages højde for disse i regressionen, er der desuden en tendens til, at kvinder i højere grad har fået en sådan behandling, samt at brugere, som har været indskrevet i stofmisbrugsbehandling før, også i højere grad har fået massage, afspænding eller lignende.

Der er desuden en tendens til, at flere brugere med hash eller centralstimulerende stoffer som hovedstof samt færre brugere på førtidspension mv. har fået massage, afspænding eller lignende, men disse forskelle er ikke signifikante, når der tages højde for brugernes alder, køn, om de tidligere har været i behandling, og hvor længe det er siden, de blev indskrevet i behandling første gang.

TABEL 4.43

Binær logistisk regression af, om brugerne i løbet af de seneste 3 år har fået massage, afspænding, meditation eller lignende i forbindelse med stofmisbrugsbehandling.

Variabel	Beta-koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Kvinde	0,357	0,157	*	1,429
Alder			***	
-24 år	Reference	Reference	Reference	Reference
25-34 år	0,379	0,205		1,461
35-44 år	-0,369	0,233		0,692
45- år	-0,702	0,259	**	0,495
Behandlingstid			***	
-1 år	Reference	Reference	Reference	Reference
1-2 år	0,167	0,192		1,182
2-5 år	-0,253	0,206		0,776
5- år	-0,935	0,255	***	0,393
Har ikke tidligere været i stofmisbrugsbehandling	-0,414	0,165	*	0,661
Konstant	-0,936	0,206	***	0,392

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.243 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

ÅRSAGER, KONSEKVENSER ELLER SOCIALT NETVÆRK SOM FOKUS I BEHANDLINGEN

I det følgende beskrives, i hvor høj grad den stofmisbrugsbehandling, som brugeren har modtaget de seneste 3 år, har fokuseret på henholdsvis årsagerne til misbruget, på at forebygge tilbagefald og på at hjælpe brugeren til et bedre socialt netværk.

Tabel 4.44 viser, at 38 pct. af brugerne oplever, at der slet ikke i behandlingen har været fokus på årsagerne til, at vedkommende startede sit misbrug, mens 16 pct. mener, at der i meget høj grad har været et sådant fokus. Der er en klar tendens til, at behandlingen fokuserer mindre på årsagerne til misbruget for brugere, som højest har modtaget ad hoc-ydelser de seneste 3 år, og at behandlingen fokuserer mere på årsager for brugere, som har været i døgnbehandling. Dette tyder på, at de mere intensive behandlingsforløb benyttes til at undersøge og bearbejde de dybereliggende årsager til misbruget. Der er således 25 pct. af brugerne, som har været i døgnbehandling inden for de seneste 3 år, der mener,

at deres behandling i meget høj grad har fokuseret på årsagerne til misbruget mod kun 10 pct. af brugerne, som højest har modtaget ad hoc ydelser. For 56 pct. af disse brugere har behandlingen slet ikke fokuseret på årsagerne til deres misbrug.

TABEL 4.44

Brugernes angivelse af, i hvor høj grad behandlingen har fokuseret på årsagerne til, at brugeren startede sit misbrug, fordelt på den højeste behandlingsintensitet, som brugeren har modtaget de seneste 3 år. Procent.

	1 – Slet ikke	2	3	4	5 – I meget høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	56	17	12	6	10	100	338
Ambulant	34	18	17	13	18	100	258
Dag	35	17	20	16	13	100	313
Døgn	24	20	16	16	25	100	317
I alt	38	18	16	12	16	100	1.226

Anm.: $\chi^2 = 96$, $P = 0,000$, Gamma = 0,263, $P = 0,000$.

Et lignende mønster tegner sig med hensyn til, i hvor høj grad der i behandlingen har været fokus på, hvordan brugeren kan forebygge tilbagefald. 35 pct. af brugerne mener slet ikke, at deres behandling har fokuseret på at forebygge tilbagefald, mens 22 pct. mener, at den i meget høj grad har fokuseret på at forebygge tilbagefald. Blandt brugere, som har været i døgnbehandling inden for de seneste 3 år, er det 31 pct., som mener, at behandlingen i høj grad har fokuseret på at forebygge tilbagefald, mod kun 10 pct. af brugerne, som ikke har modtaget social stofmisbrugsbehandling af en højere intensitet end ad hoc-ydelser. Ligeledes er der 54 pct. af disse brugere, som slet ikke mener, at deres behandling har fokuseret på at forebygge tilbagefald mod 23 pct. af brugerne i døgnbehandling. Dette tyder på, at jo mere intensiv behandlingen er, jo mere fokuseres der på tilbagefaldsforebyggelse. Det største skel er dog mellem brugere, som kun har modtaget ad hoc-ydelser, og øvrige brugere. Dette skyldes sandsynligvis, at formålet med behandlingen for de fleste brugere, som kun modtager ad hoc-ydelser, ikke er stoffrihed, hvorfor tilbagefaldsforebyggelse ikke er så relevant for disse.

TABEL 4.45

Brugernes angivelse af, i hvor høj grad behandlingen har fokuseret på, hvordan brugeren kan forebygge tilbagefald, fordelt på den højeste behandlingsintensitet, brugeren har modtaget de seneste 3 år.
Procent.

	1 – Slet ikke	2	3	4	5 – I meget høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	54	13	11	9	13	100	335
Ambulant	30	12	18	16	25	100	256
Dag	31	15	17	19	19	100	311
Døgn	23	12	17	18	31	100	317
I alt	35	13	16	15	22	100	1.219

Anm.: $\chi^2 = 96$, $P = 0,000$, Gamma = 0,254, $P = 0,000$.

Alt i alt tegner der sig et billede af, at jo mere intensiv behandling brugeren har modtaget, jo mere oplever brugeren, at behandlingen har fokuseret både på årsager og tilbagefaldsforebyggelse. Dette betyder, at behandlingen særligt for brugere, som kun har modtaget ad hoc-ydelser, for manges vedkommende mangler et terapeutisk aspekt både i forhold til at undersøge årsagerne til misbruget og give brugeren redskaber til at forebygge tilbagefald. I kapitel 6 og 7 undersøger vi, om behandlingens fokus på disse aspekter har betydning for resultaterne af behandlingen.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi dokumenteret, at 39 pct. af brugerne i undersøgelsen har været i behandlingsforløb, som havde som mål at gøre brugeren stoffri, inden for de seneste 3 år. Vi har vist, at der er en tendens til, at yngre brugere, misbrugere, som ikke har opiatater som hovedmisbrugsstof, og brugere i arbejde og på kontanthjælp mv., har større sandsynlighed for at have været i stofmisbrugsbehandling, som har haft som mål at gøre brugeren stoffri, de seneste 3 år. Der er desuden en tendens til, at brugere, som har været i behandling i længere tid, har mindre sandsynlighed for at have været i behandlingsforløb, som har haft som mål at gøre brugeren stoffri, men som tidligere nævnt kan dette være et udtryk for, at brugere, som ikke ønsker at blive stoffri, er indskrevet længere i behandlingen.

Med hensyn til intensiteten af behandlingen har vi desuden vist, at 26 pct. af brugerne har været i døgnbehandling inden for de seneste 3 år. For 25 pct. af brugerne er den højeste behandlingsintensitet, de har modtaget i perioden, dagbehandling, mens det for 21 pct. er ambulant behandling, og 28 pct. højest har modtaget ad hoc-ydelser, dvs. social stofmisbrugsbehandling sjældnere end hver 14. dag til 1 gang om måneden. Der er noget færre brugere af opiater og ældre brugere, som har været i de mere intensive behandlingsforløb inden for de seneste 3 år. Der er samtidig væsentligt flere af disse brugere, som kun har modtaget ad hoc-ydelser de seneste 3 år.

I kapitlet har vi også beskrevet indholdet af den sociale stofmisbrugsbehandling, som brugerne har modtaget de seneste 3 år. 56 pct. af brugerne har modtaget substitutionsbehandling inden for den periode. Desuden er det i højere grad brugere, som er ældre, har opiater som hovedmisbrugsstof, lever af førtidspension mv., har fået en ubetinget fængselsstraf eller har været i stofmisbrugsbehandling, som har modtaget substitutionsbehandling.

42 pct. af brugerne har modtaget psykologsamtaler inden for de seneste 3 år. Det er i højere grad yngre brugere, brugere på kontanthjælp mv. og brugere, som har været i behandling i kortere tid, der har fået psykologsamtaler. Brugere, som har færdiggjort en videregående uddannelse, har også i signifikant højere grad modtaget psykologsamtaler, når der i regressionen tages højde for brugerens alder, arbejde, og hvor lang tid det er siden, brugeren første gang blev indskrevet i behandling.

67 pct. af brugerne har haft samtaler i enrum med andet personale end psykologer inden for de seneste 3 år. Det er i lidt højere grad brugere i aldersgruppen 25-34 år og brugere med børn, som får samtaler med andet personale.

25 pct. af brugerne har deltaget i gruppebehandling inden for de seneste 3 år. Der er en tendens til, at flere yngre brugere, brugere i arbejde eller på kontanthjælp mv., og brugere, som har været kortere tid i behandling, har deltaget i gruppebehandling inden for de seneste 3 år. Når der tages højde for disse variable, er der desuden en tendens til, at brugere, som har en partner og hjemmeboende børn, samt brugere, som ikke tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, i mindre grad har deltaget i gruppebehandling.

26 pct. af brugerne har deltaget i fritidsaktiviteter inden for de seneste 3 år, og der er flere yngre brugere, brugere på kontanthjælp mv.,

og brugere, som har været i stofmisbrugsbehandling tidligere, der har deltaget i sådanne fritidsaktiviteter.

Derudover har 21 pct. af brugerne fået massage, afspænding eller lignende i forbindelse med deres stofmisbrugsbehandling. Det er især brugere i aldersgruppen 25-34 år og brugere, som kun har været i behandling i 1-2 år, som har modtaget massage, afspænding, meditation eller lignende. Når der tages højde for disse i regressionen, er der desuden en tendens til, at kvinder og brugere, som har været indskrevet i stofmisbrugsbehandling før, i højere grad har fået massage, afspænding eller lignende. Fritidsaktiviteter og massage indgår dog ikke i definitionen af social stofmisbrugsbehandling, men disse tilbud inkluderes dog i undersøgelsen af brugernes stofmisbrug og livssituation i dag i kapitel 6 og 7.

Brugerne er også blevet spurgt om, i hvor høj grad deres behandling har fokuseret på henholdsvis årsagerne til misbrugere, tilbagefaldsforebyggelse, og i hvor høj grad behandlingen har hjulpet brugeren til et bedre socialt netværk. Der er en tendens til, at jo mere intensiv behandling brugeren har modtaget, jo mere oplever brugeren, at behandlingen har fokuseret både på årsager, konsekvenser og har hjulpet brugeren til et bedre socialt netværk. Brugere, som kun har modtaget ad hoc-ydelser, oplever således også i væsentligt mindre grad, at deres behandling har fokuseret på disse aspekter.

ØVRIGE INDSATSER

I dette kapitel beskriver vi den hjælp, brugerne har fået de seneste tre år til deres problemer ud over stofmisbrug. Denne hjælp kan være afgørende for brugernes livssituation generelt og deres muligheder for at nå det ønskede mål med behandlingen. I det følgende beskriver vi den hjælp, brugerne har fået til psykiske, fysiske, boligmæssige, forsørgelsesmæssige problemer, samt hjælpen til problemer med børn, kriminalitet og prostitution. Derudover beskriver vi brugen af væresteder og frivillige netværk samt den hjælp, brugere har fået i forbindelse med udslusning fra behandling, hvis de har afsluttet et behandlingsforløb.

PSYKISKE PROBLEMER

Som det fremgår af tabel 5.1, har en stor del af brugerne af stofmisbrugsbehandlingen psykiske problemer. Der er således 62 pct. af brugerne fra 2006, der har haft psykiske problemer som fx depression, angst eller psykoser. Det er derfor en forholdsvis stor del af gruppen, som rapporterer at have relativt alvorlige psykiske problemer.

TABEL 5.1

Brugerne, fordelt efter om de har haft psykiske problemer de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har haft psykiske problemer	62	794
Har ikke haft psykiske problemer	37	468
Ved ikke	0	5
Ønsker ikke at svare	0	6
I alt	100	1.273

Behovet for behandling af psykiske problemer er stort, men som det fremgår af tabel 5.2, rapporterer kun 47 pct. af brugerne, som har haft psykiske problemer de seneste 3 år, at have fået psykologisk eller psykiatrisk behandling. Det er således mindre end halvdelen af brugerne med sådanne problemer, som har fået professionel hjælp til at løse disse problemer. Som det fremgår af tabel 5.3, er behandlingen for 37 pct. af brugerne, som har fået psykologisk eller psykiatrisk hjælp, foregået i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen. For 41 pct. er den psykologiske/psykiatriske behandling foregået i andet regi såsom psykiatrien eller hos private psykologer. Desuden er der 20 pct. af de brugere, som har fået psykologisk eller psykiatrisk behandling, som har fået denne både i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen og i andet regi. Behandlingen af brugernes psykiske problemer varetages således i lige høj grad i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen og i andet regi.

TABEL 5.2

Brugere med psykiske problemer, fordelt efter om de har fået psykologisk eller psykiatrisk behandling de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har fået psykologisk/psykiatrisk behandling	47	374
Har ikke fået psykologisk/psykiatrisk behandling	53	421
I alt	100	795

TABEL 5.3

Brugere, som har fået psykologisk/psykiatrisk behandling, fordelt efter, hvor den psykologiske eller psykiatriske behandling er foregået. Procent og antal.

	Procent	Antal
I forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen	37	139
I anden sammenhæng	41	153
Både i forbindelse med stofmisbrugsbehandling og i anden sammenhæng	20	73
Ved ikke	2	8
I alt	100	373

Alle brugere, som har svaret, at de har haft psykiske problemer de seneste 3 år, er blevet spurgt, i hvor høj grad de har fået den hjælp til deres psykiske problemer, som de havde brug for. På en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', svarer 37 pct., at de slet ikke har fået den hjælp, de har brug for. Derudover er der 19 pct., som svarer '2'. Der er således en forholdsvis stor del af brugerne, som mener, at de ikke i tilstrækkelig grad har fået den hjælp, de har brug for, til deres psykiske problemer. Blandt brugere, som har fået psykologisk eller psykiatrisk behandling, er det 15 pct., som slet ikke har fået den hjælp, de havde brug for. For en del af brugerne, som rent faktisk modtager professionel behandling for deres psykiske problemer, er denne hjælp således ikke tilstrækkelig. Samtidig er der dog 24 pct. af brugerne, som har modtaget en sådan behandling for deres psykiske problemer, som i meget høj grad mener, at de har

fået den behandling, de havde brug for. Blandt brugere, der ikke har fået en sådan hjælp, er der 57 pct., som mener, at de slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp til deres psykiske problemer, mens kun 8 pct. i meget høj grad mener, at de har fået den behandling, de havde brug for. Der er således en lille del af brugerne, som ikke har fået psykologisk eller psykiatrisk behandling for deres psykiske problemer, der på anden vis i høj grad har fået den hjælp til deres psykiske problemer, som de havde brug for. Her kan være tale om, at brugerne via medicinering eller samtaler med socialpædagogisk eller socialrådgiveruddannet personale får tilstrækkelig hjælp til deres psykiske problemer. Den generelle tendens er dog, at brugere, som har modtaget psykologisk eller psykiatrisk behandling, i meget højere grad har fået den hjælp til deres psykiske problemer, som de havde brug for.

TABEL 5.4

Brugernes angivelse af, i hvilken grad de har fået den hjælp, de havde brug for på en skala fra 1 til 5, fordelt på om brugeren har fået psykologisk/psykiatrisk behandling. Procent.

	1 – Slet ikke	2	3	4	5 – I meget høj grad	I alt procent	I alt antal
Har fået psykolo- gisk/psykiatri- sk behand- ling	15	21	19	21	24	100	368
Har ikke fået psykolo- gisk/psykiatri- sk behand- ling	57	17	10	9	8	100	411
I alt	37	19	14	15	15	100	779

Anm.: $\chi^2 = 163$, $P = 0,000$, Gamma = -0,601, $P = 0,000$. I tabellen indgår kun brugere, som har haft psykiske problemer de seneste tre år.

Der er derimod ikke nogen signifikant forskel på, i hvor høj grad brugeren har fået den behandling til sine psykiske problemer, som vedkommende havde brug for, alt efter hvor behandlingen er foregået. Brugere, som har modtaget psykiatrisk eller psykologisk behandling i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen, adskiller sig således ikke fra brugere, som har modtaget denne behandling i andet regi.

Et kritikpunkt fremført af bl.a. kommunale myndighedspersoner er, at den manglende psykologiske/psykiatriske behandling af stofmisbrugere skyldes, at distriktpsychiatrien under regionerne afviser at behandle disse personer på grund af deres stofmisbrug. Tabel 5.5 viser, at 15 pct. af brugerne med psykiske problemer har prøvet at få afslag på psykologisk eller psykiatrisk behandling på grund af deres stofmisbrug. Det er dog langt fra alle stofmisbrugere med psykiske problemer, som har prøvet at blive afvist på grund af deres stofmisbrug. En del brugere modtager psykologisk eller psykiatrisk behandling i forbindelse med deres stofmisbrugsbehandling, hvor de ikke vil blive afvist på grund af stofmisbrug. Derudover kan en del brugere vælge ikke at opsøge en sådan behandling, hvis de ikke har ressourcerne til det eller ikke har en oplevelse af, at psykologisk eller psykiatrisk behandling er tilgængelig for dem. Set i dette lys er 15 pct., som har prøvet at få afslag på psykologisk/psykiatrisk behandling på grund af stofmisbrugsbehandling, et forholdsvist stort antal.

TABEL 5.5

Brugernes angivelse af, om de har fået afslag på psykologisk eller psykiatrisk behandling på grund af stofmisbrug. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har fået afslag	15	122
Har ikke fået afslag	82	652
Ved ikke	2	17
I alt	100	791

Anm.: I tabellen indgår kun brugere med psykiske problemer.

I kapitel 6 og 7 undersøger vi, om brugernes livssituation i dag er forskellig, alt efter om brugeren har modtaget hjælp til sine psykiske problemer.

FYSISKE PROBLEMER

Der er også en stor del af brugerne, som har oplevet at have betydelige fysiske problemer de seneste 3 år. Der er således 48 pct. af brugerne, som har oplevet dette. Blandt disse har 30 pct. slet ikke fået den hjælp til deres fysiske problemer, som de havde brug for, mens 23 pct. i meget

høj grad har fået en sådan hjælp. Brugerne har således i meget varierende grad fået den hjælp til deres fysiske problemer, som de havde brug for.

TABEL 5.6

Brugerne fordelt efter, om de har haft betydelige fysiske problemer inden for de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har haft fysiske problemer	48	606
Har ikke haft fysiske problemer	52	664
Ved ikke	0	1
I alt	100	1.271

TABEL 5.7

Brugere med fysiske problemer fordelt efter, i hvilken grad de har fået den hjælp, de havde brug for på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'i meget høj grad'. Procent.

	Procent	Antal
1 – Slet ikke	30	183
2	15	91
3	16	96
4	15	92
5 – I meget høj grad	23	136
Ved ikke	1	5
I alt	100	603

BOLIGPROBLEMER

Som det også blev beskrevet i delrapport 2, kan det at have en bolig være meget vigtigt for brugernes mulighed for at koncentrere sig om deres stofmisbrugsbehandling. Hvis brugeren bor hos venner, på herberg eller gaden kan det være svært at have ressourcer til at skabe forandringer i sit liv. Det er derfor vigtigt, at brugere med boligproblemer får hjælp til disse problemer.

Tabel 5.8 viser, at 30 pct. af brugerne rapporterer at have haft boligproblemer de seneste 3 år. Af disse har 36 pct. slet ikke fået den hjælp til deres boligproblemer, som de havde brug for, mens 25 pct. i

meget høj grad har fået den hjælp, de havde brug for. Der er således forholdsvis stor spredning på, i hvor høj grad brugerne har fået tilstrækkelig hjælp til deres boligproblemer, dog med en overvægt af personer, som ikke har fået tilstrækkelig hjælp.

TABEL 5.8

Brugernes angivelse af, om de har haft brug for hjælp til at løse problemer med bolig inden for de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har haft boligproblemer	30	385
Har ikke haft boligproblemer	70	886
Ved ikke	0	2
I alt	100	1.273

TABEL 5.9

Brugernes angivelse af, i hvilken grad, de har fået tilstrækkelig hjælp fra det offentlige til deres boligproblemer på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'i meget høj grad'. Procent.

	Procent	Antal
1 – Slet ikke	36	139
2	13	50
3	14	53
4	12	48
5 – I meget høj grad	23	90
Ved ikke	1	5
I alt	100	385

Anm.: Kun brugere, som har haft brug for hjælp til at løse boligproblemer, de seneste tre år, indgår i tabellen.

Tabel 5.10 viser, at 12 pct. af brugerne i løbet af de seneste 3 år har prøvet at bo i offentlige botilbud såsom udslusningsboliger, bofællesskaber, halvvejshuse eller kriminalforsorgspension. Blandt brugere, som har haft boligproblemer, er det 22 pct., som har benyttet botilbud, mens dette kun er tilfældet for 8 pct. af brugerne uden boligproblemer. I den forbindelse skal man være opmærksom på, at en del af disse tilbud fortrinsvis gives som støtte til brugere, som udsluses fra stofmisbrugsbehandlin-

gen og derfor ikke primært har et boligsocialt sigte. Tilbuddene kan således gives til brugere, som mangler en bolig. Der kan dog også være situationer, hvor brugerne mangler en bolig, fordi de skal forlade deres udslningsbolig eller halvvejshus. En del af disse boligtilbud løser således ikke burgernes boligproblemer på længere sigt.

TABEL 5.10

Brugernes angivelse af, om de har haft brug for hjælp til at løse problemer med bolig inden for de seneste 3 år, fordelt på om brugeren har prøvet at bo i udslningsbolig, bofællesskab, halvvejshus eller kriminalforsorgspension de seneste 3 år. Procent.

	Har været i botilbud	Har ikke været i tilbud	I alt procent	I alt antal
Har haft boligproblemer	22	78	100	379
Har ikke haft boligproblemer	8	92	100	886
I alt	12	88	100	1.265

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

Blandt de brugere, som har haft boligproblemer de seneste 3 år, er der 23 pct. af brugerne, som har benyttet botilbud, der slet ikke har fået den hjælp, de havde brug for. For brugere, som ikke har været i botilbud, er det derimod 41 pct., som slet ikke har modtaget den hjælp, de havde brug for. Samtidig er der 31 pct. af brugerne i botilbud mod 21 pct., som ikke har været i botilbud, der mener, at de i meget høj grad har fået den hjælp til deres boligproblemer, som de havde brug for. Blandt brugere med boligproblemer oplever brugere i botilbud således i højere grad, at få tilstrækkelig hjælp til disse problemer, end brugere, som ikke har været i botilbud.

TABEL 5.11

Brugernes angivelse af, om de har fået tilstrækkelig hjælp til disse boligproblemer på en skala fra 1 til 5, fordelt på om brugeren har prøvet at bo i udslusningsbolig, bofællesskab, halvvejshus eller kriminalforsorgspension de seneste 3 år. Procent

	1 – Slet ikke	2	3	4	5 – I meget høj grad	I alt procent	I alt antal
Har været i botilbud	23	19	13	13	31	100	83
Har ikke været i botilbud	41	12	14	12	21	100	291
I alt	37	13	14	12	24	100	374

Anm.: $\chi^2 = 11$, $P = 0,025$, Gamma = -0,232, $P = 0,007$.

Kun brugere, som har haft brug for hjælp til at løse boligproblemer, de seneste tre år, indgår i tabellen.

ARBEJDE, UDDANNELSE OG FORSØRGELSE

I det følgende beskriver vi, i hvilken grad brugerne har fået tilstrækkelig hjælp til deres problemer med arbejde, uddannelse og forsørgelse. Som det fremgår af tabel 5.12, har 32 pct. af brugerne haft brug for hjælp til at løse problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse. Af disse har 30 pct. slet ikke fået tilstrækkelig hjælp til disse problemer, mens 23 pct. i meget høj grad har fået en sådan hjælp. Igen er der en forholdsvis stor spredning på brugergruppen, hvilket dog også betyder, at en stor del slet ikke får den nødvendige hjælp.

TABEL 5.12

Brugerne fordelt efter, om de har haft brug for hjælp til at løse problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse inden for de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har haft problemer	32	409
Har ikke haft problemer	67	859
Ved ikke	0	5
I alt	100	1.273

TABEL 5.13

Brugernes angivelse af, i hvilken grad, de har fået tilstrækkelig hjælp til at løse problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'i meget høj grad'. Procent og antal.

	Procent	Antal
1 – Slet ikke	30	116
2	18	69
3	13	52
4	16	62
5 – I meget høj grad	23	88
Ved ikke	0	1
I alt	100	388

Anm.: Kun brugere, der har angivet, at de har haft brug for hjælp til at løse problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse indgår i tabellen.

En måde at hjælpe brugerne i beskæftigelse på er aktivering, men aktivering kan samtidig være forstyrrende for brugerne, hvis de fx er midt i et intensivt behandlingsforløb. 21 pct. af brugerne svarer, at de har været i aktivering eller lignende de seneste 3 år, mens 1 pct. derudover har været indkaldt til aktivering uden at møde op.

Af tabel 5.14 fremgår det, at brugere, som har været i aktivering, i højere grad oplever at have fået tilstrækkelig hjælp til deres problemer med arbejde, uddannelse og forsørgelse. Der er dog en række andre faktorer, som kan have indflydelse på, om brugerne har fået tilstrækkelig hjælp, og der kan derfor være tale om en tilfældig sammenhæng. For eksempel er brugere, som sendes i aktivering eller arbejdsprøvning gene-

relt i tættere kontakt med myndighederne og har derfor også lettere adgang til hjælp vedrørende fx forsørgelse.

TABEL 5.14

Brugernes angivelse af, om de inden for de seneste 3 år har været i aktivering, arbejdsprøvning eller lignende, samtidig med at de var i stofmisbrugsbehandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har været i aktivering el. lign.	21	271
Har været indkaldt, men mødte ikke op	1	13
Har ikke været i aktivering el. lign.	78	985
Ved ikke	0	1
I alt	100	1.270

TABEL 5.15

Brugernes angivelse af, i hvilken grad, de har modtaget tilstrækkelig hjælp til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse på en skala fra 1 til 5, fordelt på om de inden for de seneste 3 år har været i aktivering, arbejdsprøvning eller lignende, mens de var i stofmisbrugsbehandling. Procent.

	1 – Slet ikke	2	3	4	5 – I meget høj grad	I alt procent	I alt antal
Har været i aktivering	19	18	19	20	25	100	159
Har ikke været i aktivering	35	17	16	12	20	100	241
I alt	29	17	17	15	22	100	400

Anm.: $\chi^2 = 13$, $P = 0,010$, Gamma = -0,222, $P = 0,002$ - Kun brugere, der har angivet, at de har haft brug for hjælp til at løse problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse indgår i tabellen. Brugere, som har været indkaldt, men ikke mødte op, samt brugere, som ikke ved, om de har været i aktivering, indgår ikke i tabellen.

BØRN

Af de brugere, som har deltaget i undersøgelsen, er der 360, som har børn (28 pct.). Af disse har 35 pct. haft brug for hjælp til at løse problemer med børn de seneste 3 år. 31 pct. af brugerne med problemer med

børn har slet ikke fået tilstrækkelig hjælp til at løse disse problemer, mens 25 pct. i meget høj grad har fået tilstrækkelig hjælp. Endnu engang er der forholdsvis stor differentiering, samtidig med at der næsten er en tredjedel, som slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp.

TABEL 5.16

Brugerne fordelt efter, om de har haft brug for hjælp til at løse problemer med deres børn inden for de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har haft problemer med sine børn	35	125
Har ikke haft problemer med sine børn	65	234
Ved ikke	0	1
I alt	100	360

TABEL 5.17

Brugernes angivelse af, i hvilken grad, de har modtaget tilstrækkelig hjælp til at løse problemer med deres børn på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'i meget høj grad'. Procent og antal.

	Procent	Antal
1 – Slet ikke	31	38
2	18	22
3	17	21
4	8	10
5 – I meget høj grad	25	31
Ved ikke	2	2
I alt	100	324

Anm.: Kun brugere, der inden for de seneste tre år, har haft brug for hjælp til at løse problemer med deres børn indgår i tabellen.

KRIMINALITET OG PROSTITUTION

Brugerne er blevet spurgt, om de i løbet af de seneste 3 år har haft brug for hjælp til at løse problemer med egen kriminalitet. 13 pct. af brugerne rapporterer at have haft brug for en sådan hjælp. Af disse har 46 pct. slet ikke fået tilstrækkelig hjælp til at løse deres problemer med kriminalitet,

mens 15 pct. i meget høj grad har fået tilstrækkelig hjælp. Der er således en stor del af de brugere, der har brug for hjælp til at løse deres kriminalitetsproblemer, som ikke har fået en sådan hjælp.

TABEL 5.18

Brugerne fordelt efter, om de har haft brug for hjælp til at løse problemer med egen kriminalitet inden for de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har haft problemer med egen kriminalitet	13	170
Har ikke haft problemer med egen kriminalitet	86	1.097
Ved ikke	0	5
I alt	100	1.272

TABEL 5.19

Brugere med problemer med egen kriminalitet fordelt efter, i hvilken grad de har fået tilstrækkelig hjælp til at løse disse problemer på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'i meget høj grad'. Procent og antal.

	Procent	Antal
1 – Slet ikke	46	78
2	15	26
3	12	21
4	10	17
5 – I meget høj grad	15	26
Ved ikke	1	2
I alt	100	170

Der er samtidig 1 pct. af brugerne, som har haft brug for hjælp til at komme ud af prostitution det seneste år. Af disse har 40 pct. i meget høj grad fået tilstrækkelig hjælp, mens 20 pct. slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp.

Både tallene for problemer med kriminalitet og prostitution er forholdsvist lave, men må ses som minimumsangivelser, da dette er meget følsomme områder, hvor det fx kan have store økonomiske konsekvenser i form af bøder eller tilbagebetaling af kontanthjælp, hvis det

opdages. Der kan således være brugere, som er tilbageholdne med at rapportere problemer med kriminalitet og prostitution, selvom informationerne behandles fortroligt.

TABEL 5.20

Brugerne fordelt efter, om de har haft brug for hjælp til at komme ud af prostitution inden for de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har brug for hjælp til at komme ud af prostitution	1	10
Har ikke brug for hjælp til at komme ud af prostitution	99	1.257
Ved ikke	0	2
I alt	100	

TABEL 5.21

Brugere, som har haft brug for hjælp til at komme ud af prostitution, fordelt efter, i hvilken grad de har fået tilstrækkelig hjælp til at løse disse problemer på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'i meget høj grad'. Procent og antal.

	Procent	Antal
1 – Slet ikke	20	2
2	20	2
3	10	1
4	10	1
5 – I meget høj grad	40	4
I alt	100	10

SOCIALE RELATIONER

Tabel 5.22 viser, i hvor høj grad den sociale stofmisbrugsbehandling har hjulpet brugeren til at få et bedre socialt netværk. 43 pct. af brugerne mener slet ikke, at behandlingen har hjulpet dem med at få et bedre socialt netværk, mens 16 pct. i meget høj grad mener, at dette er tilfældet. Der er flest brugere, der højest har modtaget ad hoc-ydelser, som mener, at behandlingen slet ikke har hjulpet til at forbedre deres sociale netværk, mens der er flest brugere, som har været i døgnbehandling inden for de

seneste 3 år, som mener, at behandlingen i meget høj grad har hjulpet til at forbedre deres sociale netværk.

TABEL 5.22

Brugernes angivelse af, i hvilken grad deres behandling har hjulpet dem til at få et bedre socialt netværk, fordelt på den højeste behandlingsintensitet brugeren har modtaget de seneste 3 år. Procent.

	1 – Slet ikke	2	3	4	5 – I meget høj grad	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	50	13	11	12	14	100	339
Ambulant	42	9	17	14	18	100	258
Dag	44	15	16	13	13	100	313
Døgn	34	16	18	14	20	100	319
I alt	43	13	15	13	16	100	1.229

Anm.: $\chi^2 = 30$, $P = 0,003$, Gamma = 0,106, $P = 0,001$.

ANDEN HJÆLP

37 pct. af brugerne har manglet hjælp til andet ud over hjælp til fysiske problemer, psykiske problemer, samt problemer med bolig, forsørgelse, kriminalitet og prostitution. De problemer, som flest brugere nævner, at de har brug for hjælp til, er problemer med økonomi og problemer med social kontakt. Problemer med økonomi handler bl.a. om hjælp til at få pension, gældssanering og ydelser til generelt at forbedre brugerens økonomiske situation. Der er dog også en del brugere, som ønsker hjælp til generel økonomistyring, hvilket en del brugere finder svært selv at håndtere.

Ønsket om hjælp til social kontakt handler om, at en del brugere føler sig ensomme og har svært ved selv at komme i kontakt med andre mennesker. Særligt brugere, som er i eller har afsluttet stoffri behandlingsforløb, har et ønske om hjælp til at etablere sociale kontakter uden for misbrugsmiljøet.

Der er desuden en del brugere, som ønsker bedre efterbehandling og støtte efter udskrivelse fra stofmisbrugsbehandlingen. Der er således et ønske om at have mulighed for at tale med en kontaktperson en gang imellem, efter selve behandlingen er ophørt. Dette kan være ud fra et ønske om at hindre tilbagefald og få støtte til livet uden stoffer. En

bruger foreslår fx, at man har et tilbud om faste opfølgningssamtaler fx hver 9. måned.

Derudover ønsker en del brugere hjælp eller økonomisk støtte til tandbehandling samt praktisk hjælp til hjemmet og personlig pleje.

I forhold til stofmisbrugsbehandlingen beskriver en del brugere, at de har brug for hjælp til at komme videre med deres liv ved fx at komme i behandling, som har som mål at gøre brugeren stoffri. Nogle udtrykker desuden ønske om, at behandlingspersonalet er mere opsøgende, og at der var bedre muligheder for samtaler og en mere tydelig kontaktperson.

Manglende hjælp og problemer med udslusning beskrives nærmere i senere afsnit.

TABEL 5.23

Brugerne fordelt efter, om de har savnet hjælp til noget andet de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	37	469
Nej	61	781
Ved ikke	2	23
I alt	100	1.273

VÆRESTEDER, NETVÆRK, STØTTEPERSONER OG INDDRAGELSE AF PÅRØRENDE

En måde at styrke brugernes sociale kontakt og støtte til brugernes problemer generelt er væresteder, frivillige netværk og støttekontaktpersoner (SKP). Tabel 5.24 viser, at 35 pct. af brugerne har brugt væresteder, misbrugscaféer eller lignende de seneste 3 år. At brugerne ikke i højere grad benytter væresteder og lignende, kan skyldes, at kommunen ikke har et værestedstilbud, eller at brugeren af en eller anden grund ikke ønsker at benytte værestedstilbuddet. Manglende tilbud kan særligt være et problem for brugere, som bor i mindre kommuner, som ikke selv leverer stofmisbrugsbehandling, men køber denne af en anden kommune. I sådanne kommuner vil der ofte ikke være grundlag for etablering af et cafétilbud, og samtidig kan transporttid og omkostninger

afholde brugere fra at bruge væresteder i den kommune, som leverer stofmisbrugsbehandlingen.

TABEL 5.24

Brugerne fordelt efter, om de har brugt væresteder, misbrugscaféer eller lignende inden for de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	35	446
Nej	65	825
Ved ikke	0	2
I alt	100	1.273

Et alternativ til væresteder, særligt for stofmisbrugere, som har opnået stoffrihed, er frivillige netværk som fx Anonyme Narkomaner (NA), Anonyme Kokainmisbrugere (CA) og Anonyme Alkoholikere (AA). 24 pct. af brugerne har deltaget i møder i et sådant netværk i løbet af de seneste 3 år, og brugen af disse er således forholdsvis udbredt.

Der er dog også mange behandlingssteder, som opfordrer brugerne til at benytte frivillige netværk og væresteder. Der er således 38 pct. af brugerne, som er blevet opfordret til at benytte frivillige netværk som NA, CA eller væresteder. Det er dog langt fra alle, der er blevet opfordret til at benytte tilbud om at styrke det sociale netværk. Behandlingsstedet kan dog have tilbud, som brugerne er orienteret om findes, men som de ikke direkte opfordrer til brug af.

TABEL 5.25

Brugerne fordelt efter, om de har deltaget i møder ved NA, CA eller lignende organisationer inden for de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	24	308
Nej	76	961
Ved ikke	0	3
I alt	100	1.272

TABEL 5.26

Brugerne fordelt efter, om de er blevet opfordret til at bruge tilbud som væresteder og NA af behandlingsstedet/misbrugscentret. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	38	479
Nej	61	781
Ved ikke	1	10
I alt	100	1.270

Ud over social støtte kan kommunerne også tilbyde brugerne at have en støtte- og kontaktperson tilknyttet, som er opsøgende over for brugerne og hjælper brugerne i forbindelse med kontakt til bl.a. kommunale myndigheder. 37 pct. af brugerne svarer, at de har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet inden for de seneste 3 år, hvilket er en forholdsvis høj andel. I nogle tilfælde kan der dog være tale om, at brugeren har svaret på, om vedkommende har en kontaktperson vedrørende stofmisbrugsbehandling. En sådan kontaktperson varetager primært koordination af brugernes stofmisbrugsbehandling og har ikke den samme opsøgende karakter som en støtte- og kontaktperson. Antallet af brugere, som har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet, kan således være overvurderet, da brugere, som ikke kender denne ordning, kan have svaret på, om de har en kontaktperson.

TABEL 5.27

Brugerne fordelt efter om de har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet inden for de seneste 3 år. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet	37	476
Har ikke haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet	62	791
Ved ikke	0	5
I alt	100	1.272

I den forbindelse kan det være vigtigt både for brugere og pårørende, at de pårørende inddrages i behandlingen. Tabel 5.28 viser, at 32 pct. af brugerne har fået inddraget en partner i stofmisbrugsbehandlingen, mens 40 pct. har fået inddraget andre pårørende i behandlingen. 48 pct. af brugerne har hverken haft en partner eller en anden pårørende inddraget i behandlingen. Det er således ca. halvdelen af brugerne, som har haft pårørende inddraget i behandlingen, og halvdelen, som ikke har.

TABEL 5.28

Brugerne fordelt efter om deres partner eller andre pårørende er blevet inddraget i behandlingen. Antal og procent

	Partner		Andre pårørende	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Er blevet inddraget	404	32	506	40
Er ikke blevet inddraget	593	47	749	59
Havde ikke partner under stofmisbrugsbehandling/ved ikke/uoplyst	278	22	20	2
I alt	1.275	100	1.275	100

UDSLUSNING FRA BEHANDLINGEN

Som tidligere nævnt er et af de områder, hvor brugerne ønsker yderligere hjælp, udslusningen fra behandlingen og efterbehandling. Brugerne, som har afsluttet behandlingen, er derfor blevet spurgt, hvor godt denne udslusning er håndteret fra behandlingsstedets side. 453 brugere (36 pct.)

har afsluttet et behandlingsforløb de seneste 3 år. Af disse har 64 pct. afsluttet det seneste behandlingsforløb planmæssigt, mens 34 pct. har afbrudt behandlingsforløbet før tid.

Som det fremgår af tabel 5.29, har 39 pct. af brugerne slet ikke fået den hjælp, de havde brug for i forbindelse med afslutningen af behandlingsforløbet, mens 27 pct. i meget høj grad fik en sådan hjælp. Blandt brugere, som afsluttede behandlingsforløbet planmæssigt, er der dog 35 pct., som i meget høj grad fik den hjælp, de havde brug for, mens 30 pct. slet ikke fik den hjælp, de havde brug for. Blandt brugere, som afbrød et behandlingsforløb før tid, har 54 pct. slet ikke fået den hjælp, de havde brug for, mens kun 14 pct. i meget høj grad har fået denne hjælp. Forskellen mellem brugere, som afslutter behandlingen planmæssigt, og brugere, som afbryder behandlingen før tid, hænger sandsynligvis sammen med, at en del af brugerne, som afbryder før tid, gør dette på grund af tilbagefald. Brugere, som falder tilbage i stofmisbrug kan have behov for en stor opsøgende indsats og kan derfor være svære at give den fornødne hjælp.

TABEL 5.29

Brugerne fordelt efter, om afslutningen af deres seneste behandlingsforløb var planlagt eller ej. Procent og antal.

	Procent	Antal
Planlagt afslutning af behandlingsforløb	64	286
Behandlingsforløb afbrudt før tid	34	155
Ved ikke	2	9
I alt	100	450

TABEL 5.30

Brugernes angivelse af, i hvor høj grad, de fik den hjælp, de havde brug for, efter de afsluttede deres behandling på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'i meget høj grad', fordelt på om behandlingen blev afsluttet planmæssigt eller afbrudt før tid. Procent.

	1 – Slet ikke	2	3	4	5 – I meget høj grad	I alt procent	I alt antal
Behandling afsluttet planlagt	30	11	12	12	35	100	278
Behandling afbrudt før tid	54	12	13	7	14	100	150
I alt	39	11	13	10	27	100	428

Anm.: $\chi^2 = 32$, $P = 0,000$, Gamma = -0,419, $P = 0,000$. Kun brugere, som har afsluttet et behandlingsforløb indgår i tabellen.

Der er således et generelt behov for styrkelse af udslusningen fra stofmisbrugsbehandlingen. Brugere er blevet spurgt, hvad de har manglet mere hjælp til. Her nævner 63 brugere, svarende til 15 pct. af alle brugere, som har afsluttet behandling de seneste 3 år, at de har manglet generel opfølgning på deres behandling, efter den er afsluttet. Der er således en forholdsvis stor del af brugerne, som ønsker at blive kontaktet jævnligt af behandlere eller kontaktpersoner fra behandlingsstedet. Disse brugere oplever overgangen fra behandling til livet uden behandling som meget brat og ønsker støtte til at fastholde stoffrihed og have nogle at tale med, hvis de får et tilbagefald. Derudover ønsker nogle brugere en støtteperson, som kan hjælpe dem med at søge hjælp til deres problemer ud over stofmisbrug og generelt få mere hjælp til sådanne problemer.

42 brugere, svarende til 10 pct. af de brugere, som har afsluttet behandling, de seneste 3 år nævner, at de havde brug for mere psykologhjælp, efter behandlingen var afsluttet. 23 (5 pct.) nævner, at de har brug for hjælp til at etablere sociale netværk og lære at tale med personer, som ikke er alkoholikere eller stofmisbrugere. Derudover har 22 (5 pct.) haft brug for hjælp til at komme i arbejde eller revalidering, for dermed at kunne etablere en 'normal' dagligdag. 19 (4 pct.) har manglet hjælp til at løse boligproblemer såsom at skaffe en bolig efter endt behandling eller finde en anden bolig end den, brugeren oprindeligt havde. Der er desu-

den 13 brugere (3 pct.), som har haft brug for hjælp til deres økonomi i form af hjælp til gældssanering, engangsydelser i forbindelse med genetablering af en tilværelse, efter stofmisbrugsbehandlingens ophør, og hjælp til styring af økonomi. 8 brugere (2 pct.) nævner desuden at have manglet hjælp til at løse parforholdsproblemer eller problemer med deres børn. Endelig har 5 brugere (1 pct.) manglet aktiviteter i en eller anden form til at fylde deres hverdag ud.

Brugerne har også nogle kritikpunkter i forhold til selve behandlingen og udslusningsforløbet. 2 brugere (0,5 pct.) synes således, at behandlingen burde være længere, og 15 (4 pct.) ville gerne have haft mere behandling fx i form af flere samtaler. En enkelt ville desuden gerne have fået behandling for sit alkoholmisbrug, og 3 (1 pct.) ville gerne have haft et blidere nedtrapningsforløb, mens 9 (2 pct.) ønskede mere eller anden medicin for misbrug, fysiske eller psykiske problemer.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi beskrevet, hvilke problemer brugerne de seneste 3 år har haft brug for hjælp til ud over misbrug, og i hvor høj grad brugerne har fået tilstrækkelig hjælp til disse problemer, samt hvad de ellers har manglet hjælp til. Resultaterne af stofmisbrugsbehandlingen kan påvirkes af, om brugeren har fået tilstrækkelig hjælp til fysiske, psykiske, bolig-mæssige og forsørgelsesmæssige problemer, samt om de har fået hjælp til problemer med børn, kriminalitet, prostitution. Det kan desuden have betydning for resultaterne af behandlingen, om brugeren har haft en støtte- og kontaktperson, har benyttet væresteder eller har deltaget i frivillige netværk. Disse aspekter indgår således i analysen af resultaterne af behandlingen, som præsenteres i kapitel 6 og 7.

Gennemgangen har vist, at 62 pct. af brugerne har haft psykiske problemer de seneste 3 år, og 47 pct. af disse har fået psykiatrisk eller psykologisk behandling. 37 pct. af brugerne med psykiske problemer oplever slet ikke at have fået tilstrækkelig hjælp til disse problemer, mens 15 pct. i meget høj grad oplever at have fået tilstrækkelig hjælp til disse problemer. 15 pct. har oplevet at få afslag på psykiatrisk eller psykologisk hjælp på grund af deres stofmisbrug.

48 pct. af brugerne har haft betydelige fysiske problemer de seneste 3 år, som de har haft brug for hjælp til. Af disse oplever 30 pct. slet

ikke at have fået tilstrækkelig hjælp, mens 23 pct. i meget høj grad har fået tilstrækkelig hjælp.

30 pct. af brugerne har haft boligmæssige problemer de seneste 3 år, og af disse oplever 36 pct. slet ikke at have fået tilstrækkelig behandling, mens 23 pct. i meget høj grad oplever at have fået tilstrækkelig hjælp. Der er 12 pct. af alle brugere og 22 pct. af brugere med boligproblemer, som har været i botilbud de seneste 3 år, og disse brugere oplever i højere grad at have fået tilstrækkelig hjælp til deres boligproblemer, selvom der stadig er 23 pct., som slet ikke oplever at have fået tilstrækkelig hjælp.

32 pct. af brugerne har haft problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse det seneste år, som de har haft brug for hjælp til at løse. Af disse har 30 pct. slet ikke fået tilstrækkelig hjælp til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, mens 23 pct. i meget høj grad har fået tilstrækkelig hjælp. Der er 21 pct. af alle brugerne, som har været sendt i aktivering, mens de var i stofmisbrugsbehandling, og disse brugere har i lidt højere grad fået tilstrækkelig hjælp med problemer inden for arbejde, uddannelse eller forsørgelse. Dette er ikke nødvendigvis alene udtryk for, at aktivering af stofmisbrugere i behandling er gavnligt, men kan også hænge sammen med, at myndighederne har en tættere kontakt med disse brugere, som derfor har lettere ved at få hjælp til problemer med uddannelse, forsørgelse eller beskæftigelse ud over aktivering.

13 pct. af brugerne har haft problemer med egen kriminalitet inden for de seneste 3 år, og 46 pct. af disse har slet ikke fået hjælp til disse problemer, mens 15 pct. i meget høj grad har fået hjælp til disse problemer. Der er desuden 1 pct. af brugerne, som har haft brug for hjælp til at komme ud af prostitution.

Ud over disse områder ville brugerne gerne have haft mere hjælp til social kontakt, bedre efterbehandling, mere opsøgende behandling og flere tilbud om behandling, som har som mål at gøre brugeren stoffri.

En del brugere har benyttet støttetilbud som væresteder eller frivillige netværk og har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet. Der er således 35 pct., som har brugt væresteder eller lignende de seneste 3 år, 24 pct., som har deltaget i NA-møder eller lignende, og 38 pct. er af behandlingsstedet blevet opfordret til at benytte sådanne tilbud. Der er desuden 37 pct., som rapporterer at have haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet. Der er dog nogen usikkerhed forbundet med dette tal, da brugerne kan have forvekslet støtte- og kontaktperson med den alminde-

lige kontaktperson i stofmisbrugsbehandlingen, fx en behandler. 32 pct. af brugerne har fået inddraget en partner i stofmisbrugsbehandlingen, mens, 40 pct. har fået inddraget andre pårørende i behandlingen.

Særligt i forbindelse med udslusningen fra behandlingen kan brugerne have behov for hjælp på en række områder, da de skal ud og starte på et liv uden stofmisbrug eller stofmisbrugsbehandling. 36 pct. af brugerne har afsluttet et behandlingsforløb de seneste 3 år. 39 pct. af disse brugere har slet ikke fået tilstrækkelig hjælp i forbindelse med udslusningen, mens 27 pct. i høj grad har fået tilstrækkelig hjælp. 64 pct. af brugerne, som har afsluttet et behandlingsforløb de seneste 3 år, har afsluttet det seneste behandlingsforløb planmæssigt, mens 34 pct. har afsluttet et behandlingsforløb før tid. Brugere, som har afsluttet behandling planmæssigt, har i noget højere grad fået tilstrækkelig hjælp i forbindelse med udslusningen. Der er således 35 pct. i denne gruppe, som i meget høj grad har fået tilstrækkelig hjælp, mens 30 pct. slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp. Det, brugerne særligt ønsker yderligere hjælp til i forbindelse med udslusning, er en opfølgende kontakt fra behandlingsstedets side for at forebygge tilbagefald. Derudover ønskes psykologhjælp, hjælp til at skabe sociale netværk, hjælp til at få arbejde eller komme i revalidering, hjælp til boligproblemer og generel hjælp til økonomiske problemer.

STOFFRIHED OG BRUG AF ILLEGALE STOFFER

Den sociale stofmisbrugsbehandling sigter mod stoffrihed for de brugere, som er i stand til dette, og reduktion og stabilisering af stofindtaget for de øvrige brugere. Formålet i alle disse strategier er dog at begrænse brugen af illegale stoffer for dermed at begrænse de skadesvirkninger, misbruget medfører. Mens fuld stoffrihed kun kan opnås, hvis brugeren ophører sit brug af illegale stoffer og substitutionsmedicin, sigter de øvrige tilgange også på at erstatte brugen af illegale stoffer med ordineret substitutionsmedicin, hvis brugeren er misbruger af heroin eller andre opiater. Det er således vigtigt både at undersøge, om brugerne bliver helt stoffri, og om de reducerer eller ophører deres brug af illegale stoffer.

I dette kapitel beskriver vi brugernes stofindtag på interviewtidspunktet, og vi undersøger, om der er sammenhæng mellem stofindtag og den behandling og hjælp til øvrige problemer, brugerne har modtaget. I første afsnit beskriver vi brugernes stofindtag på interviewtidspunktet. Derefter undersøger vi sammenhængen mellem, om brugerne er blevet helt stoffri, dvs. hverken har taget illegale stoffer eller substitutionsmedicin, og karakteristika ved brugerne og deres behandling. Efterfølgende beskriver vi den tilsvarende sammenhæng mellem, om brugeren har ophørt sin brug af illegale stoffer og karakteristika ved brugeren og dennes behandling.

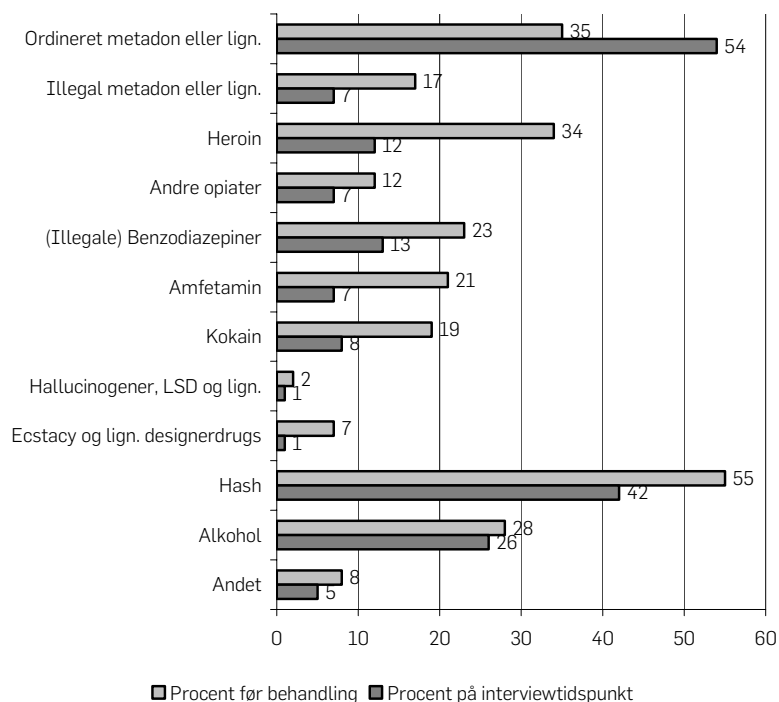
BRUGERNES STOFMISBRUG PÅ INTERVIEWTIDSPUNKTET

Figur 6.1 viser brugernes procentvise indtag af en række rusmidler den seneste måned før seneste indskrivning i behandlingen og den seneste måned før interviewet. Oplysninger om stofindtaget den seneste måned før seneste indskrivning i behandling stammer fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB), mens oplysningerne om stofmisbruget den seneste måned stammer fra spørgeskemaundersøgelsen. Da stofmisbruget ikke er angivet for en række brugere i SIB, er stofmisbruget angivet for noget færre brugere før behandlingen end den seneste måned. Sammenligningerne i tabel 6.1 og 6.2 foretages derfor kun for brugere, hvor deres stofmisbrug er oplyst både før behandlingen og i spørgeskemaet. Oplysningerne i SIB er indsamlet af behandlingsstederne, og der kan derfor også være en risiko for, at brugerne ved behandlingsstart har haft interesse i at indberette et for højt eller for lavt forbrug af stoffer, fx hvis de ønsker højere doser metadon eller ønsker at komme i døgnbehandling. Dette kan i nogen grad skævvride data. Der kan også være en sådan risiko ved spørgeskemamaterialet, men her er brugerne dog opsøgt privat, og det er blevet understreget, at deres svar ingen betydning har for en evt. nuværende behandling. Fordelen ved oplysningerne fra SIB er, at forbruget er registreret samme måned, som det er foregået, frem for retrospektivt 3 år efter. Sidstnævnte ville indebære en høj grad af usikkerhed. På trods af disse usikkerheder viser figuren dog nogle klare og interessante tendenser med hensyn til ændringer i brugernes stofmisbrug.

Figuren viser, at antallet af brugere, som får ordineret metadon, er steget fra 35 til 54 pct., mens andelen, der anvender illegale stoffer, er faldet for alle stof typer. For eksempel var det før behandlingsstart 34 pct. af brugerne, som tog heroin, mod kun 12 pct. den seneste måned. Denne forskel kan være endnu større, idet sammenligningen foretages med stofmisbrug inden den seneste indskrivning i behandling, og denne indskrivning for en del brugere ligger i direkte forlængelse af en anden behandling, hvilket betyder, at sammenligningen ikke beskriver denne gruppes stofmisbrug inden behandlingen. Der er også en kraftig reduktion i brugen af centralstimulerende stoffer, hvor det før fx var 21 pct., som tog amfetamin, mod kun 7 pct. den seneste måned. Dette tyder på, at stofmisbrugsbehandlingen reducerer brugen af illegale stoffer.

FIGUR 6.1

Brugerne fordelt efter, hvilke stoftyper de tog den seneste måned før behandling (SIB) og seneste måned inden interviewet. Procent.



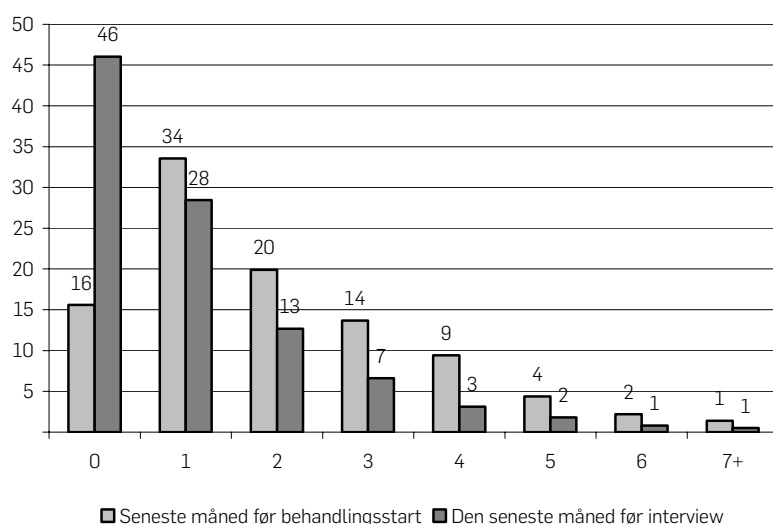
Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 1.001 brugere, hvor der både er oplysninger før behandling og på interviewtidspunktet. Da brugerne kan have taget flere stoftyper, kan vedkommende fremgå flere gange.

Der er dog stadig en del brugere, som har taget illegale stoffer den seneste måned. Det er især hash, som brugerne har et forbrug af, idet 42 pct. af brugerne har røget hash den seneste måned. 26 pct. af brugerne har desuden et forbrug af alkohol på mere end de anbefalede maksimumsindtag på 14/21 genstande om ugen. Før behandlingen var det 28 pct., som havde et sådant forbrug af alkohol, og der er således kun sket en begrænset reduktion her. Ud over ordineret metadon er de mest brugte rusmidler nu hash og alkohol, mens andelen af brugere, som har taget hvert af de øvrige illegale stoffer, er reduceret. Det er dog kun 9 pct. af brugerne, som udelukkende har røget hash den seneste måned og ikke har taget andre illegale stoffer. Det betyder samtidig, at 42 pct. af brugerne har taget andre illegale stoffer end hash.

Figur 6.2 viser, at det ikke kun er andelen af brugere, som har taget de forskellige rusmidler, der er reduceret. Figuren viser, at antallet af illegale stoffer, som brugerne har taget, også er kraftigt reduceret. Det er således 46 pct., som ingen illegale stoffer har taget den seneste måned, mod 16 pct. før behandlingsstart. Figuren viser samtidig en jævn reduktion i antallet af stoffer, som brugerne har taget.

FIGUR 6.2

Brugerne fordelt efter antallet af illegale stoffer, de har taget den seneste måned, før de startede i behandling og før interviewet. Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 1.001 brugere, hvor der både er oplysninger før behandling og på interviewtidspunktet. Ordineret metadon og alkohol er ikke inkluderet i illegale stoffer.

Blandt brugerne, som ikke har taget illegale stoffer, er der dog en del, som får substitutionsmedicin og derfor ikke defineres som helt stoffri. Som det fremgår af tabel 6.1, har 28 pct. af brugerne hverken taget illegale stoffer eller substitutionsmedicin den seneste måned inden interviewet og defineres derfor som helt stoffri. 20 pct. af brugerne har taget substitutionsmedicin, men ingen illegale stoffer, mens 17 pct. kun har taget illegale stoffer, og 34 pct. har taget både illegale stoffer og substitutions-

medicin. Det er således en forholdsvis stor procentdel af brugerne, som er stoffri på interviewtidspunktet. Her skal det understreges, at opgørelsen kun viser, om brugerne har været stoffri den seneste måned, og ikke om brugerne nødvendigvis har været stoffri i en længere periode.

TABEL 6.1

Brugerne fordelt efter, om de har taget illegale stoffer og substitutionsmedicin den seneste måned inden interviewet. Procent og antal.

	Procent	Antal
Helt stoffri brugere	28	357
Brugere, som kun har taget substitutionsmedicin	20	257
Brugere, som kun har taget illegale stoffer	17	218
Brugere, som har taget både illegale stoffer og substitutionsmedicin	34	429
I alt	100	1.261

HVILKE BRUGERE BLIVER HELT STOFFRI?

I dette afsnit belyses sammenhænge mellem de behandlingsindsatser, brugeren har modtaget, og sandsynligheden for, at brugeren har været stoffri i den seneste måned op til interviewet. Med helt stoffri menes, at brugeren hverken tager illegale stoffer eller substitutionsmedicin. Analysen af disse sammenhænge foretages med afsæt i en række logistiske regressionsmodeller.

I tabel 6.2. præsenterer vi tre modeller for brugernes sandsynlighed for at være helt stoffri i den seneste måned op til interviewet. I den første model inkluderer vi foruden baggrundsvariablene en række variable om de overordnede behandlingstyper og behandlingsintensiteten. I den anden model tilføjer vi variable, som beskriver den helhedsorienterede indsats, som brugeren har modtaget. Den tredje og sidste model adskiller sig fra model 2 ved, at spørgsmålet om, hvorvidt man har deltaget i NA-møder, er udeladt. At vi har udeladt variabelen vedrørende NA-møder i model 3, skyldes, at NA-møder overvejende henvender sig til brugere, som allerede er stoffri og ønsker at fastholde stoffriheden, hvorfor variabelen i nogen grad afspejler en på forhånd selekteret stoffri brugergruppe.

Af model 1 fremgår det, at brugere, som har været i substitutionsbehandling på et tidspunkt inden for de seneste 3 år, har markant lavere sandsynlighed for at være stoffri på interviewtidspunktet end brugere, som ikke har været i substitutionsbehandling. Resultatet er ikke overraskende, idet det at være helt stoffri her er defineret ved hverken at tage substitutionsmedicin eller illegale stoffer på interviewtidspunktet. Der er dog ikke tale om en deterministisk sammenhæng, da brugeren blot skal have været i substitutionsbehandling på et tidspunkt inden for de seneste 3 år og således kan være stoffri på interviewtidspunktet (2008/2009). Med til billedet hører, at brugere i substitutionsbehandling, som samtidig har haft en målsætning om stoffrihed integreret i behandlingsforløbet, har større sandsynlighed for at være stoffri end substitutionsbrugere, som ikke har haft en sådan målsætning. Samlet set viser resultaterne dog, at også brugere, som har været i substitutionsbehandling og har været i et behandlingsforløb med en målsætning om stoffrihed, har mindre sandsynlighed for at være blevet stoffri end brugere, som ikke har modtaget substitutionsbehandling.

Indikatoren for behandlingsintensitet er overordnet signifikant i modellen, men referencekategorien 'ad hoc-ydelser' adskiller sig ikke signifikant fra de øvrige kategorier. Af odds ratio-værdierne fremgår dog, at signifikante forskelle i stedet skal findes mellem brugere, der har været i døgnbehandling, og brugere, som har modtaget henholdsvis ambulant behandling og dagbehandling. Således tyder resultaterne på, at brugere i døgnbehandling har større sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som har modtaget ambulant behandling eller dagbehandling. Hvorvidt brugeren har modtaget psykologsamtaler, gruppebehandling, har deltaget i fritidsaktiviteter eller har modtaget massage, meditation eller lignende er ikke signifikant sammenhængende med, om brugeren er helt stoffri.

Et nærmere blik på baggrundsvariablenes sammenhæng med sandsynligheden for stoffrihed viser, at de kvindelige brugere har større sandsynlighed for at være stoffri end mandlige brugere. Ydermere har brugere, som i 2006 havde en faglig eller videregående uddannelse, større sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som havde 10. klasse som højeste afsluttede uddannelsesniveau. Brugere, som har været anbragt som børn, brugere, som har haft psykiske problemer de seneste 3 år, og brugere, som har været i behandling tidligere, har derimod mindre sandsynlighed for at være stoffri. Derimod er hverken alder, etnicitet, familietype, antal hospitalsindlæggelser, om brugeren har en ubetinget fængsels-

straf eller brugerens bytype i 2006 signifikant sammenhængende med, om brugeren er helt stoffri.

I model 2 og 3 har vi foruden de variable, som dannede grundlag for model 1, inkluderet variable, som beskriver, hvilken hjælp brugerne har modtaget i de seneste 3 år til at løse problemer ud over deres stofmisbrug. Resultaterne i disse modeller afspejler samme tendenser som i model 1, når det drejer sig om behandlingsintensitet og substitutionsbehandling, og hvorvidt der i behandlingsforløbet har været en målsætning om stoffrihed.

Model 1 viste, at brugere, som har haft psykiske problemer de seneste 3 år, har mindre sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som ikke har haft psykiske problemer i perioden. Model 2 og 3 viser, at der desuden er signifikante sammenhænge mellem den indsats, brugere med psykiske problemer har modtaget de seneste 3 år, og sandsynligheden for, at de har været stoffri den seneste måned op til interviewet. Jo højere grad brugerne oplever at have fået hjælp til deres psykiske problemer, jo større er sandsynligheden for at de er stoffri. Brugere, som har oplevet, at de i meget høj grad har modtaget hjælp til deres psykiske problemer, har samme sandsynlighed for at være stoffri som brugere uden sådanne psykiske problemer. Chancen for at være stoffri adskiller sig altså ikke mellem brugere, som har modtaget intensiv hjælp til deres psykiske problemer, og brugere, som ikke har psykiske problemer.

Hjælp til at forbedre brugerens sociale netværk korrelerer ligeledes med stoffrihed. Brugere, som mener, at behandlingen i meget høj grad har hjulpet dem til et bedre socialt netværk, har således øget sandsynlighed for at være stoffri, sammenholdt med brugere, som mener, at behandlingen slet ikke har forbedret deres sociale netværk. Der er derimod hverken i model 2 eller 3, signifikant sammenhæng mellem de øvrige behandlingsvariable, dvs. om brugerne har modtaget psykologsamtaler, gruppebehandling, massage og lignende eller har deltaget i fritidsaktiviteter, og om brugeren er helt stoffri. At sådanne sammenhænge ikke findes her, kan skyldes, at indikatoren for, om brugerne har fået disse behandlingstyper, er forholdsvis upræcise, idet der fx ikke skelnes mellem, om brugerne har fået én psykologsamtale, eller om de har fået sådanne samtaler hver uge over en længere periode. Det kan således ikke udelukkes, at en sammenhæng mellem disse behandlingstyper, og om brugeren er stoffri, ville kunne identificeres med mere detaljerede informationer.

Når indikatorerne for en helhedsorienteret indsats medtages i modellerne, er der en negativ sammenhæng mellem, hvorvidt brugerne har fået samtaler i enrum med en behandler og sandsynligheden for at være blevet stoffri. Resultatet kan skyldes, at langt hovedparten af brugerne har fået behandlersamtaler, og at der samtidig er nogle få ressourcestærke brugere, som er blevet stoffri uden sådanne samtaler.

Model 2 viser, at brugere, som har været til NA-møder inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at være stoffri. Denne sammenhæng kan dog som tidligere nævnt skyldes, at NA-møderne overvejende henvender sig til brugere, som allerede er stoffri og ønsker at fastholde stoffriheden. Når spørgsmålet om, hvorvidt brugerne har været til møder i NA, udelades i model 3, er der signifikant sammenhæng mellem at have boet i udslusningsbolig/halvvejshus/kriminalforsorgspension inden for de seneste 3 år og stoffrihed, idet brugere, som har modtaget disse botilbud, har større sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som ikke har. Denne sammenhæng kan ligeledes være udtryk for selektionseffekter, idet der kan være tale om, at de brugergrupper, som tilbydes udslusningsboliger osv., også overvejende er dem, som anbefales at deltage i NA-møder.

Med hensyn til baggrundsvariablene er der ingen signifikant sammenhæng mellem, om brugeren er stoffri og brugerens etnicitet, behandlingstid, om brugeren har en ubetinget straf, har været indlagt og brugerens bytype i 2006. Derimod er der i alle tre modeller en entydig tendens til, at kvinder har større sandsynlighed for at være stoffri end mænd, og at brugere, hvis indkomstgrundlag var løn, SU eller revalidering i 2006, har større sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som modtog henholdsvis kontanthjælp mv. og førtidspension mv.

TABEL 6.2

Logistisk regression af, om brugeren er helt stoffri,
(dvs. hverken tager substitutionsmedicin eller illegale stoffer).

	Model 1 Odds ratio	Sig.	Model 2 Odds ratio	Sig.	Model 3) Odds ratio	Sig.
Kvinde	1,856	**	1,567	*	1,828	**
Indkomsttype						
Løn eller SU	Ref.		Ref.		Ref.	
Kontanthjælp mv.	0,663	*	0,585	**	0,652	*
Førtidspension mv.	0,284	***	0,323	***	0,342	***
Andet	0,463	*	0,473	*	0,419	*
Familietype						
Enlig uden børn			Ref.		Ref.	
Enlig med hjemmeboende børn			1,714		1,684	
Samlevende uden hjemmeboende børn			0,951		1,009	
Samlevende og har hjemmeboende børn			2,259	**	2,523	**
Uddannelse						
Højst 10. klasse	Ref.				Ref.	
Gymnasial uddannelse	0,728				0,744	
Faglig uddannelse	1,745	**			1,602	*
Videregående uddannelse	2,265	*			2,242	
Har været anbragt som barn	0,670	*				
Forældre havde psykiske problemer eller problemer med alkohol/stoffer					0,678	*
Har haft psykiske problemer de seneste 3 år	0,466	***	-	-	-	-
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	0,692	*	0,633			
Hovedstof					*	
Opiater					Ref.	
Opiater/blandingsmisbrug					1,686	
Centralstimulerende stoffer					2,199	**
Hash					1,266	
Benzodiazepiner og andet					1,722	
Behandlingsintensitet		***		*		**
Ad hoc	Ref.		Ref.		Ref.	
Ambulant	0,720		0,733		0,699	

Dag	0,588		0,637		0,573	
Døgn	1,607		1,251		1,399	
Substitutionsbehandling	0,043	***	0,057	***	0,054	***
Har haft samtaler med behand- ler			0,525	**	0,548	**
Stoffri behandlingsmålsætning	1,102		0,964		0,942	
Grad behandling har fokuseret på årsager til stofmisbruget	-	-				
1- Slet ikke			Ref.		Ref.	
2			1,028		1,115	
3			1,940	*	1,931	*
4			2,017	*	1,938	*
5 – I meget høj grad			2,110	**	2,331	**
Substitutionsbehandling *						
Stoffri behandlingsmålsætning	5,838	***	6,263	***	6,411	***
Hjælp til psykiske problemer	-	-				
Harve ingen psykiske problemer			Ref.		Ref.	
1 – Slet ikke			0,287	***	0,237	***
2			0,407	**	0,481	*
3			0,402	**	0,403	**
4			0,499	*	0,411	**
5 – I meget høj grad			0,637		0,597	
Om behandlingen har hjulpet til bedre socialt netværk	-	-				
1 – Slet ikke			Ref.		Ref.	
2			0,951		0,880	
3			0,951		0,811	
4			1,339		1,158	
5 – I meget høj grad			2,144	**	1,980	*
Boet i udslusningsbolig el.lign.	-	-			1,883	*
Har deltaget i NA-møde	-	-	2,043	***	-	-
Konstant	2,655		2,027		1,324	
N	1.178		1.035		1.090	

Anm.: * P < 0,05, ** P < 0,01 *** P < 0,001, –: angiver, at variabelen ikke er medtaget i model-søgningen.

Anm.: I model 1 inkluderer vi foruden baggrundsvariable en række variable, som beskriver hvilke overordnede behandlingstyper og behandlingsintensitet, brugeren har modtaget. I model 2 har vi tilføjet variable der beskriver den helhedsorienterede indsats, som brugeren har modtaget. Model 3 adskiller sig fra model 2 ved, at spørgsmålet om, hvorvidt man har deltaget i NA-møder, er udeladt. At dette spørgsmål er udeladt i model 3, skyldes, at NA-møder overvejende henvender sig til brugere, som allerede er stoffri og ønsker at fastholde stoffriheden, hvorfor variabelen i nogen grad afspejler en på forhånd selekteret stoffri brugergruppe.

Som det fremgik af regressionsmodellerne, har brugere, som har været i substitutionsbehandling, mindre sandsynlighed for at være stoffri, end

brugere, som ikke har, når der kontrolleres for en række baggrundskarakteristika ved brugeren. I tabel 6.3. ses den procentvise fordeling, og det fremgår, at 9 pct. af brugere, som har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, har været helt stoffri i en måned op til interviewet, mens det tilsvarende gælder for 52 pct. af de brugere, som ikke har været i substitutionsbehandling. Hvis substitutionsbehandlingen er en del af et forløb, der skal gøre brugeren stoffri, mindskes den negative sammenhæng, men samlet set har også disse brugere mindre sandsynlighed for at være blevet stoffri end brugere, som ikke har modtaget substitutionsbehandling.

TABEL 6.3

Brugernes angivelse af, om de er helt stoffri, fordelt på om de har modtaget substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år. Procent.

	Har taget stoffer eller substitutions- medicin	Er helt stoffri	I alt procent	I alt antal
Har ikke mod- taget substi- tutions- behandling	48	52	100	561
Har modtaget substitutions- behandling	91	9	100	698
I alt	72	28	100	1.259

Anm.: $X^2 = 293$, $P = 0,000$.

Ligeledes viste analyserne en sammenhæng mellem, hvilken behandlingsintensitet brugeren højest har modtaget i de seneste 3 år og stoffrihed. Imidlertid adskilte de brugere, som kun havde modtaget ad hoc-ydelser sig ikke signifikant fra de øvrige. Af krydstabellen fremgår, at det er blandt brugere, som har været i døgnbehandling, at man finder den største procentandel, der er stoffri på interviewtidspunktet. Således er 43 pct. af de brugere, som har været i døgnbehandling, stoffri, mens procentandelene inden for de øvrige grupper varierer fra 21 til 27 pct.

TABEL 6.4

Brugernes angivelse af om de er helt stoffri, fordelt efter den højeste behandlingsintensitet, som brugeren har modtaget de seneste tre år. Procent.

	Har taget illegale stoffer eller substitu- tionsmedicin	Er helt stoffri	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	79	21	100	358
Ambulant	73	27	100	262
Dag	77	24	100	319
Døgn	58	43	100	320
I alt	72	28	100	1.259

Anm.: $\chi^2 = 45$, $P = 0,000$, Gamma = 0,259, $P = 0,000$.

Regressionsanalyserne viste desuden, at der er signifikante sammenhænge mellem en række helhedsorienterede indsatser og sandsynligheden for stoffrihed.

Et væsentligt indsatsområde er hjælp til psykiske problemer. Som vist tidligere i rapporten, rapporterer 787 brugere, svarende til 77 pct., at de har haft psykiske problemer som depression, angst eller psykose inden for de seneste 3 år. 23 pct. af disse brugere er helt stoffri, mens 77 pct. har taget illegale stoffer eller substitutionsmedicin den seneste måned op til interviewtidspunktet. Regressionsmodellerne viste, at kun brugere, som har oplevet, at de i meget høj grad har modtaget hjælp til deres psykiske problemer, har samme sandsynlighed for at være stoffri som brugere uden sådanne psykiske problemer. Brugere, som har modtaget mindre hjælp til at løse psykiske problemer, har mindre sandsynlighed for at være stoffri, sammenholdt med brugere uden psykiske problemer. Af tabel 6.5 fremgår, at 43 pct. af de brugere, som i meget høj grad har fået hjælp til deres psykiske problemer, er stoffri, mens det tilsvarende kun gør sig gældende for 13 pct. af de brugere, som oplever, at de slet ikke har modtaget tilstrækkelig hjælp. Dette skal ses i sammenhæng med, at blot 15 pct. af brugerne med psykiske problemer har svaret, at de i meget høj grad har modtaget hjælp til deres psykiske problemer, mens 37 pct. oplever, at de slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp.

TABEL 6.5

Brugernes angivelse af, om de er stoffri, fordelt efter i hvilken grad brugeren har fået den hjælp til sine psykiske problemer de seneste 3 år, som brugeren har haft brug for. Procent.

	Har taget stoffer eller substitutions- medicin	Er helt stoffri	I alt procent	I alt antal
Har ikke haft psykiske pro- blemer	64	36	100	473
1 – Slet ikke	87	13	100	286
2	79	21	100	146
3	80	20	100	110
4	64	36	100	113
5 – I meget høj grad	58	43	100	120
I alt	72	28	100	1248

Anm.: $\chi^2 = 73$, $P = 0,000$.

Også de brugere, som har modtaget en behandling, som hjælper til at forbedre brugerens sociale netværk, har en højere sandsynlighed for at være stoffri ifølge regressionsmodellerne. Tabel 6.6. viser, at 21 pct. af de brugere, som mener, at behandlingen slet ikke har hjulpet dem til et bedre socialt netværk, er blevet stoffri, mens andelen af stoffri blandt brugere, som mener, at behandlingen i meget høj grad har forbedret deres sociale netværk, er 43 pct.

TABEL 6.6

Brugernes angivelse af, om de er stoffri, fordelt efter i hvilken grad behandlingen har hjulpet brugeren til et bedre socialt netværk. Procent.

	Har taget stoffer eller substitutions- medicin	Er helt stoffri	I alt procent	I alt antal
1 – Slet ikke	79	21	100	521
2	78	23	100	160
3	69	31	100	186
4	64	36	100	159
5 – I meget høj grad	57	43	100	197
I alt	879	344	100	1.223

Anm.: $\chi^2 = 44$, $P = 0,000$.

Af regressionsanalyserne fremgik, at brugere, som har været i behandlingsforløb, hvor der fokuseres på årsagerne til stofmisbruget, har større sandsynlighed for at være stoffri, end dem, der har været i behandlingsforløb, hvor der ikke fokuseres på årsagerne til stofmisbruget. Dette afspejles også i tabel 6.7. 51 pct. af dem, som har været i behandlingsforløb, som i meget høj fokuserede på årsagerne til misbruget, er blevet stoffri, mens den tilsvarende procentandel er 15 for brugere, som har været i behandlingsforløb uden fokus på årsagerne.

TABEL 6.7

Brugernes angivelse af, om de er stoffri, fordelt efter i hvilken grad behandlingen har fokuseret på årsagerne til stofmisbruget. Procent.

	Har taget stoffer eller substitutions- medicin	Er helt stoffri	I alt procent	I alt antal
1 – Slet ikke	85	15	100	455
2	80	20	100	216
3	66	34	100	197
4	56	44	100	151
5 – I meget høj grad	49	51	100	200
I alt	72	29	100	1.219

Anm.: $\chi^2 = 120$, $P = 0,000$.

Model 2 og 3 viste en signifikant negativ sammenhæng mellem at have modtaget andre typer af behandlersamtaler end psykolog-/psykiater-samtaler og stoffrihed. Som vist i tabel 6.8, har langt de fleste brugere haft behandlersamtaler inden for de seneste 3 år, og resultaterne fra regressionsmodellerne kan således være udtryk for, at der blandt den mindre gruppe, som ikke har fået behandlersamtaler, er særskilt mange ressourcestærke brugere. Blandt de brugere, som ikke har modtaget behandlingssamtaler, er 34 pct. stoffri på interviewtidspunktet, mens den tilsvarende procentandel er 26 for brugere, som har modtaget samtaler af den art.

TABEL 6.8

Brugernes angivelse af, om de er stoffri, fordelt på om brugeren har haft samtaler i enrum med andet personale som fx behandler, kontaktperson, socialpædagog eller lignende inden for de seneste 3 år. Procent.

	Har taget stoffer eller substitutionsmedicin	Er helt stoffri	I alt procent	I alt antal
Nej	66	34	100	411
Ja	75	26	100	847
I alt	72	28	100	1.258

Anm.: $\chi^2 = 11$, $P = 0,001$.

Endelig viste analysens sidste model, at der er signifikant sammenhæng mellem foretrukket illegalt stof en måned før seneste behandlingsstart og sandsynligheden for at være stoffri, når man tager højde for behandlingstyper, behandlingsintensitet, helhedsorienterede indsatser og en række baggrundskarakteristika. Brugere, som havde opiater som foretrukket stof den seneste måned inden behandling, har signifikant ringere sandsynlighed for at være stoffri end brugere, der havde et blandingsmisbrug, eller som især foretrak henholdsvis centralstimulerende stoffer, hash, benzodiazepiner/andet. Tendensen ses også i tabel 6.9, som viser, at kun 13 pct. af opiatmisbrugerne er stoffri, mens halvdelen af dem, som foretrak centralstimulerende stoffer, er stoffri.

TABEL 6.9

Brugernes angivelse af, om de er stoffri, fordelt på brugerens foretrukne stof, før brugeren sidste gang startede i behandling. Procent.

	Har taget stoffer eller substitutionsmedicin	Er helt stoffri	I alt procent	I alt antal
Opiater	87	13	100	561
Opiater/blandingsmisbrug	74	26	100	147
Centralstimulerende stoffer	50	50	100	248

lerende stoffer				
Hash	59	41	100	219
Benzodiazepi- ner og andet	59	41	100	54
I alt	72	28	100	1.229

Anm.: $\chi^2 = 141$, $P = 0,000$.

BRUG AF ILLEGALE STOFFER

I det forrige afsnit undersøgte vi karakteristika ved brugerne og deres behandling for brugere, som er blevet helt stoffri. Hovedmålsætningen for stofmisbrugsbehandlingen er, at brugerne skal hjælpes til at blive stoffri, men i en forståelse af, at dette ikke er muligt for alle brugere, er der samtidig et stærkt fokus på skadesreducerende tiltag i behandlingen². Et centralt værktøj i den skadesreducerende tilgang er substitutionsbehandling, som har til formål at erstatte brugerens forbrug af illegale stoffer og dermed mindske de skadesvirkninger, som følger af brug af illegale stoffer. Det er derfor interessant at undersøge, hvilke behandlingsformer de brugere, som ikke tager illegale stoffer, har modtaget og disse brugeres øvrige karakteristika. Af figur 6.2 fremgik det, at 48 pct. af brugerne har svaret, at de ikke har taget illegale stoffer den seneste måned.

I tabel 6.10 præsenterer vi tre modeller for sandsynligheden for, at brugeren ikke har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet³. I den første model inkluderes en række variable om brugeren og den behandling, brugeren har fået for sit stofmisbrug de seneste 3 år. I den følgende model inkluderer vi disse variable samt variable, som beskriver den helhedsorienterede indsats, brugeren har fået de seneste 3 år og tilgangen i behandlingen generelt. Den sidste model indeholder samme variable, dog med undtagelse af en indikator for, om brugeren har været til et NA-møde, idet NA-møder primært henvender sig til brugere, som allerede er stoffri. Modellerne viser sandsynligheden for, at brugerne ikke har taget illegale stoffer den seneste måned.

2. Se Delrapport 3: Behandlingstilbud, tilgange og metoder i den sociale stofmisbrugsbehandling.

3. Det er kun odds ratioer og signifikansniveauer, som rapporteres i tabellen, mens betakoefficienter og standardfejl kan findes i modeller i appendikset.

TABEL 6.10

Logistisk regression af, om brugerne ikke har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet.

	Model 4 Odds ratio		Model 5 Odds ratio		Model 6 Odds ratio	
Kvinde	1,593	**	1,507	**	1,660	**
Alder		*		*		
-24 år	Ref.		Ref.			
25-34 år	0,914		1,067			
35-44 år	0,733		0,792			
45- år	1,284		1,388			
Familietype		***		***		***
Enlig uden børn	Ref.		Ref.		Ref.	
Enlig med hjemmeboende børn	1,419		1,441		1,487	
Samlevende uden hjemmeboende børn	1,041		1,109		1,043	
Samlevende og har hjemmeboende børn	3,808	***	3,382	***	3,234	***
Uddannelse		*				*
Højst 10. klasse	Ref.				Ref.	
Gymnasial uddannelse	0,990				0,905	
Faglig uddannelse	1,661	**			1,585	**
Videregående uddannelse	1,449				1,657	
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	0,668	**	0,695	*	0,735	*
Behandlingsintensitet		*				*
Ad hoc	Ref.				Ref.	
Ambulant	0,938				0,874	
Dag	0,526	**			0,520	**
Døgn	0,732				0,693	
Substitutionsbehandling	0,454	***	0,555	**	0,497	***
Stoffri behandlingsmålsætning	0,718		0,893		0,602	
Behandlingsintensitet * Stoffri behandlingsmålsætning		*				*
Ad hoc* Stoffri behandlingsmålsætning	Ref.				Ref.	
Ambulant * Stoffri behandlingsmålsætning	0,844				0,972	
Dag * Stoffri behandlingsmålsætning	1,840				2,041	
Døgn * Stoffri behandlingsmålsætning	2,237				2,718	*
Substitutionsbehandling * Stoffri behandlingsmålsætning	1,762	*	2,053	**	1,908	*

Har psykiske problemer	0,557	***	-		
Hjælp til psykiske problemer	-			***	**
Havde ingen psykiske problemer			Ref.	Ref.	
1 – Slet ikke			0,504	***	0,468 ***
2			0,494	**	0,579 *
3			0,810		0,815
4			0,679		0,638
5 – I meget høj grad			1,105		1,039
Om behandlingen har hjulpet med bedre socialt netværk	-			***	***
1 – Slet ikke			Ref.	Ref.	
2			0,873		0,917
3			0,991		1,060
4			1,815	**	1,894 **
5 – I meget høj grad			2,153	***	2,367 ***
Brugt væresteder	-		0,578	***	0,643 **
Har deltaget i NA-møde	-		1,778	**	-
Har været i aktivering	-		0,716	*	0,693 *
Konstant	2,143	**	1,406		1,748 *
N	1.165		1.190		1.121

Anm: * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$. Model 4: Reduceret model med baggrundsvariable, behandlingsvariabel og interaktion mellem disse, og om brugeren har været i behandlingsforløb de seneste 3 år, hvor formålet var, at vedkommende skulle blive stoffri. Model 5: Som model 4 tilføjet indikatorer for behandlingstilgang og den hjælp, brugerne har modtaget for deres problemer ud over stofmisbrug samt støttetilbud. Model 6: Som model 5, dog uden indikator for, om brugeren har været til NA-møde inden for de seneste 3 år.

Model 4 viser, at brugere, som har været i substitutionsbehandling, har markant større sandsynlighed for at have taget illegale stoffer den seneste måned end brugere, der ikke har været i substitutionsbehandling. For brugere, som har været i stofmisbrugsbehandling, hvor målsætningen var at gøre brugeren stoffri, dvs. hverken tage illegale stoffer eller substitutionsmedicin, er sammenhængen dog væsentligt mindre. Det er altså særligt brugere, som har fået substitutionsbehandling, uden det har været meningen, at de på et tidspunkt skulle blive stoffri, som har taget illegale stoffer.

Modellen viser samtidig, at for brugere, som har været i behandling, hvor formålet var, at de skulle blive stoffri, er der en positiv sammenhæng mellem at have været i døgnbehandling og ikke have taget illegale stoffer. For brugere, som har været i behandling med henblik på stoffrihed, er der derimod ikke nogen signifikant forskel på sandsynligheden for at have taget illegale stoffer, alt efter om brugeren maksimalt

har modtaget ad hoc-ydelser, ambulant behandling, eller dagbehandling. For brugere i behandlingsforløb, hvor de skal blive helt stoffri, er der således en klar tendens til, at brugere, som har været i døgnbehandling, har mindre risiko for at have taget illegale stoffer den seneste måned.

For brugere, som ikke har været i behandlingsforløb med målsætningen om stoffrihed, er der ikke forskel på sandsynligheden for, at brugeren har taget illegale stoffer, alt efter om de maksimalt har modtaget ad hoc-ydelser, ambulant behandling eller døgnbehandling. Der er dog en tendens til, at disse brugere har større sandsynlighed for at have taget illegale stoffer, hvis de har været i dagbehandling.

Disse forskelle er sandsynligvis et udtryk for, at der findes flere forskellige typer dag- og døgnbehandling. Dag- og døgnbehandlingstilbud, som primært fokuserer på at give brugerne stabilitet og omsorg i hverdagen, vil således ofte have meget mindre fokus på at begrænse brugen af illegale stoffer end dag- og døgnbehandlingstilbud, hvor formålet er, at brugerne skal blive stoffri.

Der er desuden en tendens til, at kvinder har en mindre sandsynlighed end mænd for at have taget illegale stoffer, når der tages højde for de øvrige variable i analysen. Enlige brugere med børn har noget større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer end enlige uden børn, mens samlevende, som har hjemmeboende børn har meget større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer. Også brugere med en faglig uddannelse har en større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer, og brugere, som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, har en signifikant mindre sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer. Derudover har brugere, der har haft alvorlige psykiske problemer, som de har haft brug for hjælp til det seneste år, noget mindre sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer.

Der er derimod ikke nogen signifikant sammenhæng med de øvrige behandlingsvariable, dvs. om brugerne har modtaget psykologsamtaler, samtaler med andet personale, gruppebehandling eller har deltaget i fritidsaktiviteter, og om brugeren har taget illegale stoffer den seneste måned. At sådanne sammenhænge ikke findes, kan skyldes, at indikatoren for, om brugerne har fået en sådan behandling, er forholdsvis upræcis, idet der ikke skelnes mellem, om brugerne har fået fx én psykologsamtale eller har fået sådanne samtaler hver uge i 1 år. Det kan ikke udelukkes, at en sammenhæng mellem, om brugeren har taget illegale stof-

fer, og disse behandlingstyper ville findes med mere detaljerede informationer.

Med hensyn til baggrundsvariablene er der ingen signifikant sammenhæng mellem, om brugere har taget illegale stoffer og brugerens etnicitet, indkomsttype, hovedstof, behandlingstid, om brugeren har været anbragt som barn, har en ubetinget straf, har været indlagt, eller om brugerens forældre er misbrugere eller psykisk syge, samt bytype i 2006.

I model 5 har vi ud over variablene fra model 4 inkluderet en række variable, som beskriver, hvilken indsats brugerne de seneste 3 år har fået for deres problemer ud over misbrug. I denne model er der også en klar tendens til, at brugere, som har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at have taget illegale stoffer, hvis brugeren ikke har været i behandlingsforløb, hvor det var meningen, at vedkommende skulle blive stoffri. For brugere, som har været i sådanne behandlingsforløb, er der derimod en lille tendens til, at de har en mindre sandsynlighed for at have taget illegale stoffer, hvis brugerne har fået substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år. For brugere, som har modtaget behandling med et mål om stoffrihed, hænger substitutionsbehandlingen således ikke sammen med en større sandsynlighed for at tage illegale stoffer, mens der er en sådan sammenhæng for brugere, som ikke har været i behandling, som sigtede mod at gøre dem stoffri. Disse resultater svarer til resultaterne fundet i model 4.

I denne model bliver sammenhængen med behandlingsintensitet insignifikant, hvilket også er tilfældet for de øvrige behandlingsvariable. Tendensen til, at brugere, som har været i døgnbehandling, i mindre grad har taget illegale stoffer, findes således ikke, når der tages højde for indikatorerne for helhedsorienteret indsats i modellen. Der er heller ikke markant forskel mellem model 4 og 5 i forhold til, hvilke baggrundsvariable der bliver signifikante, dog bliver sammenhængen mellem brug af illegale stoffer og uddannelse insignifikant i denne model.

En række variable, som beskriver den helhedsorienterede indsats, bliver signifikante i model 5. Som det blev vist i model 4, er der en klar tendens til, at brugere med psykiske problemer har mindre sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer end brugere uden psykiske problemer. Af model 5 er det dog tydeligt, at hvis brugerne i meget høj grad får den hjælp, de har brug for til deres psykiske problemer, er deres sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer lige så stor, som for

brugere uden psykiske problemer. Dette viser, at en tilstrækkelig indsats over for brugernes psykiske problemer kan være af stor betydning for brugernes chancer for at stoppe forbruget af illegale stoffer.

På samme måde har det stor betydning for, om brugerne tager illegale stoffer, om behandlingen har hjulpet brugerne til et bedre socialt netværk. Brugere, hvor behandlingen i meget høj grad har hjulpet dem til et bedre socialt netværk, har således markant større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer end brugere, hvor behandlingen slet ikke har hjulpet dem til et bedre netværk. Hvis formålet med stofmisbrugsbehandlingen er at begrænse brugen af illegale stoffer, er det således vigtigt med en aktiv indsats for at hjælpe brugerne til et bedre netværk.

Derudover er der en tendens til, at brugere, som har brugt væresteder eller har været i aktivering, har mindre sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer, mens brugere, som har været til NA-møder inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer. Disse sammenhænge kan dog skyldes selektionseffekter, idet det er bestemte typer brugere, som benytter disse tilbud og kommer i aktivering. Dette er særligt sandsynligt med hensyn til NA. Som tidligere beskrevet henvender de fleste NA-møder sig primært til stoffri brugere, som ønsker at fastholde stoffriheden. Brugere, som tager illegale stoffer, har således mange steder ikke mulighed for at komme til NA-møder. Derfor rapporteres også model 6, hvor indikatoren for, om brugeren har været til NA-møde, ikke indgår, men hvor alle øvrige variable fra model 5 indgår.

Når NA-møder udelades af analysen i model 6, er sammenhængen mellem substitutionsbehandling, og om brugerne har taget illegale stoffer, den samme som i model 4 og 5, dvs. at der er en tendens til, at brugere, som ikke har været i behandling med henblik på stoffrihed og har fået substitutionsbehandling, i højere grad har taget illegale stoffer. Behandlingsintensiteten har dog i modsætning til i model 5 en signifikant sammenhæng med brugen af illegale stoffer. Brugere, som har været i døgnbehandling og har været i behandlingsforløb, hvor målet var, at de skulle blive stoffri, har således en mindre sandsynlighed for at have taget illegale stoffer. Sammenhængen med indikatorerne for helhedsorienteret indsats og med baggrundsvariablene er desuden den samme som i de forrige modeller, om end der ikke er nogen signifikant sammenhæng med alder, men med uddannelse. Der er desuden hverken i model 5 eller

6 nogen signifikant sammenhæng med den hjælp, brugerne har fået til fysiske problemer, boligproblemer, økonomiske problemer eller problemer med børn, ligesom der ikke er nogen signifikant sammenhæng med, om behandling har fokuseret på årsagerne til misbruget eller på tilbagefaldsforebyggelse.

Stofmisbrugsbehandlingen og den helhedsorienterede behandlingsindsats har således betydning for sandsynligheden for, at brugerne ikke har taget illegale stoffer den seneste måned. For brugere, som har været i behandling, hvor formålet var, at de skulle blive stoffri, er der således en tendens til, at brugere, som har fået døgnbehandling, har en større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer, mens der ikke for denne gruppe er nogen forskel, alt efter om brugeren har været i substitutionsbehandling. For brugere, som ikke har været i behandlingsforløb, som sigter mod at gøre brugeren stoffri, er der derimod en tendens til, at brugere, som har fået dagbehandling eller substitutionsbehandling, har mindre sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer. I forhold til brugernes øvrige problemer er der særligt en tendens til, at jo højere grad brugerne har fået hjælp til psykiske problemer og til at skabe gode sociale netværk, jo mindre er sandsynligheden for, at de har taget illegale stoffer.

I det følgende beskrives de bivariate sammenhænge mellem, om brugerne har taget illegale stoffer den seneste måned, og en række indikatorer for, hvilken behandling og helhedsorienteret indsats brugerne har modtaget.

Tabel 6.11 viser, at 54 pct. af brugerne, som har været i døgnbehandling inden for de seneste 3 år, ikke har taget illegale stoffer den seneste måned, mod 49 pct. af brugerne, som maksimalt har modtaget ad hoc-ydelser eller ambulant behandling. Dette er tilfældet for 42 pct. af brugerne i dagbehandling. Regressionsmodellerne viste, at det særligt er brugere, der har været i dagbehandling, som ikke sigtede mod stoffrihed, der tager illegale stoffer. En del kommuner har værestedstilbud med behandlere tilknyttet som et tilbud til de mest udsatte brugere, hvor fokus primært er på omsorg og stabilitet og ikke at gøre brugerne stoffri. Selvom sådanne tilbud ikke kan karakteriseres som dagbehandling ifølge Servicestyrelsens definitioner, kan brugerne have opfattet disse tilbud som dagbehandling, hvis de kommer der tre gange om ugen eller mere. Det er således vigtigt at pointere, at blandt de brugere, som har været i et

stoffrit forløb, er der ikke en tendens til, at en større andel af brugerne, der har været i dagbehandling, tager illegale stoffer.

TABEL 6.11

Brugernes angivelse af, om de har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet, fordelt på for den maksimale behandlingsintensitet, som brugeren har modtaget de seneste 3 år. Procent.

	Har ikke taget illegale stoffer	Har taget illegale stoffer	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	49	51	100	358
Ambulant	49	51	100	262
Dag	42	58	100	319
Døgn	54	46	100	320
I alt	49	51	100	1.259

Anm.: $\chi^2 = 9$, $P = 0,030$.

Som det også fremgik af regressionsmodellerne, har brugere, som har fået substitutionsmedicin, en væsentligt mindre sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer den seneste måned. Det er således 43 pct. af brugerne, som har været i substitutionsbehandling, der ikke har taget illegale stoffer den seneste måned mod 58 pct. af brugerne, som ikke har været i substitutionsbehandling. Dette tyder på, at substitutionsbehandlingen begrænser brugen af illegale stoffer, men at der samtidig er en stor del af brugerne, som har fået en sådan behandling, der jævnligt tager illegale stoffer. Hvis substitutionsbehandlingen er en del af et behandlingsforløb, som har som sigte at gøre brugerne stoffri, er der dog ikke nogen tendens til, at denne behandling medfører en større sandsynlighed for at have taget illegale stoffer. Det er således brugere i mere stabiliserende substitutionsbehandling, som har større sandsynlighed for at tage illegale stoffer.

TABEL 6.12

Brugernes angivelse af, om de har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet, fordelt på om brugeren har modtaget substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år. Procent.

	Har ikke taget illegale stoffer	Har taget illegale stoffer	I alt procent	I alt antal
Har ikke modtaget substitutionsbehandling	57	43	100	561
Har modtaget substitutionsbehandling	42	58	100	698
I alt	49	51	100	1.259

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

Tabel 6.13 viser, at 57 pct. af brugerne, som ikke har haft psykiske problemer de seneste 3 år, ikke har taget illegale stoffer mod 35 pct. af brugerne, som slet ikke har fået den hjælp, de havde brug for til deres psykiske problemer. Tabellen viser samtidig, at der er en mindre andel, som har taget illegale stoffer, jo højere grad brugerne har fået den hjælp til psykiske problemer, som de havde brug for. Blandt brugere, som i meget høj grad har fået den hjælp, de havde brug for, er der således 63 pct., som ikke har taget illegale stoffer den seneste måned. Tidligere analyser har vist, at det langt fra er alle brugere, der har psykiske problemer, som får hjælp til disse problemer. Resultaterne her tyder på, at en forbedring af denne hjælp har potentiale til at reducere brugen af illegale stoffer blandt stofmisbrugere i behandling.

TABEL 6.13

Brugernes angivelse af, om de har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet, fordelt på i hvilken grad brugeren har fået den hjælp til sine psykiske problemer, som brugeren havde brug for inden for de seneste 3 år. Procent.

	Har ikke taget illegale stoffer	Har taget illegale stoffer	I alt procent	I alt antal
Har ikke haft psykiske problemer	57	43	100	473
1 – Slet ikke	35	65	100	286
2	38	62	100	146
3	47	53	100	110
4	49	51	100	113
5 – I meget høj grad	63	38	100	120
I alt	49	51	100	1.248

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

Det samme gør sig gældende i forhold til brugernes sociale netværk, hvor andelen af brugere, som ikke har taget illegale stoffer, er højere, i jo højere grad behandlingen har hjulpet brugerne til et bedre socialt netværk. Det er således 41 pct. af brugerne, hvor behandlingen slet ikke har hjulpet dem til et bedre netværk, mod 66 pct. af brugerne, hvor behandlingen i meget høj grad har hjulpet dem til et bedre netværk, som ikke har taget illegale stoffer den seneste måned. Særligt for brugere, som har været i behandlingsforløb med henblik på at gøre brugeren stoffri, er det vigtigt at få hjælp til at skabe et nyt netværk uden for misbrugsmiljøet. Blandt brugere, som har været i behandling, hvor det var meningen, at de skulle blive stoffri, er det således 76 pct. af de brugere, som i meget høj grad har fået hjælp til et bedre socialt netværk, som ikke har taget illegale stoffer, mod 44 pct. af de brugere, som slet ikke har fået denne hjælp. Tendensen findes også for brugere, som ikke har været i behandlingsforløb med henblik på at gøre brugeren stoffri, men her er tendensen mere begrænset. Dette harmonerer med behandlingslederens beskrivelser af, at tilbagefald ofte sker, når brugerne har afsluttet den intensive behandling uden at have et alternativ til sine netværk i misbrugsmiljøet og derfor

føler sig ensomme derhjemme.⁴ I den situation bliver nogle fristet til at kontakte gamle venner fra misbrugsmiljøet, hvilket ofte vil resultere i et tilbagefald. I forsøget på at begrænse brugen af illegale stoffer er det således centralt, at brugerne gives støtte til at danne nye netværk.

TABEL 6.14

Brugernes angivelse af, om de har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet, fordelt på i hvilken grad behandlingen har hjulpet brugeren til et bedre socialt netværk. Procent.

	Har ikke taget illegale stoffer	Har taget illegale stoffer	I alt procent	I alt antal
1 – Slet ikke	41	59	100	521
2	40	60	100	160
3	47	53	100	186
4	60	40	100	159
5 – I meget høj grad	66	34	100	197
I alt	48	52	100	1.223

Anm.: $\chi^2 = 48$, $P = 0,000$.

Tabel 6.15 viser, at en større andel brugere, som har brugt væresteder inden for de seneste 3 år, har taget illegale stoffer den seneste måned. Det er således 61 pct. af brugerne, som har brugt væresteder, mod 46 pct. af brugerne, som ikke har brugt væresteder, der har taget illegale stoffer. I delrapport 1 (De frivillige organisationers perspektiv) bliver det beskrevet, at værestedernes brugergruppe er de mest udsatte stofmisbrugere, hvilket må forventes at inkludere brugere, som har et misbrug af illegale stoffer. Forskellen kan således skyldes, at brugere, som ønsker at blive stoffri, ikke benytter værestederne i samme grad, og at der derfor blandt værestedsbrugerne er flere, som har taget illegale stoffer.

4. Se delrapport 4: Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder, kap. 6.

TABEL 6.15

Brugernes angivelse af, om de har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet, fordelt på om brugeren har brugt væresteder inden for de seneste 3 år. Procent.

	Har ikke taget illegale stoffer	Har taget illegale stoffer	I alt procent	I alt antal
Har ikke brugt væresteder	54	46	100	819
Har brugt væresteder	40	61	100	441
I alt	49	51	100	1.260

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

Derimod er der en klar tendens til, at færre brugere, som har været til et NA-møde inden for de seneste 3 år, har taget illegale stoffer den seneste måned. Der er således 58 pct. af disse brugere, som ikke har taget illegale stoffer, mod 42 pct. af brugerne, som ikke har været til et NA-møde. Som tidligere nævnt kan der dog også her være tale om selektionseffekter, idet man ved de fleste NA-møder ikke må have et fortsat misbrug af illegale stoffer. Brugeren skal således de fleste steder som minimum have haft en kortere periode, hvor vedkommende ikke tog illegale stoffer, for at have været til NA-møder.

Regressionerne viste desuden en tendens til, at sandsynligheden for ikke at have taget illegale stoffer er mindre for brugere, som har været i aktivering inden for de seneste 3 år. Sammenhængen er dog ikke signifikant i en bivariat analyse. Også her kan der i nogen grad være tale om selektionseffekter, idet brugere i arbejde og på pension ikke bliver aktiveret. Det er således en begrænset og specifik del af brugergruppen, som har været i aktivering.

TABEL 6.16

Brugernes angivelse af, om de har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet, fordelt på om brugeren har været til et NA-møde. Procent.

	Har ikke taget illegale stoffer	Har taget illegale stoffer	I alt procent	I alt antal
Har ikke været til NA-møde	45	55	100	951
Har været til NA-møde	58	42	100	307
I alt	49	51	100	1.258

Anm.: $\chi^2 = 15$, $P = 0,000$.

TABEL 6.17

Brugernes angivelse af, om de har taget illegale stoffer den seneste måned inden interviewet, fordelt på om brugeren har været i aktivering inden for de seneste 3 år. Procent.

	Har ikke taget illegale stoffer	Har taget illegale stoffer	I alt procent	I alt antal
Har ikke været i aktivering	50	50	100	980
Har været i aktivering	45	55	100	267
I alt	49	51	100	1.247

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

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi beskrevet brugernes stofmisbrug i på interviewtidspunktet i 2008/2009. Derudover har vi undersøgt sammenhængen mellem, om brugeren er blevet helt stoffri og karakteristika ved brugeren, dennes stofmisbrugsbehandling og den øvrige hjælp, brugeren har fået til sine problemer de seneste tre år. Vi har desuden undersøgt en tilsvarende sammenhæng mellem, om brugeren har taget illegale stoffer og karakteristika ved brugeren, behandlingen og den øvrige indsats.

28 pct. af brugerne i undersøgelsen er helt stoffri, dvs. at de hverken har taget illegale stoffer eller substitutionsmedicin. 20 pct. har taget substitutionsmedicin, men ingen illegale stoffer, mens 17 pct. kun

har taget illegale stoffer, og 34 pct. har taget både illegale stoffer og substitutionsmedicin. Der er således 28 pct. helt stoffri brugere og 48 pct., som ikke har taget illegale stoffer den seneste måned.

STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN

Analyserne viser, at brugere, som har været i døgnbehandling, har en større sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som højest har modtaget ambulant behandling eller dagbehandling. Der er også en sammenhæng mellem den højeste modtagne behandlingsintensitet, og om brugeren har taget illegale stoffer den seneste måned. For brugere, som har været i behandlingsforløb, hvor det var meningen, at de skulle blive stoffri, er der en større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer, hvis de har været i døgnbehandling, end hvis de højest har modtaget dagbehandling, ambulant behandling eller ad hoc-ydelser. For brugere, som ikke har været i behandlingsforløb, hvor det var formålet, at de skulle blive stoffri, er der ikke en sammenhæng mellem døgnbehandling, og om brugeren har taget illegale stoffer. For disse brugere er der derimod en tendens til, at brugere, som har fået dagbehandling, i højere grad har taget illegale stoffer. Denne forskel med dagbehandling skyldes sandsynligvis, at nogle kommuner har omsorgstilbud med tilknyttede behandlere, hvor brugerne kan komme hver dag, og brugerne i disse tilfælde opfatter dette som dagbehandling, selvom der ikke er tale om intensive dagbehandlingstilbud. Sådanne tilbud har oftest ikke et fokus på stoffrihed og medvirker således ikke nødvendigvis til reduktion af brugen af illegale stoffer. Der er en generel tendens til, at brugere, som har været i døgnbehandling, i højere grad er helt stoffri og dermed i mindre grad tager illegale stoffer.

Analyserne viser en klar sammenhæng mellem, om brugerne har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, og om brugeren er stoffri eller ikke har taget illegale stoffer den seneste måned op til interviewtidspunktet. Effekten er dog forskellig, alt efter om brugerne har været i behandlingsforløb, hvor formålet var, at vedkommende skulle blive stoffri. For brugere, som har været i sådanne stoffri behandlingsforløb, er der en lille tendens til, at substitutionsbehandling hænger sammen med mindre sandsynlighed for, at brugeren er stoffri, men ingen sammenhæng med, om brugeren har taget illegale stoffer. For brugere, som ikke har været i behandlingsforløb, som har som målsætning at gøre brugeren stoffri, er der derimod en klar tendens til, at substitutionsbe-

handling inden for de seneste 3 år hænger sammen med mindre sandsynlighed for at være stoffri og større sandsynlighed for at have taget illegale stoffer. Dette tyder på, at substitutionsbehandlingen i nogen grad mindsker brugen af illegale stoffer, mens den kun i meget få tilfælde efterfølgende fører til, at brugeren bliver stoffri, forstået som at brugeren hverken tager illegale stoffer eller substitutionsmedicin. Det er således kun 9 pct. af de brugere, som har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, som er helt stoffri.

I modellerne har vi kontrolleret for en række karakteristika ved brugerne, men det kan ikke udelukkes, at sammenhængen til dels skyldes, at brugere, som kommer i substitutionsbehandling, har særlige karakteristika, som disse variable ikke fanger. I udgangspunktet er det de svageste brugere, som tilbydes substitutionsbehandling, og det er derfor muligt, at substitutionsbehandling primært tilbydes brugere, som ikke kan blive stoffri. Det er dog også muligt, at sammenhængen er et udtryk for, at det generelt er svært at blive stoffri, hvis man først har været i substitutionsbehandling. Tidligere undersøgelser har vist, at brugerne opfatter metadon som et svært stof at blive afvænnet fra, og at behandlere, som har substitutionsbrugere i behandling, er skeptiske over for målsætninger om stoffrihed, fordi de frygter, at det medfører stigende sidemisbrug. (Andersen og Järvinen 2009). De opfatter en vekslen mellem stoffrihed og tilbagefald som mere negativ for brugernes psykiske og fysiske tilstand end en stabil tilværelse i substitutionsbehandling. Dette kan også være en medvirkende årsag til, at brugere, som har modtaget substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, har meget mindre sandsynlighed for at blive stoffri, når stoffrihed defineres sådan, at brugere i substitutionsbehandling ikke er stoffri.

Hvis man tager højde for den hjælp, brugerne har fået til deres øvrige problemer, og i hvor høj grad behandlingen har fokuseret på årsagerne til misbruget, er der en tendens til, at brugere, som har fået samtaler med behandlere, som ikke er psykologer, har mindre sandsynlighed for at blive stoffri. Da de fleste brugere har fået sådanne samtaler, er forklaringen formentlig, at der findes nogle få ressourcestærke brugere, som er blevet stoffri uden sådanne samtaler med behandlere.

Der er desuden en tendens til, at sandsynligheden for at være stoffri er større, jo mere behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget. En tilsvarende forskel findes dog ikke i forhold til sandsynligheden for, at brugerne ikke har taget illegale stoffer den seneste måned.

Hvorvidt brugeren har været i gruppebehandling, har fået psyko-log samtaler eller har deltaget i fritidsaktiviteter har ingen signifikant sammenhæng med hverken stoffrihed eller brug af illegale stoffer. Der skal her tages forbehold for, at brugerne i spørgeskemaet er blevet spurgt, hvilke typer behandling de har modtaget de seneste 3 år. I analyserne indgår således ikke indikatorer for, hvor intensivt eller hvor længe brugerne har fået disse behandlinger, og det er således muligt, at der kan findes en effekt af disse med et datamateriale, som inkluderer mere detaljerede oplysninger om forløbet.

HELHEDSORIENTERET INDSATS

Ud over stofmisbrug har en stor del af brugerne problemer på andre områder, som de har brug for hjælp til. Dette kan være problemer med økonomi, uddannelse eller forsørgelse, fysisk helbred, psykiske problemer eller problemer med børn eller kriminalitet. Behandlingen af stofmisbrugere skal ifølge vejledning 4 til Serviceloven omfatte hjælp til sådanne problemer, således at brugerne modtager en helhedsorienteret indsats. I analyserne er derfor inkluderet en række indikatorer for, om brugeren har haft sådanne problemer, og i hvilket omfang brugeren har fået hjælp til disse problemer.

Her er der en stærk sammenhæng mellem den hjælp, brugerne har fået til deres psykiske problemer og til at få et bedre socialt netværk, og sandsynligheden for, at de er helt stoffri eller ikke har taget illegale stoffer. Analyserne viser, at brugere, som har haft psykiske problemer de seneste 3 år, generelt har en mindre sandsynlighed for at blive helt stoffri eller ikke tage illegale stoffer. Brugere, som i meget høj grad har modtaget den hjælp, de havde brug for til disse psykiske problemer, er dog ikke signifikant forskellige fra brugere, som slet ikke har haft sådanne problemer med hensyn til sandsynligheden for at blive helt stoffri eller ikke tage illegale stoffer. Den negative sammenhæng mellem at have psykiske problemer og sandsynligheden for at blive stoffri aftager desuden jævnt i jo højere grad, brugeren har fået den hjælp, som brugeren havde brug for til sine psykiske problemer. Dette tyder på, at en øget hjælp til brugernes psykiske problemer øger sandsynligheden for, at vedkommende kan blive stoffri eller ophøre sit forbrug af illegale stoffer.

På samme måde er der en tendens til, at i jo højere grad behandlingen har hjulpet brugeren til et bedre socialt netværk, jo større er sand-

synligheden for, at brugeren er helt stoffri eller ikke tager illegale stoffer på interviewtidspunktet.

Der er desuden en tendens til, at sandsynligheden for både at være stoffri og ikke have taget illegale stoffer er større for brugere, som har været til NA-møder inden for de seneste 3 år. De fleste NA-møder henvender sig dog primært til brugere, som er blevet stoffri, og som søger støtte til at fastholde denne stoffrihed. Det er derfor muligt, at sammenhængen skyldes, at mange brugere, som er blevet stoffri, kommer til NA-møder. Der er desuden en tendens til, at brugere, som har boet i udslusningsbolig, har større sandsynlighed for at være stoffri. Brugere, som har benyttet væresteder inden for de seneste 3 år, har desuden en mindre sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer. Her kan der dog være tale om, at værestederne henvender sig til de mest udsatte brugere, som også har større sandsynlighed for at tage illegale stoffer. Der er desuden en lille tendens til, at brugere, som har været i aktivering, i højere grad tager illegale stoffer, men dette skyldes sandsynligvis selektionseffekter, idet det kun er den del af brugergruppen, som er på kon-tanthjælp mv., der kan blive sendt i aktivering.

KARAKTERISTIKA VED BRUGERNE

Kun relativt få karakteristika ved brugeren hænger sammen med, om brugeren er stoffri eller ikke har taget illegale stoffer. Der er dog en sammenhæng med køn, alder, uddannelse, indkomsttype, familietype, om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, brugerens hovedstof, om brugeren har været anbragt som barn, og om brugerens forældre er misbrugere eller psykisk syge.

Kvinder har således større sandsynlighed for både at være stoffri og ikke at have taget illegale stoffer den seneste måned end mænd. Brugere, som lever i et parforhold med hjemmeboende børn, har også væsentligt større sandsynlighed for at være stoffri eller ikke tage illegale stoffer. Dette er sandsynligvis et udtryk for, at brugere, som er i stand til at opretholde et parforhold og have hjemmeboende børn, er mere ressourcestærke end gennemsnittet og derfor lettere kan blive stoffri og ophøre brug af illegale stoffer. Der kan også være en tendens til, at disse brugere er mere motiverede for at blive stoffri på grund af hensynet til børnene. Derudover er der en tendens til, at brugere, som har taget en faglig eller videregående uddannelse, har større sandsynlighed for at være stoffri og for ikke at tage illegale stoffer. Her er der sandsynligvis også

tale om de mere ressourcestærke brugere, som har formået at færdiggøre en kompetencegivende uddannelse.

Brugere, som tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, har mindre sandsynlighed for at være stoffri og for ikke at have taget illegale stoffer. Tendensen er dog ikke stærk.

Der er en lille tendens til, at det i højere grad er de yngste og ældste brugere, som ikke tager illegale stoffer. Hvis man tager højde for den hjælp, brugerne har fået til deres problemer ud over misbrug, er der desuden en tendens til, at misbrugere af centralstimulerende stoffer har en større sandsynlighed for at blive stoffri end opiat- og hashmisbrugere. Brugere, som har været anbragt som barn, har en mindre sandsynlighed for at blive stoffri. Denne sammenhæng bliver dog ikke signifikant, hvis man tager højde for den hjælp, brugerne har fået til deres problemer ud over stofmisbrug. Her er en lille tendens til, at brugere, hvis forældre er misbrugere eller psykisk syge, har mindre sandsynlighed for at være stoffri.

BRUGERNES LIVSSITUATION I DAG

Ifølge Vejledning 4 til Serviceloven er formålet med den sociale indsats på voksenområdet at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder, ligesom indsatsen bør sigte mod at forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje. Tilbuddene skal være sammenhængende og helhedsorienterede, og det skal tilstræbes, at det samlede tilbud bidrager til at give den enkelte en mere selvstændig tilværelse med respekt for den enkeltes ønsker, behov og muligheder for livsudfoldelse.

Behandlingen bør ifølge vejledningen bl.a. indbefatte:

- Hjælp til løsning af afhængighedsproblemet
- Hjælp til løsning af psykiske og følelsesmæssige problemer
- Hjælp til diverse konkrete ydelser og støttemuligheder, såsom uddannelse, økonomi, bolig og lignende
- Hjælp til samværet med andre mennesker
- Hjælp til bedring af helbredstilstanden.

Det er således vigtigt ikke udelukkende at vurdere resultaterne af den sociale stofmisbrugsbehandling i forhold til, om brugeren ophører sit

forbrug af illegale stoffer eller bliver helt stoffri. Brugerens sociale situation og helbred er også vigtige parametre i vurderingen af resultaterne af indsatsen for stofmisbrugere.

I dette kapitel belyser vi derfor brugernes øvrige livssituation ud over deres brug af illegale stoffer og substitutionsmedicin. Indledningsvist beskriver vi brugernes uddannelses- og beskæftigelsessituation, og herefter belyser vi brugernes økonomi, sociale relationer, fysiske og psykiske helbred, boligsituation og generelle livskvalitet.

UDDANNELSE OG BESKÆFTIGELSESSITUATION

Brugerens arbejdsmarkeds- og uddannelsesmæssige situation er et vigtigt aspekt i skabelsen af en mere selvstændig tilværelse.

Tabel 7.1 viser brugernes officielle indtægt på interviewtidspunktet. Det fremgår af tabellen, at 24 pct. af brugerne, som var indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006, svarer, at de er i arbejde eller modtager lærlingeløn på interviewtidspunktet, og derudover lever 2 pct. af SU, og 4 pct. er på revalideringsydelse. Det er således 30 pct. af brugerne, som var indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006, som på interviewtidspunktet var i arbejde eller under uddannelse. Som det fremgår af kapitel 3, var det i 2006 26 pct. af brugerne, som var i arbejde eller under uddannelse.

23 pct. af brugerne er kontanthjælpsmodtagere, og 39 pct. lever af førtids- eller invalidepension. Derudover er der 5 pct. af brugerne, som lever af andre overførselsindkomster såsom dagpenge, sygedagpenge eller aktiveringsydelse, mens 2 pct. lever af familie, venner eller partnere eller ikke har nogen officiel indtægt.

TABEL 7.1

Brugerne fordelt efter deres officielle indtægt. Antal og procent.

	Antal	Procent
Arbejde (inkl. lærlingeløn)	305	24
SU/legater	24	2
Arbejdsløshedsdagpenge	27	2
Aktiveringsydelse	10	1
Sygedagpenge	28	2
Kontanthjælp	287	23
Revalideringsydelse	44	4
Førtidspension/invalide-	502	40

pension		
Folkepension	4	0
Anden pension	4	0
Familie/venner/partner	7	1
Har ingen officiel indtægt	8	1
Andet	10	1
Ved ikke	2	0
Uoplyst	13	1
I alt	1.275	100

Brugerne er desuden blevet spurgt, om de skaffer penge på andre måder, hvilket 18 pct. svarer ja til. Det er i interviewet blevet præciseret, at oplysningerne er fortrolige, men det kan ikke afvises, at en større andel reelt skaffer penge ved eksempelvis kriminalitet eller sort arbejde, men ikke har ønsket at afgive sådanne oplysninger. Kun 3 har svaret, at de ikke ønsker at besvare spørgsmålet.

Af tabel 7.2 fremgår det, at 6 pct. af brugerne har svaret, at de ud over deres officielle arbejde skaffer penge ved sort arbejde, 5 pct. har en yderligere indtægt ved stofsalg, og 3 pct. skaffer penge ved berigelses-kriminalitet.

TABEL 7.2

Brugerne fordelt efter, hvilke andre måder de skaffer penge på. Antal og procent.

	Antal	Procent
Familie/venner/partner	35	3
Sort arbejde	81	6
Stofsalg	62	5
Berigelseskriminalitet (tyveri, hæleri, svindel mv.)	42	3
Anden kriminalitet	14	1
Prostitution	5	0
Andet	43	3

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.275 tidligere brugere. Brugerne kan have svaret ja til flere kategorier, og kategorierne er således ikke gensidigt udelukkende.

"Andre måder" henviser til indtægt, som ikke vedrører den officielle indtægt.

Der er desuden 233 brugere, svarende til 18 pct., der har påbegyndt en uddannelse inden for de seneste 3 år.

Som det fremgår af tabel 7.3, har 52 pct. af disse brugere påbegyndt en faglig uddannelse inden for de seneste 3 år, 27 pct. har påbe-

gyndt en videregående uddannelse, mens 11 pct. har påbegyndt en gymnasial uddannelse.

TABEL 7.3

Brugerne fordelt efter, hvilken uddannelse de har påbegyndt inden for de seneste 3 år. Antal og procent.

	Antal	Procent
Højest 10. klasse	14	6
Gymnasial uddannelse	25	11
Faglig uddannelse	120	52
Videregående uddannelse	63	27
Andet	9	4
Ved ikke/vil ikke svare	2	1
I alt	233	100

Man kan forstille sig, at det for nogle brugere kan være vanskeligt at skaffe sig et arbejde med en baggrund som stofmisbruger, selvom brugeren egentligt føler sig i stand til at varetage et arbejde. For at give et mere nuanceret billede af brugernes livssituation er brugerne således også blevet spurgt, om de selv mener, at de er i stand til at varetage et fuldtids- eller deltidsarbejde. Brugernes svar på dette spørgsmål fremgår af tabel 7.4, som viser, at 36 pct. af brugerne på interviewtidspunktet mener, at de kan varetage et fuldtidsarbejde. Derudover mener 18 pct., at de vil være i stand til at varetage et deltidsarbejde eller skånejob på interviewtidspunktet, mens 46 pct. ikke mener, at de vil være i stand til at varetage et arbejde.

De fleste brugere, som er i arbejde eller under uddannelse, mener ikke overraskende, at de vil være i stand til at varetage et arbejde. 28 pct. af brugerne, som modtager kontanthjælp mv., mener, at de vil være i stand til at varetage et fuldtidsarbejde, mens 23 pct. af disse brugere mener, at de ville kunne varetage et deltidsjob eller skånejob. 49 pct. af brugerne på kontanthjælp mv. mener dog ikke, at de vil være i stand til at varetage et arbejde. Dette er også tilfældet for de fleste brugere på førtidspension mv., hvor 78 pct. ikke mener, at de ville kunne varetage et arbejde, og 19 pct. mener, at de ville kunne varetage et deltidsarbejde eller skånejob.

TABEL 7.4

Brugernes vurdering af, om de kan varetage et arbejde, fordelt på indkomsttype på interviewtidspunktet. Procent.

	Ja, et fuldtidsarbejde	Ja, et deltids-/skånejob	Nej, er ikke i stand til at varetage et arbejde	I alt procent	I alt antal
Arbejde/uddannelse	87	10	3	100	371
Kontanthjælp mv.	28	23	49	100	342
Førtidspension mv.	2	19	78	100	503
Andet	64	28	8	100	25
I alt	36	18	46	100	1.241

Anm.: $\chi^2 = 733$, $P = 0,000$.

Som alternativ eller supplement til arbejde eller uddannelse kan brugerne også vælge at deltage i frivilligt arbejde. Det er der 12 pct. af brugerne, som har valgt at gøre. Af disse er 73 pct. startet med at lave frivilligt arbejde inden for de seneste 3 år, mens 27 pct. har lavet frivilligt arbejde i mere end 1 år.

TABEL 7.5

Brugerne fordelt efter om de deltager i frivilligt arbejde Antal og procent.

	Antal	Procent
Ja	146	12
Nej	1116	88
Uoplyst	13	1
I alt	1.275	100

HVEM HAR ET ARBEJDE?

I det følgende undersøger vi, om de brugere, som er i arbejde, har særlige karakteristika eller har modtaget en anden behandling end brugere, som lever af kontanthjælp mv. eller førtidspension mv.

Den logistiske regressionsanalyse i tabel 7.6 viser, at sandsynligheden for at være i arbejde er større for brugere, som er stoffri, end for

bruger, som tager illegale stoffer eller kun tager substitutionsmedicin. Forskellen er dog ikke signifikant mellem brugere, som kun tager substitutionsmedicin og stoffri brugere. Sandsynligheden for at have et arbejde er mindre for brugere, som har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, sammenholdt med brugere, som ikke har. Analysen viser også en tendens til, at brugere, som boede i Københavns Kommune i 2006, har større sandsynlighed for at være i arbejde end brugere i provinskommunerne. Brugere, som har været i behandlingssystemet i kortere tid, eller som havde et arbejde i 2006, samt yngre brugere har større sandsynlighed for at være i arbejde. I randomiserede forsøg findes normalt, at sandsynligheden for et succesfuldt resultat er større jo længere brugeren har været i behandling. Vores resultater strider umiddelbart mod dette, men som tidligere nævnt skyldes dette, at der ikke er tale om randomiserede forsøg med kortere behandlingsforløb, men studier af den reelle behandling, som gives. I den sammenhæng er det ikke overraskende at de brugere, som ikke er blevet stoffri efter længere behandlingsforløb, fx mere end 5 år med metadon, er mindre ressourcestærke og derfor har mindre sandsynlighed for at finde et arbejde.

Brugere, som ikke har afsluttet mere uddannelse end højst 10. klasse, har en mindre sandsynlighed for at være i arbejde, hvilket også er tilfældet for brugere, som har svaret, at de har haft psykiske problemer, som de har haft brug for hjælp til inden for de seneste 3 år, samt brugere, der har en ubetinget straf. Tabellen viser desuden en tendens til, at brugere, som har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet, har mindre sandsynlighed for at komme i arbejde. Dette skyldes sandsynligvis, at det er de mest udsatte brugere, som får en støtte- og kontaktperson tilknyttet, og disse brugere har en mindre sandsynlighed for at komme i beskæftigelse.

TABEL 7.6

Binær logistisk regression af, om brugeren lever af arbejde, SU eller revalidering på interviewtidspunktet.

Variabel	Beta-koefficient	Standard-fejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Bytype			*	
Københavns Kommune	Reference	Reference		Reference
Københavns Omegn	-0,206	0,277		0,814
Århus, Odense, Aalborg, Esbjerg	-0,669	0,312	*	0,512
Hovedby med 30.000 indbyggere eller mere	-0,128	0,317		0,880
Hovedby med mindre end 30.000 indbyggere	-0,715	0,257	**	0,489
Alder			***	
-24 år	Reference	Reference		Reference
25-34 år	-0,180	0,257		0,836
35-44 år	-0,296	0,286		0,744
45- år	-1,530	0,339	***	0,217
Uddannelse			*	
Højst 10. klasse	Reference	Reference		Reference
Gymnasial uddannelse	0,650	0,376		1,916
Faglig uddannelse	0,587	0,225	**	1,798
Videregående uddannelse	0,474	0,419		1,607
I beskæftigelse i 2006	2,118	0,188	***	8,315
Har psykiske problemer	-0,657	0,180	***	0,518
Ubetinget straf	-0,628	0,221	**	0,534
Behandlingstid	-0,086	0,037	*	0,918
Substitutionsbehandling	-0,766	0,226	**	0,465
Støtte-kontaktperson	-0,368	0,185	*	0,692
Hjælp til arbejde, uddannelse eller forsørgelse inden for de seneste 3 år			***	
Havde ikke problemer	Reference	Reference		Reference
1- slet ikke	-1,286	0,313	***	0,276
2	-0,335	0,365		0,715
3	-0,449	0,343		0,638
4	-1,233	0,412	**	0,291
5 – i meget høj grad	0,007	0,306		1,007
Stofmisbrug			**	
Er helt stoffri	Reference	Reference		Reference
Tager kun substitutions-medicin	-0,379	0,288		0,685
Tager illegale stoffer	-0,611	0,200	**	0,543
Konstant	0,994	0,338	**	2,701

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.167 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Sandsynligheden for at være i beskæftigelse er også mindre for brugere, som har haft brug for hjælp til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse de seneste 3 år. Forskellen fremkommer dog primært for brugere, som slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp med deres problemer, mens der ikke er nogen signifikant forskel på brugere uden problemer med arbejde, uddannelse og forsørgelse og brugere, som har haft sådanne problemer, men som i meget høj grad har fået hjælp til disse problemer.

Når der tages højde for disse variable, er der derimod ikke nogen signifikant forskel i sandsynligheden for at have et arbejde, alt efter om brugeren har modtaget psykologsamtaler, samtaler med andre behandlere eller gruppebehandling, eller hvilken behandlingsintensitet brugeren maksimalt har modtaget. Om brugeren har været i aktivering inden for de seneste 3 år har heller ikke nogen indflydelse på sandsynligheden for at være i arbejde. Der er desuden ingen signifikant forskel afhængigt af brugerens køn, etnicitet, fysisk helbred, anbringelse, tidligere behandling og hovedmisbrugsstof. Det er således i højere grad karakteristika ved brugeren end karakteristika ved dennes misbrug og stofmisbrugsbehandling, som er afgørende for, om brugerne er i arbejde. Dog er der en tendens til, at brugere, som har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, i mindre grad er i arbejde, også når der tages højde for brugernes alder. I tabel 7.7 er brugernes indkomsttype for forskellige grupper i forhold til deres aktuelle stofsituation: om brugeren er stoffri, kun har taget substitutionsmedicin eller har taget illegale stoffer inden for den seneste måned. I tabel 7.8 er indkomsttypen, fordelt efter om brugeren har modtaget substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år. Som det fremgår af tabellerne, er det 55 pct. af de stoffri brugere, der er i arbejde eller under uddannelse, mens dette er tilfældet for 16 pct. af brugerne, som alene modtager substitutionsmedicin, og 21 pct. af brugerne, som har taget illegale stoffer den seneste måned. Forskellen tyder på, at substitutionsmedicinen ikke fremmer brugernes muligheder for at varetage et arbejde til sammenligning med brugere, som tager illegale stoffer. Der er således en markant forskel, men samtidig er det værd at bemærke, at det er muligt for en del brugere at varetage et arbejde, selvom de ikke er helt stoffri.

TABEL 7.7

Brugernes angivelse af indkomsttype, fordelt på om brugeren er stoffri eller har taget illegale stoffer/substitutionsmedicin. Procent.

	Arbej- de/uddan- nelse	Kontant- hjælp mv.	Førtids- pension mv.	Andet	I alt procent	I alt antal
Helt stoffri	55	28	14	3	100	355
Tager kun sub- stitu- tionsme- dicin	16	20	64	0	100	256
Tager illegale stoffer	21	31	46	3	100	645
I alt	30	28	41	2	100	1.256

Anm.: $\chi^2 = 221$, $P = 0,000$.

Generelt har brugere, som har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år mindre sandsynlighed for at være i arbejde end dem, der ikke har. Der er således 49 pct. af de brugere, som aldrig har været i substitutionsbehandling, der er i arbejde, mod 14 pct. af brugere, som har været i substitutionsbehandling. Denne sammenhæng findes som tidligere nævnt, selv når der tages højde for en række karakteristika ved brugerne, såsom alder og indkomsttype, som har indflydelse på, om brugerne får substitutionsbehandling. Idet det primært er opiatmisbrugere, som får substitutionsbehandling, kan det dog ikke afgøres, om denne forskel skyldes, at brugerne er opiatmisbrugere, eller at de får substitutionsbehandling.

TABEL 7.8

Brugernes angivelse af indkomsttype, fordelt på om brugeren har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år. Procent.

	Arbej- de/uddan- nelse	Kontant- hjælp mv.	Førtids- pension mv.	Andet	I alt procent	I alt antal
Har ikke været i substitu- tionsbe- handling	49	30	17	4	100	558
Har været i substitu- tionsbe- handling	14	26	59	1	100	700
I alt	373	352	508	25	100	1.258

Anm.: $\chi^2 = 283$, $P = 0,000$.

Tabel 7.9 viser, at der umiddelbart er færre brugere i arbejde, som har haft problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse inden for de seneste 3 år. Brugere, der har haft sådanne problemer, men som også i meget høj grad har oplevet at få hjælp til disse problemer, er dog i højere grad i beskæftigelse end brugere, som ikke har haft nogen problemer på dette område. Dette tyder således på en positiv effekt af at give tilstrækkelig hjælp til brugernes problemer inden for arbejde, uddannelse eller forsørgelse.

TABEL 7.9

Brugernes angivelse af indkomsttype, fordelt efter, i hvilken grad brugerne har fået den hjælp, de havde brug for til arbejde, uddannelse eller forsørgelse på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'i meget høj grad'. Procent.

	Arbej- de/uddan- nelse	Kontant- hjælp mv.	Førtids- pension mv.	Andet	I alt procent	I alt antal
Har ikke haft pro- blemer	31	17	51	1	100	855
1 – Slet ikke	18	55	22	5	100	116
2	28	53	18	2	100	68
3	29	51	14	6	100	72
4	23	55	17	5	100	60
5 – I meget høj grad	39	38	22	1	100	87
I alt	30	28	41	2	100	1.258

Anm.: $\chi^2 = 209$, $P = 0,000$, fem celler med mindre end fem observationer – forskel er også højsignifikant, hvis 'andet' udelades, hvorved der ingen celler er med mindre end fem observationer.

ØKONOMISK SITUATION

I det følgende beskriver vi brugernes økonomiske situation på interviewtidspunktet på baggrund af en række spørgsmål vedrørende økonomisk betingede afsavn i hverdagen og brugernes gæld.

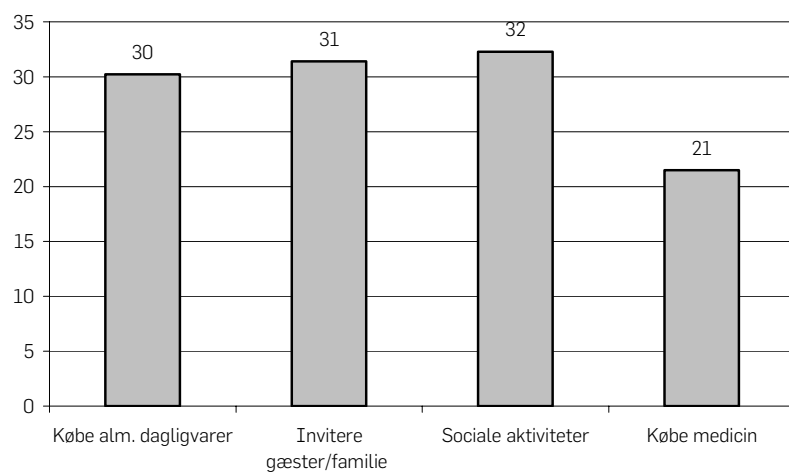
ØKONOMISKE AFSAVN

Figur 7.1 viser andelen af brugere, som den seneste måned ikke har haft råd til at købe almindelige dagligvarer, medicin, invitere familie og venner hjem og deltage i sociale arrangementer. Af tabellen fremgår, at omkring 30 pct. af brugerne ikke har haft råd til at købe dagligvarer, ikke har haft råd til at invitere familie og venner hjem og/eller ikke har haft råd til at deltage i sociale arrangementer. 21 pct. angiver, at de ikke har haft råd til medicin til sig selv eller deres familie den seneste måned.

I figur 7.2 ses desuden, at mere end 40 pct. af brugerne ikke har haft råd til at betale deres regninger til tiden eller gå til tandlægen inden for det seneste år. 37 pct. har ikke haft råd til at købe sko eller støvler til sig selv eller familien inden for det seneste år, mens 33 pct. har prøvet ikke at have råd til at besøge venner, som bor mere end 20 km. væk.

FIGUR 7.1

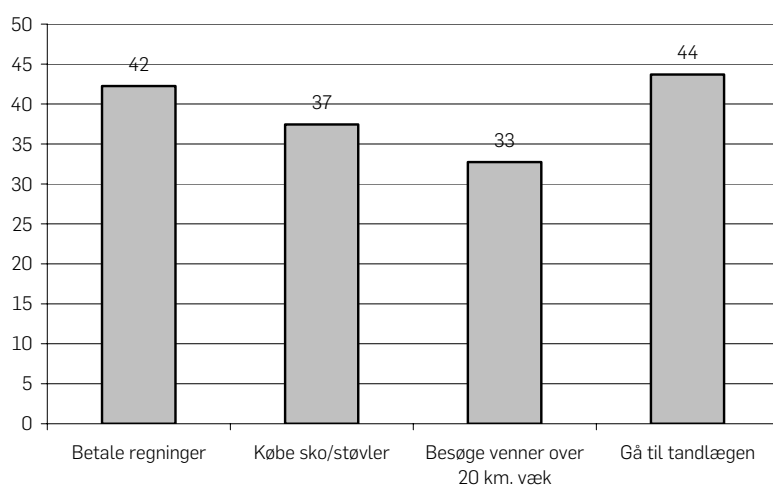
Brugerne fordelt efter økonomisk betingede afsavn den seneste måned. Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 1.261 tidligere brugere.

FIGUR 7.2

Brugerne fordelt efter økonomisk betingede afsavn det seneste år.
Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 1.261 tidligere brugere.

Brugerne kan have haft afsavn på flere af disse områder. Som det fremgår af tabel 7.10, har 35 pct. af brugerne ikke haft nogen af de økonomiske afsavn, som er beskrevet i figur 7.1 og 7.2. 14 pct. af brugerne har kun haft et enkelt af disse afsavn, mens de resterende 51 pct. har haft to af disse afsavn eller mere.

TABEL 7.10

Brugerne fordelt efter, hvor mange af afsavnene i figur 7.1 og 7.2 de har haft. Antal og procent.

	Antal	Procent
0	437	35
1	171	14
2	100	8
3	94	8
4	93	7
5	91	7
6	80	6
7	96	8
8	99	8
I alt	1.261	100

GÆLD

Brugerens gæld kan have stor betydning for vedkommendes økonomiske situation. Som det fremgår af tabel 7.11, er det kun 25 pct. af brugerne, som hverken har gæld til det offentlige eller det private. 38 pct. har gæld både til det offentlige og andre, mens 17 pct. kun har gæld til det offentlige, og 21 pct. kun har gæld til andre end det offentlige. For de 14 pct. af brugerne, som har ejer- eller andelsbolig, vil en del af gælden til banker og lignende sandsynligvis være begrundet i finansiering af denne bolig. Disse brugeres gæld til andre end det offentlige er derfor ikke rapporteret i tabellen. Det er således en forholdsvis stor del af brugergruppen, som har gæld til det offentlige eller andre.

TABEL 7.11

Brugerne fordelt efter, om de har gæld til det offentlige og andre, fx banker, kreditkortfirmaer eller familie. Antal og procent.

	Antal	Procent
Har gæld både til det offentlige og andre	474	38
Kun gæld til andre	257	21
Kun gæld til det offentlige	210	17
Hverken gæld til det offentlige eller andre	314	25
I alt	1.255	100

Gældens indflydelse på brugernes økonomiske situation må bl.a. forventes at afhænge af størrelsen på gælden. Tabel 7.12 viser, at for 48 pct. af brugerne med gæld til det offentlige er gælden på 50.000 kr. eller mere, hvilket må forventes at have betydelig indflydelse på brugernes økonomiske råderum. For 55 pct. af brugerne med gæld til andre er denne desuden på 50.000 kr. eller mere. Det er således en forholdsvis stor del af brugerne, som har en gæld til det offentlige eller andre af en betydelig størrelse.

TABEL 7.12

Brugerne fordelt efter størrelsen af deres gæld til det offentlige og andre. Antal og procent.

	Offentlige		Andre	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Mindre end 20.000	174	29	138	21
20.000-49.999	133	22	163	24
50.000-149.999	191	32	230	34
150.000 eller mere	97	16	141	21
I alt	595	100	672	100

HVEM LIDER ØKONOMISK AFSAVN?

I dette afsnit undersøger vi, om der er forskel på, om brugerne lider økonomiske afsavn, alt efter brugernes karakteristika og hvilken behandling de har fået.

Som det fremgår af tabel 7.13, har stoffri brugere en noget mindre sandsynlighed for ikke have lidt økonomiske afsavn i form af ikke at have haft råd til at købe almindelige dagligvarer, inviterer gæster, deltage i sociale aktiviteter eller købe medicin inden for den seneste måned eller ikke have kunnet betale regninger til tiden, købe sko, besøge venner eller gå til tandlæge inden for det seneste år. Der er dog ikke nogen signifikant forskel på sandsynligheden for at have lidt økonomiske afsavn mellem helt stoffri brugere og brugere, som udelukkende har taget substitutionsmedicin den seneste måned.

Brugere, der har haft problemer med beskæftigelse, uddannelse eller forsørgelse, som de har haft brug for hjælp til inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at have haft økonomiske afsavn den seneste måned/det seneste år⁵. Forskellen er dog ikke signifikant for brugere, som har svaret 4 eller 5 på en skala fra 1 til 5, hvor 5 betyder, at de i meget høj grad har fået tilstrækkelig hjælp til disse problemer. Problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse hænger således ikke sammen med en større sandsynlighed for afsavn i de tilfælde, hvor brugeren har fået tilstrækkelig hjælp til disse problemer.

Tabellen viser også, at jo større brugerens gæld er, jo større er sandsynligheden for, at brugeren lider økonomiske afsavn. Der er desuden en tendens til, at kvinder, brugere på kontanthjælp mv. og brugere, som har haft psykiske problemer inden for de seneste 3 år har større sandsynlighed for at have lidt økonomiske afsavn.

Når der tages højde for disse variable, er der derimod ingen signifikant forskel på, om brugeren har lidt økonomiske afsavn, alt efter om brugeren har modtaget psykologsamtaler, samtaler med andre behandlere, gruppebehandling eller substitutionsbehandling, eller hvilken behandlingsintensitet brugeren maksimalt har modtaget. Om brugeren har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet inden for de seneste 3 år har heller ikke nogen indflydelse på sandsynligheden for at have lidt økonomiske afsavn. Der er desuden ingen signifikant forskel afhængigt af brugerens

5. Da brugerens problemer de seneste 3 år er sammenlignet med afsavn den seneste måned, er der risiko for tautologisk slutning.

uddannelse, alder, etnicitet, om brugeren har været indlagt med fysisk diagnose og hovedmisbrugsstof, samt om brugeren har været anbragt som barn, har ubetinget straf, tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, eller hvor længe brugeren har været i behandling.

TABEL 7.13

Binær logistisk regression af, om brugeren har lidt økonomiske afsavn inden for det seneste år.

Variabel	Beta-koefficient	Standard-fejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Kvinde	0,373	0,154	*	1,452
Indkomsttype			***	
Arbejde/SU	Reference	Reference		Reference
Kontanthjælp mv.	1,366	0,202	***	3,919
Førtidspension mv.	0,459	0,168	**	1,583
Andet	-0,491	0,500		0,612
Har psykiske problemer	0,395	0,139	**	1,485
Hjælp til arbejde, uddannelse eller forsørgelse inden for de seneste 3 år			***	
Havde ikke problemer	Reference	Reference		Reference
1 – slet ikke	2,111	0,415	***	8,257
2	0,741	0,352	*	2,098
3	1,148	0,377	**	3,151
4	0,543	0,349		1,721
5 – i meget høj grad	0,115	0,259		1,122
Gæld			***	
Ingen gæld	Reference	Reference		Reference
1-50.000 kr.	0,647	0,166	***	1,909
50.001- kr.	1,031	0,160	***	2,805
Stofmisbrug			***	
Er helt stoffri	Reference	Reference		Reference
Tager kun substitutionsmedicin	-0,009	0,205		0,991
Tager illegale stoffer	0,601	0,169	***	1,824
Konstant	-1,265	0,181	***	0,282

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.237 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Af tabel 7.14 fremgår det, at der kun er en meget lille forskel på helt stoffri brugere og brugere, som alene har taget substitutionsmedicin inden for den seneste måned med hensyn til, hvor mange brugere der har lidt økonomiske afsavn. Det er således 56 pct. af de helt stoffri brugere mod 57 pct. af brugerne, som alene har taget substitutionsmedicin,

der har lidt afsavn. Blandt brugere, som har taget illegale stoffer den seneste måned, er det derimod 74 pct. af brugerne, som har oplevet økonomiske afsavn. Brugernes køb af illegale stoffer har således indflydelse på deres økonomiske situation, mens sandsynligheden for at have lidt afsavn svarer til de stoffri brugeres, hvis brugernes misbrug af illegale stoffer fuldt ud erstattes med substitutionsmedicin. Dette tyder på, at substitutionsbehandlingen er med til at reducerer brugernes økonomiske problemer, hvorved brugernes livssituation forbedres. Selv blandt de stoffri brugere er det dog stadig mere end halvdelen, som har lidt økonomiske afsavn, hvilket vidner om, at mange brugere har betydelige økonomiske problemer, selv efter deres misbrug er ophørt.

TABEL 7.14

Brugernes angivelse af, om de har lidt økonomiske afsavn inden for det seneste år, fordelt på om brugeren er stoffri eller har taget illegale stoffer/substitutionsmedicin. Procent.

	Har ikke haft noget afsavn	Har haft et eller flere økonomiske afsavn	I alt procent	I alt antal
Helt stoffri	44	56	100	355
Tager kun substitutions- medicin	43	57	100	256
Tager illegale stoffer	26	74	100	647
I alt	35	65	100	1.258

Anm.: $\chi^2 = 41$, $P = 0,000$.

Tabel 7.15 viser, om brugere, som i højere grad har modtaget hjælp til arbejde, uddannelse eller forsørgelse, i mindre grad har lidt afsavn. Ud fra tabellen er det tydeligt, at væsentligt flere brugere, som har svaret 1-3 på skalaen over, i hvor høj grad de har fået tilstrækkelig hjælp til disse problemer, har lidt økonomiske afsavn. Blandt disse er det således 83-94 pct., som har lidt økonomiske afsavn, mod 58 pct. af brugerne, som slet ikke har haft sådanne problemer. Som regressionen viste, er der dog ikke nogen signifikant forskel på brugere, som ikke har haft sådanne problemer, og brugere, som i høj grad har fået hjælp til sådanne problemer. Dette tyder på, at en tilstrækkelig indsats for at afbøde problemer med

arbejde, uddannelse eller forsørgelse fører til, at brugerne i mindre grad lider økonomiske afsavn.

TABEL 7.15

Brugernes angivelse af, om de har lidt økonomiske afsavn inden for det seneste år, fordelt efter, i hvor høj grad brugeren har fået den hjælp, som brugeren havde brug for til arbejde, uddannelse eller forsørgelse, på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'i meget høj grad'. Procent.

	Har ikke haft noget afsavn	Har haft et eller flere økonomiske afsavn	I alt procent	I alt antal
Har ikke haft problemer	42	58	100	854
1 – Slet ikke	6	94	100	116
2	17	83	100	69
3	14	86	100	72
4	23	77	100	61
5 – I meget høj grad	37	63	100	87
I alt	35	65	100	1.259

Anm.: $\chi^2 = 91$, $P = 0,000$.

En vigtig parameter i forhold til brugernes økonomiske situation er, om brugeren har arbejde og/eller gæld. Som det fremgår af tabel 7.16, er det 53 pct. af brugerne med arbejde mod 78 pct. af brugerne på kontanthjælp mv. og 61 pct. af brugerne på førtidspension mv., som har lidt økonomiske afsavn. Det er således særligt brugere på kontanthjælp mv., som lider økonomiske afsavn, men der er dog stadig mere end halvdelen af brugerne i arbejde, som lider sådanne afsavn.

Dette kan delvist forklares ved, at en stor del af brugerne har forholdsvis meget gæld. Det er således kun 33 pct. af brugerne i arbejde, som ikke har nogen gæld, mens 28 pct. af disse brugere har en gæld på mere end 50.000 kr., selv når man ser bort fra gæld til fast ejendom. Blandt brugere på kontanthjælp mv. er det dog hele 54 pct., som har en gæld på mere end 50.000 kr.

Af tabel 7. 17 fremgår det, at der er en klar forskel på andelen af brugerne, der har lidt økonomiske afsavn i forhold til størrelsen af brugerne gæld. Blandt brugere med en gæld på mere end 50.000 kr., når

man ser bort fra gæld i forbindelse med fast ejendom, er det 77 pct., som har lidt økonomiske afsavn, mod 50 pct. af brugerne, som ikke har nogen gæld.

TABEL 7.16

Brugernes angivelse af, om de har lidt økonomiske afsavn inden for det seneste år, fordelt på brugerens indkomsttype på interviewtidspunktet. Procent.

	Har ikke haft noget afsavn	Har haft et eller flere økonomiske afsaavn	I alt procent	I alt antal
Arbejde, uddannelse	47	53	100	326
Kontanthjælp mv.	22	78	100	419
Førtidspension mv.	39	61	100	432
Andet	30	70	100	84
I alt	35	65	100	1.261

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

TABEL 7.17

Brugernes angivelse af, om de har lidt økonomiske afsavn inden for det seneste år, fordelt på størrelsen af brugerens gæld. Procent.

	Har ikke haft noget afsavn	Har haft et eller flere økonomiske afsaavn	I alt procent	I alt antal
Har ikke gæld	50	50	100	381
Har ikke gæld på 50.000 kr. eller mindre	35	65	100	352
Har gæld på mere end 50.000 kr.	23	77	100	522
I alt	35	65	100	1.255

Anm.: $\chi^2 = 74$, $P = 0,004$. Hvis brugeren har ejerbolig, er gæld til andre end det offentlige ikke inkluderet.

SOCIALE RELATIONER

Ensomhed og mangel på sociale relationer kan begrænse brugernes trivsel, og samtidig kan ensomheden være en medvirkende årsag til, at brugerne får tilbagefald, efter de er blevet stoffri. I dette kapitel undersøger vi derfor, hvilket socialt netværk brugerne har, og om brugere, som ofte føler sig ensomme, har nogle særlige personlige eller behandlingsmæssige karakteristika.

Hvis man ser på brugernes familiesituation, bor 60 pct. af brugerne alene, 24 pct. bor sammen med en partner, og 16 pct. bor sammen med andre end en partner, fx børn, venner eller forældre. Af de brugere, som bor sammen med en partner, er partneren i 21 pct. af tilfældene selv misbruger af enten alkohol eller stoffer.

TABEL 7.18

Brugerne fordelt efter, hvem de bor sammen med. Antal og procent.

	Antal	Procent
Bor alene	753	60
Bor sammen med partner (og evt. andre)	307	24
Bor sammen med andre end partner (børn, venner, forældre)	203	16
I alt	1.263	100

Som det fremgår af tabel 7.19, består brugernes netværk for 22 procents vedkommende primært af andre misbrugere, mens 29 pct. har flest venner, som er tidligere misbrugere. Det er således halvdelen af brugerne i undersøgelsen, som har sit primære netværk i misbrugsmiljøet eller blandt tidligere misbrugere. 37 pct. af misbrugerne har dog flest venner, som aldrig har været misbrugere, mens 7 pct. svarer, at de ingen venner har.

TABEL 7.19

Brugerne fordelt efter, om de fleste af deres venner er stofmisbrugere, tidligere stofmisbrugere eller venner, som aldrig har været stofmisbrugere. Antal og procent.

	Antal	Procent
Stofmisbrugere	285	22
Tidligere stofmisbrugere	367	29
Venner, som aldrig har været stofmisbrugere	470	37
Har ingen venner	86	7
Ved ikke/uoplyst	67	5
I alt	1.275	100

Som det fremgår af tabel 7.20, er 34 pct. af brugerne sociale med venner, familie eller kolleger hver dag, mens 33 pct. er det flere gange om ugen. 21 pct. er sociale med venner og familie eller kolleger sjældnere end én gang om ugen. Langt de fleste mødes dog forholdsvis ofte med andre i social sammenhæng.

Der er dog alligevel 28 pct. af brugerne, som mener, at de deltager i sociale aktiviteter langt sjældnere end andre jævnaldrende, mens kun 8 pct. mener, at de gør dette meget oftere end andre. På trods af, at de fleste mødes forholdsvis ofte med venner, familie eller kolleger, er der altså forholdsvis mange, som ikke mener, at de deltager i sociale aktiviteter i samme grad som deres jævnaldrende. Med hensyn til deltagelse i aktiviteter er der dog tale om en subjektiv vurdering af egen deltagelse i forhold til andres, og fordelingen er således ikke nødvendigvis udtryk for den reelle deltagelse i aktiviteter.

TABEL 7.20

Brugerne fordelt efter, hvor ofte de er sociale med venner, familie eller kolleger. Antal og procent.

	Antal	Procent
Hver dag	430	34
Flere gange om ugen	423	33
1 gang om ugen	137	11
Flere gange om måneden	106	8
1 gang om måneden	23	2
Sjældnere end 1 gang om måneden	98	8
Aldrig	40	3
Ved ikke	2	0
Uoplyst	16	1
I alt	1.275	100

TABEL 7.21

Brugernes angivelse af, hvor ofte de deltager i sociale aktiviteter sammenlignet med andre på brugerens alder på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'langt sjældnere', og 5 betyder 'meget oftere' end de fleste. Antal og procent.

	Antal	Procent
1 – Langt sjældnere	361	28
2	320	25
3	312	24
4	142	11
5 – Meget oftere	105	8
Ved ikke/uoplyst	35	3
I alt	1.275	100

En anden tydelig indikator for brugerens sociale relationer er, om brugeren har følt sig ensom. 26 pct. af brugerne svarer, at de ofte føler sig ensomme, mens 28 pct. nogle gange føler sig ensomme. Dette er en forholdsvis stor del af brugerne sammenholdt med, hvor ofte de fleste brugere mødes med venner, familie og kolleger, og dette er således udtryk for, at det ikke nødvendigvis er tilstrækkeligt med hyppigt samvær, men at der er behov for en bestemt type samvær. Der er dog også 22 pct., som henholdsvis sjældent eller aldrig føler sig ensomme.

TABEL 7.22

Brugerne fordelt efter, hvor ofte de føler sig ensomme. Antal og procent.

	Antal	Procent
Ofte	331	26
Nogen gange	357	28
Sjældent	279	22
Aldrig	278	22
Ved ikke	11	1
Uoplyst	19	2
I alt	1.275	100

HVILKE BRUGERE FØLER SIG OFTE ENSOMME?

I dette afsnit undersøger vi nærmere, om der er særlige karakteristika ved de brugere, som ofte føler sig ensomme.

Som det fremgår af tabel 7.23, har stoffri brugere mindre sandsynlighed for ofte at føle sig ensomme end brugere, som tager illegale stoffer. Analysen viser dog også, at der i denne henseende ikke er signifikant forskel på stoffri brugere og brugere, som kun har taget substitutionsmedicin.

Der er desuden en tendens til, at brugere, hvis behandling slet ikke har hjulpet dem til et bedre netværk, er mere ensomme, samt at brugere, som har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet, er mere ensomme. Det sidste skyldes sandsynligvis ikke, at støtte- og kontaktpersoner gør brugerne mere ensomme, men at disse ordninger gives til de mest udsatte brugere med det svageste netværk.

Derudover er der en tendens til, at brugere, der har centralstimulerende stoffer som hovedmisbrugsstof, føler sig mindre ensomme end øvrige brugere, at brugere, som boede alene med børn i 2006, er mere ensomme, samt at brugere med et dårligere fysisk helbred er mere ensomme. Der er desuden en klar tendens til, at brugere, som har oplevet at have psykiske problemer de seneste 3 år, som de havde brug for hjælp til at få løst, i højere grad er ensomme.

Der er derimod ingen forskel i forhold til den behandlingsintensitet, som brugeren har modtaget, eller indholdet i brugerens behandling, eller om brugeren har modtaget samtaler med en psykolog, andre behandlere, gruppebehandling eller substitutionsmedicin. Heller ikke tilbud, som kunne forventes at have indflydelse på, om brugeren føler sig ensom, såsom brug af fritidstilbud i behandlingen, brug af NA og væreste-

der, eller om brugeren har boet i udslusningsbolig, har betydning for, om brugeren ofte føler sig ensom.

Der er desuden ikke nogen signifikant forskel på sandsynligheden for ofte at være ensom alt efter brugernes køn, alder, etnicitet, uddannelse, indkomsttype, eller om brugeren har været anbragt som barn, har en ubetinget dom eller tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Der er heller ikke forskel alt efter brugerens bytype.

Det er således primært karakteristika ved brugeren og dennes misbrug, som er afgørende for, om brugeren ofte føler sig ensom, mens behandlingsintensiteten og indholdet af behandlingen ikke direkte påvirker sandsynligheden for, at brugerne ofte føler sig ensomme. Heller ikke tiltag som væresteder, fritidsaktiviteter eller udslusningsboliger ser ud til at mindske sandsynligheden for, at brugerne føler sig ensomme. Der er dog en tendens til, at sandsynligheden for, at brugerne føler sig ensomme, er mindre, hvis behandlingen har hjulpet brugerne til et bedre netværk. Derudover har brugerens stofmisbrug betydning for sandsynligheden for, at brugeren ofte føler sig ensom, og da behandlingen har betydning for denne parameter, er der også en indirekte indflydelse af behandlingen på sandsynligheden for, at brugerne føler sig ensomme.

TABEL 7.23

Binær logistisk regression af, om brugeren ofte føler sig ensom.

Variabel	Beta-koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Hovedstof			**	
Opiater	Reference	Reference		Reference
Opiater/blandingsmisbrug	0,460	0,222	*	1,584
Centralstimulerende stoffer	-0,501	0,217	*	0,606
Hash	0,188	0,206		1,207
Benzodiazepiner og andet	0,103	0,348		1,109
Har psykiske problemer	1,404	0,180	***	4,071
Fysisk helbred			*	
Ikke indlagt	Reference	Reference		Reference
Indlagt 1 gang	0,403	0,180	*	1,496
Indlagt mere end 1 gang	0,317	0,178		1,372
Familietype 2006			**	
Enlig uden hjemmeboende børn	Reference	Reference		Reference
Enlig med hjemmeboende børn	0,770	0,290	**	2,159
Samlevende og har hjemmeboende børn	-0,563	0,331		0,569
Samlevende uden hjemmeboende børn	-0,283	0,233		0,754
Behandling hjulpet med socialt netværk			*	
1 – Slet ikke	Reference	Reference		Reference
2	-0,432	0,228		0,649
3	0,121	0,213		1,128
4	-0,571	0,250	*	0,565
5 – I meget høj grad	-0,220	0,218		0,802
Støtte-kontaktperson	0,306	0,147	*	1,358
Stofmisbrug			*	
Er helt stoffri	Reference	Reference		Reference
Tager kun substitutionsmedicin	0,268	0,240		1,308
Tager illegale stoffer	0,536	0,196	**	1,710
Konstant	-2,508	0,268	***	0,081

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.152 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Som det fremgår af regressionen og tabel 7.24, er der en klar tendens til, at der er færre stoffri brugere, som ofte er ensomme. Det er således kun 16 pct. af de stoffri brugere mod 25 pct. af brugerne, som kun tager substitutionsmedicin, og 33 pct. af brugerne, som tager illegale stoffer, der ofte er ensomme. Dette tyder på, at substitutionsbehandlingen i no-

gen grad kan forbedre brugernes følelse af ensomhed i forhold til brugere, som tager illegale stoffer. Analysen indeholder dog kun begrænset information om brugernes ensomhed og øvrige sociale relationer inden behandlingen, idet kun informationer om brugernes familietype har været tilgængelige. Det er således ikke muligt at fastslå, om forskellen skyldes, at brugere, som ofte er ensomme, har sværere ved at blive stoffri, eller om brugerne bliver mindre ensomme i forbindelse med, at de bliver stoffri.

TABEL 7.24

Brugernes angivelse af, hvor ofte brugeren føler sig ensom, fordelt på om brugeren er stoffri eller har taget illegale stoffer/substitutionsmedicin. Procent.

	Ofte	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	I alt procent	I alt antal
Helt stoffri	16	25	31	27	100	353
Tager kun substitutionsmedicin	25	28	19	28	100	253
Tager illegale stoffer	33	31	19	18	100	639
I alt	27	29	22	22	100	1.245

Anm.: $\chi^2 = 58$, $P = 0,000$, Gamma = -0,244, $P = 0,000$.

Der er en tendens til, at de brugere, hvor behandlingen i højere grad har hjulpet dem til et bedre socialt netværk, i mindre grad føler sig ensomme. Der er således 22 pct. af brugerne, hvor behandlingen i meget høj grad har hjulpet dem til et bedre netværk, som ofte er ensomme, mod 30 pct. af brugerne, hvor behandlingen slet ikke har hjulpet dem til et bedre netværk. Forskellen er signifikant, men dog forholdsvis begrænset.

En meget vigtigere faktor er derimod, om brugeren har haft psykiske problemer, som vedkommende har haft brug for hjælp til de seneste 3 år. Som det fremgår af tabel 7.26, er det 36 pct. af brugerne med psykiske problemer mod kun 12 pct. af brugerne, som ikke har haft psykiske problemer, der ofte føler sig ensomme. Dette er en markant forskel, som indikerer, at særligt brugere med psykiske problematikker oplever at have svært ved at finde og fastholde et socialt netværk, som kan mindske deres følelse af ensomhed. Støtte- og kontaktperson-

ordningen og væresteder skulle ideelt set afhjælpe noget af denne ensomhed, men analyserne her tyder på, at dette ikke er tilfældet.

TABEL 7.25

Brugernes angivelse af, hvor ofte de føler sig ensomme, fordelt på i hvilken grad behandlingen har hjulpet brugeren til at få et bedre socialt netværk på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'i meget høj grad'. Procent.

	Ofte	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	I alt procent	I alt antal
1 – Slet ikke	30	29	18	23	100	514
2	26	33	26	16	100	160
3	30	34	21	14	100	183
4	18	26	36	20	100	157
5 – I meget høj grad	22	24	21	33		194
I alt	27	29	22	22	100	1.208

Anm.: $\chi^2 = 50$, $P = 0,000$, Gamma = 0,104, $P = 0,002$.

TABEL 7.26

Brugernes angivelse af, hvor ofte de føler sig ensomme, fordelt på om brugeren har haft psykiske problemer de seneste 3 år. Procent.

	Ofte	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	I alt procent	I alt antal
Har ikke haft psykiske problemer	12	23	28	37	100	454
Har haft psykiske problemer	36	32	19	14	100	779
I alt	27	29	22	22	100	1.233

Anm.: $\chi^2 = 148$, $P = 0,000$, Gamma = -0,513, $P = 0,000$.

FYSISKE HELBRED

Brugerens fysiske helbred må generelt forventes at have betydning for brugerens livskvalitet. Brugere er blevet bedt om at vurdere deres fysiske helbred på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'meget dårligt' helbred, og 5 betyder 'meget godt' helbred. Som det frem-

går af tabel 7.27, vurderer 10 pct. af brugerne, at deres helbred er meget dårligt, mens 14 pct. vurderer, at det er meget godt.

TABEL 7.27

Brugerne fordelt efter deres vurdering af eget helbred på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'meget dårligt', og 5 betyder 'meget godt'. Antal og procent.

	Antal	Procent
1 – Meget dårligt	132	10
2	246	19
3	429	34
4	265	21
5 – Meget godt	183	14
Ved ikke/uoplyst	20	2
I alt	1.275	100

Som det fremgår af tabel 7.28, har 35 pct. af brugerne ikke oplevet at have fysiske problemer de seneste 30 dage, og derudover har 4 pct. af de brugere, som har haft fysiske problemer, slet ikke været besværet af disse problemer. Der er dog også 16 pct. af brugerne, som har svaret, at de har været meget besværet af deres fysiske problemer de seneste 30 dage.

TABEL 7.28

Brugerne fordelt efter hvor plaget eller besværet de har været af fysiske problemer inden for de seneste 30 dage, på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'slet ikke', og 5 betyder 'meget'. Antal og procent.

	Antal	Procent
1 – Slet ikke	46	4
2	132	10
3	254	20
4	167	13
5 – Meget	205	16
Ved ikke/uoplyst	24	2
Har ikke oplevet fysiske problemer	447	35
I alt	1.275	100

HVAD HAR BETYDNING FOR BRUGERNES FYSISKE HELBRED?

I dette afsnit undersøger vi, hvilke karakteristika der hænger sammen med, om brugeren vurderer sit helbred som godt eller dårligt. Dette gøres med en ordinal regression af de fem svarmuligheder, brugerne har haft i forbindelse med vurderingen af deres helbred.

Som det fremgår af tabel 7.29, har stoffri brugere i noget højere grad et godt helbred end brugere, som tager substitutionsmedicin eller illegale stoffer. Der er ikke en signifikant forskel på brugere, som udelukkende tager substitutionsmedicin, og brugere, som tager illegale stoffer. Dette kan være tegn på, at substitutionsmedicinen ikke mindsker de negative konsekvenser af misbruget på brugerens helbred, men kan også være et udtryk for, at det er brugere, som allerede er mærket af deres misbrug, som tilbydes substitutionsbehandling.

Der er desuden en tendens til, at brugere, som har deltaget i fritidsaktiviteter det seneste år, har et bedre helbred end brugere, som ikke har deltaget i sådanne aktiviteter. Brugere, som vurderer at have haft betydelige fysiske problemer eller sygdomme inden for de seneste 3 år, har et noget dårligere helbred end brugere, som ikke har haft sådanne problemer. Det er i den sammenhæng bemærkelsesværdigt, at der ikke er nogen signifikant forskel på, om brugerne slet ikke eller i meget høj grad har fået den hjælp, som de havde brug for til disse fysiske problemer. Dette tyder på, at hjælp til fysiske problemer ikke får brugerne til at vur-

dere deres helbred som bedre. Dette kan bl.a. skyldes, at en del misbrugere får sygdomme af mere kronisk karakter, hvor en god behandling ikke nødvendigvis kan afhjælpe problemet.

Der er desuden en tendens til, at yngre brugere og brugere i arbejde har et bedre helbred, mens brugere, som har haft psykiske problemer inden for de seneste 3 år, generelt vurderer deres helbred dårligere.

Når vi tager højde for disse faktorer, har den behandlingsintensitet, som brugeren har modtaget eller indholdet af behandlingen i form af psykologsamtaler, gruppebehandling og samtaler med andet personale, derimod ingen betydning for brugerens vurdering af sit fysiske helbred. Det samme er tilfældet for substitutionsbehandling, men kun når der tages højde for, om brugeren på interviewtidspunktet modtog substitutionsmedicin. Der er således ikke en negativ eller positiv effekt af substitutionsbehandlingen for brugere, som har afsluttet denne, men der er en negativ sammenhæng for brugere, som stadig er i substitutionsbehandling. Det kan dog ikke udelukkes, at denne forskel skyldes, at brugere med dårligt helbred kan have sværere ved eller have et mindre ønske om at blive stoffri.

Der er desuden ingen forskel på, hvordan brugerne vurderer deres helbred, alt efter brugernes køn, etnicitet, uddannelse, hovedstof, familietype, bopælskommune, eller om brugeren har været anbragt som barn, har en ubetinget dom, har været indlagt, har været i stofmisbrugsbehandling før, samt hvor lang tid brugeren har været i behandling, eller om brugeren har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet.

TABEL 7.29

Ordinal regression af, hvordan brugeren vurderer sit fysiske helbred på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder 'meget dårligt', og 5 betyder 'meget godt'.

Variabel	Beta-koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau
Alder			***
-24 år	Reference	Reference	
25-34 år	-0,541	0,162	**
35-44 år	-0,583	0,175	**
45- år	-0,768	0,188	***
Indkomsttype			***
Arbejde/uddannelse	Reference	Reference	
Kontanthjælp mv.	-0,672	0,143	***
Førtidspension mv.	-1,085	0,160	***
Andet/ingen indtægt	-0,495	0,389	
Har psykiske problemer	-0,488	0,114	***
Har deltaget i fritidsaktiviteter	0,240	0,120	*
Hjælp til fysiske problemer inden for de seneste 3 år			***
Havde ikke problemer	Reference	Reference	
1 – slet ikke	-1,653	0,169	***
2	-1,149	0,211	***
3	-1,297	0,208	***
4	-1,16	0,217	***
5 – i meget høj grad	-1,246	0,181	***
Stofmisbrug			***
Er helt stoffri	Reference	Reference	
Tager kun substitutionsmedicin	-0,712	0,169	***
Tager illegale stoffer	-0,840	0,133	***

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.230 tidligere brugere. * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$. Forudsætning om parallelle linjer opfyldt med Test for proportional odds: $P = 0,249$.

Forskellen på brugernes helbred, alt efter om brugerne er blevet stoffri, er markant. Som det fremgår af tabel 7.30, er det 12 pct. af de helt stoffri brugere, som vurderer deres helbred til meget dårligt eller dårligt (1 eller 2 på skalaen). Der er derimod 39 pct. af brugerne, som kun tager substitutionsmedicin, og 37 pct. af brugerne, som tager illegale stoffer, der vurderer deres helbred som dårligt eller meget dårligt. Samtidig er der 30 pct. af de stoffri brugere, som vurderer deres helbred som meget godt, mod kun 8-9 pct. af de øvrige brugere. Dette tyder på, at brugernes helbred forbedres af, at stofmisbruget stoppes, mens substitutionsmedicin ikke afhjælper brugernes fysiske problemer. Der kan dog også i nogen

grad være tale om, at det er de mest udsatte brugere, som også har flest fysiske problemer, som får substitutionsbehandling og ikke ønsker at blive stoffri. Sammenhængen er dog også signifikant, når der tages højde for, om brugeren har haft alvorlige fysiske problemer inden for de seneste 3 år.

TABEL 7.30

Brugernes vurdering af deres fysiske helbred, fordelt på, om brugeren er stoffri eller har taget illegale stoffer/substitutionsmedicin. Procent.

	1- meget dårligt	2	3	4	5 – meget godt	I alt procent	I alt antal
Helt stoffri	4	8	30	28	30	100	354
Tager kun substitutionsmedicin	17	22	35	17	8	100	254
Tager illegale stoffer	12	25	36	19	9	100	644
I alt	11	20	34	21	15	100	1.252

Anm.: $\chi^2 = 158$, $P = 0,000$, Gamma = -0,334, $P = 0,000$.

Hvis man alene ser på sammenhængen mellem fritidsaktiviteter og brugernes vurdering af deres helbred, er der ingen signifikant forskel. Hvis man tager højde for alder, stoffrihed, psykiske problemer osv., som vi gør i regressionen, er der dog en tendens til, at brugere, som har deltaget i fritidsaktiviteter, har bedre helbred. Dette tyder på, at deltagelse i fritidsaktiviteter, herunder sportsaktiviteter, kan være fremmende for brugernes fysiske helbred, men kan også være et udtryk for, at brugere med dårligt fysisk helbred ikke er i stand til at deltage i fritidsaktiviteter.

Tabel 7.31 viser som regressionen en klar tendens til, at brugere, som har haft fysiske problemer inden for de seneste 3 år, som de har haft brug for hjælp til, har større sandsynlighed for at have fysiske problemer på interviewtidspunktet. Her er der ikke nogen markant forskel på, hvordan brugerne vurderer deres helbred, alt efter i hvor høj grad brugerne har fået hjælp til disse problemer. Der er således 24 pct. af brugerne, som ikke har haft betydelige fysiske problemer, der vurderer deres helbred som meget godt, mens dette kun er tilfældet for 2-6 pct. af brugerne, som har haft betydelige fysiske problemer.

Brugere, som har betydelige fysiske problemer, er også blevet spurgt, hvor besværet de er af disse problemer. Fordelingen på denne

variabel viser den samme tendens som i tabel 7.32, hvor graden af hjælp til fysiske problemer ikke har nogen signifikant betydning for, hvordan brugeren vurderer sit helbred på interviewtidspunktet.

Dette tyder på, at selvom brugerne i høj grad får den hjælp, de har brug for til deres fysiske problemer, kan denne hjælp kun i begrænset omfang afhjælpe brugernes fysiske problemer.

TABEL 7.31

Brugernes vurdering af deres fysiske helbred, fordelt på om de har fået den hjælp til sine fysiske problemer, som de havde brug for. Procent.

	1- meget dårligt	2	3	4	5 – meget godt	I alt procent	I alt antal
Havde ikke problemer	4	11	33	29	24	100	658
1 – slet ikke	24	31	32	10	3	100	180
2	13	32	35	18	2	100	91
3	16	24	45	11	4	100	95
4	20	27	31	17	6	100	90
5 – i meget høj grad	14	32	37	11	6	100	133
I alt	11	20	34	21	15	100	1.247

Anm.: $\chi^2 = 261$, $P = 0,000$, Gamma = -0,441, $P = 0,000$.

PSYKISKE HELBRED

Som det blev vist i kapitel 5, svarer 62 pct. af brugerne, at de har haft psykiske problemer inden for de seneste 3 år. Alvorlige psykiske problemer kan have en stor indflydelse på brugernes livskvalitet, og i dette afsnit undersøger vi derfor, hvor mange brugere der har alvorlige psykiske problemer på interviewtidspunktet, og om disse brugere har særlige karakteristika.

Som det fremgår af tabel 7.32, er det kun 36 pct. af brugerne, som ingen psykiske problemer har oplevet den seneste måned. 37 pct. af brugerne har oplevet et eller to symptomer på psykiske problemer, mens 27 pct. har oplevet tre symptomer eller mere. Tabel 7.33 viser desuden, at 26 pct. af brugerne får ordineret medicin for deres psykiske problemer. Det betyder, at det er 36 pct. af de brugere, som har psykiske problemer, der får medicin for disse problemer.

Flest brugere har oplevet at føle sig deprimeret (49 pct.) eller have koncentrationsproblemer (45 pct.) i en tydelig periode af flere dages varighed. 28 pct. af brugerne har oplevet svær angst den seneste måned, mens 8 pct. har haft hallucinationer, og 18 pct. har mistet kontrollen over egen aggressiv/voldelig adfærd.

Det er således en stor del af brugerne, som har oplevet psykiske problemer inden for den seneste måned.

TABEL 7.32

Brugerne fordelt efter, hvor mange psykiske problemer de har oplevet. Antal og procent.

Antal psykiske problemer	Antal	Procent
0	453	36
1	244	19
2	227	18
3	209	17
4	96	8
5	28	2
I alt	1.257	100

Anm.: Brugerne har mere præcist svaret på, hvor mange af følgende psykiske symptomer de har oplevet inden for den seneste måned: depression, svær angst, koncentrationsproblemer, hallucinationer, mistet kontrollen over egen aggressiv/voldelig adfærd.

TABEL 7.33

Brugerne fordelt efter, om de har oplevet en række psykiske problemer inden for den seneste måned. Procent og antal.

	Antal	Procent
Depression (af flere dages varighed)	611	49
Svær angst (af flere dages varighed)	352	28
Koncentrationsproblemer (af flere dages varighed)	562	45
Hallucinationer	100	8
Mistet kontrollen over egen aggressiv/voldelig adfærd	224	18
Fået ordineret medicin for psykiske problemer	333	26

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.258 tidligere brugere. Brugerne kan have svaret ja til mere end et psykisk problem.

HVEM HAR OPLEVET AT HAVE PSYKISKE PROBLEMER?

I dette afsnit undersøger vi, om brugere med psykiske problemer har særlige karakteristika og betydningen af behandlingen af disse problemer.

Tabel 7.34 viser, at helt stoffri brugere har mindre sandsynlighed for at have psykiske problemer end både brugere, som kun tager substitutionsmedicin, og brugere, som tager illegale stoffer. Sandsynligheden for at have psykiske problemer er dog væsentligt større for brugere, som tager illegale stoffer, end for brugere, som udelukkende tager substitutionsmedicin.

Der er desuden en klar tendens til, at brugere, som har haft psykiske problemer inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at have psykiske problemer på interviewtidspunktet, uanset i hvor høj grad brugerne har fået den hjælp til disse problemer, som de havde brug for. Blandt brugere, som har haft psykiske problemer, er der dog samtidig en tendens til, at i jo højere grad brugerne har fået hjælp til psykiske problemer, jo mindre er sandsynligheden for, at de har sådanne problemer på interviewtidspunktet. Dette tyder på, at brugernes psykiske problemer reduceres, hvis brugerne i højere grad får den hjælp til disse problemer, som de har brug for.

Brugere, som har fået samtaler med psykologer eller anden psykiatrisk behandling inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at have psykiske problemer. Her er der givetvis tale om en selektion i forhold til, hvem der får samtaler med psykologer, idet sådanne samtaler primært gives til brugere med psykiske problemer. Uanset kvaliteten af psykologsamtalerne vil behandling ikke løse de psykiske problemer for alle, og der vil derfor være en tendens til, at brugere, som har fået psykologsamtaler, i højere grad har psykiske problemer.

Derudover er der en tendens til, at brugere, som ikke har fået højere behandlingsintensiteter end ad hoc-behandling, har en signifikant mindre sandsynlighed for at have psykiske problemer. Dette kan tyde på, at det er de mere ressourcestærke brugere, som tilbydes denne behandling. Det kan således være brugere, som er velfungerende på en stabil dosis substitutionsmedicin og dermed kan modtage og hente deres medicin ved et apotek eller praktiserende læger, hvor der ikke er en intensiv behandlingsindsats tilknyttet. Der er derimod ikke nogen signifikant forskel i sandsynligheden for at have psykiske problemer, alt efter om brugerne har fået samtaler med andre behandlere end psykologer, gruppebehandling, eller om brugeren har deltaget i fritidsaktiviteter.

TABEL 7.34

Binær logistisk regression af, om brugeren har psykiske problemer.

Variabel	Beta-koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Uddannelse			*	
Højest 10. klasse	Reference	Reference		Reference
Gymnasial uddannelse	-0,793	0,307	*	0,453
Faglig uddannelse	-0,304	0,175		0,738
Videregående uddannelse	-0,640	0,333		0,527
Behandlingsintensitet			*	
Ad hoc	Reference	Reference		Reference
Ambulant	0,552	0,213	**	1,736
Dag	0,444	0,200	*	1,559
Døgn	0,283	0,205		1,327
Psykologsamtaler/psykiatrisk behandling	0,437	0,161	**	1,548
Om brugeren har fået den hjælp, vedkommende havde brug for til psykiske problemer inden for de seneste 3 år			***	
Havde ingen psykiske problemer	Reference	Reference	Reference	Reference
1 – Slet ikke	2,205	0,208	***	9,072
2	1,817	0,255	***	6,153
3	1,874	0,290	***	6,511
4	1,540	0,265	***	4,667
5 – I meget høj grad	1,064	0,240	***	2,899
Stofmisbrug			***	
Er helt stoffri	Reference	Reference	Reference	Reference
Tager kun substitutionsmedicin	0,478	0,205	*	1,612
Tager illegale stoffer	0,860	0,166	***	2,364
Konstant	-1,311	0,197	***	0,270

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.167 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

Der er desuden en signifikant tendens til, at brugere, som kun har afsluttet højest 10. klasse, har større sandsynlighed for at have psykiske problemer, end brugere, som også har afsluttet en gymnasial uddannelse. Derimod har brugernes køn, etnicitet, alder, indkomsttype, hovedmisbrugsstof, familietype, og bytype ingen betydning for, om brugeren har psykiske problemer, når der tages højde for de ovenstående variable. Det har desuden ingen signifikant betydning, om brugeren har været anbragt som barn, har en ubetinget dom, har været indlagt, har været i stofmisbrugsbehandling før, samt hvor lang tid brugeren har været i behandling, eller om brugeren har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet.

Som det fremgår af tabel 7.35, har 48 pct. af de helt stoffri brugere psykiske problemer mod 62 pct. af brugerne, som kun tager substitutionsmedicin, og 74 pct. af brugerne, som også tager illegale stoffer. Der er således en klar tendens til, at stoffri brugere har mindre sandsynlighed for at have psykiske problemer, om end det selv i denne gruppe er næsten halvdelen, som har alvorlige psykiske problemer. Denne sammenhæng kan skyldes, at en del psykiske problemer kan fremkaldes af illegale stoffer, og et misbrug af sådanne stoffer kan således give brugerne flere psykiske problemer. Samtidig er der nogle stofmisbrugere, som bruger de illegale stoffer til at 'lægge låg på' eksisterende psykiske problemer. Forskellen i andelen med psykiske problemer mellem stoffri brugere og brugere, som ikke er stoffri, kan således skyldes, at brugere med psykiske problemer har sværere ved at blive stoffri, fordi de bruger de illegale stoffer som selvmedicinering. Forskellen er dog signifikant i regressionen, selv når der tages højde for, om brugeren har haft nogle psykiske problemer de seneste 3 år. Dette tyder på, at der i hvert fald i nogen grad er tale om, at sandsynligheden for at have psykiske problemer mindskes, når brugeren bliver stoffri.

TABEL 7.35

Brugernes angivelse af, om de har psykiske problemer, fordelt på om brugeren er stoffri eller har taget illegale stoffer/substitutionsmedicin. Procent.

	Har ikke psykiske problemer	Har psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Helt stoffri	52	48	100	356
Tager kun substitutionsmedicin	38	62	100	254
Tager illegale stoffer	26	74	100	647
I alt	36	64	100	1.257

Anm.: $\chi^2 = 68$, $P = 0,000$.

Som det fremgår af tabel 7.36, er der færre brugere, som maksimalt har modtaget ad hoc-behandlingsydelser de seneste 3 år, der har psykiske problemer. Det er således 55 pct. af disse brugere, som har psykiske problemer, mod 65-70 pct. af brugerne i de øvrige behandlingsintensiteter.

TABEL 7.36

Brugernes angivelse af, om de har psykiske problemer, fordelt på den maksimale behandlingsintensitet brugerne har modtaget de seneste 3 år. Procent.

	Har ikke psykiske problemer	Har psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	45	55	100	355
Ambulant	30	70	100	262
Dag	32	68	100	319
Døgn	35	65	100	319
I alt	36	64	100	1.255

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

Tabel 7.37 viser, at 56 pct. af de brugere, som ikke har fået psykologsamtaler/psykiatrisk behandling inden for de seneste 3 år, har psykiske problemer. For brugere, som har modtaget sådanne samtaler eller behandling er andelen af brugere med psykiske problemer 72 procent. Dette skyldes som tidligere nævnt sandsynligvis, at flere brugere med psykiske problemer får psykologsamtaler.

Denne tendens ses i tabel 7.38, som viser andelen af brugere, som har haft psykiske problemer som depression, angst, koncentrationsbesvær, hallucinationer eller voldelig adfærd inden for den seneste måned, særsomt for i hvor høj grad brugerne har haft psykiske problemer inden for de seneste 3 år, som de har haft brug for hjælp til, og i hvor høj grad de har fået hjælp til disse problemer. Tabellen viser, at 37 pct. af de brugere, der ikke mener at have haft psykiske problemer de seneste 3 år, som de havde brug for hjælp til, har haft problemer med depression, angst, koncentrationsbesvær, hallucinationer eller voldelig adfærd inden for den seneste måned. 66-86 pct. af brugerne, som svarer, at de har haft psykiske problemer, de har haft brug for hjælp til, har haft et eller flere psykiske problemer den seneste måned. For de brugere, som har haft psykiske problemer, de har haft brug for hjælp til, inden for de seneste 3 år, svarer størstedelen, at de har haft psykiske problemer den seneste måned, uagtet i hvilken grad, de mener, de har modtaget hjælp til disse problemer.

Samtidig viser tabellen dog en klar tendens til, at andelen af brugere med psykiske problemer den seneste måned op til interviewtidspunktet, falder, jo mere hjælp, brugerne angiver, de har modtaget til at løse deres psykiske problemer. Det er således 86 pct. af de brugere, som

har haft psykiske problemer de seneste tre år, og som slet ikke mener, at de har fået den hjælp, de havde brug for til at løse deres psykiske problemer, som har psykiske problemer den seneste måned op til interviewtidspunktet, mens den tilsvarende andel for de, som svarer, at de i meget høj grad har modtaget hjælp, er 66 procent.

TABEL 7.37

Brugernes angivelse af, om de har haft problemer med depression, angst, koncentrationsbesvær, hallucinationer eller voldelig adfærd inden for den seneste måned, fordelt på om brugeren har fået psyko-logsamtaler eller anden psykologisk/psykiatrisk behandling. Procent.

	Har ikke psykiske problemer	Har psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Har ikke fået psykolog- samtaler/psykiatrisk behandling	44	56	100	648
Har fået psykologsamtaler/psykiatrisk behandling	28	72	100	605
I alt	36	64	100	1.253

Anm.: $\chi^2 = 35$, $P = 0,000$.

TABEL 7.38

Brugernes angivelse af, om de har haft problemer med depression, angst, koncentrationsbesvær, hallucinationer eller voldelig adfærd inden for den seneste måned, fordelt på om de har haft psykiske problemer, som de har haft brug for hjælp til inden for de seneste 3 år, og i hvilken grad brugeren har fået hjælp til disse psykiske problemer. Procent.

	Har ikke psykiske problemer	Har psykiske problemer	I alt procent	I alt antal
Har ikke haft psykiske problemer	63	37	100	469
1 – slet ikke	14	86	100	286
2	16	84	100	146
3	18	82	100	110
4	24	76	100	113
5 – i meget høj grad	34	66	100	120
I alt	36	64	100	1.244

Anm.: $\chi^2 = 257$, $P = 0,000$.

BOLIGSITUATION

Et vigtigt grundlag for at få et stabilt og velfungerende liv er, at brugerne har en fast bopæl og derfor ikke er nødsaget til at benytte væresteder eller sove hos familie og venner.

Tabel 7.39 viser brugernes boligsituation på interviewtidspunktet. Tabellen viser, at 88 pct. af brugerne på interviewtidspunktet havde en fast bolig i form af en lejebolig (4 pct.), ejer-/andelsbolig (14 pct.) eller et lejet værelse (4 pct.). 11 pct. af brugerne bor ikke i egen bolig, men i midlertidige boligformer som støtteboliger, institutioner, herberg, venner og familie eller på gaden. Der er dog kun 1 pct. af brugerne, som bor på gaden, mens 6 pct. bor hos venner og familie.

TABEL 7.39

Brugernes boligsituation på interviewtidspunktet i 2008/2009. Antal og procent.

	Antal	Procent
Ejer-/andelsbolig	181	14
Lejebolig	898	70
Lejet værelse (klubværelse, kollegium, kollektiv, efterskole, højskole, værelse i villa/lejlighed)	44	4
Hos familie eller venner	71	6
Støttebolig/bofællesskab/halvvejsbolig	31	2
Familiepleje	1	0
Herberg/pensionat	7	1
Fængsel	1	0
Institution (psykisk og somatisk)	11	1
Gaden/ingen bolig	7	1
Andet	13	1
Ved ikke	1	0
Uoplyst	9	0
I alt	1.275	100

Brugerne er desuden blevet spurgt, om de i perioden har været uden noget fast sted at bo i løbet af de seneste 3 år, og 15 pct. af brugerne svarer bekræftende. Svarene er baseret på respondenternes egen forståelse af, hvad en fast bolig er. Endelig er brugerne blevet spurgt om, hvor mange steder de har boet de seneste 3 år, hvor de har haft en fast adresse, eller som de har opfattet som et hjem. Størstedelen af brugerne (64 pct.) har boet det samme sted hele perioden, mens 31 pct. har boet to-tre forskellige steder, og 12 pct. har boet mere end tre steder. Der er desuden 2 pct., som svarer, at de ingen steder har boet inden for de seneste 3 år, og denne gruppe har således ikke haft et fast sted at bo på noget tidspunkt i perioden.

TABEL 7.40

Brugerne fordelt efter, hvor mange steder brugeren har boet inden for de seneste 3 år. Antal og procent.

	Antal	Procent
0 steder	20	2
1 sted	688	54
2-3 steder	396	31
4 steder eller mere	151	12
Ved ikke/uoplyst	20	2
I alt	1.275	100

GENEREL LIVSKVALITET – STØRSTE PROBLEM LIGE NU

Brugerne er også blevet spurgt, hvor tilfredse eller utilfredse de var med livet generelt på interviewtidspunktet. Med dette spørgsmål belyses, hvordan brugerne selv oplever deres livskvalitet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds'. 15 pct. af brugerne svarer 1-3 på denne skala og er dermed forholdsvis utilfredse med deres livssituation. 42 pct. svarer 4-7 på skalaen og er således nogenlunde tilfredse med deres livssituation, mens 40 pct. har svaret 8-10 på skalaen og er dermed forholdsvis tilfredse med deres livssituation. På interviewtidspunkter er det således et mindretal af brugerne, som svarer, at de er utilfredse med livet for tiden.

TABEL 7.41

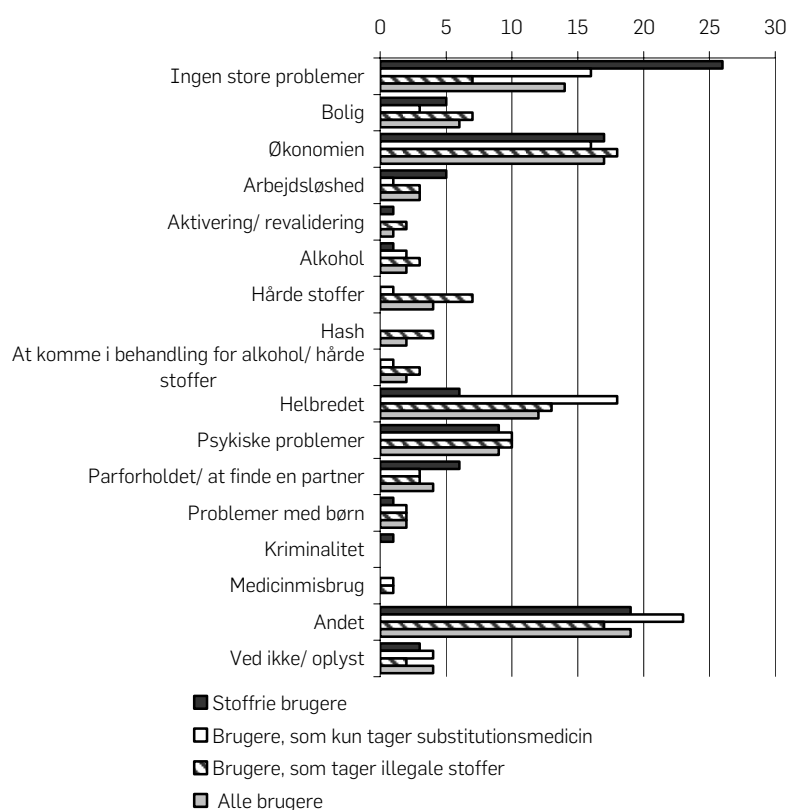
Brugernes fordelt efter deres generelle tilfredshed med livet på en skala fra 1-10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds'. Antal og procent.

	Antal	Procent
1 – Meget utilfreds	47	4
2	54	4
3	85	7
4	80	6
5	177	14
6	99	8
7	180	14
8	261	20
9	115	9
10 – Meget tilfreds	145	11
Ved ikke/uoplyst	32	3
I alt	1.275	100

Brugerne er også blevet spurgt, hvad deres største problem var på interviewtidspunktet. Som vist i figur 7.3 er der mange forskellige problemer repræsenteret, men der er en tendens til, at flest brugere har problemer med økonomien og helbredet. Der er også 14 pct. af brugerne, som ingen store problemer har. Den største forskel på brugergruppernes svarfordeling findes i forhold til svarkategorien "Ingen store problemer". Det er således 26 pct. af de helt stoffri brugere, 16 pct. af brugerne, som tager substitutionsmedicin, og 7 pct. af brugerne, som tager illegale stoffer, der angiver, at de ingen store problemer har.

FIGUR 7.3

Brugernes angivelse af deres største problem på interviewtidspunktet.
Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 1.261 tidligere brugere, heraf 357 helt stoffri, 257, som kun tager substitutionsmedicin, og 647, som tager illegale stoffer.

HVAD HAR BETYDNING FOR BRUGERNES LIVSKVALITET?

I de forudgående kapitler og afsnit har vi undersøgt forskellige aspekter ved brugernes livssituation, og om der er særlige karakteristika ved brugerne og deres behandling, som har betydning for denne livssituation. I dette afsnit undersøger vi, hvordan brugerne vurderer deres generelle livssituation på interviewtidspunktet, afhængigt af personlige karakteristika, og hvilken behandling brugerne har fået. Dermed søger vi at give et mere generelt billede af, hvilke behandlinger der hænger sammen med høj livskvalitet. I denne analyse må der dog tages forbehold for, at der er

tale om brugernes subjektive vurderinger af, hvor tilfredse de generelt er med livet på interviewtidspunktet. Sådanne vurderinger må forventes at tage udgangspunkt i brugernes forventninger til livet, og da sådanne forventninger kan variere på tværs af brugergrupper, må der også forventes forskelle i, hvordan en række objektive karakteristika ved brugernes livssituation opfattes af forskellige brugere. For eksempel kan succeskriterierne for et godt liv for en yngre og mere ressourcestærk bruger være at blive stoffri og få et arbejde, familie og egen bolig, mens brugere, som har været i behandling i mange år, måske ikke har forventning om, at et godt liv er ensbetydende med stoffrihed og arbejde. Samtidig er brugerens tilfredshed med livet generelt dog vigtig i sig selv uanset overensstemmelsen med objektive kriterier for deres livssituation.

Tabel 7.42 viser to statistiske modeller for sammenhængen mellem brugernes og behandlingens karakteristika og brugernes tilfredshed med deres livssituation på interviewtidspunktet. I model 1 er baggrundsvariable om brugeren, hvilke typer stofmisbrugsbehandling brugeren har modtaget inden for de seneste 3 år og den maksimale behandlingsintensitet, brugeren har modtaget. Model 2 inkluderer disse variable og desuden indikatorer for øvrige karakteristika ved stofmisbrugsbehandlingen og den helhedsorienterede indsats, brugeren har modtaget inden for de seneste 3 år.

Model 1 viser, at brugere, som ikke har modtaget mere intensiv stofmisbrugsbehandling end ad hoc-ydelser inden for de seneste 3 år, er mere tilfredse med livet generelt end brugere, som har modtaget mere intensive behandlinger. Som tidligere påpeget kan der være tale om, at nogle af brugerne, som tilbydes ad hoc-ydelser, hører til i den mest ressourcestærke del af brugergruppen, og disse brugere derfor har et godt liv. I tabel 7.45 vises den binære sammenhæng mellem den maksimale behandlingsintensitet og brugernes tilfredshed med deres liv generelt. Af tabellen fremgår det, at der ikke er nogen væsentlig forskel mellem de forskellige behandlingsintensiteter i forhold til tilfredsheden med livet generelt. At forskellen bliver signifikant i model 1 hænger også sammen med, at der også indgår en indikator for, om brugeren har modtaget substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år. Ifølge tabel 4.17 har 69 pct. af brugerne, som maksimalt har modtaget ad hoc-ydelser, været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år. Som det fremgår af model 1, er der samtidig en forholdsvis stor tendens til, at brugere, som har modtaget substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, er mere

utilfredse med deres liv generelt. Model 1 viser desuden en tendens til, at brugere, som har modtaget psykologsamtaler eller anden psykologisk/psykiatrisk behandling er mere tilfredse med deres liv, mens brugere, som har deltaget i fritidsaktiviteter, er mere tilfredse.

Modellen viser desuden en klar tendens til, at brugere, som er helt stoffri på interviewtidspunktet, er mere tilfredse med deres liv end brugere, som kun tager substitutionsmedicin, og brugere, som tager illegale stoffer. Brugere, som tager illegale stoffer, er således i gennemsnit 16 procentpoint mindre tilfredse end brugere, som er stoffri, mens brugere, som kun tager substitutionsmedicin, er 9 procentpoint mindre tilfredse.

Model 1 viser desuden, at brugere i arbejde er signifikant mere tilfredse end brugere på kontanthjælp mv., mens der ikke er nogen signifikant forskel mellem brugere i arbejde og brugere på førtidspension mv. Der er desuden en tendens til, at brugere, hvis forældre er misbrugere eller psykisk syge, er mindre tilfredse med deres liv. Derimod er der ikke nogen signifikant forskel alt efter brugernes køn, etnicitet, alder, uddannelse, hovedmisbrugsstof, familietype, eller om brugeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, har en ubetinget dom, har været anbragt som barn, eller hvor længe brugeren har været i stofmisbrugsbehandling. Behandlingstilbud som massage, gruppebehandling og samtaler med andet personale end psykologer har heller ikke nogen signifikant sammenhæng med brugernes tilfredshed med deres liv generelt, ligesom den bytype, hvor brugeren var bosat i 2006 heller ikke har nogen betydning.

Når forskellige indikatorer for helhedsorienteret indsats inkluderes i analysen, som vi gør i model 2, er der ikke længere signifikant forskel på brugernes tilfredshed med livet generelt alt efter den maksimale behandlingsintensitet, som brugerne har modtaget. Der er derimod stadig en tendens til, at brugere, som har modtaget substitutionsbehandling eller psykologsamtaler inden for de seneste 3 år, er mere utilfredse med deres liv generelt end brugere, der ikke har fået disse behandlinger. Når der tages højde for den indsats, brugerne har modtaget for deres problemer ud over stofmisbrug, har det ikke nogen betydning for brugernes tilfredshed med livet generelt, om de har deltaget i fritidsaktiviteter inden for de seneste 3 år. Der er derimod en tendens til, at brugere, som har brugt værestedstilbud, er mere tilfredse med livet generelt.

Også i model 2 er der en klar tendens til, at brugere, som er helt stoffri er mere tilfredse end brugere, som tager substitutionsmedicin eller illegale stoffer, om end forskellen er lidt mindre end i model 1.

Blandt indikatorerne for den hjælp, som brugerne har fået til problemer ud over stofmisbrug, er der en signifikant forskel i tilfredshed med hensyn til hjælp til psykiske problemer, hjælp til økonomiske problemer, hjælp til bolig samt i forhold til, i hvor høj grad behandlingen har hjulpet brugerne til et bedre socialt netværk. Model 2 viser, at brugere, som har haft psykiske problemer de seneste 3 år, er mere utilfredse med livet generelt på interviewtidspunktet. Der er dog samtidig en tendens til, at i jo højere grad brugerne har oplevet at få den hjælp, de havde brug for til disse problemer, jo mindre utilfredse er de med livet generelt. Dette betyder, at brugere, som i meget høj grad har fået den hjælp, de havde brug for, ikke afviger signifikant i tilfredshed fra brugere, som ingen psykiske problemer har haft. Dette antyder, at en intensiv indsats over for brugernes psykiske problemer kan forbedre deres livskvalitet væsentligt.

Det samme gør sig gældende i forhold til brugernes problemer med arbejde eller forsørgelse, hvor brugere, som ikke har haft sådanne problemer, overordnet er mere tilfredse med livet generelt. Forskellen er dog kun signifikant for brugere, som har svaret 1 eller 2 på skalaen fra 1-5 over, i hvor høj grad brugeren har fået tilstrækkelig hjælp til disse problemer, hvor 1 betyder 'slet ikke'. Der er således også med hensyn til forsørgelse en klar tendens til, at brugere, som har fået tilstrækkelig hjælp til deres problemer, er mere tilfredse med livet generelt.

Modellen viser samtidig, at brugere, som har modtaget en indsats, som i høj grad har hjulpet brugerne til et bedre netværk, er mere tilfredse med livet generelt. Også her er der indikationer på, at en indsats på området har positiv betydning for brugernes livssituation generelt.

Derudover er der en tendens til, at brugere, som har haft boligproblemer, er mindre tilfredse med livet generelt. I model 2 er der ingen signifikant forskel i forhold til brugerens køn, alder, etnicitet, uddannelse, hovedmisbrugsstof, familietype, eller om brugeren har været anbragt, indlagt med fysiske problemer, har ubetinget dom, tidligere har været i stofmisbrugsbehandling, eller hvor længe brugeren har været i behandling. Der er heller ikke nogen forskel i forhold til, om brugerens forældre har alvorlige misbrugs- eller psykiske problemer eller brugerens bytype i 2006.

Som tidligere nævnt, er tilfredshed med livet generelt ikke signifikant sammenhængene med hverken den maksimale behandlingsintensitet, som brugere har modtaget de seneste 3 år, eller om brugeren har fået

samtaler med andet personale end psykologer, har deltaget i gruppebehandling eller fritidsaktiviteter eller har fået massage, afspænding eller lignende. I forhold til den helhedsorienterede indsats har det ikke nogen signifikant betydning, om brugeren har fået hjælp til fysiske problemer eller problemer med børn, ligesom det ikke har nogen betydning, om brugeren har boet i udslusningsbolig, har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet, har været i aktivering eller har deltaget i NA-møder. Det har desuden ikke nogen direkte betydning, om behandling har fokuseret på årsagerne til misbruget eller på at forebygge tilbagefald.

Alt i alt giver modellerne et billede af, at det afgørende for, hvor tilfredse brugerne er med deres livssituation generelt, er, om behandlingen har gjort brugeren stoffri, og i hvor høj grad brugeren har fået hjælp til sine problemer ud over stofmisbrug. Samtidig er der en negativ sammenhæng med at have modtaget substitutionsbehandling og i lidt mindre grad med at have fået psykologsamtaler. Dette kan delvis skyldes, at det er de mindst ressourcestærke brugere, som modtager disse behandlingstyper, om end der er søgt kompenseret for sådanne selektionseffekter ved at inkludere baggrundsvARIABLE om brugerne i analysen. Med hensyn til den helhedsorienterede indsats er der særligt en positiv sammenhæng mellem høj grad af hjælp til psykiske og økonomiske problemer samt hjælp til bedre socialt netværk.

TABEL 7.42

Lineær regression af, hvor tilfreds eller utilfreds brugeren er med livet generelt på interviewtidspunktet ud fra en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds'.

Variabel	Model 1 – stofmisbrugs- behandling og baggrundsvari- able Beta- koefficient		Model 2 med helhedsorienteret indsats Beta- koefficient	
Indkomsttype				**
Arbejde/ uddannelse	Reference		Reference	
Kontanthjælp mv.	-0,586	**	-0,431	*
Førtidspension mv.	-0,117		0,018	
Andet/ingen indkomst	-0,137		-0,143	
Misbrugerforældre	-0,316	*		
Behandlingsintensitet		*		
Ad hoc	Reference		Reference	
Ambulant	-0,155			
Dag	-0,337			
Døgn	-0,583	**		
Psykologsamtaler/psykiatrisk behandling	-0,352	*	-0,313	*
Substitutionsbehandling	-0,710	***	-0,647	***
Deltaget i fritidsaktiviteter	0,411	*		
Brugt væresteder	-	-	0,290	*
Stofmisbrug		***		***
Er helt stoffri	Reference		Reference	
Tager kun substitutionsmedicin	-0,811	**	-0,511	*
Tager illegale stoffer	-1,414	***	-0,996	***
Om brugeren har fået den hjælp, vedkommende havde brug for til psykiske problemer inden for de seneste 3 år	-	-		***
Havde ingen psykiske problemer	-	-	Reference	
1 – Slet ikke	-	-	-1,592	***
2	-	-	-1,732	***
3	-	-	-1,079	***
4	-	-	-0,832	**
5 – I meget høj grad	-	-	-0,281	
Om brugeren har fået den hjælp, vedkommende havde brug for til problemer med arbejde, uddan- nelse eller forsørgelse inden for de seneste 3 år	-	-		*
Havde problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse	-	-	Reference	
1 – Slet ikke	-	-	-0,771	**

2	-	-	-0,603	*
3	-	-	-0,182	
4	-	-	-0,187	
5 – I meget høj grad	-	-	0,204	
Om brugeren har fået den hjælp, vedkommende havde brug for til problemer med bolig inden for de seneste 3 år				
Havde ingen boligproblemer	-	-	Reference	*
1 – Slet ikke	-	-	-0,417	
2	-	-	-0,341	
3	-	-	0,312	
4	-	-	-0,731	*
5 – I meget høj grad	-	-	0,303	
Om behandlingen har hjulpet med bedre socialt netværk				
1 – Slet ikke	-	-	Reference	*
2	-	-	-0,158	
3	-	-	-0,077	
4	-	-	0,418	*
5 – I meget høj grad	-	-	0,452	*
Konstant	8,161	***	8,492	***

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.167 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001. Modellen er udført ved hjælp af GLM.

Tabel 7.43 viser den tydelige forskel i tilfredshed med livet generelt, alt efter om brugerne er stoffri på interviewtidspunktet. Det er således 38 pct. af de helt stoffri brugere, som er meget tilfredse med livet generelt, (har svaret 9 eller 10 på skalaen). Blandt brugere, som kun tager substitutionsmedicin, er det 19 pct., og blandt brugere, som tager illegale stoffer, er det kun 14 pct., som er meget tilfredse med deres liv generelt. Dette tyder på, at stoffrihed giver brugerne en bedre livskvalitet.

TABEL 7.43

Brugernes vurdering af egen livskvalitet på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds', fordelt på om brugeren er stoffri eller har taget illegale stoffer/substitutionsmedicin. Procent.

	1-2 Meget utilfreds	3-4	5-6	7-8	9-10 Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Helt stoffri	3	6	13	40	38	100	352
Tager kun substitutions- medicin	8	12	23	38	19	100	249
Tager illegale stoffer	11	18	25	33	14	100	641
I alt	8	13	21	36	22	100	1.242

Anm.: $\chi^2 = 120$, $P = 0,000$.

Tabel 7.44 viser en meget lille, men dog signifikant tendens til, at brugerne er mere tilfredse med deres livssituation nu, jo lavere behandlingsintensitet de har modtaget de seneste 3 år. Når der tages højde for den helhedsorienterede indsats, viste model 2 dog, at der ikke er en signifikant forskel på brugernes tilfredshed med livet generelt, alt efter hvilken behandlingsintensitet brugerne har fået. Når man tager højde for andre aspekter af brugernes behandling, tyder det således på, at det ikke er vigtigt for brugernes livskvalitet, hvilken behandlingsintensitet brugeren har fået.

TABEL 7.44

Brugernes vurdering af egen livskvalitet på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds' og 10 betyder 'meget tilfreds', fordelt efter den maksimale behandlingsintensitet, brugeren har modtaget de seneste 3 år. Procent.

	1-2 Meget utilfreds	3-4	5-6	7-8	9-10 Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Ad hoc	8	11	19	39	23	100	351
Ambulant	7	12	22	37	22	100	260
Dag	9	17	20	33	21	100	313
Døgn	9	13	24	34	20	100	317
I alt	8	13	21	36	22	100	1.241

Anm.: $\chi^2 = 11$, $P = 0,529$; Gamma = -0,064, $P = 0,041$.

Tabel 7.45 viser en tendens til, at brugere, som har modtaget psykolog-samtaler eller anden psykologisk/psykiatrisk behandling, er mindre tilfredse end brugere, som ikke har modtaget sådanne samtaler de seneste 3 år. Der er således 19 pct. af brugerne, som har modtaget psykologsamtaler mod 24 pct. af de øvrige brugere, som er meget tilfredse med livet generelt (har svaret 9-10 på skalaen). Denne forskel skyldes sandsynligvis, at brugere, som modtager psykologsamtaler, har flere psykiske problemer end de øvrige brugere, hvilket giver dem en dårligere livskvalitet.

TABEL 7.45

Brugernes vurdering af egen livskvalitet på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds', fordelt på om brugeren har modtaget psykologsamtaler eller anden psykologisk/psykiatrisk behandling inden for de seneste 3 år. Procent.

	1-2 Meget utilfreds	3-4	5-6	7-8	9-10 Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Har ikke modtaget psykologsamtaler eller psykologisk/psykiatrisk behandling	8	12	21	36	24	100	637
Har modtaget psykologsamtaler eller psykologisk/psykiatrisk behandling	9	15	22	36	19	100	601
I alt	8	13	21	36	22	100	1.238

Anm.: $\chi^2 = 7$, $P = 0,123$; Gamma = 0,096, $P = 0,021$. Anden psykologisk eller psykiatrisk behandling dækker over brugere, som ikke har fået psykologsamtaler i forbindelse med deres stofmisbrugsbehandling, men har modtaget psykologisk eller psykiatrisk behandling for deres psykiske problemer. Resultaterne er tilsvarende, hvis alene psykologsamtaler i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen medregnes.

Der er derimod en tendens til, at brugere, som har modtaget substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, er mindre tilfredse med livet end de øvrige brugere. Det er således 29 pct. af brugerne, som ikke har fået substitutionsbehandling, mod 16 pct. af brugerne, som har fået en sådan behandling, der er meget tilfredse med deres liv generelt, (har svaret 9-10 på skalaen). Dette tyder på, at substitutionsbehandling ikke forbedrer brugernes livskvalitet, om end der også i nogen grad kan være tale om en selektionseffekt, idet det oftest er de ældre og mindre ressourcestærke brugere, som modtager substitutionsbehandling.

TABEL 7.46

Brugernes vurdering af egen livskvalitet på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds', fordelt på om brugeren har modtaget substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år. Procent.

	1-2 Meget utilfreds	3-4	5-6	7-8	9-10 Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Har ikke modtaget substitutionsbehandling	5	10	17	39	29	100	556
Har modtaget substitutionsbehandling	11	16	25	33	16	100	686
I alt	8	13	21	36	22	100	1.242

Anm.: $\chi^2 = 58$, $P = 0,000$; Gamma = -0,317, $P = 0,000$.

Hvis man alene ser på sammenhængen mellem brugernes tilfredshed med livet generelt, og om brugere har deltaget i fritidsaktiviteter i forbindelse med behandlingen eller har benyttet væresteder uden at tage højde for andre faktorer, er der ikke nogen signifikant sammenhæng. Disse sammenhænge bliver således først signifikante, når der i regressionen tages højde for en række baggrundsvariable og den øvrige indsats, brugere har modtaget for deres stofmisbrug og øvrige problemer.

I forhold til den helhedsorienterede indsats viser de bivariate sammenhænge de samme tendenser som regressionsanalyserne. Hvis man ser på hjælpen til psykiske problemer, vist i tabel 7,47, er der 32 pct. af brugerne, som ikke har haft nogen psykiske problemer, der er meget tilfredse med livet generelt, (har svaret 9-10 på skalaen). Blandt brugere, som har haft sådanne problemer, er det 8-29 pct., som er meget tilfredse med livet generelt, alt efter i hvor høj grad brugere har fået hjælp til disse problemer. Blandt brugere, som slet ikke har fået den hjælp, de havde brug for til deres psykiske problemer, er det således kun 11 pct., som er meget tilfredse med livet generelt, mod 29 pct. af brugerne, som i meget høj grad har fået hjælp til disse problemer. I den anden ende af tilfredshedsskalaen er det også tydeligt, at indsatsen over for brugernes psykiske problemer er vigtig. Det er således 4 pct. af brugerne, som ikke har haft psykiske problemer, mod 16 pct. af brugerne, som slet ikke har

fået den hjælp, de havde brug for til deres psykiske problemer, og 3 pct. af brugerne, som i meget høj grad har fået hjælp til deres psykiske problemer, som er meget tilfredse med livet generelt, (har svaret 1-2 på skalaen). Tendensen til, at brugerne er mere tilfredse med livet generelt, hvis de i højere grad har fået hjælp til deres psykiske problemer, viser sig således også, når man ikke kontrollerer for øvrig behandling og karakteristika ved brugeren.

TABEL 7.47

Brugernes vurdering af egen livskvalitet på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds', fordelt efter i hvilken grad brugeren har fået den hjælp, som brugeren havde brug for til at løse sine psykiske problemer de seneste 3 år. Procent.

	1-2 Meget utilfreds	3-4	5-6	7-8	9-10 Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Har ikke haft nogen psykiske problemer	4	4	16	43	32	100	466
1 – Slet ikke	16	20	26	27	11	100	282
2	13	24	32	23	8	100	143
3	5	27	20	33	16	100	107
4	7	12	21	41	19	100	113
5 – I meget høj grad	3	9	18	42	29	100	119
I alt	8	13	21	36	22	100	1.230

Anm.: $\chi^2 = 207$, $P = 0,000$.

Denne tendens er endnu stærkere med hensyn til hjælp til økonomiske problemer, som vi også viste i model 2. Tabel 7.48 viser, at 24 pct. af brugerne, som ikke har haft problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, er meget tilfredse med livet generelt, (har svaret 9-10 på skalaen). Blandt brugere, som har haft sådanne problemer, er der flere, som er meget tilfredse i jo højere grad, brugerne har fået hjælp til disse problemer. Det er således kun 9 pct. af brugerne, som slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp, mod 32 pct. af brugerne, som i meget høj grad har fået tilstrækkelig hjælp, der er meget tilfredse med livet generelt. Der er således flere brugere, som er meget tilfredse blandt brugere, som har haft problemer, men i meget høj grad har fået hjælp til at løse disse, end blandt brugere, som ikke har haft sådanne problemer. Dette understreger

vigtigheden af en stærk helhedsorienteret indsats også i forhold til brugernes økonomi.

TABEL 7.48

Brugernes vurdering af egen livskvalitet på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds', fordelt efter, i hvilken grad brugeren har fået tilstrækkelig hjælp til at løse problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse de seneste 3 år. Procent.

	1-2 Meget utilfreds	3-4	5-6	7-8	9-10 Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Har ikke haft nogen økonomiske problemer	8	12	21	36	24	100	841
1 – Slet ikke	16	23	23	30	9	100	114
2	6	29	27	26	12	100	66
3	7	14	22	43	14	100	72
4	8	5	32	40	15	100	90
5 – I meget høj grad	5	6	15	43	32	100	87
I alt	8	13	21	36	22	100	1.240

Anm.: $\chi^2 = 71$, $P = 0,000$.

Tabel 7.49 viser, at sammenhængen mellem indsatsen over for brugernes boligproblemer og brugernes tilfredshed med livet generelt er mere uklar end ved de forudgående indsatsområder. Tabellen viser, at mens 24 pct. af brugerne, som ikke har haft boligproblemer de seneste 3 år, er meget tilfredse, (har svaret 9-10 på skalaen), er dette kun tilfældet for 4-17 pct. af brugerne, som har haft sådanne problemer. Færre brugere, som har haft boligproblemer, er således meget tilfredse, end brugere, som ikke har haft sådanne problemer, uanset i hvor høj grad brugerne med problemer har fået hjælp til disse. Hvis man derimod ser på brugere, som er meget utilfredse med livet generelt (har svaret 1-2 på skalaen), tyder resultaterne på en tendens til, at færre brugere er utilfredse i jo højere grad, de har fået hjælp til deres boligproblemer. Det er således 6 pct. af brugerne uden boligproblemer, 19 pct. af brugerne, som slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp til deres boligproblemer, og 5 pct. af brugerne, som i meget høj grad har fået hjælp til deres boligproblemer. Det vil sige, at en næsten lige stor andel af brugere, som er meget utilfredse med deres liv

generelt blandt brugere, som ikke har haft boligproblemer, og brugere, som i høj grad har fået tilstrækkelig hjælp til boligproblemer. De mere uklare tendenser for denne indsats kan skyldes, at der er forholdsvis få brugere i kategorierne 2-4 over hjælp til boligproblemer, hvilket kan føre til mere uklare konklusioner.

TABEL 7.49

Brugernes vurdering af egen livskvalitet på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds', fordelt efter i hvilken grad brugeren har fået den hjælp, vedkommende havde brug for til at løse sine boligproblemer de seneste 3 år. Procent.

	1-2 Meget utilfreds	3-4	5-6	7-8	9-10 Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
Har ikke haft nogen boligproblemer	6	12	21	37	24	100	871
1 – Slet ikke	19	15	22	27	17	100	134
2	10	19	35	25	10	100	48
3	12	10	27	37	15	100	52
4	11	32	13	40	4	100	47
5 – I meget høj grad	5	12	22	36	16	100	86
I alt	8	13	21	36	22	100	1.238

Anm.: $\chi^2 = 69$, $P = 0,000$.

Som vi viste i model 2, er der sammenhæng mellem behandlingens fokus på at skabe et bedre socialt netværk for brugerne og brugernes tilfredshed med livet generelt. Tabel 7.50 viser, at blandt brugere, hvor behandlingen slet ikke har hjulpet brugerne til at få et bedre netværk, er 21 pct. meget tilfredse med livet generelt (har svaret 9-10 på skalaen), mens 12 pct. er meget utilfredse, (har svaret 1-2). Blandt brugere, hvor behandlingen i meget høj grad har hjulpet dem til bedre netværk, er det derimod 34 pct., som er meget tilfredse med livet generelt, og kun 6 pct., som er meget utilfredse. Der er således en tydelig sammenhæng mellem brugernes livskvalitet og hjælpen, de har fået til at forme sociale netværk. Hvis fokus i behandlingen er at højne brugernes livskvalitet generelt, er det således vigtigt også at fokusere på at hjælpe brugerne til at skabe gode sociale netværk.

TABEL 7.50

Brugernes vurdering af egen livskvalitet på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds', fordelt efter i hvilken grad behandlingen har hjulpet brugeren til at få et bedre socialt netværk. Procent.

	1-2 Meget utilfreds	3-4	5-6	7-8	9-10 Meget tilfreds	I alt procent	I alt antal
1 – Slet ikke	12	16	21	31	21	100	514
2	7	20	26	35	13	100	159
3	4	15	27	41	13	100	181
4	4	6	18	47	25	100	158
5 – I meget høj grad	6	7	17	37	34	100	196
I alt	8	14	21	36	21	100	1.208

Anm.: $\chi^2 = 85$, $P = 0,000$; Gamma = 0,187, $P = 0,000$.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi beskrevet sammenhænge mellem den behandlingsindsats, brugerne har modtaget vedrørende deres stofmisbrug samt øvrige problemer de seneste tre år, og brugernes livssituation på interviewtidspunktet 2008/2009. En række indikatorer for brugernes livssituation indgår i de beskrivende analyser. Sammenhængen med stofmisbrugsbehandlingen blev desuden undersøgt i forhold til, om brugerne havde et arbejde, led økonomiske afsavn, var ensomme, havde alvorlige psykiske problemer, hvordan brugerne vurderede deres fysiske helbred og deres tilfredshed med livet generelt på interviewtidspunktet.

SAMMENHÆNG MED STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN

Undersøgelserne viste, at de forskellige indikatorer for brugernes livssituation kun i få tilfælde havde direkte sammenhæng med behandlingsintensiteten og indholdet af stofmisbrugsbehandlingen.

Der er dog en tendens til, at brugere, som har fået substitutionsbehandling, har mindre sandsynlighed for at få arbejde og er mindre tilfredse med livet generelt. Brugere, som har fået psykologsamtaler inden for de seneste 3 år har større sandsynlighed for at have psykiske problemer på interviewtidspunktet, hvilket formentlig blot skyldes, at flere brugere med psykiske problemer får psykologsamtaler. Der er des-

uden en tendens til, at brugere, som har deltaget i fritidsaktiviteter, har et bedre helbred og er mere tilfredse med livet generelt. Brugere, som har benyttet væresteder er lidt mere tilfredse med livet generelt, end brugere, der ikke har. Brugere, som har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet har lidt mindre sandsynlighed for at have et arbejde og større sandsynlighed for at være ensomme, og forklaringen er sandsynligvis, at støtte- og kontaktpersonordningen målrettes de mest udsatte brugere uden tilstrækkeligt socialt netværk. At der ikke findes en sammenhæng mellem livssituation, og om brugeren har fået gruppebehandling eller samtaler med behandler, kan desuden skyldes, at variablene for behandlingsindhold mangler præcision, idet der fx ikke tages højde for, hvor længe og hvor ofte brugerne har fået disse behandlingstyper.

Der er en direkte sammenhæng mellem den maksimale behandlingsintensitet, som brugeren har modtaget de seneste 3 år, og brugerens tilfredshed med livet generelt, mens en sådan sammenhæng genfindes ikke for de øvrige indikatorer for brugernes livssituation på interviewtidspunktet. Sammenhængen viser en tendens til, at brugere, som har modtaget behandling af lavere intensitet, generelt er mere tilfredse med livet generelt. Sammenhængen findes dog ikke, når der tages højde for, hvilken hjælp brugerne har fået til deres problemer ud over stofmisbrug.

Mens der kun i forholdsvis begrænset grad er en signifikant sammenhæng mellem brugernes livssituation på interviewtidspunktet og karakteristika ved stofmisbrugsbehandlingen, er der dog i alle modeller en klar sammenhæng mellem, om brugerne er stoffri, kun tager substitutionsmedicin eller tager illegale stoffer og deres livssituation. Stoffri brugere har således i højere grad arbejde, har mindre sandsynlighed for at lide økonomiske afsavn, er mindre ensomme, har færre psykiske problemer, har et bedre fysisk helbred og er mere tilfredse med livet generelt. Der kan i nogen grad være tale om, at det er brugere, som kun i begrænset grad havde problemer på disse områder før behandlingen, som er blevet stoffri. Sammenhængene er dog stadig signifikante, når der tages højde for brugernes livssituation på disse områder inden for de seneste 3 år og en række andre variable, som kan forventes at have indflydelse på sandsynligheden for, at brugerne har en bestemt livssituation. Som det blev vist i kapitel 6 har en række karakteristika ved behandlingen betydning for, om brugerne bliver stoffri, og der er derfor en indirekte sammenhæng mellem stofmisbrugsbehandlingen og brugernes øvrige livssituation. Disse analyser viste, at brugerne har større sandsynlighed for at

blive helt stoffri og ophøre deres forbrug af illegale stoffer, hvis de havde modtaget døgntil behandling og ikke havde været i substitutionsbehandling.

STOFFRIHED, SUBSTITUTION OG ILLEGALE STOFFER

Substitutionsbehandling bliver ofte brugt som del af en skadesreducerende tilgang, som søger at forbedre brugerens livssituation uden nødvendigvis at kræve stoffrihed af brugeren. Det er derfor interessant at sammenligne brugernes livssituation, alt efter om brugerne er stoffri, kun tager substitutionsmedicin eller tager illegale stoffer. Brugere, som tager illegale stoffer, har i forhold til både arbejde, økonomisk afsavn, ensomhed, fysisk helbred, psykiske problemer og generel tilfredshed med livet, en signifikant større sandsynlighed for at have en dårlig livssituation end de stoffri brugere. Dette tyder på, at stoffrihed generelt forbedrer brugernes livssituation på en række parametre, om end der skal tages forbehold for førnævnte selektionseffekter. Med hensyn til brugere, som kun tager ordineret substitutionsmedicin, danner der sig et mere blandet billede. Der er således ikke nogen signifikant forskel på stoffri brugere og brugere, som alene tager ordineret substitutionsmedicin, i forhold til sandsynligheden for, at brugeren er i arbejde, har lidt økonomiske afsavn eller ofte er ensom. Der er derimod en signifikant forskel i forhold til brugerens fysiske helbred, sandsynligheden for, at brugeren har psykiske problemer og brugerens tilfredshed med livet generelt. Dette tyder på, at substitutionsmedicinen afhjælper brugernes økonomiske og sociale problemer, mens den ikke i signifikant grad forbedrer brugerens fysiske og psykiske helbred eller brugernes generelle livskvalitet.

Der skal i disse sammenligninger tages forbehold for, at brugere, som ikke er i stofmisbrugsbehandling, ikke er inkluderet i analysen. Det kan således ikke afvises, at substitutionsmedicinen forbedrer brugernes fysiske og psykiske helbred og generelle livskvalitet, hvis man sammenligner med stofmisbrugere, som ikke er i behandling.

HELHEDSORIENTERET INDSATS

Et andet gennemgående resultat i analyserne er, at den indsats til problemer ud over stofmisbrug, som brugeren har modtaget de seneste 3 år, har betydning for brugernes livssituation på interviewtidspunktet. Som vist i kapitel 5, er brugerne blevet spurgt, om de inden for de seneste 3 år har haft problemer på en række områder, såsom arbejde, bolig, fysisk helbred, psykiske problemer og børn, som de har haft brug for hjælp til.

Hvis brugerne har haft sådanne problemer, er de blevet spurgt, i hvor høj grad de har fået den hjælp, de havde brug for til disse problemer. Disse indikatorer for helhedsorienteret indsats er inkluderet i analyserne på de områder, de relaterer sig til.

Sammenligningerne viser fx, at sandsynligheden for at have et arbejde er meget mindre for brugere, som slet ikke har fået den hjælp, de havde brug for til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, end for brugere, som ikke har haft sådanne problemer. Der er derimod ingen signifikant forskel på sandsynligheden for at have et arbejde for brugere, som i meget høj grad har fået hjælp til disse problemer, og brugere, som ikke har haft problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse. Det samme gør sig gældende for økonomiske afsavn, hvor der ikke er signifikant forskel på brugere, som i høj grad har fået den hjælp, de havde brug for til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, og brugere, som ikke har haft sådanne problemer.

Med hensyn til fysiske problemer er der en tendens til, at brugere, som slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp til fysiske problemer, har et lidt dårligere helbred end brugere, som i høj grad har fået en sådan hjælp. Uanset omfanget af hjælpen vurderer brugere, som har haft fysiske problemer de seneste 3 år, dog deres helbred som dårligere end brugere, som ikke har haft sådanne problemer. Dette tyder på, at brugernes fysiske problemer er af en karakter, hvor de ikke fuldstændigt kan afhjælpes af tilstrækkelig behandling.

Høj grad af hjælp til psykiske problemer afhjælper heller ikke fuldstændigt brugernes psykiske problemer, men sandsynligheden for, at brugeren har psykiske problemer på interviewtidspunktet, er dog væsentligt mindre, hvis brugeren har fået høj grad af hjælp til sine psykiske problemer, end hvis brugeren slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp.

Brugerne er også blevet spurgt, i hvor høj grad behandlingen har hjulpet dem til et bedre socialt netværk. Med hensyn til dette aspekt er der ikke en klar sammenhæng mellem, i hvor høj grad dette er tilfældet og sandsynligheden for, at brugeren ofte føler sig ensom.

Alle indikatorer for helhedsorienteret indsats er inkluderet i analysen af, hvor tilfreds brugerne er med livet generelt, og her bliver en række af indikatorerne signifikante. Der er således ikke nogen signifikant forskel på brugere, som ikke har haft psykiske problemer, og brugere, som har fået høj grad af hjælp til psykiske problemer, mens brugere, som slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp til deres psykiske problemer, er meget

mindre tilfredse med livet generelt. Det samme gør sig gældende i forhold til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, hvor der ikke er nogen signifikant forskel på brugere uden problemer og brugere, som i moderat eller høj grad har fået tilstrækkelig hjælp. Der er desuden en klar tendens til, at brugerne er mere tilfredse med livet generelt, hvis behandlingen i høj grad har hjulpet dem til et bedre socialt netværk.

Der er således en generel og klar tendens til, at den hjælp, brugerne har modtaget til deres problemer ud over stofmisbrug inden for de seneste 3 år, har stor betydning for brugerens livssituation på interviewtidspunktet. Undersøgelsen viser samtidig, at det langt fra er alle brugere, som har fået tilstrækkelig hjælp til deres problemer på disse områder.

KARAKTERISTIKA VED BRUGERNE

Overordnet er det kun ganske få personlige karakteristika ved brugerne, som bliver signifikante i analyserne. Der er dog en generel tendens til, at brugere, som har haft psykiske problemer inden for de seneste 3 år, har en dårligere livssituation på samtlige parametre. Yngre brugere har desuden større sandsynlighed for at have et arbejde, har bedre helbred og har mindre sandsynlighed for at lide økonomiske afsavn. Brugere, som ikke har mere uddannelse end højst 10. klasse, har desuden mindre sandsynlighed for at have et arbejde og større sandsynlighed for at have psykiske problemer.

Baggrundsoplysninger såsom, om brugeren har været anbragt, indlagt eller har en ubetinget straf, hvilket normalt ville forventes at have indflydelse på brugerens livssituation, er ikke signifikante eller kun signifikante i en enkelt analyse. At personlige karakteristika kun i begrænset omfang har betydning for brugernes livssituation på interviewtidspunktet, kan ses som et udtryk for, at stofmisbruget har en så stor indflydelse på brugernes liv, at det udvisker betydningen af andre forskelle.

SAMMENFATNING

Resultaterne i denne rapport er baseret på spørgeskemainterview med 1.275 personer, som var indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2006. 3.000 personer er blevet tilfældigt udtrukket fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling fra 2006 og er blevet kontaktet telefonisk eller på adressen med henblik på at gennemføre et interview. Af de 3.000 personer har 1275 besvaret spørgeskemaet.

I denne rapport har vi undersøgt disse brugeres brug af illegale stoffer og substitutionsmedicin i dag samt deres generelle livssituation med hensyn til deres beskæftigelsesmæssige, økonomiske og sociale situation, deres fysiske og psykiske helbred, samt deres tilfredshed med livet generelt. Vi har undersøgt, om der er en sammenhæng mellem disse aspekter af brugernes liv på interviewtidspunktet og den stofmisbrugsbehandling og hjælp til problemer ud over stofmisbrug, som brugerne har modtaget de seneste 3 år op til interviewtidspunktet.

STOFMISBRUG OG LIVSSITUATION NU

Undersøgelsen viser, at 28 pct. af brugerne rapporterer, at de hverken har taget illegale stoffer eller substitutionsmedicin den seneste måned op

til interviewet, og disse brugere, er således helt stoffri. 20 pct. har kun taget substitutionsmedicin, mens 17 pct. kun har taget illegale stoffer. 34 pct. har taget både illegale stoffer og substitutionsmedicin. Det er således 51 pct. af brugerne, som har taget illegale stoffer den seneste måned. Brugen af illegale stoffer er generelt reduceret, men der er dog stadig en del brugere, som har et forbrug af illegale stoffer herunder især hash. Det er således 42 pct. af brugerne, som har røget hash den seneste måned, mens der også er forholdsvis mange brugere, som har et overforbrug af alkohol (25 pct.), dvs. mere end de anbefalede maksimumsindtag på 14/21 genstande om ugen. 9 pct. af brugerne har udelukkende røget hash den seneste måned og har ikke taget andre illegale stoffer. Det betyder samtidig, at 42 pct. af brugerne har taget andre illegale stoffer end hash. Det skal understreges, at de 28 pct. af brugerne, som kategoriseres som stoffri på interviewtidspunktet, kun er blevet spurgt om, hvorvidt de har været stoffri den seneste måned op til interviewet.

Beskrivelsen af brugernes livssituation omhandler som tidligere nævnt en række parametre. Undersøgelsen viser, at 24 pct. af brugerne er i arbejde, 6 pct. lever af SU eller revalideringsydelse, 40 pct. er førtidspensionister mv., og 28 pct. lever af kontanthjælp mv. 65 pct. af brugerne har lidt et eller flere økonomiske afsavn såsom ikke at have haft råd til at købe almindelige dagligvarer, invitere gæster, deltage i sociale aktiviteter eller købe medicin inden for den seneste måned eller ikke have været i stand til at betale regninger til tiden, købe sko, besøge venner eller gå til tandlæge inden for det seneste år.

Det fremgår af undersøgelsen, at 60 pct. af brugerne bor alene, og at 26 pct. af brugerne ofte føler sig ensomme. 11 pct. af brugerne bor ikke i egen bolig, men det er dog kun 1 pct., som bor på gaden eller på herberg. 10 pct. af brugerne vurderer deres helbred som meget dårligt, mens 14 pct. vurderer, at deres helbred er meget godt. De fleste (34 pct.) vurderer dog deres helbred som midt imellem disse yderpunkter, svarende til hverken godt eller dårligt helbred.

Brugerne er blevet spurgt om de inden for den seneste måned har oplevet henholdsvis depression, svær angst eller koncentrationsproblemer af flere dages varighed eller, om de har haft hallucinationer eller mistet kontrollen over egen aggressiv/voldelig adfærd i denne periode. 64 pct. af brugerne har oplevet et eller flere af disse psykiske problemer den seneste måned, og det er især depression (49 pct.) og koncentrationsbesvær (45 pct.), som mange brugere har oplevet.

Brugerne er også blevet spurgt, hvor tilfredse eller utilfredse de er med livet generelt på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder meget utilfreds, og 10 betyder meget tilfreds. 14 pct. af brugerne svarer 1-3 på denne skala og er dermed forholdsvis utilfredse med livet generelt, 42 pct. svarer 4-7 på skalaen og er således nogenlunde tilfredse med deres livssituation, mens 40 pct. svarer 8-10 på skalaen og dermed giver udtryk for, at de er godt tilfredse med livet generelt. Det er således et mindretal af brugerne, som giver udtryk for, at de er utilfredse med livet generelt.

FORSKELLE VEDRØRENDE STOFMISBRUG

Den sociale stofmisbrugsbehandling sigter mod stoffrihed for de brugere, som er i stand til dette, og reduktion og stabilisering af stofindtaget for de øvrige brugere. Et fælles formål for disse strategier er dog at begrænse brugen af illegale stoffer, da en begrænsning forventes at reducere de skadesvirkninger, misbruget medfører. Fuld stoffrihed kan kun opnås, hvis brugeren ophører sit brug af illegale stoffer og substitutionsmedicin. Reduktion og stabiliseringsmålsætningerne sigter dog også på at erstatte brugen af illegale stoffer med ordineret substitutionsmedicin, hvis brugeren er misbruger af heroin eller andre opiater. Det er således vigtigt både at undersøge, om brugerne er helt stoffri, og om de har reduceret eller ophørt deres brug af illegale stoffer, og om der er en sammenhæng mellem stofmisbrugsbehandlingen og om brugeren henholdsvis er stoffri og ikke har taget illegale stoffer.

I analyserne har vi undersøgt, om der er sammenhæng mellem stofindtag på interviewtidspunktet og den behandling og hjælp til øvrige problemer, brugerne har modtaget. Den tilsvarende sammenhæng mellem, om brugeren har ophørt sit brug af illegale stoffer og karakteristika ved brugerne og dennes behandling har vi også undersøgt.

SAMMENHÆNG MELLEM STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN OG STOFMISBRUG

Det fremgår af analyserne, at der er en sammenhæng mellem om brugeren er stoffri eller har taget illegale stoffer, og hvilken behandlingsintensitet brugeren har modtaget, samt om brugeren har fået substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år.

Brugere, som har været i døgnbehandling, har en større sandsynlighed for at være stoffri end brugere, som højst har modtaget ambulant behandling eller dagbehandling. En lignende sammenhæng findes også i forhold til brug af illegale stoffer, men her er sammenhængen dog forskellig alt efter om brugerne har været i behandlingsforløb, hvor det var målsætningen at de skulle blive stoffri eller ej. Brugere, som har været i behandlingsforløb, hvor målsætningen var, at de skulle blive stoffri, har en større sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer, hvis de har været i døgnbehandling end hvis de højst har modtaget dagbehandling, ambulant behandling eller ad hoc ydelser. For brugere, som ikke har været i behandlingsforløb, hvor det var formålet at de skulle blive stoffri, er der ikke en sammenhæng mellem døgnbehandling, og om brugeren har taget illegale stoffer. For disse brugere er der derimod en tendens til at brugere, som har fået dagbehandling, i højere grad har taget illegale stoffer. Forskellen i forhold til dagbehandling skyldes sandsynligvis, at nogle kommuner har omsorgstilbud med tilknyttede behandlere, hvor brugerne kan komme hver dag, og brugerne i disse tilfælde opfatter dette som dagbehandling, selvom der ikke er tale om intensive dagbehandlingstilbud. Sådanne tilbud har oftest ikke et fokus på stoffrihed, og medvirker således ikke nødvendigvis til reduktion af brugen af illegale stoffer. Overordnet er der således en generel tendens til, at brugere, som har været i døgnbehandling, i højere grad er helt stoffri og dermed i mindre grad tager illegale stoffer.

Af analyserne fremgår det desuden, at der er en klar sammenhæng mellem om brugerne har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, og om brugeren er stoffri eller ikke har taget illegale stoffer den seneste måned. Styrken af sammenhængen er dog forskellig, alt efter om brugerne har været i behandlingsforløb, hvor formålet var, at vedkommende skulle blive stoffri eller ej. Brugere, som ikke har været i behandlingsforløb, hvor formålet har været at blive stoffri har signifikant mindre sandsynlighed for at være stoffri på interviewtidspunktet og større sandsynlighed for at have taget illegale stoffer den seneste måned op til interviewtidspunktet. Brugere, som har været i behandlingsforløb, som har til formål at gøre brugeren stoffri, har større sandsynlighed for at være helt stoffri på interviewtidspunktet end de, der ikke har været i behandling med henblik på at blive stoffri, men sandsynligheden for at være helt stoffri er samlet set stadig mindre end for brugere, som ikke har været i substitutionsbehandling. Analyserne vedrørende brug af ille-

gale stoffer viser derimod, at brugere, som har modtaget substitutionsbehandling, og som har haft stoffrihed som formål, ikke i nævneværdig grad adskiller sig fra brugere, som ikke har været i substitutionsbehandling, hvad angår sandsynligheden for at have taget illegale stoffer den seneste måned op til interviewtidspunktet.

Dette tyder på, at substitutionsbehandlingen i nogen grad mindsker brugen af illegale stoffer, mens den kun i meget få tilfælde efterfølgende fører til, at brugeren bliver helt stoffri, dvs. at brugeren hverken tager illegale stoffer eller substitutionsmedicin. Således er kun 9 pct. af de brugere, som har været i substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, helt stoffri på interviewtidspunktet. Dette er et udtryk for, at substitutionsbehandlingen ofte er langvarig og i mange tilfælde ikke har en målsætning om, at brugerne skal afslutte denne substitutionsbehandling og blive helt stoffri.

Selvom der i modellerne er kontrolleret for en række karakteristika ved brugerne, kan det ikke udelukkes, at sammenhængen til dels skyldes, at brugere, som kommer i substitutionsbehandling har særlige karakteristika, som disse variable ikke beskriver. Det er muligt, at det primært er de svageste brugere, som tilbydes substitutionsbehandling, og behandlingen derfor primært tilbydes brugere, som ikke kan blive stoffri. Det er dog også muligt, at sammenhængen er et udtryk for, at det generelt er svært at blive stoffri, hvis man først har været i substitutionsbehandling. Tidligere undersøgelser har vist, at brugerne opfatter metadon som et svært stof at blive afvænnet fra, og at behandlere, som har substitutionsbrugere i behandling, er skeptiske over for målsætninger om stoffrihed, fordi de frygter, at det medfører stigende sidemisbrug. (Andersen & Järvinen 2009). Disse behandlere opfatter en vekslen mellem stoffrihed og tilbagefald som mere skadeligt for brugernes psykiske og fysiske tilstand end en stabil tilværelse i substitutionsbehandling. Dette kan også være en medvirkende årsag til, at brugere, som har modtaget substitutionsbehandling inden for de seneste 3 år, har meget mindre sandsynlighed for at blive stoffri, når stoffrihed defineres på en måde, som udelukker brugere, som stadig er i substitutionsbehandling.

Analyserne viser desuden, at brugere, som har fået samtaler med behandlere, som ikke er psykologer, har mindre sandsynlighed for at blive helt stoffri, når man i analyserne tager højde for den hjælp brugerne har fået til deres øvrige problemer, og i hvor høj grad behandlingen har fokuseret på årsagerne til misbruget. Forklaringen er formentlig, at langt

de fleste brugere har fået sådanne samtaler, og at der findes nogle få ressourcestærke brugere, som er blevet stoffri uden samtaler med behandlere.

Sandsynligheden for at være stoffri er desuden større, jo mere behandlingen fokuserer på årsagerne til misbruget. En tilsvarende forskel finder vi dog ikke, når vi ser på sandsynligheden for, at brugerne har taget illegale stoffer måneden op til interviewtidspunktet.

Andre behandlingstyper såsom gruppebehandling og psykolog-samtaler og tilbud såsom fritidsaktiviteter eller massage har ingen signifikant sammenhæng med, om brugerne er blevet stoffri eller tager illegale stoffer. Dette kan skyldes, at brugerne er blevet spurgt om, hvilke typer behandling de har modtaget de seneste 3 år i spørgeskemaet, hvor de har skullet huske disse oplysninger 3 år tilbage. I analyserne indgår således ikke indikatorer for, hvor intensivt eller hvor længe brugerne har fået disse behandlinger, og det er således muligt, at der kan findes en effekt af de øvrige behandlingstyper med et datamateriale, som inkluderer mere detaljerede oplysninger om forløbet.

SAMMENHÆNG MELLEM HELHEDSORIENTERET INDSATS OG STOFMISBRUG

Ifølge vejledning 4 til serviceloven bør brugeren ikke alene modtage hjælp til at blive stoffri eller reducere sit forbrug af illegale stoffer; brugeren bør også modtage hjælp til psykiske og helbredsmæssige problemer, samværet med andre mennesker samt hjælp til uddannelse, økonomi, bolig og lignende. En række indikatorer for, om brugeren har haft sådanne problemer, og i hvilket omfang brugeren har fået hjælp til disse problemer, er derfor inkluderet i analyserne. Disse viser, at der særligt er en stærk sammenhæng mellem den hjælp, brugerne har fået til deres psykiske problemer og til at få et bedre socialt netværk, og sandsynligheden for, at de er helt stoffri eller ikke har taget illegale stoffer.

Brugere, som har haft psykiske problemer de seneste 3 år, har generelt en mindre sandsynlighed for at blive helt stoffri eller ikke tage illegale stoffer end brugere, som ikke har haft psykiske problemer i perioden. Brugere, som i meget høj grad har modtaget den hjælp, de havde brug for til disse psykiske problemer, har dog samme sandsynlighed for at blive helt stoffri eller for ikke tage illegale stoffer som brugere, der slet ikke har haft sådanne psykiske problemer. Sammenligner vi brugere uden psykiske problemer med brugere, der har haft psykiske problemer, som

de har modtaget forskellige grader af hjælp til, viser analyserne, at jo mere positivt brugerne med psykiske problemer svarer i forhold til, i hvor høj grad, de oplever at have fået den hjælp, som de havde brug for, jo mindre adskiller deres chance for at være stoffri/undlade at tage illegale stoffer sig fra brugere uden psykiske problemer. Der er således en generel tendens til, at i jo højere grad brugeren har fået den hjælp, vedkommende havde brug for til sine psykiske problemer, jo mindre adskiller brugerne med psykiske problemer sig fra brugere, som ikke har haft sådanne problemer. Dette tyder på, at en øget hjælp til brugernes psykiske problemer, øger sandsynligheden for, at vedkommende kan blive stoffri eller ophøre sit forbrug af illegale stoffer.

En lignende tendens finder vi, når vi ser på, i hvor høj grad behandlingen har hjulpet brugeren til et bedre socialt netværk. Jo mere positivt brugeren svarer i den henseende, jo større er sandsynligheden for, at brugeren er helt stoffri eller ikke tager illegale stoffer på interviewtidspunktet. Brugere, hvor behandlingen i meget høj grad har hjulpet dem til et bedre socialt netværk, har således væsentligt større sandsynlighed for at være stoffri, end brugere, hvor behandlingen slet ikke har hjulpet dem til et bedre netværk. Dette tyder på, at et fokus på at hjælpe brugerne til et bedre socialt netværk også øger sandsynligheden for, at brugerne bliver stoffri.

Derudover er der en tendens til, at sandsynligheden for både at være stoffri og for ikke have taget illegale stoffer, er større for brugere, som har været til NA-møder inden for de seneste 3 år. De fleste NA-møder henvender sig dog primært til brugere, som er blevet stoffri, og som søger støtte til at fastholde denne stoffrihed. Det er derfor muligt, at sammenhængen skyldes, at mange brugere, som er blevet stoffri, kommer til NA-møder. Brugere, som har boet i udslusningsbolig, har desuden større sandsynlighed for at være stoffri. Brugere, som har benyttet væresteder inden for de seneste 3 år, har en mindre sandsynlighed for ikke at have taget illegale stoffer. Her kan der være tale om, at værestederne henvender sig til de mest udsatte brugere, som også har større sandsynlighed for at tage illegale stoffer. Der er desuden en beskeden tendens til, at brugere, som har været i aktivering, i højere grad tager illegale stoffer, hvilket formentlig skyldes, at det kun er den del af brugergruppen, som er på kontanthjælp mv., som kan blive sendt i aktivering.

FORSKELLE VEDRØRENDE BRUGERNES LIVSSITUATION

Formålet med stofmisbrugsbehandlingen er som tidligere nævnt ikke kun at gøre brugerne stoffri, men også at hjælpe dem til at skabe et menneskeværdigt liv (vejledning 7 til serviceloven). Undersøgelsen indeholder derfor analyser af sammenhængen mellem brugerens livssituation på en række parametre og den stofmisbrugsbehandling og hjælp til andre problemer, brugeren har modtaget. Vi har nærmere bestemt undersøgt sammenhængen mellem, om brugerne har et arbejde, lider økonomiske afsavn, er ensom, har alvorlige psykiske problemer, hvordan de vurderer deres fysiske helbred og deres tilfredshed med livet generelt på interviewtidspunktet.

Substitutionsbehandlingen forventes at reducere de skadesvirkninger, misbruget har på brugerens liv og livskvalitet. Det er derfor relevant at undersøge, hvilke forskelle der er på livssituationen for brugere, som er stoffri, brugere, som kun tager substitutionsmedicin og brugere, som tager illegale stoffer. En sådan variabel er inkluderet i analyserne af brugernes livssituation sammen med indikatorer for den stofmisbrugsbehandling og hjælp til problemer ud over stofmisbrug, som brugeren har modtaget inden for de relevante områder.

SAMMENHÆNG MELLEM STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN OG LIVSSITUATION

Generelt er der kun få af analyserne, hvor der er en direkte sammenhæng mellem behandlingsindhold og -intensitet og brugernes livssituation.

Der er dog en tendens til, at brugere, som har fået substitutionsbehandling, har mindre sandsynlighed for at have arbejde og er mindre tilfredse med livet generelt. Brugere, som har fået psykologsamtaler inden for de seneste 3 år, har større sandsynlighed for at have psykiske problemer måneden op til interviewtidspunktet, hvilket formentligt skyldes, at flere brugere med psykiske problemer får psykologsamtaler. Der er desuden en tendens til, at brugere, som har deltaget i fritidsaktiviteter, har et bedre helbred og er mere tilfredse med livet generelt.

Brugere, som har benyttet væresteder, er desuden lidt mere tilfredse med livet generelt end brugere, som ikke har benyttet væresteder. Endelig har brugere, som har haft en støtte- og kontaktperson tilknyttet, lidt mindre sandsynlighed for at have et arbejde og større sandsynlighed for at være ensomme, hvilket formentlig afspejler, at støtte- og kontakt-

personordningen er henvendt til de mest udsatte brugere uden tilstrækkeligt socialt netværk.

Der er en direkte sammenhæng mellem den maksimale behandlingsintensitet brugeren har modtaget de seneste 3 år og brugerens tilfredshed med livet generelt, men en sådan sammenhæng findes ikke mellem behandlingsintensiteten og de øvrige indikatorer for brugernes livssituation på interviewtidspunktet.

Der er ingen signifikant sammenhæng mellem brugernes livssituation, og om brugeren har fået gruppebehandling eller samtaler med behandler.

Mens der kun er relativt få klare sammenhænge mellem karakteristika ved stofmisbrugsbehandlingen og brugernes livssituation på interviewtidspunktet, er der til gengæld signifikante sammenhænge mellem brugerens livssituation, og om brugeren er henholdsvis stoffri, kun tager substitutionsmedicin eller tager illegale stoffer i alle modeller. Stoffri brugere har således i højere grad arbejde, har mindre sandsynlighed for at lide økonomiske afsavn, er mindre ensomme, har færre psykiske problemer, har et bedre fysisk helbred og er mere tilfredse med livet generelt. Sammenhængene forbliver signifikante, når der tages højde for, om brugere har haft problemer på disse områder inden for de seneste 3 år og en række andre variable, som kan forventes at have indflydelse på sandsynligheden for, at brugerne har en bestemt livssituation. Som tidligere nævnt er der en tendens til, at brugere, som har modtaget substitutionsbehandling, i mindre grad er stoffri, og at brugere, som har modtaget døgnbehandling, i højere grad er stoffri og i mindre grad har taget illegale stoffer. Indirekte er der således en sammenhæng mellem disse behandlingstyper og brugernes generelle livssituation.

SAMMENHÆNG MELLEM HELHEDSORIENTERET INDSATS OG LIVSSITUATION

Et gennemgående resultat i analyserne er desuden, at den hjælp, som brugeren har modtaget de seneste 3 år til at løse problemer ud over stofmisbrug, har betydning for brugernes livssituation på interviewtidspunktet. Brugere er blevet spurgt, om de har haft problemer, som de har haft brug for hjælp til, inden for de seneste 3 år på en række områder såsom arbejde, bolig, fysisk helbred, psykiske problemer og børn. Hvis brugere har haft sådanne problemer, er de blevet spurgt, i hvor høj grad de har fået den hjælp, de havde brug for, til at løse disse problemer. Dis-

se indikatorer for helhedsorienteret indsats er inkluderet i analyserne på de områder, de relaterer sig til. Det betyder fx, at analysen af brugernes fysiske helbred i dag indeholder en indikator for, om brugerne har haft problemer med deres fysiske helbred, som de har haft brug for hjælp til de seneste 3 år og så fremdeles.

Analyserne viser, at sandsynligheden for at have et arbejde er meget mindre, for brugere, som slet ikke har fået den hjælp, de havde brug for, til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, end for brugere, som ikke har haft sådanne problemer. Der er derimod ingen signifikant forskel på sandsynligheden for at have et arbejde for brugere, som i meget høj grad har fået hjælp til disse problemer, og brugere, som ikke har haft problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse. Det samme gør sig gældende for økonomiske afsavn, hvor der ikke er nogen signifikant forskel på brugere, som i høj grad har fået den hjælp, de havde brug for til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, og brugere, som ikke har haft sådanne problemer.

Med hensyn til fysiske problemer er der en tendens til, at brugere, som slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp til fysiske problemer har et lidt dårligere helbred end brugere, som i høj grad har fået en sådan hjælp. Uanset omfanget af hjælpen vurderer brugere, som har haft fysiske problemer de seneste 3 år, dog deres helbred som dårligere end brugere, som ikke har haft sådanne problemer. Dette tyder på, at brugernes fysiske problemer er af en karakter, hvor de ikke fuldstændigt kan afhjælpes af behandlingen.

Høj grad af hjælp til psykiske problemer afhjælper heller ikke fuldstændigt brugernes psykiske problemer, men sandsynligheden for, at brugeren har psykiske problemer på interviewtidspunktet, er dog væsentlig mindre, hvis brugeren har fået høj grad af hjælp til sine psykiske problemer, end hvis brugeren slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp.

Brugerne er også blevet spurgt, i hvor høj grad behandlingen har hjulpet dem til et bedre socialt netværk. Med hensyn til dette aspekt er der ikke en klar sammenhæng mellem, i hvor høj grad dette er tilfældet og sandsynligheden for, at brugeren ofte føler sig ensom.

Alle indikatorer for helhedsorienteret indsats er inkluderet i analysen af, hvor tilfredse brugerne er med livet generelt, og her bliver en række af indikatorerne signifikante. Der er således ikke nogen signifikant forskel på brugere, som ikke har haft psykiske problemer, og brugere, som har fået høj grad af hjælp til psykiske problemer, mens brugere, som

slet ikke har fået tilstrækkelig hjælp til deres psykiske problemer, er meget mindre tilfredse med livet generelt. Det samme gør sig gældende i forhold til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, hvor der ikke er nogen signifikant forskel på brugere uden problemer og brugere, som i moderat eller høj grad har fået tilstrækkelig hjælp. Der er desuden en klar tendens til, at brugerne er mere tilfredse med livet generelt, hvis behandlingen i høj grad har hjulpet dem til et bedre socialt netværk.

Der er således en generel og klar tendens til, at den hjælp, brugere har modtaget til deres problemer ud over stofmisbrug inden for de seneste 3 år, har stor betydning for brugerens livssituation på interviewtidspunktet. Undersøgelsen viser samtidig, at det langt fra er alle brugere, som har fået tilstrækkelig hjælp til deres problemer på disse områder. Dette understreger vigtigheden af, at der ydes en helhedsorienteret indsats over for brugernes problemer, og at der ikke alene fokuseres på brugernes misbrugsproblemer.

SAMMENLIGNING AF LIVSSITUATION I FORHOLD TIL STOFFRIHED, SUBSTITUTION OG ILLEGALE STOFFER

Som tidligere nævnt er det på grund af substitutionsbehandlingens skadesreducerende formål interessant at undersøge, om der er forskel på livssituationen for brugere, som er stoffri, kun tager substitutionsmedicin eller tager illegale stoffer.

Brugere, som tager illegale stoffer har en signifikant større sandsynlighed for at have en dårlig livssituation end de stoffri brugere i forhold til både arbejde, økonomisk afsavn, ensomhed, fysisk helbred, psykiske problemer og generel tilfredshed med livet. Dette tyder på, at stoffrihed generelt forbedre brugernes livssituation på en række parametre, om end der skal tages forbehold for førnævnte selektionseffekter. Med hensyn til brugere, som kun tager ordineret substitutionsmedicin, danner der sig et mere blandet billede. Der er således ikke nogen signifikant forskel på stoffri brugere, og brugere, som alene tager ordineret substitutionsmedicin, når vi ser på sandsynligheden for, at brugeren er i arbejde, har lidt økonomiske afsavn eller ofte er ensom. Der er derimod en signifikant forskel på stoffri brugere og brugere, som alene tager substitutionsmedicin, når det drejer sig om vurderingen af eget fysiske helbred, tilfredshed med livet generelt og sandsynligheden for at have psykiske problemer. Brugere på substitutionsmedicin har større sandsynlighed for at have psykiske problemer, har dårligere fysisk helbred og er mindre

tilfredse med livet. Dette tyder på, at substitutionsbehandlingen afhjælper brugernes økonomiske og sociale problemer, mens den ikke i signifikant grad forbedrer brugerens fysiske og psykiske helbred eller brugernes generelle livskvalitet.

Der skal i disse sammenligninger tages forbehold for, at brugere, som ikke er i stofmisbrugsbehandling, ikke er inkluderet i analysen. Det kan således ikke afvises, at substitutionsbehandlingen forbedrer brugernes fysiske og psykiske helbred og generelle livskvalitet, hvis man sammenligner med stofmisbrugere, som ikke er i behandling.

LITTERATUR

Andersen, D. & Järvinen, M. (2009). *Skadesreduktions i praksis*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for velfærd 09:08.
Socialministeriet. Vejledning 7 til serviceloven. Socialministeriet.

APPENDIKS

MODELLER I KAPITEL 6

TABEL 10.1

Model 1: Logistisk regression af, om brugerne er helt stoffri, dvs. hverken tager illegale stoffer eller substitutionsmedicin.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Kvinde	0,619	0,184	**	1,856
Uddannelse			**	
Højst 10. klasse	Reference			
Gymnasial uddannelse	-0,137	0,356		0,728
Faglig uddannelse	0,557	0,210	**	1,745
Videregående uddannelse	0,817	0,392	*	2,265
Indkomsttype			***	
Arbejdsindkomst eller SU	Reference			
Kontanthjælp mv.	-0,410	0,193	*	0,663
Førtidspension mv.	-1,259	0,273	***	0,284
Andet	-0,771	0,302	*	0,463
Har været anbragt som barn	-0,401	0,195	*	0,670
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	-0,369	0,171	*	0,692
Har psykiske problemer	-0,764	0,172	***	0,466
Behandlingsintensitet			***	
Ad hoc	Reference			
Ambulant	-0,328	0,266		0,720
Dag	-0,531	0,268	*	0,588
Døgn	0,474	0,261		1,607
Substitutionsbehandling	-3,141	0,315	***	0,043

Stoffri behandlings- målsætning	0,097	0,213		1,102
Stoffri behandlings- målsætning *substitution	1,764	0,387	***	5,838
Konstant	0,976	0,254	***	2,655

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.165 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

TABEL 10.2

Model 2: Logistisk regression af, om brugerne er helt stoffri, dvs. hverken tager illegale stoffer eller substitutionsmedicin.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Kvinde	0,449	0,205	*	1,567
Familietype			*	
Enlig uden hjemmeboende børn	Reference			
Enlig med hjemmeboende børn	0,539	0,344		1,714
Samlevende uden hjemmeboende børn	-0,050	0,256		0,951
Samlevende og har hjemmeboende børn	0,815	0,290	**	2,259
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	-0,457	0,184	*	0,633
Indkomsttype			***	
Arbejdsindkomst eller SU	Reference			
Kontanthjælp mv.	-0,536	0,203	**	0,585
Førtidspension mv.	-1,131	0,292	****	0,323
Andet	-0,748	0,316	*	0,473
Behandlingsintensitet			*	
Ad hoc	Reference			
Ambulant	-0,310	0,297		0,733
Dag	-0,451	0,295		0,637
Døgn	0,224	0,298		1,251
Samtaler med behandler	-0,645	0,203	**	0,525
Substitutionsbehandling	-2,873	0,343	***	0,057
Grad, behandlingen har hjulpet til forbedring af socialt netværk			*	
1 - Slet ikke	Reference			
2	-0,050	0,286		0,951
3	-0,050	0,259		0,951
4	0,292	0,286		1,339
5 - I meget høj grad	0,762	0,261	**	2,144
Grad af hjælp til psykiske problemer			***	
Har ikke haft psykiske problemer	Reference	Reference	Reference	Reference

1 – Slet ikke	-1,249	0,263	***	0,287
2	-0,899	0,290	**	0,407
3	-0,910	0,334	**	0,402
4	-0,695	0,296	*	0,499
5 – I meget høj grad	-0,450	0,291		0,637
Grad, behandlingen har fokuseret på årsager til stofmisbruget				
			**	
1 Slet ikke	Reference	Reference	Reference	Reference
2	0,028	0,278		1,028
3	0,663	0,272	*	1,940
4	0,701	0,290	*	2,017
5 I meget høj grad	0,746	0,277	**	2,110
Har deltaget i NA-møde	7,835	0,411	***	2,043
Stoffri behandlingsmålsætning	-0,36	0,229		0,964
Stoffri behandlingsmålsætning *substitution	1,835	0,411	***	6,263
Konstant	0,707	0,305	*	2,027

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.178 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

TABEL 10.3

Model 3: Logistisk regression af, om brugerne er helt stoffri, dvs. hverken tager illegale stoffer eller substitutionsmedicin.

Variabel	Koefficient	Standardfejl	Signifikans-niveau	Odds ratio
Kvinde	0,603	0,218	**	1,828
Familietype			*	
Enlig uden hjemmeboende børn	Reference			
Enlig med hjemmeboende børn	0,521	0,381		1,684
Samlevende uden hjemmeboende børn	0,009	0,270		1,009
Samlevende og har hjemmeboende børn	0,926	0,325	**	2,523
Uddannelse			*	
Højst 10. klasse	Reference			
Gymnasial uddannelse	-0,296	0,397		0,744
Faglig uddannelse	0,471	0,229	*	1,602
Videregående uddannelse	0,807	0,440		2,242
Forældre havde psykiske problemer, problemer med stoffer eller alkohol	-0,389	0,189	*	0,678
Indkomsttype			**	
Arbejdsindkomst eller SU	Reference			
Kontanthjælp mv.	-0,427	0,214	*	0,652
Førtidspension mv.	-1,072	0,307	***	0,342

Andet	-0,871	0,345	*	0,419
Hovedstof			*	
Opiater	Reference			
Opiater/blandingsmisbrug	0,522	0,326		1,686
Centralstimulerende stoffer	0,788	0,289	**	2,199
Hash	0,236	0,294		1,266
Benzodiazepiner og andet	0,543	0,450		1,722
Behandlingsintensitet			**	
Ad hoc	Reference			
Ambulant	-0,358	0,316		0,699
Dag	-0,557	0,311		0,573
Døgn	0,336	0,310		1,399
Samtaler med behandler	-0,602	0,214	**	
Substitutionsbehandling	-2,926	0,373	***	0,054
Grad, behandlingen har hjulpet til forbedring af socialt netværk			*	
1 – Slet ikke	Reference			
2	-0,128	0,297		0,880
3	-0,210	0,277		0,811
4	0,147	0,300		1,158
5 – I meget høj grad	0,683	0,275	*	1,980
Grad af hjælp til psykiske problemer			***	
Har ikke haft psykiske problemer	Reference			
1 – Slet ikke	-1,439	0,282	***	0,237
2	-0,732	0,298	*	0,481
3	-0,908	0,347	**	0,403
4	-0,888	0,314	**	0,411
5 – I meget høj grad	-0,516	0,305		0,597
Grad, behandlingen har fokuseret på årsager til stofmisbruget			*	
1 – Slet ikke	Reference			
2	0,109	0,292		1,115
3	0,658	0,288	*	1,931
4	0,662	0,301	*	1,938
5 – I meget høj grad	0,846	0,295	**	2,331
Stoffri behandlingsmålsætning	-0,060	0,242		0,942
Stoffri behandlingsmålsætning *substitution	1,858	0,424	***	6,411
Konstant	0,281	0,374		1,324

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.090 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

TABEL 10.4

Model 4: Logistisk regression af, om brugerne er stoffri, dvs. ikke tager illegale stoffer.

	Koefficient		Stan- dardfejl	Odds ratio
Kvinde	0,465	**	0,147	1,593
Alder		*		
-24 år	Reference			
25-34 år	-0,090		0,206	0,914
35-44 år	-0,310		0,226	0,733
45- år	0,250		0,240	1,284
Familietype		***		
Enlig uden børn	Reference			
Enlig med hjemmeboende børn	0,350		0,288	1,419
Samlevende uden hjemmeboende børn	0,040		0,187	1,041
Samlevende og har hjemmeboende børn	1,337	***	0,279	3,808
Uddannelse		*		
Højest 10. klasse	Reference			
Gymnasial uddannelse	-0,010		0,277	0,990
Faglig uddannelse	0,507	**	0,165	1,661
Videregående uddannelse	0,371		0,321	1,449
Har tidligere været i stofmisbrugs- behandling	-0,404	**	0,142	0,668
Behandlingsintensitet		*		
Ad hoc	Reference			
Ambulant	-0,064		0,211	0,938
Dag	-0,642	**	0,227	0,526
Døgn	-0,313		0,252	0,732
Substitutionsbehandling	-0,789	***	0,196	0,454
Har psykiske problemer	-0,585	***	0,133	0,557
Stoffri behandlingsmålsætning	-0,331		0,444	0,718
Behandlingsintensitet * Stoffri behand- lingsmålsætning		*		
Ad hoc* Stoffri behandlingsmålsætning				
Ambulant * Stoffri behandlingsmålsætning	-0,170		0,503	0,844
Dag * Stoffri behandlingsmålsætning	0,610		0,480	1,840
Døgn * Stoffri behandlingsmålsætning	0,805		0,482	2,237
Substitutionsbehandling * Stoffri behand- lingsmålsætning	0,567	*	0,278	1,762
Konstant	0,762	**	0,238	2,143

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.165 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

TABEL 10.5

Model 5: Logistisk regression af om brugerne er stoffri, dvs. ikke tager illegale stoffer.

	Koefficient		Stan- dardfejl	Odds ratio
Kvinde	0,410	**	0,149	1,507
Alder		*		
-24 år	Reference			
25-34 år	0,064		0,204	1,067
35-44 år	-0,233		0,223	0,792
45- år	0,328		0,233	1,388
Familietype		***		
Enlig uden børn	Reference			
Enlig med hjemmeboende børn	0,365		0,280	1,441
Samlevende uden hjemmeboende børn	0,103		0,192	1,109
Samlevende og har hjemmeboende børn	1,218	***	0,266	3,382
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	-0,363	*	0,146	0,695
Substitutionsbehandling	-0,589	**	0,200	0,555
Om behandlingen har hjulpet med bedre socialt netværk		***		
1 – Slet ikke	Reference			
2	-0,136		0,199	0,873
3	-0,009		0,194	0,991
4	0,596	**	0,205	1,815
5 – I meget høj grad	0,767	***	0,194	2,153
Hjælp til psykiske problemer		***		
Havde ingen psykiske problemer	Reference			
1 – Slet ikke	-0,686	***	0,175	0,504
2	-0,704	**	0,217	0,494
3	-0,211		0,230	0,810
4	-0,387		0,236	0,679
5 – I meget høj grad	0,100		0,237	1,105
Brugt væresteder	-0,548	***	0,149	0,578
Har deltaget i NA-møde	0,575	**	0,172	1,778
Har været i aktivering	-0,334	*	0,159	0,716
Stoffri behandlingsmålsætning	-0,113		0,197	0,893
Substitutionsbehandling * Stoffri behandlingsmålsætning	0,719	**	0,274	2,053
Konstant	0,341		0,231	1,406

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.190 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

TABEL 10.6

Model 6: Logistisk regression af, om brugerne er stoffri, dvs. ikke tager illegale stoffer, alle variable dog uden NA.

	Koefficient		Standardfejl	Odds ratio
Kvinde	0,507	**	0,154	1,660
Familietype		***		
Enlig uden børn	Reference			
Enlig med hjemmeboende børn	0,397		0,291	1,487
Samlevende uden hjemmeboende børn	0,042		0,197	1,043
Samlevende og har hjemmeboende børn	1,174	***	0,285	3,234
Uddannelse		*		
Højst 10. klasse	Reference			
Gymnasial uddannelse	-0,099		0,291	0,905
Faglig uddannelse	0,460	**	0,168	1,585
Videregående uddannelse	0,505		0,333	1,657
Har tidligere været i stofmisbrugsbehandling	-0,308	*	0,146	0,735
Behandlingsintensitet		*		
Ad hoc	Reference			
Ambulant	-0,135		0,225	0,874
Dag	-0,654	**	0,236	0,520
Døgn	-0,367		0,265	0,693
Substitutionsbehandling	-0,699	***	0,192	0,497
Om behandlingen har hjulpet med bedre socialt netværk		***		
1 – Slet ikke	Reference			
2	-0,087		0,205	0,917
3	0,058		0,201	1,060
4	0,639	**	0,211	1,894
5 – I meget høj grad	0,862	***	0,201	2,367
Hjælp til psykiske problemer		**		
Havde ingen psykiske problemer	Reference			
1 – Slet ikke	-0,758	***	0,184	0,468
2	-0,547	*	0,224	0,579
3	-0,204		0,239	0,815
4	-0,450		0,245	0,638
5 – I meget høj grad	0,039		0,243	1,039
Brugt væresteder	-0,441	**	0,145	0,643
Har været i aktivering	-0,367	*	0,167	0,693
Stoffri behandlingsmålsætning	-0,508		0,459	0,602
Behandlingsintensitet * Stoffri behandlingsmålsætning		*		

Ad hoc* Stofffri behandlingsmålsætning	Reference			
Ambulant * Stofffri behandlingsmålsætning	-0,028		0,525	0,972
Dag * Stofffri behandlingsmålsætning	0,713		0,497	2,041
Døgn * Stofffri behandlingsmålsætning	1,000	*	0,500	2,718
Substitutionsbehandling * Stoffri behandlingsmålsætning	0,646	*	0,288	1,908
Konstant	0,559	*	0,235	1,748

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.121 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001.

MODELLER I KAPITEL 7

TABEL 10.7

Model 1: Lineær regression af, hvor tilfreds eller utilfreds brugeren er med livet generelt på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds'.

Variabel	Koefficient		Standardfejl
Indkomsttype	Reference		
Arbejde/uddannelse			
Kontanthjælp mv.	-0,586	**	0,180
Førtidspension mv.	-0,117		0,199
Andet/ingen indkomst	-0,137		0,294
Misbruger forældre	0,316	*	0,136
Behandlingsintensitet		*	
Ad hoc	Reference		
Ambulant	-0,155		0,202
Dag	-0,337		0,194
Døgn	-0,583	**	0,206
Psykologsamtaler/psykiatrisk behandling	-0,352	*	0,145
Substitutionsbehandling	-0,710	***	0,171
Deltaget i fritidsaktiviteter	0,411	*	0,162
Stofbrug		***	
Er helt stoffri	Reference		
Tager kun substitutionsmedicin	-0,811	**	0,233
Tager illegale stoffer	-1,414	***	0,177
Konstant	8,161	***	0,221

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.167 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001. Modellen er udført ved hjælp af GLM.

TABEL 10.8

Model 2: Lineær regression af, hvor tilfreds eller utilfreds brugeren er med livet generelt på interviewtidspunktet på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder 'meget utilfreds', og 10 betyder 'meget tilfreds'.

Variabel	Koefficient		Standardfejl
Indkomsttype		**	
Arbejde/uddannelse	Reference		
Kontanthjælp mv.	-0,431	*	0,176
Førtidspension mv.	0,018		0,191
Andet/ingen indkomst	-0,143		0,287
Psykologsamtaler/psykiatrisk behandling	-0,313	*	0,143
Substitutionsbehandling	-0,647	***	0,164
Brugt væresteder	0,290	*	0,139
Stofbrug		***	
Er helt stoffri	Reference		
Tager kun substitutionsmedicin	-0,511	*	0,221
Tager illegale stoffer	-0,996	***	0,172
Om brugeren har fået den hjælp, vedkommende havde brug for til psykiske problemer inden for de seneste 3 år		***	
Havde ingen psykiske problemer	Reference		
1 – Slet ikke	-1,592	***	0,178
2	-1,732	***	0,224
3	-1,079	***	0,248
4	-0,832	**	0,242
5 – I meget høj grad	-0,281		0,244
Om brugeren har fået den hjælp, vedkommende havde brug for til problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse inden for de seneste 3 år		*	
Havde problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse	Reference		
1 – Slet ikke	-0,771	**	0,234
2	-0,603	*	0,295
3	-0,182		0,292
4	-0,187		0,310
5 – I meget høj grad	0,204		0,262
Om brugeren har fået den hjælp, vedkommende havde brug for til problemer med bolig inden for de seneste 3 år		*	
Havde ingen boligproblemer	Reference		
1 – Slet ikke	-0,417		0,216
2	-0,341		0,334
3	0,312		0,322
4	-0,731	*	0,335
5 – I meget høj grad	0,303		0,259
Om behandlingen har hjulpet med bedre socialt netværk		*	
1 – Slet ikke	Reference		
2	-0,158		0,200
3	-0,077		0,193

4	0,418	*	0,206
5 – I meget høj grad	0,452	*	0,193
Konstant	8,492	***	0,193

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 1.167 tidligere brugere, * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001. Modellen er udført ved hjælp af GLM.

SPØRGESKEMA

Tekst 1: Jeg vil gerne starte med, at stille dig nogle spørgsmål om den misbrugsbehandling, du har fået indenfor de seneste 3 år.

1. Har du på noget tidspunkt i løbet af de seneste 3 år været i døgnbehandling (behandling med overnatning)?

- Ja
- Nej -> spørgsmål 2
- Ved ikke -> spørgsmål 2

1.A: Hvor mange gange har du været i døgnbehandling de seneste 3 år?

- Antal gange
- Ved ikke

1.B: Hvornår påbegyndte du dit seneste døgnbehandlingsforløb?

- Måned
- År
- Ved ikke

1.C: Hvornår afsluttede du dit seneste døgnbehandlingsforløb?

- Måned
- År
- Er stadig i døgnbehandling
- Ved ikke

2. Nogle misbrugere får dagbehandling, hvor de får behandling 3-5 gange om ugen ud over evt. at hente metadon, men hvor de ikke overnatter på behandlingsstedet. Det kan f.eks. være samtaler med en behandler eller en psykolog.

Har du de seneste 3 år været i en sådan dagbehandling?

- Ja
- Nej -> spørgsmål 3
- Ved ikke -> spørgsmål 3

2.A: Hvor mange gange har du været i dagbehandling de seneste 3 år?

- Antal gange
- Ved ikke

2.B: Hvornår påbegyndte du dit seneste dagbehandlingsforløb?

- Måned
- År
- Ved ikke

2.C: Hvornår afsluttede du dit seneste dagbehandlingsforløb?

- Måned
- År
- Er stadig i dagbehandling
- Ved ikke

3. Har du inden for de seneste 3 år fået metadon eller lignende?

- Ja
- Nej -> spørgsmål 4
- Ved ikke -> spørgsmål 4

3.A: Hvor mange gange har du været i et metadonbehandlingsforløb de seneste 3 år?

- Antal gange
- Ved ikke

3.B: Hvornår påbegyndte du dit seneste metadonbehandlingsforløb?

- Måned
- År
- Ved ikke

3.C: Hvornår afsluttede du dit seneste metadonbehandlingsforløb?

- Måned
- År
- Er stadig i metadonbehandling
- Ved ikke

4. Har du på noget tidspunkt inden for de seneste 3 år haft samtaler med en psykolog eller en psykiater, som var betalt af det offentlige?

- Ja
- Nej -> spørgsmål 5
- Ved ikke -> spørgsmål 5

4A I den seneste periode, hvor du har haft samtaler med en psykolog eller en psykiater, hvor ofte har du da mødtes med psykologen eller psykiateren?

- Hver 2. uge eller oftere
- 1-2 gange om måneden
- Ca. hver 2. måned
- Hver 3. måned eller sjældnere
- Ved ikke

4.B: Har du stadig samtaler med en psykolog eller en psykiater?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

5. Har du de seneste 3 år haft samtaler i enerum med andet personale som f.eks. din kontaktperson, behandler, socialpædagog eller lignende i forbindelse med behandling af dit misbrug?

Intv: Her menes andet personale end psykolog eller psykiater

- Ja
- Nej -> spørgsmål 6
- Ved ikke -> spørgsmål 6

5.A: I den periode du har fået behandling, hvor ofte har du så haft samtaler i enerum med andet personale som f.eks. din kontaktperson, behandler, socialpædagog eller lignende om dit misbrug eller din behandling?

Intv: Her menes andet personale end psykolog eller psykiater

- Hver 2. uge eller oftere
- 1-2 gange om måneden
- Ca. hver 2. måned
- Hver 3. måned eller sjældnere
- Ved ikke

6. Har du inden for de seneste 3 år deltaget i behandling i grupper?

- Ja
- Nej -> Spørgsmål 7

- Ved ikke -> Spørgsmål 7
-

6.A: Er du stadig i gruppebehandling?

- Ja -> Spørgsmål 7
- Nej
- Ved ikke

6.B: Hvornår afsluttede du dit seneste gruppebehandlingsforløb?

- Måned
- År
- Ved ikke

7. Har du inden for de seneste 3 år i forbindelse med behandling for dit stofmisbrug fået massage, afspænding, meditation eller lignende?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

8. Har du inden for de seneste 3 år deltaget i fritidsaktiviteter arrangeret af et behandlingssted?

Intv. Det kan f.eks. være sport, sociale fællesaktiviteter m.v. – også hvis de er arrangeret af halvvejshus e.l.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

9. Har du fået anden behandling for stofmisbrug?

- Ja, hvilken _____
- Nej
- Ved ikke

10. Har du i løbet af de seneste 3 år modtaget behandling, hvor formålet var, at du skulle blive stoffri?

Intv: Med stoffri menes, at brugeren hverken tager stoffer, hash eller metadon eller lignede substitutionsmedicin

- Ja
- Nej -> Spørgsmål 11
- Ved ikke -> Spørgsmål 11

10.A: Hvornår påbegyndte du dit seneste behandlingsforløb, hvor formålet var, at du skulle blive stoffri?

- ☐ Måned
- ☐ År
- ☐ Ved ikke

10.B: Hvornår afsluttede du dit seneste behandlingsforløb, hvor formålet var, at du skulle blive stoffri?

- ☐ Måned
- ☐ År
- ☐ Er stadig i stoffri behandling, gå til sp. 12
- ☐ Ved ikke

11. Er du stadig i stofmisbrugsbehandling i dag?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

12. I hvor høj grad har der i den behandling, du har fået, været fokus på årsagerne til, at du startede dit misbrug?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også (op til ét decimal f.eks. 2,5)

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

13. I hvor høj grad har der i behandlingen været fokus på, hvordan du kan forebygge tilbagefald?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

14. I hvor høj grad har behandlingen hjulpet dig til at få et bedre socialt netværk?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

15. Hvis du ser tilbage på de sidste 3 år. Hvor tilfreds er du så med den behandling, du har fået for dit stofmisbrug?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "meget utilfreds" og 5 betyder "meget tilfreds"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

Tekst 2: Nu kommer der nogle spørgsmål om andre problemer end misbrug, som man kan få hjælp fra det offentlige til.

16. Har du haft nogen betydelige fysiske problemer eller sygdomme inden for de seneste 3 år?

Fx. infektioner, smerter, leverbetændelse, HIV og andre sygdomme

- Ja
- Nej -> Spørgsmål 17
- Ved ikke -> Spørgsmål 17

16.A: I hvor høj grad har du fået den hjælp til dine fysiske problemer, som du har haft brug for?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også

- ☐ Tal mellem 1 og 5
- ☐ Ved ikke
- ☐

17. Har du haft psykiske problemer, som f.eks. depression, angst eller psykoser inden for de seneste 3 år?

- Ja
- Nej -> Spørgsmål 18
- Ønsker ikke at svare på spørgsmålet -> Spørgsmål 18
- Ved ikke -> Spørgsmål 18

17A. Har du fået psykologisk eller psykiatrisk behandling de seneste 3 år?

- ☐ Ja
- ☐ Nej -> Spørgsmål 17.C
- ☐ Ved ikke -> Spørgsmål 17.C

17.B: Har denne psykologiske eller psykiatriske behandling været en del af stofmisbrugsbehandlingen eller har det foregået i en anden sammenhæng?

- ☐ Foregået i forbindelse med denne behandling
- ☐ Foregået i en anden sammenhæng
- ☐ Både i forbindelse med stofmisbrugsbehandling og i en anden sammenhæng
- ☐ Ved ikke

17.C: I hvor høj grad har du fået den hjælp til dine psykiske problemer, som du har haft brug for?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

17.D: Har du på noget tidspunkt inden for de seneste 3 år fået afslag på psykologisk eller psykiatrisk behandling pga. stofmisbrug?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

18. Har du inden for de seneste 3 år haft brug for hjælp til at løse boligproblemer?

- Ja
- Nej -> Spørgsmål 19
- Ved ikke -> Spørgsmål 19

18.A: I hvor høj grad har du fået tilstrækkelig hjælp fra det offentlige til dine boligproblemer?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også

- ☐ Tal mellem 1 og 5
- ☐ Ved ikke

19. Har du inden for de seneste 3 år haft brug for hjælp til at løse problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse?

- Ja
- Nej -> Spørgsmål 20
- Ved ikke -> Spørgsmål 20

19.A: I hvor høj grad har du fået tilstrækkelig hjælp fra det offentlige til dine problemer med arbejde, uddannelse eller forsørgelse, som du har haft brug for?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

20. Har du nogen børn under 18?

Intv. Kun biologiske børn, men både hjemmeboende, delebørn og børn, IP ikke ser

- Ja
- Nej > Spørgsmål 21

20. Har du inden for de seneste 3 år haft brug for hjælp til at løse problemer med dine børn?

- Ja
- Nej -> Spørgsmål 21

- Ved ikke -> Spørgsmål 21

20.1: I hvor høj grad har du fået tilstrækkelig hjælp fra det offentlige til at løse problemerne med dine børn?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

21. Har du inden for de seneste 3 år haft brug for hjælp til at løse problemer med egen kriminalitet?

- Ja
- Nej -> Spørgsmål 22
- Ved ikke -> Spørgsmål 22

21.A: I hvor høj grad har du fået tilstrækkelig hjælp fra det offentlige til at løse problemer med kriminalitet?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også

- ☐ Tal mellem 1 og 5
- ☐ Ved ikke

22. Har du inden for de seneste 3 år haft brug for hjælp til at komme ud af prostitution?

- Ja
- Nej -> Spørgsmål 23
- Ved ikke -> Spørgsmål 23

22.A: I hvor høj grad har du fået tilstrækkelig hjælp fra det offentlige til at løse problemer med prostitution?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også

- ☐ Tal mellem 1 og 5
- ☐ Ved ikke

23. Har du savnet hjælp til noget andet de seneste 3 år?

- Ja
- Nej gå til TEKST 3
- Ved ikke gå til TEKST 3

23.A: Hvad har du særligt savnet hjælp til de seneste 3 år?

- Skriv: _____
- Ved ikke

Tekst 3: Nu kommer der nogle spørgsmål om andre slags støtte, man kan få i forbindelse med sin behandling ud over, hvad man får på behandlingsstedet/ misbrugscentret

24. Har du inden for de seneste 3 år prøvet at bo i en udslusningsbolig, bofællesskab, halvvejshus eller kriminalforsorgspension?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

25. Har du inden for de seneste 3 år brugt væresteder, misbrugscafeer eller lignende?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

26. Har du inden for de seneste 3 år deltaget i møder ved NA, CA eller lignende organisationer?

Intv: NA= anonyme narkomaner CA= anonyme kokainmisbrugere

- Ja
- Nej
- Ved ikke

27. Er du blevet opfordret til at bruge tilbud som væresteder og NA af behandlingsstedet/ misbrugscentret?

Intv: NA= Anonyme Narkomaner

- Ja
- Nej
- Ved ikke

28. Har du inden for de seneste 3 år haft en støttekontaktperson (SKP)?

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

29. Har du inden for de seneste 3 år været i aktivering, arbejdsprøvning eller lignende, mens du var i misbrugsbehandling?

- Ja
- Ja, men mødte ikke op
- Nej
- Ved ikke

Tekst 4: Nu kommer der nogle spørgsmål, som handler om udslusning fra behandling og overgange mellem forskellige behandlinger

30. Har du indenfor de seneste 3 år afsluttet et behandlingsforløb?

- Ja
- Nej -> Tekst 5
- Ved ikke -> Tekst 5

30.A: Hvis du ser på det seneste behandlingsforløb, du har afsluttet.

Var det så planlagt, at behandlingsforløbet skulle afsluttes eller blev behandlingen afbrudt før tid?

Intv. Behandlingen er f.eks. afbrudt før tid, hvis behandlingen forlades mod behandlers ønske eller pga. tilbagefald

- Planlagt
- Før tid
- Ved ikke

30.B: I hvor høj grad fik du den hjælp, du havde brug for, efter du afsluttede din behandling?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke" og 5 betyder "i meget høj grad"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

30.C: Hvad havde du brug for mere hjælp til?

Tekst 5: Nu vil jeg gerne stille dig nogle spørgsmål om, hvordan du har det nu. Jeg starter med nogle spørgsmål om din boligsituation.

31. Hvad bor du i nu?

Intv: *Læs som udgangspunkt ikke op*

- Ejer/ andelsbolig
- Lejebolig
- Lejet værelse (klubværelse, kollegium, kollektiv, efterskole, højskole, værelse i villa/lejlighed)
- Hos familie eller venner
- Støttebolig/ bofællesskab/ halvvejshus
- Familiepleje
- Herberg/ pensionat
- Fængsel
- Institution (psykisk og somatisk)
- Gaden/ ingen bolig
- Andet _____
- Ved ikke

32. Har du i løbet af de seneste 3 år i perioder været uden noget fast sted at bo?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

33. Bor du alene eller sammen med andre?

- Sammen med andre
- Alene -> spørgsmål 34
- Ved ikke -> spørgsmål 34

33.A: Hvem bor du sammen med?

Intv. *Delebørn som overnatter en gang imellem skal også tælles med*

Gerne flere svar

- Ægtefælle/partner/ kæreste
- Egne børn
- Ægtefælle/partner/ kærestes børn
- Forældre/søskende

- Venner
- Andre

Filter1: Hvis udfyldt i 33A 1 (bor sammen med ægtefælle, partner/kæreste gå til 33B,, hvis ikke udfyldt i 33A1 gå til 34

33B. Er din partner misbruger af alkohol eller stoffer?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

34. Hvor mange steder har du i alt boet inden for de seneste 3 år?

Intv. Vi taler her om steder, hvor IP har følt, at IP har haft en fast adresse / et hjem,

IP må selv vurdere, hvad det vil sige.

Bed om et ca.antal, hvis IP ikke kan sige det præcist.

- Antal steder
- Ved ikke

Tekst 6: Så har jeg nogle spørgsmål om din økonomiske og arbejdsmæssige situation.

35. Nogle mennesker bliver nødt til at undlade helt nødvendige indkøb, fordi de ikke har råd til det. Er det sket indenfor den seneste måned, at du ikke har haft råd til at:

A. Købe helt almindelige dagligvarer, som mad og rengøringsmidler ja/nej/ved ikke

B. Er det sket indenfor den seneste måned, at du ikke har haft råd til at

At invitere gæster – familie/venner – hjem ja/nej/ved ikke

C. Er det sket indenfor den seneste måned, at du ikke har haft råd til at

Deltage i sociale aktiviteter, du gerne ville deltage i (ex. sport) ja/nej/ved ikke

D. Er det sket indenfor den seneste måned, at du ikke har haft råd til at

At købe medicin som du eller din familie havde brug for ja/nej/ved ikke

36. Er det sket indenfor det seneste år, at du ikke har haft råd til:

A. At betale regninger til tiden ja/nej/ved ikke

B. Er det sket indenfor det seneste år, at du ikke har haft råd til

At købe sko og støvler til dig selv eller din familie ja/nej/ved ikke

C. Er det sket indenfor det seneste år, at du ikke har haft råd til

At besøge venner som bor mere end 20 km. væk ja/nej/ved ikke

D. Er det sket indenfor det seneste år, at du ikke har haft råd til

At gå til tandlæge ja/nej/ved ikke

37. Har du gæld til det offentlige?

- Ja
- Nej -> spørgsmål 38
- Vil ikke oplyse -> spørgsmål 38
- Ved ikke -> spørgsmål 38

37. A: Hvor stor er den ca.?

- _____
- Vil ikke oplyse
- Ved ikke

38. Har du gæld til andre?

F.eks. banker, kreditkortfirmaer eller familie

- Ja
- Nej -> spørgsmål 39
- Vil ikke oplyse -> spørgsmål 39
- Ved ikke -> spørgsmål 39

38.A: Hvem har du gæld til? _____

Intv. Ud over det offentlige

38.B: Hvor stor er den ca.?

- _____
- Vil ikke oplyse
- Ved ikke

39. Har du påbegyndt nogen uddannelse de seneste 3 år?

Intv. Vi taler her kun om det officielle skole- og uddannelsessystem, ikke kortvarige kurser og små private uddannelser.

Vi spørger for at høre, om de har været aktive mht. skole og uddannelse de sidste år

- Ja
- Nej -> spørgsmål 40
- Ved ikke -> spørgsmål 40

39.A: Hvilken uddannelse har du påbegyndt?

- ☐ 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 (under 3 år)
- ☐ Mellemlang videregående (3-4 år)
- ☐ Lang videregående (over 4 år) eller Ph.D.
- ☐ Andet: _____
- ☐ 88. Ved Ikke
- ☐ 99. Vil ikke svare
- ☐ 999 Uoplyst

40. Hvor får du din officielle indtægt fra?

Intv: *Kun et svar*

- Arbejde (inkl. Lærlingeløn)
- SU/ legater
- Arbejdsløshedsdagpenge
- Aktiveringsydelse
- Sygedagpenge
- Kontanthjælp (bistandshjælp)
- Revalideringsydelse
- Førtidspension/ invalidepension
- Folkepension
- Anden pension
- Familie/ venner/ partner
- Har ingen officiel indtægt
- Andet _____
- Ved ikke

Tekst 7: Før de næste spørgsmål vil jeg lige minde dig om, at alt, hvad der bliver sagt her, er fuldstændigt fortroligt.

41. Får du eller skaffer du penge på andre måder?

- Ja
- Nej -> spørgsmål 42
- Vil ikke oplyse -> Spørgsmål 42
- Ved ikke -> Spørgsmål 42

41.A: Hvordan?

Intv: *(gerne flere svar – læs ikke op)*

- Familie/ venner/ partner
- Sort arbejde
- Stofsalg
- Berigelseskriminalitet (tyveri, røveri, hæleri, svindel m.v.)
- Anden kriminalitet
- Prostitution
- Ikke andre måder
- Andet _____
- Vil ikke oplyse (kan ikke vælges sammen med de andre kategorier)
- Ved ikke

42. Mener du, at du i dag er i stand til at varetage et arbejde?

- Ja, et fuldtidsarbejde
- Ja, et deltids-/ skånejob
- Nej, er ikke i stand til at varetage arbejde
- Ved ikke

43. Arbejder du som frivillig?

- Ja
- Nej -> Tekst 8
- Ved ikke -> Tekst 8

43.A: Er du begyndt at arbejde som frivillig indenfor de seneste 3 år?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Tekst 8: Nu kommer der nogle spørgsmål om dit fysiske helbred.
--

44. Hvordan vil du selv vurdere dit fysiske helbred i dag?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "meget dårligt" og 5 betyder "meget godt"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

45. Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer indenfor de sidste 30 dage?

Intv. Det er IP's egen definition af, hvor mange dage han/hun har været generet af fysiske problemer

- Antal dage
- Har ikke oplevet fysiske problemer – gå til TEKST 9
- Ved ikke

46. Hvor plaget eller besværet har du været af disse problemer?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke og 5 betyder "meget"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

Tekst 9: Nu kommer der nogle spørgsmål om dit sociale netværk.

47: Er den eller de partnere, du har haft under din stofmisbrugsbehandling de sidste 3 år, blevet inddraget i din behandling?

- Ja
- Nej
- Har ikke haft en partner, mens var i stofmisbrugsbehandling
- Ved ikke

48: Er andre af dine pårørende blevet inddraget i din behandling de seneste 3 år?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

49. Hvor ofte mødes du med venner, familie eller kollegaer?

Intv. "Mødes med" betyder mødes af egen fri vilje frem for på grund af arbejde eller af ren pligt.

Det, vi vil vide, er, hvor hyppigt de ser nogen (hvad enten det er familie, venner eller kollegaer), f.eks. Hvis venner den ene weekend og familie den næste – kodes En gang om ugen

- Hver dag
- Flere gange om ugen
- Én gang om ugen
- Flere gange om måneden
- Sjældnere end én gang om måneden
- Én gang om måneden
- Aldrig
- Ved ikke

50. Har du nogen, du kan tale med om personlige og intime spørgsmål?

Intv. "Intime" betyder f.eks. familieforhold eller sex. "Personlig" kan også omfatte arbejds- og erhvervsrelaterede emner.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

51. Har dine forældre haft, hvad du vil betegne som betydelige alkohol, narkotika eller psykiske problemer, som blev eller som burde være blevet behandlet?

Intv. Vær opmærksom på, at det ikke kun er de seneste 3 år

Gerne flere svar

- Ja, Alkohol
- Ja, Narkotika

- Ja, Psykiske problemer
- NEJ
- Ved ikke

52. Hvor bekymret eller besværet har du været pga. familiemæssige problemer de sidste 30 dage?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "slet ikke og 5 betyder "meget"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

53. Hvor ofte vil du mene, at du deltager i sociale aktiviteter sammenlignet med andre på din alder?

Du skal angive en værdi fra 1 til 5, hvor 1 betyder "langt sjældnere og 5 betyder "meget oftere end de fleste"

Intv. Kommatal accepteres også

"Sociale aktiviteter" i betydningen sammenkomster/tilfældige møder med andre mennesker af egen fri vilje og for fornøjelsen frem for på grund af arbejde eller af pligt

- Tal mellem 1 og 5
- Ved ikke

54. Er de fleste af dine venner stofmisbrugere, tidligere stofmisbrugere eller venner, som aldrig har været stofmisbrugere?

Kun et svar

- Stofmisbrugere
- Tidligere stofmisbrugere
- Venner, som aldrig har været stofmisbrugere
- Har ingen venner
- Ved ikke

55. Hvor ofte vil du sige, at du føler dig ensom?

- Ofte
- Nogen gange
- Sjældent
- Aldrig
- Ved ikke

56. Hvor spiste du aftensmad i går?

- Hjemme
- Hos partner
- Hos venner og familie
- Andet sted
- Spiste ikke aftensmad
- Ved ikke

57. Hvilket land er du opvokset i?

- *Danmark*
- *Grønland / Færøerne*
- *Andet- skriv* _____

58A. Hvilket land er din mor primært opvokset i?

- *Danmark*
- *Grønland / Færøerne*
- *Andet land skriv* _____

58B. Hvilket land er din far primært opvokset i?

- *Danmark*
- *Grønland / Færøerne*
- *Andet land skriv* _____

Tekst 9: Så har jeg nogle spørgsmål om dit brug af stoffer inden for den seneste måned

59. Jeg nævner nu en række stoffer, og jeg vil bede dig sige ja til de stoffer du har taget indenfor den seneste måned. Har du taget...?

- A1. Ordineret metadon eller lignende substitutionsmedicin (Temgesic, Anorfin, Subutex, SuperZone, mv.)
 - ☐ ja/nej/ved ikke
 - A2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____
 - ☐ B1 Har du den sidste måned taget Illegal metadon eller lignende (Subutex, SuperZone, Temgesic, Anorfin) ja/nej/ved ikke
 - B2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____
 - ☐ C1. Har du den sidste måned taget Heroin ja/nej/ved ikke
 - C2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____
 - ☐ D1. Har du den sidste måned taget Andre opiater (morfin, Ketogan, Contalgin, Petidin mv.) ja/nej/ved ikke
 - D2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____
 - ☐ E1. Har du den sidste måned taget Illegal Benzodiazepiner (Stesolid, Rohypnol, Rivotril, Flunipam, Diazepam mv.) ja/nej/ved ikke
 - E2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____
 - ☐ F1. Har du den sidste måned taget Ordinerede benzodiazepiner eller anden beroligende medicin ja/nej/ved ikke
 - F2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____
 - ☐ G1. Har du den sidste måned taget Amfetamin ja/nej/ved ikke
 - G2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____

- ☐ H1. Har du den sidste måned taget
Kokain jan/nej/ved ikke
H2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____
- ☐ I1. Har du den sidste måned taget
Ecstasy og lignende designerdrugs (MDMA)
jan/nej/ved ikke
I2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____
- ☐ J1. Har du den sidste måned taget
Hallucinogener (LSD, psilocybin, meskalin, svampe)
jan/nej/ved ikke
J2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____
- ☐ K.1 Har du den sidste måned taget
Hash jan/nej/ved ikke
K2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____
- ☐ L.1 Har du den sidste måned indtaget
Alkohol – mere end anbefalede 14 / 21 genstande om ugen jan/nej/ved ikke
- ☐ M1. Har du den sidste måned taget
- ☐ Andet jan/nej/ved ikke hvis ja skriv

M2 Hvor mange dage har du taget dette den sidste måned? (30=hver dag)____

Filter 2 Hvis Ja til mindst 1 ét af spørgsmålene 59 A1 til M1 gå til 60 hvis ingen ja gå til 63

60.. Hvilket ét af de nævnte stoffer, vil du sige, er dit foretrukne stof?

Evt. flere svar, hvis respondenterne ikke kan nævne kun ét

- Ordineret metadon eller lignende ordineret substitution (Temgesic, Anorfin, Subutex, SuperZone, mv.)
- Illegal metadon eller lignende (Temgesic, Anorfin, Subutex, SuperZone, mv.)
- Heroin
- Andre opiater (morfin, Ketogan, Contalgin, Petidin mv.)
- Illegale benzodiazepiner (Stesolid, Rohypnol, Rivotril, Flunipam, Diazepam mv.)
- Ordinerede benzodiazepiner eller anden beroligende medicin
- Amfetamin
- Kokain
- Ecstasy o.l.
- Hallucinogener (LSD, psilocybin og meskalin)
- Hash o.l.
- Alkohol
- Andre _____
- Ved ikke

Filter 3: Hvis ja til 59 A1 (får ordineret metadon) gå til 61 hvis nej, ved ikke, uoplyst gå til spørgsmål 63

61. Hvilken slags substitutionsmedicin får du?

Læs evt. op

- Metadon
- Subutex
- Temgesic
- Anorfin
- Andet _____
- Ved ikke

62. Hvor stor dosis får du?

- Dosis _____
- Ved ikke

63. Hvad var dit foretrukne stof før du sidste gang begyndte i behandling?

Evt. flere svar, hvis respondenter ikke kan nævne kun ét

- Ordineret metadon eller lignende ordineret substitution (Temgesic, Anorfin, Subutex, SuperZone mv.)
- Illegal metadon eller lignende (Temgesic, Anorfin, Subutex, SuperZone, mv.)
- Heroin
- Andre opiater (morfin, Ketogan, Contalgin, Petidin mv.)
- Benzodiazepiner (Stesolid, Rohypnol, Rivotril, Flunipam, Diazepam mv.)
- Amfetamin
- Kokain
- Ecstasy o.l.
- Hallucinogener (LSD, psilocybin og meskalin)
- Hash o.l.
- Alkohol
- Andre? _____

64. Hvor gammel var du, da du brugte dette stof første gang?

- Alder
- Ved ikke

Tekst 10: Nu kommer der nogle spørgsmål om dit psykiske helbred.

65. Har du indenfor den seneste måned haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet dig selv som deprimeret?

Intv. Hvis IP i tvivl kan du nævne: Oplevet håbløshed, skyld, tristhed, tungsind, manglende evne til at få dagligdagen til at fungere, ukontrollabel gråd og lign.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

66. Har du indenfor den seneste måned haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet svær angst?

Intv. Hvis IP i tvivl kan du nævne: Oplevet anspændthed, slet ikke kunne slappe af, dig selv som opfarende og urimelig eller lign.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

67. Har du indenfor den seneste måned haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet svære koncentrationsproblemer?

Intv. Hvis IP er i tvivl, kan du nævne: Oplevet store problemer med at koncentrere dig, svære problemer med at huske og forstå information og lignende

- Ja
- Nej
- Ved ikke

68. Har du indenfor den seneste måned på noget tidspunkt oplevet hallucinationer?

Intv. Hvis IP er i tvivl, kan du nævne: Oplevet at se ting, der ikke er der, høre stemmer eller lign.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

69. Har du indenfor den seneste måned på noget tidspunkt oplevet at miste kontrollen over egen aggressiv/ voldelig adfærd?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

70. Har du indenfor den seneste måned på noget tidspunkt fået ordineret medicin for psykiske problemer?

Intv. Fået ordineret medicin af praktiserende læge, psykiater, læge knyttet til misbrugscenteret. Også JA, hvis den ordinerede medicin ikke bliver taget

- Ja
- Nej
- Ved ikke

71. Alt taget i betragtning – hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med livet?

Du skal angive en værdi fra 1 til 10, hvor 1 betyder "meget utilfreds" og 10 betyder "meget tilfreds"

Intv. Kommatal accepteres også

- Tal mellem 1 og 10
- Ved ikke

73: Hvis vi tager din situation nu – hvad mener du så, er dit største problem?

Intv: Læs som udgangspunkt ikke op – kun et svar

- Ingen (store) problemer
- Bolig
- Økonomien
- Arbejdsløshed
- Aktivisering/ revalidering
- Alkohol
- Hårde stoffer
- Hash
- At komme i behandling for alkohol/ hårde stoffer
- Helbredet
- Psykiske problemer
- Parforholdet/ at finde en partner
- Problemer med børn
- Kriminalitet
- Medicinmisbrug
- An-
det _____

Filter 4 Filter 2 Hvis Ja til mindst 1 ét af spørgsmålene 59 A1 til M1 gå til 75. Hvis ingen ja i 59 A1 til M1 gå til 74

74. Hvad var det, der gjorde, at det lykkedes dig at blive helt stoffri?

75. Så har jeg ikke flere spørgsmål. Er der nogle vigtige ting ved stofmisbrugsbehandling, du ikke synes, vi har dækket med spørgsmålene? Eller har du andre kommentarer?

Tekst 11: 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

RESULTATER AF BEHANDLINGEN

Dette er den sjette 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 stiller skarpt på resultaterne af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

De øvrige delrapporter afdækker følgende emner: de frivillige organisationers perspektiv (del 1), brugernes og de pårørendes perspektiv (del 2), behandlingstilbud og metoder (del 3), kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder (del 4) og visitation og sagsbehandling (del 5). Hovedkonklusionerne fra delrapporterne er sammenfattet i en hovedrapport.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Servicestyrelsen.