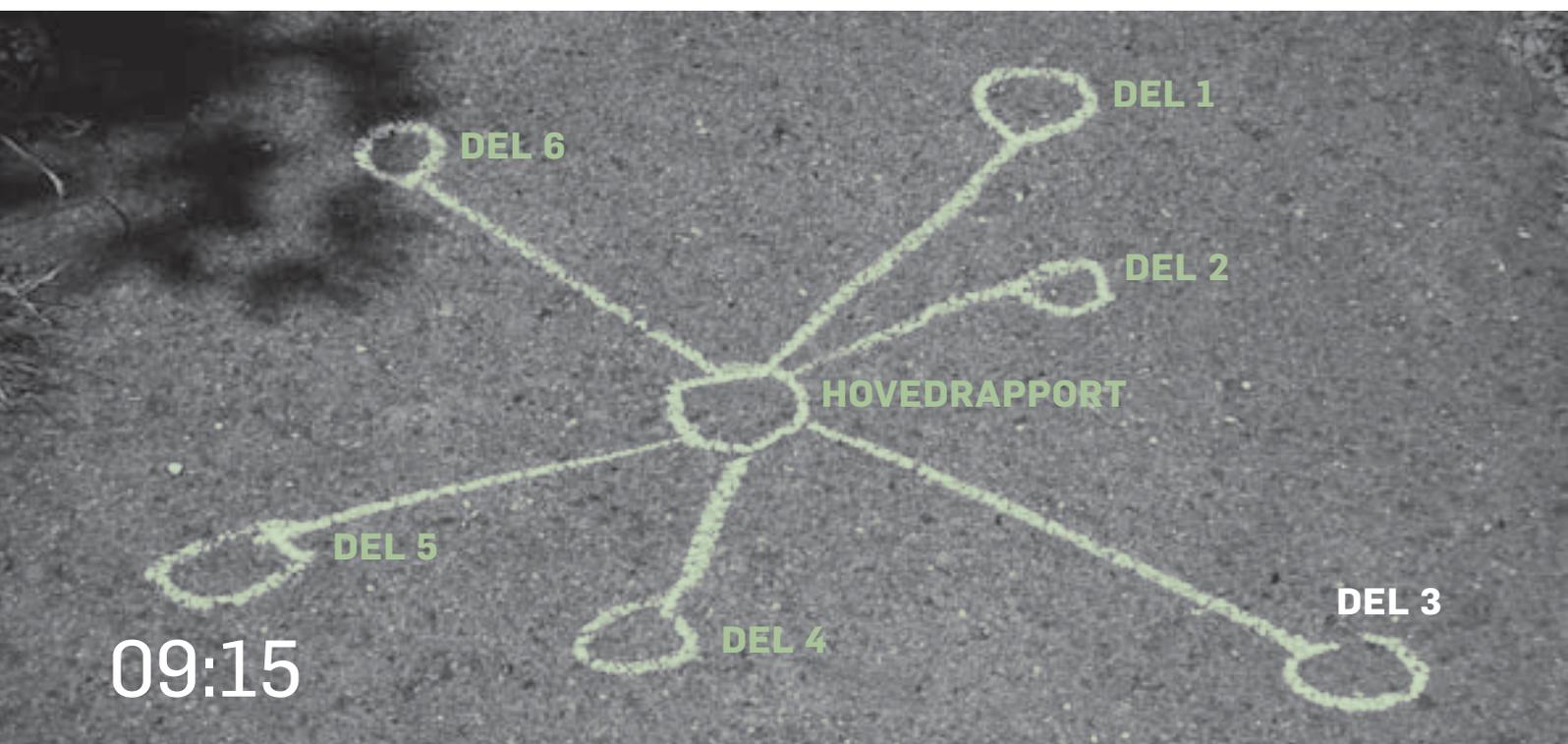


DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING

BEHANDLINGSTILBUD OG METODER



09:15

DITTE ANDERSEN

09:15

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

BEHANDLINGSTILBUD OG METODER

DEL 3

DITTE ANDERSEN

KØBENHAVN 2009

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING. BEHANDLINGSTILBUD
OG METODER

Afdelingsleder: Lars Pico Geerdsen
Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

Undersøgelsens følgegruppe:
Rafai Al-Atia, Kommunernes Landsforening
Preben Brandt, Rådet for Socialt udsatte
Klaus Debel-Hansen, Servicestyrelsen
Peter Ege, Socialforvaltningen, Københavns Kommune
Ib Hansen, Centerlederforeningen
Mette Kronbæk, Servicestyrelsen
Ingelis Langgaard, KABS, Socialpædagogernes Landsforbund
Niels Løppenthin, Direktoratet for Kriminalforsorgen
Mads Uffe Pedersen, Center for Rusmiddelforskning
Helle Petersen, Sundhedsstyrelsen
Anette Poulsen, Indenrigs- og Socialministeriet
Anne-Dorthe Sørensen, Danske Regioner

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7487-942-8

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	15
	Rapportens opbygning	16
2	DATAMATERIALE	19
	Behandlingssteds-surveyen	19
	Interview med behandlingsledere	22
3	BEHANDLINGSTILBUD	25
	Antal registrerede behandlingstilbud	26
	Fordeling mellem offentlige og private tilbud	29
	Behandlingstilbuddenes intensitet	30
	Substitutionsbehandling	32

	Behandlingstilbuddenes stofmålgrupper	35
	Handleplaner	37
	Specifikke behandlingstilbud	39
	Behandlingstilbud til særlige grupper	44
	Tilbud til pårørende	47
	Opsummering	48
4	BRUGERE, BEHANDLERE OG BEHANDLINGSFORLØB	51
	Brugere: alder, køn, etnicitet, stoftype og målsætning	51
	Behandlere: antal, egen misbrugserfaring og uddannelse	54
	Bruger-behandler ratio	62
	Behandlingsforløb	65
	Opsummering	74
5	TILGANGE OG METODER I DEN SOCIALE STOFMISBRUGS-BEHANDLING	77
	Behandlingstilgangenes udbredelse	78
	Tilgangenes udtryk og stringens	83
	Tilgangenes karakteristika	94
	Tilrettelæggelse af behandlingsindsats	97
	Gruppebehandling og psykologsamtaler	99
	Brugerinddragelse og håndtering af destruktive/selvdestruktive brugere	101
	Behandlingsstedernes orientering i forhold til skadesreduktion og stoffrihed	113
	Hvilke behandlingssteder er orienterede mod skadesreduktion?	124
	Hvilke behandlingssteder har brugere med målsætninger om stoffrihed?	128
	Efterbehandling, udslusning, tilbagefald og udskrivning	132
	Opsummering	138
6	SUCCESKRITERIER OG EVALUERINGSPRAKSIS	143

	Succeskriterier	143
	Evalueringspraksis	147
	Refleksioner vedrørende succeskriterier og evalueringspraksis fra de kvalitative interview	148
	Opsummering	158
7	SAMARBEJDE, UDFORDRINGER OG VISIONER	161
	Visitationskompetence og organisering af samarbejde	161
	Tilfredshed med samarbejde	169
	Involvering og koordination i forhold til andre problemer end stofmisbrug	176
	Barrierer for god stofmisbrugsbehandling	179
	Prioriteringer og visioner for fremtiden	188
	Behandlingsstedernes imødekommelse af brugernes ønsker	192
	Opsummering	194
8	SAMMENFATNING	197
	Behandlingstilbud	198
	Brugere, behandlere og behandlingsforløb	199
	Tilgange i den sociale stofmisbrugsbehandling	202
	Succeskriterier og evalueringspraksis	205
	Samarbejde, udfordringer og visioner	207
	LITTERATUR	211
	BILAG 1: RAPPORTER I SERIEN	215
	BILAG 2: SPØRGESKEMA TIL AMBULANTE BEHANDLINGSSTEDER	217
	BILAG 3: SPØRGESKEMA TIL DØGNBEHANDLINGSSTEDER	263

FORORD

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

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

Denne delrapport belyser behandlingstilbud og metoder i den sociale stofmisbrugsbehandling. De øvrige rapporter i serien omhandler følgende:

- Delrapport 1 belyser de frivillige organisationers syn på den sociale stofmisbrugsbehandling og opfattelse af deres rolle i den sammenhæng.
- Delrapport 2 omhandler henholdsvis brugernes og de pårørendes erfaringer, ønsker og holdninger til den sociale stofmisbrugsbehandling.

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

Denne rapport er udarbejdet af forskningsassistent, cand.scient.soc Ditte Andersen. Forsker ph.d. Lars Benjaminsen har været projektleder på undersøgelsen, mens Finn Kenneth Hansen, CASA, har fungeret som referee på samtlige rapporter i serien. Undersøgelsen har desuden været fulgt af en følgegruppe (se kolofonen). Både referee og følgegruppe takkes for deres kommentarer.

København, august 2009

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Denne rapport handler om behandlingstilbud og metoder i den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142. Rapporten er primært baseret på kvalitative data fra interview med 13 behandlingsledere foretaget sommer/efterår 2008 samt kvantitative data fra en survey udsendt til alle behandlingssteder i Danmark med omsorgs- og/eller behandlingstilbud til stofmisbrugere i januar/februar 2009. Ledere fra i alt 130 behandlingssteder blev bedt om at deltage i surveyen, og 117 deltog. Det giver en svarprocent på 90 pct.

STORE, OFFENTLIGE, AMBULANTE BEHANDLINGSSTEDER OG SMÅ, PRIVATE DØGNBEHANDLINGSSTEDER

Størrelse, ejer- og behandlingsform optræder hyppigst i bestemte kombinationer blandt behandlingssteder i Danmark. Store behandlingssteder er oftest offentligt ejede og tilbyder ambulante behandling. Små behandlingssteder er oftest privatejede og tilbyder døgnbehandling. I gruppen af de største behandlingssteder (120 brugere eller flere) er 95 pct. ambulante behandlingssteder og 97 pct. offentligt ejede. I gruppen af de mindste behandlingssteder (0-19 brugere) er 75 pct. døgnsteder, og 69 pct. er private behandlingssteder.

Blandt de offentlige behandlingssteder er langt de fleste kommunale tilbud og en mindre del regionstilbud. Hvis man ser på alle behandlingssteder, er 65 pct. kommunale, 5 pct. regionale og 29 pct. privat ejede. Omkring 85 pct. af alle brugere registreret i surveyen får et omsorgs- eller behandlingstilbud på et kommunalt behandlingssted.

SKADESREDUKTION VARETAGES AF STORE, OFFENTLIGE, AMBULANTE BEHANDLINGSSTEDER MED MANGE BRUGERE PR. BEHANDLER OG LAV BEHANDLINGSINTENSITET

Skadesreduktion kan defineres som en tilgang, hvor man søger at reducere sociale, psykiske og fysiske skader af misbrug uden at sigte på stoffrihed i sit behandlingsarbejde. 56 pct. af behandlingslederne mener, at deres behandlingstilbud 'i høj grad' eller 'i nogen grad' kan beskrives som skadesreduktion ud fra denne definition, mens 44 pct. af behandlingslederne fortæller, at deres behandlingstilbud 'i mindre grad' eller 'slet ikke' kan beskrives som skadesreduktion.

De behandlingssteder, hvor behandlingsledere beskriver behandlingstilbuddet som skadesreduktion, er oftest offentlige, ambulante behandlingssteder med et stort antal brugere indskrevet. Skadesreduktion hænger endvidere sammen med lav behandlingsintensitet. På behandlingssteder, hvor behandlingstilbuddet beskrives som skadesreduktion, er andelen af brugere, som kun får ad hoc-ydelser (dvs. der går mere end 14 dage imellem, at de modtager en behandlingsydelse), signifikant højere end på behandlingssteder, hvor behandlingstilbuddet ikke beskrives som skadesreduktion.

SAMTALE MED PÆDAGOG ER DET HYPPIGST FOREKOMMENDE BEHANDLINGSTILBUD

Individuelle samtaler med en socialpædagog er det tilbud, der hyppigst indgår i behandlingen på både de ambulante og døgnbehandlingsstederne. Det gælder for 92 pct. af de ambulante behandlingssteder og 91 pct. af døgnbehandlingsstederne. På døgnbehandlingsstederne er det kombineret med social færdighedstræning, som indgår i behandlingen på 91 pct. af døgnbehandlingsstederne. På de ambulante behandlingssteder er socialrådgivning det næsthyppest behandlingstilbud; det indgår i behandlingen på 83 pct. af de ambulante behandlingssteder.

Individuelle samtaler med psykologer er et tilbud på 59 pct. af de ambulante behandlingssteder og 41 pct. af døgnbehandlingsstederne. 14 pct. af de brugere, behandlingslederne sammenlagt har registreret i behandlingssteds-surveyen, har haft en samtale med en psykolog eller psykiater inden for den seneste måned før survey-besvarelsen.

Gruppebehandling er et tilbud på 70 pct. af de ambulante behandlingssteder og 74 pct. af døgnbehandlingsstederne. 16 pct. af de brugere, behandlingslederne sammenlagt har registreret i behandlingssteds-surveyen, har været i gruppebehandling inden for den seneste måned før survey-besvarelsen.

KOGNITIV TILGANG ER MEST UDBREDT – MEN TILGANGE KOMBINERES, OG METODEVALG ER IKKE AFGØRENDE, MENER BEHANDLINGSLEDERNE

76 pct. af behandlingslederne fortæller, at de har en kognitiv behandlingstilgang på deres behandlingssted. Den kognitive tilgang er dermed den mest udbredte behandlingstilgang, men den står sjældent alene. 91 pct. af behandlingslederne fortæller, at de kombinerer flere tilgange. Efter den kognitive tilgang er de mest udbredte tilgange den socialpædagogiske, løsningsfokuserede og systemiske tilgang i nævnte rækkefølge. Flere behandlingsledere giver udtryk for, at det ikke er så vigtigt, hvilken metode behandlerne bruger, blot de er systematiske og velkvalificerede.

Hvis man ser på, hvordan behandlingsledere svarer på tre klassiske spørgsmål om tilgang til stofmisbrugsbehandling, så ligner de fire mest udbredte behandlingstilgange hinanden til forveksling. På tværs af de fire behandlingstilgange tegner der sig et billede af, at stofmisbrug behandles som et symptom på andre sociale, psykiske og fysiske problemer, og at den sociale kontekst omkring brugeren søges inddraget i nogen grad. Afhængighed opfattes ikke som en sygdom – undtagen på de Minnesota-inspirerede behandlingstilbud.

MANGE UDEBLIVELSER FRA BEHANDLINGSÅFTALER

På 70 pct. af behandlingsstederne foregår behandlingssamtaler altid eller oftest på et aftalt tidspunkt. På 5 pct. af behandlingsstederne foregår behandlingssamtalerne oftest uden foregående aftale. Når behandlingssamtalerne tilrettelægges på aftalte tidspunkter, kræver det, at stofmisbrugerne er i stand til at møde op. Det er de ikke altid, og udeblivelser er et

stort problem de fleste steder. På 83 pct. af behandlingsstederne udebliver mere end 10 pct. af brugerne hyppigt (de udebliver fra minimum 25 pct. af behandlingsaftalerne). Undersøgelsen tyder på, at det særligt er store, offentlige, ambulante behandlingssteder, der har mange brugere, der udebliver. En mere opsøgende og fleksibel tilgang, hvor behandlere opsøger brugere i fx et caféområde på behandlingsstedet kan være en løsning i forhold til brugere, der har svært ved at bestille tid og/eller møde op.

BEHANDLERNES UDDANNELSE

Hvis man ser på hovedgrupperne af behandlerne i stofmisbrugsbehandling, fordeler de sig timemæssigt således: Socialpædagoger varetager 49 pct. af personaletimerne, socialrådgivere varetager 26 pct., sygeplejersker varetager 14 pct., psykologer og psykiatere varetager tilsammen 7 pct., og endelig varetager læger 4 pct. af personaletimerne. Ifølge behandlingsledernes oplysninger i surveyen har 73 pct. af behandlerne et diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed i en specifik metode, som anvendes i behandlingsarbejdet (fx kognitiv terapi).

BEHANDLINGSLEDERE ØNSKER AT ØGE

BEHANDLINGSINTENSITET

Ifølge behandlingsledernes oplysninger får 30 pct. af brugerne behandlingsydelser sjældnere end hver 14. dag. Denne intensitet defineres ikke som behandling af Servicestyrelsen, men som ad hoc-ydelser. Øgning af behandlingsintensiteten, dvs. mere kontakt mellem brugere og behandlere, er det område, som flest behandlingsledere ønsker at op-prioritere i fremtiden. På anden- og tredjepladsen prioriterer behandlingsledere mere uddannelse af behandlere samt mere evaluering af behandlingen.

BARRIERER: TIDSKRÆVENDE DOKUMENTATION OG MANGELFULD KOORDINERING

Der er forskel på, hvilke barrierer behandlingslederne oplever i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet på henholdsvis de ambulante behandlingssteder og døgnbehandlingsstederne. Manglende tid til brugerkontakt og brugernes udeblivelser oplever de fleste ambulante behandlingsledere som et problem, hvilket ikke er tilfældet blandt

døgnbehandlingslederne. Omvendt oplever over halvdelen af døgnbehandlingsstederne, at usikkerhed om fremtidige budgetter er et problem, hvilket ikke er tilfældet blandt behandlingslederne på de ambulante behandlingssteder. Tidskrævende dokumentationskrav samt manglende koordination af forskellige indsatser over for brugere er behandlingsledere fra både ambulante og døgnbehandlingssteder enige om udgør et problem.

I forhold til samarbejde og koordinering med andre instanser er behandlingslederne mest kritiske i forhold til jobcentre og psykiatri. I de kvalitative interview samt skriftlige kommentarer i forbindelse med surveyen forklarer behandlingslederne, at problemerne i forhold til jobcentre kan være, at behandlere mangler kontakt og information, samt at jobcentre kan stille krav og lægge jobplaner, som ikke er hensigtsmæssige i forhold til stofmisbrugsbehandlingen. I forhold til psykiatrien handler det om, at de afviser personer med psykiatriske problemstillinger, hvis de er stofmisbrugere, eller at der er for lidt information, for vanskelige visitationsprocedurer eller dårlig koordination i forbindelse med udskrivning. Der er dog også behandlingsledere, som beskriver et godt samarbejde med jobcentre og psykiatri.

INDLEDNING

Denne rapport handler om behandlingstilbud, tilgange og metoder i den sociale stofmisbrugsbehandling. Undersøgelsen omhandler således den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142. Yderligere diskussion og begrebsafklaring vedrørende begrebet social stofmisbrugsbehandling findes i hovedrapporten om den sociale stofmisbrugsbehandling. Rapporten er en del af en større undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, og udgør undersøgelsens tredje delrapport. Afrapporteringen i denne delrapport er af overvejende deskriptiv karakter.

Formålet med rapporten er at belyse, hvilke behandlingstilbud der findes til stofmisbrugere på de danske behandlingssteder samt undersøge, hvilke professionelle tilgange og metoder tilbuddene er baseret på. Behandlingstilbud, tilgange og metoder bliver belyst fra behandlingsledernes perspektiv.

Undersøgelsen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt behandlingsledere på behandlingstilbud for stofmisbrugere i hele landet. 117 ud af 130 behandlingstilbud har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. Desuden er der gennemført kvalitative interview med behandlingsledere på 10 forskellige behandlingstilbud.

Behandlingslederne er blevet spurgt, hvilke behandlingstilbud de har, hvilken tilgang og metode de har i behandlingen, og hvilke brugere og behandlere der er på behandlingsstederne. De er også blevet spurgt, hvilke succeskriterier de arbejder med, hvordan de evaluerer dem, samt hvilke udfordringer de ser for udvikling af kvaliteten i stofmisbrugsbehandlingen, og hvilke visioner de har for fremtiden.

Rapporten udgør den tredje delrapport i en større undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. De øvrige delrapporter er følgende:

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

RAPPORTENS OPBYGNING

Rapporten begynder med et kapitel, der beskriver datamaterialet, der ligger til grund for undersøgelsen (kapitel 2). Dernæst gennemgår vi i kapitel 3 behandlingstilbuddene på behandlingsstederne. Vi ser både på tilbuddenes antal, fordeling, intensitet, type og målgrupper. I kapitel 4 belyser vi, hvilke brugere behandlingsstederne har indskrevet, hvilke behandlere de har ansat, hvor mange brugere, der er pr. behandler (ratio) og hvordan behandlingsforløbene tegner sig på stedet. I kapitel 5 ser vi nærmere på tilgange og metoder i den sociale stofmisbrugsbehandling. Vi

ser på, hvilke forskellige tilgange og metoder der anvendes, og hvordan de kommer til udtryk i tilrettelæggelsen af stedernes behandlingsarbejde. Vi ser også på, hvordan brugerinddragelse og henholdsvis orientering mod skadesreduktion og stoffrihed kommer til udtryk i behandlingsstedernes tilgange til social stofmisbrugsbehandling. I kapitel 6 belyser vi behandlingsstedernes succeskriterier for deres behandlingsindsats samt deres evalueringspraksis i forhold til disse kriterier. Kapitel 7 belyser samarbejdet mellem behandlingsstederne og mellem behandlingssteder og andre instanser, såsom jobcentre, psykiatri, Kriminalforsorgen og andre vigtige samarbejdspartnere. Det belyses også, hvilke udfordringer og barrierer, behandlingslederne mener, der er i forhold til at levere social stofmisbrugsbehandling af god kvalitet samt nogle af de visioner og prioriteringer, de har i forhold til fremtidig indsats. Endelig sammenfatter vi i kapitel 8 rapportens vigtigste konklusioner.

DATAMATERIALE

I dette kapitel præsenterer vi det datamateriale, som rapporten bygger på, og beskriver metode og fremgangsmåde for dataindsamlingen.

Rapporten er primært baseret på en kombination af to typer datamateriale: Kvantitative data fra en survey besvaret af behandlingsledere og kvalitative interview med behandlingsledere. Disse to primære datakilder bliver i det omfang, det har været hensigtsmæssigt, suppleret med kvalitative interview med myndighedspersoner og visitatorer fra forskellige kommuner.

BEHANDLINGSSTEDS-SURVEYEN

Behandlingssteds-surveyen er blevet udsendt til alle identificerede behandlingssteder i Danmark, som har omsorgs- og/eller behandlingstilbud til stofmisbrugere. Behandlingsstederne er primært identificeret via Tilbudsportalen (www.tilbudsportalen.dk), men listen er blevet suppleret med nogle få behandlingstilbud, som ikke er registreret her.

På behandlingsstederne er lederen af tilbuddet blevet bedt om at udfylde skemaet. Surveyen blev udsendt elektronisk til behandlingsleders mailadresse. En uge efter udsendelsen fik behandlingsledere, der

endnu ikke havde svaret, en påmindelsesmail, og efter svarfristens udløb fik de, der stadig ikke havde svaret, en rykkermail. Surveyen er gennemført i januar/februar 2009.

Ledere fra i alt 130 behandlingssteder blev bedt om at deltage i surveyen, og 117 deltog. Det giver en svarprocent på 90 pct. I de næste tabeller sammenligner vi ejer- og behandlingsform for henholdsvis de deltagende behandlingssteder og de ikke-deltagende behandlingssteder (dvs. bortfald).

TABEL 2.1

Sammenligning på behandlingsform for henholdsvis deltagende og ikke-deltagende behandlingssteder i behandlingssteds-survey. Procent.

	Deltagende behandlingssteder	Ikke-deltagende behandlingssteder
Ambulant behandling	70	69
Døgnbehandling	30	31
I alt	100	100

Anm.: Tabellen viser den procentvise fordeling mellem ambulant og døgnbehandling blandt 117 deltagende behandlingssteder og 13 ikke-deltagende behandlingssteder.

Blandt de 117 behandlingssteder, som valgte at deltage i surveyen, er 70 pct. ambulante behandlingssteder og 30 pct. døgnbehandlingssteder. Blandt de behandlingssteder, der ikke deltog, er fordelingen stor set den samme med 69 pct. ambulante behandlingssteder og 31 pct. døgnbehandlingssteder.

Nogle få behandlingssteder har både døgn og ambulante behandlingstilbud. Et døgnbehandlingssted kan fx have tilbud om ambulant behandling i forbindelse med efterbehandling. Opdelingen i denne survey er baseret på den primære behandlingsform. Et døgnbehandlingssted med nogle få ambulante behandlingspladser vil derfor kategoriseres som døgnbehandlingssted.

TABEL 2.2

Sammenligning på ejerform for henholdsvis deltagende og ikke-deltagende behandlingssteder i behandlingssteds-survey. Procent.

	Deltagende behandlingssteder	Ikke-deltagende behandlingssteder
Offentligt behandlingstilbud	70	77
Privat behandlingstilbud	30	23
I alt.	100	100

Anm.: Tabellen viser den procentvise fordeling mellem offentlig og privat ejerform blandt 117 deltagende behandlingssteder og 13 ikke-deltagende behandlingssteder.

Blandt de deltagende behandlingssteder er 70 pct. offentligt ejede og 30 pct. privat ejede. Bortfaldet ser ud til at være en smule større blandt de offentlige tilbud end blandt de private, idet der i denne gruppe er 77 pct. offentligt ejede og 23 pct. privat ejede behandlingssteder.

Blandt de offentligt ejede behandlingssteder kan man skelne mellem kommunale og regionale behandlingssteder. Af de deltagende behandlingssteder er 70 pct. offentligt ejede, heraf er 65 pct. kommunalt ejede og 5 pct. regionalt ejede.

En del behandlingsledere har oplyst os, at deres besvarelser er udformet sammen med en større eller mindre del af personalegruppen. Det betyder, at svarene ikke altid (kun) er udtryk for behandlingslederens vurdering, men også en bredere personalegruppes. Vi har imidlertid ikke opgørelser over, hvor stor en andel af besvarelserne andre end behandlingsledere har været medvirkende til at udforme.

Spørgsmålene i behandlingssteds-surveyen kan deles op i følgende temaer:

- Behandlingstilbud og målgrupper.
- Brugere, behandlere og behandlingsforløb.
- Metoder, tilgange og tilrettelæggelse af behandlingsindsats (herunder bruger- og pårørendeinddragelse).
- Orientering i forhold til skadesreduktion og stoffrihed.
- Succeskriterier og evalueringspraksis.
- Samarbejde med andre instanser.
- Arbejde med og holdning til kommunale kvalitetsstandarder. (Disse svar behandles ikke i denne rapport, men i Kvalitetsrapporten (delrapport 4).)

- Oplevelse af udfordringer og barrierer for god stofmisbrugsbehandling samt prioriteringer i forhold til fremtiden.

Ambulante behandlingssteder og døgnbehandlingssteder har fået lidt forskellige spørgeskemaer. De fleste spørgsmål er helt enslydende, men nogle få steder er der afvigelser. Det gælder spørgsmål vedrørende behandlingsintensitet, hvor spørgsmålene er lidt forskellige til de to behandlingsformer, brug af tilbud om tilbageholdelse, som kun er relevant for døgnbehandlingsstederne, samt nogle spørgsmål om brug af tilbud under karantæne, som kun de ambulante behandlingstilbud har fået. Spørgeskemaet til de ambulante behandlingssteder består af 95 spørgsmål (findes i bilag 2), mens spørgeskemaet til døgnbehandlingsstederne består af 100 spørgsmål (findes i bilag 3).

I opdraget til undersøgelsen var der et generelt krav om henførbare data og interviewudsagn til kommuner og institutioner. Hensyn til personfølsomhed af data og udsagn har dog nødvendiggjort en anonymisering af dele af materialet. Besvarelser på spørgsmål af deskriptiv karakter, fx antal brugere indskrevet, antal behandlere ansat osv. er ikke anonyme, da oplysningerne samtidig indgår som en del af Servicestyrelsens opbygning af viden på stofmisbrugsområdet og herunder viden om de enkelte kommuner. En række andre spørgsmål er anonymiseret. Det er sket i tilfælde, hvor manglende anonymitet kan påvirke validiteten af besvarelserne. Det drejer sig eksempelvis om spørgsmål, hvor behandlingslederne bliver bedt om at vurdere forhold, der er af afgørende betydning for kvaliteten i deres arbejde, spørgsmål, som angår, hvorvidt de overholder lovgivning og retningslinjer (fx angående udarbejdelse af handleplaner og brugerinddragelse), eller de bliver bedt om at angive, hvad de mener om forskellige samarbejdspartnere. Hvis besvarelsen på et spørgsmål var anonym, fremgik det af teksten i forbindelse med spørgsmålet. I spørgeskemaerne (bilag) kan man se, hvilke spørgsmål der var anonyme, og hvilke der ikke var.

INTERVIEW MED BEHANDLINGSLEDERE

Forud for behandlingssteds-surveyen blev 13 behandlingsledere fra 10 forskellige behandlingssteder interviewet. Interviewene er gennemført i sommer og efterår 2008.

Formålet med disse kvalitative interview var at indsamle behandlingslederens erfaringer og vurderinger af, hvilke behandlingstilbud der er vigtige, hvilke udfordringer der er centrale for stofmisbrugsbehandlingen osv. og derigennem også at kvalificere spørgsmålene i behandlingsstedsurveyen.

Forud for interviewene havde vi udarbejdet en interviewguide, som bl.a. indeholdt spørgsmål inden for følgende temaer:

- Indhold i behandlingstilbud
- Metoder og brug af metoder i behandlingen/behandlingsstedets professionelle tilgang
- Brugere og behandlere (bl.a. behandlerens uddannelsesniveau)
- Målsætninger og succeskriterier i forhold til brugernes behandling
- Orientering i forhold til stoffrihed og skadesreduktion
- Brugerinddragelse og pårørendeinddragelse
- Forståelse af, hvad god social stofmisbrugsbehandling er
- Samarbejde med andre instanser (andre kommunale instanser, private instanser, pårørende, frivillige organisationer m.m.).

Alle interview blev gennemført som semi-strukturerede interview. De 10 behandlingslederinterview tog mellem 1 time og 2 1/2 time. Interviewene blev optaget på diktafon for herefter at blive enten fuld-transskriberede eller tematiseret transskriberet (dvs. delvist transskriberede opdelt i temaer og suppleret af referater).

De kvalitative interview med behandlingsledere blev gennemført under de nævnte vilkår om henførbarede med efterfølgende godkendelse af interviewcitater. Efterfølgende har det vist sig, at der i de anvendte interviewudsagn er personfølsomme oplysninger fx i forhold til vurderinger af samarbejdsrelationer, herunder relationer til myndigheder. Der er derfor efterfølgende foretaget en fuld anonymisering af alle interviewudsagn i undersøgelsens afrapporteringer. Det vil sige, at alle citater i rapporten fra de kvalitative interview er anonymiserede. Det er dog ved citaterne anført, hvilken behandlings- og ejerform de kommer fra. I nedenstående tabel er en oversigt over, hvilke typer behandlingssteder lederne kommer fra.

TABEL 2.3

Oversigt over, hvilke typer behandlingssteder, de interviewede behandlingsledere kommer fra.

Behandlingstype	Antal
Private, ambulante behandlingstilbud	2
Offentlige, ambulante behandlingstilbud	3
Private døgnbehandlingstilbud	3
Offentlige, ambulante og døgnbehandlingstilbud	2
I alt	10

Vi har tilstræbt at interviewe ledere fra forskellige typer af behandlingssteder. To af de ledere, vi har interviewet, har været ledere for både et ambulante, offentligt behandlingstilbud og et offentligt døgnbehandlingstilbud. Både blandt de ambulante og døgnbehandlingstilbud er der endvidere variationer. De ambulante tilbud omfatter fx både tilbud specialiserede til stabile substitutionsmodtagere og egentlige dagbehandlingstilbud målrettet opnåelse og fastholdelse af stoffrihed. Døgntilbuddene omfatter fx både stoffri tilbud fx specialiserede til unge og mere omsorgsorienterede tilbud til ældre stofmisbrugere. To af behandlingsstederne ligger i København, fire ligger på Sjælland eller Lolland/Falster, et ligger på Fyn og tre ligger i Jylland. Der er ikke interviewet behandlingsledere fra regionale behandlingssteder.

Interviewene med de 13 behandlingsledere fra 10 behandlingssteder bliver i det omfang, det har været givtigt, suppleret med interview med myndighedspersoner og visitatorer fra forskellige kommuner. Dette materiale bliver præsenteret mere udførligt i henholdsvis delrapport 4 om kvalitet (som inddrager interviewene med myndighedspersoner) og delrapport 5 om sagsbehandlingsprocessen (som inddrager interviewene med visitatorerne).

BEHANDLINGSTILBUD

I dette kapitel ser vi på behandlingstilbud på de behandlingssteder, der indgår i surveyen. Behandling defineres af Servicestyrelsen, som ”en målrettet indsats på baggrund af en systematisk udredning”, og den sociale stofmisbrugsbehandling skal have til formål at ”tilendebringe eller reducere et stofmisbrug eller stabilisere en opnået tilstand”¹. I den sociale stofmisbrugsbehandling kan man imidlertid også have andre typer tilbud, såsom rekreative tilbud (fx natur- eller kulturoplevelser), særlige hjælpe- og specialydelser (fx sygeplejerskeydelser) og øvrig social støtte (fx vedrørende bolig eller forsørgelse). En del af disse tilbud vil snarere have karakter af omsorgstilbud end behandlingstilbud. Vi vil dog i det følgende ikke skelne mellem, om et tilbud skal defineres som den ene slags tilbud eller det andet, men omtale alle behandlingsstedernes tilbud som behandlingstilbud.

I kapitlet ser vi på, hvordan behandlingstilbuddene er organiseret, fx om de udbydes i offentligt eller privat regi, hvem de retter sig mod, fx hvilke stofgrupper samt hvilken karakter tilbuddene har, fx i forhold til intensitet. Kapitlet er baseret på data fra behandlingssteds-

1. Servicestyrelsens definitioner fremgår af denne hjemmeside: www.socialebegreber.dk/wm143985

surveyen. Det betyder, at de behandlingstilbud, som vi beskriver her, er de behandlingstilbud, som behandlingslederne har angivet i surveyen. Behandlingstilbud, som udbydes af ledere, der ikke har deltaget, fremgår således ikke.

ANTAL REGISTREREDE BEHANDLINGSTILBUD

Behandlingslederne er blevet bedt om at registrere, hvor mange brugere der modtager deres behandlingstilbud i januar 2009. Ledere fra 110 tilbud har besvaret dette spørgsmål, og de har i alt registreret knap 9.000 brugere.

Da surveyen ikke er baseret på cpr-numre, er der uundgåeligt en risiko for, at nogle brugere er talt med i to forskellige tilbud eller omvendt ikke er registreret. Det hænger bl.a. sammen med, at nogle brugere er indskrevet i to behandlingstilbud, og at behandlingssystemerne er opbygget forskelligt fra kommune til kommune. Systemet i en kommune kan fx være, at en bruger er indskrevet på et kommunalt misbrugscenter, men videre visiteret til fx et kommunalt skadesreduktionstilbud², hvorfra brugeren får sin medicinske behandling samt psykosociale kontakt. I nogle kommuner vil disse brugere være indskrevet i både misbrugscentret og skadesreduktionstilbuddet, mens de i andre kommuner kun vil være indskrevet ét sted. Hvis de er indskrevet begge steder, er lederen på misbrugscentret blevet bedt om *ikke* at registrere disse brugere, da de vil blive registreret af lederen på skadesreduktionstilbuddet. Ligeledes kan der være brugere på det kommunale misbrugscenter, som har fået delegeret deres behandling til egen læge. Da privatpraktiserende læger ikke modtager surveyen, er ledere blevet bedt om at *medtage* denne brugergruppe i besvarelsen. Se de detaljerede vejledninger for registrering i bilag.

Vi har truffet en række forholdsregler med henblik på at minimere risikoen for dobbeltregistreringer samt manglende registreringer, og

2. Skadesreduktion handler om, at man forsøger at reducere de skader, der følger med stofmisbrug, selvom stofmisbruget fortsætter. Et kommunalt skadesreduktionstilbud kan fx være et behandlingssted, hvor brugeren kan komme en eller flere gange om ugen for at hente sin medicin, og hvor der er mulighed for at tale med en behandler og få hjælp til at løse aktuelle problemstillinger samt snakke med andre brugere og deltage i forskellige planlagte aktiviteter. Skadesreduktionstilbud bliver beskrevet nøjere i kapitel 5.

der har været megen kontakt med behandlingslederne i forbindelse med udfyldelsen af spørgeskemaet. Det er derfor ikke vores indtryk, at det udgør et kritisk problem for etableringen af et overordnet billede af behandlingstilbuddene. Det skal dog understreges, at der er tale om en survey frem for et individbaseret (cpr-baseret) register. Syv af de deltagende ledere har endvidere ikke oplyst, hvor mange brugere de har i deres tilbud, ligesom en række ledere har gjort opmærksom på, at de har angivet cirka tal.

De knap 9.000 brugere i omsorgs- eller behandlingstilbud, som er registreret i surveyen, er fratrukket brugere i ren alkoholbehandling. Tallene fra surveyen giver en indikation af, i hvilken udstrækning alkohol- og stofmisbrugsbehandling er integreret på behandlingsstederne. 78 af de 117 behandlingsledere oplyser, at de slet ikke har brugere i ren alkoholbehandling, 34 ledere oplyser, at de har en eller flere personer i alkoholbehandling, mens 5 ledere ikke oplyser noget. Det svarer til, at 29 pct. af de deltagende behandlingssteder oplyser, at de også har brugere i ren alkoholbehandling. Disse tilbud har mellem 1 og 234 brugere i ren alkoholbehandling og tilsammen har de 34 steder knap 1.700 brugere i ren alkoholbehandling samt 2.600 brugere i social stofmisbrugsbehandling.

De knap 9.000 brugere i omsorgs- eller behandlingstilbud, som er registreret i surveyen, er også fratrukket brugere under 18 år. 83 af de 117 tilbud oplyser, at de slet ikke har brugere under 18 år, 29 ledere oplyser, at de har en eller flere brugere under 18 år, mens 5 ledere ikke oplyser noget. Det svarer til, at en fjerdedel af de deltagende behandlingssteder oplyser, at de også har brugere under 18 år. Disse tilbud har mellem 1 og 36 brugere under 18 år, og tilsammen har de 29 steder knap 300 brugere under 18 år samt 2.100 brugere over 18 år.

Størrelsesmæssigt er der meget stor forskel på de deltagende behandlingssteder. Blandt de mindste steder finder vi ét tilbud, som på tidspunktet for surveybesvarelsen i januar/februar 2009 angav at have nul brugere, og et andet, som havde to brugere. I den anden ende af skalaen finder vi et behandlingssted med 506 brugere. I tabel 3.1 er en oversigt over behandlingsstedernes størrelser.

TABEL 3.1

Behandlingsstedernes størrelser målt i antal brugere. Antal og procent.

Antal Brugere	Antal behandlingssteder	Procent behandlingssteder
0-19	32	29
20-39	17	16
40-59	16	15
60-79	9	8
80-99	3	3
100-119	3	3
120-139	5	5
140-159	7	6
160-179	3	3
180-199	5	5
200 eller flere	10	9
I alt	110	100

Som det fremgår af tabel 3.1, er der flest af de mindre behandlingssteder. 29 pct. har under 20 brugere, og yderligere 31 pct. har mellem 20 og 59 brugere.

Nogle af behandlingsstederne har et fast antal pladser, som stedet er normeret til. Det fremgår af tabel 3.2, at det gælder for 68 af de 117 behandlingssteder.

TABEL 3.2

Behandlingssteder med og uden fast normering. Antal og procent.

	Antal	Procent
Behandlingsstedet er normeret til et fast antal brugere	68	58
Behandlingsstedet er <i>ikke</i> normeret til et fast antal brugere	47	40
Ved ikke	2	2
I alt	117	100

Af de 68 steder, der er normeret til et fast antal brugere, har 32 haft overbelægning i år 2008. Blandt de kommunale tilbud er det hver fjerde,

som angiveligt har haft overbelægning i år 2008, og blandt de selvejende/fondsejede er det hver tredje.

FORDELING MELLEML OFFENTLIGE OG PRIVATE TILBUD

De 117 behandlingssteder, som deltager i surveyen, har forskellige ejerformer. Fordelingen fremgår af tabel 3.3.

TABEL 3.3

Behandlingsstedernes ejerform. Antal og procent.

	Antal	Procent
Kommunalt tilbud	76	65
Regionstilbud	6	5
Selvejende/fondsejet	25	21
Anpartsselskab	6	5
Enkeltmandsvirksomhed	4	3
I alt	117	100

Som det fremgår af tabel 3.3, er 76 af de 117 deltagende behandlingssteder kommunale tilbud. Det er dermed den hyppigst optrædende ejerform i materialet.

De kommunale tilbud hører endvidere til de behandlingssteder i surveyen, som har flest brugere. Omkring 7.500 af de knap 9.000 brugere, som er registreret i surveyen, får et omsorgs- eller behandlingstilbud fra et kommunalt tilbud. Tabel 3.4 viser sammenhængen mellem ejerform og behandlingsstedets størrelse.

TABEL 3.4

Sammenhæng mellem ejerform og størrelse på behandlingssted. Procent.

	0-19 brugere	20-39 brugere	40-59 brugere	60-119 brugere	120 eller flere brugere	I alt
Offentligt ejet	13	13	14	20	39	100
Privat ejet	65	21	15	0	0	100
I alt	29	15	15	14	27	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 110 behandlingssteder, hvoraf 76 er offentlige og 34 er private.

Anm.: $\chi^2 = 42,4$, $P = 0,000$.

Som det fremgår af tabel 3.4, har de fleste (65 pct.) af de private steder under 20 brugere indskrevet på survey-tidspunktet, mens ingen af de deltagende private behandlingssteder har mere end 60 brugere indskrevet på survey-tidspunktet. De offentlige behandlingssteder varierer mere i størrelsen; der er både små og store offentlige behandlingssteder. Hvis man alene ser på de største behandlingssteder, er de dog alle offentlige.

I tabel 3.5 ser vi på sammenhængen mellem ejer- og behandlingsform.

TABEL 3.5

Sammenhæng mellem behandlingsstedernes ejer- og behandlingsform. Procent.

	Ambulant behandlingstilbud	Døgnbehandlingstilbud	I alt
Offentligt ejet	90	10	100
Privat ejet	23	77	100
I alt	70	30	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 117 behandlingssteder, hvoraf 82 er offentlige og 35 er private.

Anm.: $\chi^2 = 53,1$, $P = 0,000$.

Som det fremgår af tabel 3.5, er de offentlige behandlingssteder oftest ambulante, mens de private oftest er døgnbehandlingssteder. Det er dog ikke en regel uden en del undtagelser. 16 af de 117 deltagende behandlingssteder har den modsatte kombination. Det drejer sig om otte offentlige døgnbehandlingstilbud og otte private, ambulante behandlingstilbud.

BEHANDLINGSTILBUDDENES INTENSITET

Behandlingslederne er blevet bedt om at oplyse, hvordan deres brugere fordeler sig, når det gælder behandlingsintensitet. Den højeste behandlingsintensitet er døgnbehandling, som Servicestyrelsen definerer som en behandlingsintensitet, hvor der leveres en ydelse til brugeren hver dag, og hvor behandlingen inkluderer overnatning. Den højeste behandlings-

intensitet i den ambulante sektor er dagbehandling. Servicestyrelsens definition på dagbehandling er en behandlingsintensitet, hvor der leveres en ydelse 3-5 gange om ugen³. I surveyen er ydelse specificeret som individuelle behandlingssamtaler og/eller gruppebehandling, mens udlevering af medicin i sig selv ikke regnes med som ydelse. Det vil sige, hvis man får udleveret medicin 3 gange om ugen, regnes det ikke for dagbehandling, men hvis udlevering af medicin 3 gange om ugen *kombineres* med en individuel behandlingssamtale og/eller gruppebehandling hver gang, så regnes det for dagbehandling.

Definitionen på ambulant behandling er en intensitet, hvor der leveres en ydelse enten individuelt eller i grupper mindst 2 gange om måneden og højst 8 gange om måneden. Den laveste intensitet i den sociale stofmisbrugsbehandling kaldes ad hoc. Ad hoc-intensitet defineres som en intensitet, hvor der leveres en ydelse sjældnere end hver 14. dag. Principielt er ad hoc ikke en intensitet, der udgør egentlig behandling ifølge Servicestyrelsens definitioner, men det er en mulig intensitet i forbindelse med stabiliserende indsatser.

Også når det gælder ambulant behandling og ad hoc-ydelser, er lederne blevet bedt om ikke at medregne udlevering af medicin som en ydelse, medmindre det kombineres med en individuel behandlingssamtale eller gruppebehandling (Se bilag for spørgeskemaernes fulde og præcise ordlyd).

Brugernes fordeling mellem de forskellige behandlingsintensiteter er blevet registreret af 105 behandlingsledere for tilsammen 8.346 brugere. Fordelingen mellem døgnbehandling, dagbehandling, ambulant behandling og ad hoc-ydelser for denne gruppe fremgår af tabel 3.6.

3. Der kan skelnes mellem dagbehandling og ambulant dagbehandling. Servicestyrelsen definerer førstnævnte som en intensitet, hvor der leveres en ydelse 3-5 gange om ugen i mere end 2 timer, og sidstnævnte som en intensitet, hvor der leveres en ydelse 3-5 gange om ugen af højst 2 timers varighed. Vi har valgt at slå de to typer af dagbehandling sammen i surveyen, således at lederne kun er blevet spurgt om antal brugere i dagbehandling, dvs. brugere, som modtager individuelle samtaler og/eller gruppebehandling 3-5 gange om ugen uden specifikation af ydelsens varighed.

TABEL 3.6

Brugeres fordeling på intensitetstyper på 105 behandlingssteder. Antal og procent.

Intensitetstype	Antal ¹	Procent
Døgnbehandling	426	5
Dagbehandling	1.211	15
Ambulant behandling	4.224	51
Ad hoc-ydelser	2.485	30
I alt	8.346	100

1: Antal er baseret på behandlingslederens skøn frem for optælling på nogle behandlingssteder. Se uddybning i teksten.

Ifølge ledernes oplysninger i januar/februar 2009 var 5 pct. af brugerne i døgnbehandling, 15 pct. i dagbehandling, 51 pct. i ambulant behandling, og 30 pct. modtog ad hoc-ydelser på de 105 behandlingssteder, som har registreret, hvilken intensitet deres brugere modtog.

Lederne har i nogle tilfælde baseret deres svar på en reel optælling, mens de i andre tilfælde har baseret den på et skøn over, hvordan deres brugere fordelte sig mellem intensitetstyperne. De har oplyst i surveyen, hvorvidt deres angivelser er baseret på en optælling eller et skøn. Når det gælder dagbehandling, er 31 pct. af besvarelserne baseret på skøn frem for optælling. Når det gælder ambulant behandling, er det 48 pct., og når det gælder ad hoc-ydelser, er 40 pct. af besvarelserne baseret på et skøn.

SUBSTITUTIONSBEHANDLING

Nogle af behandlingsstederne har brugere, som får substitutionsbehandling, mens andre ikke har. I surveyen oplyser 74 af 117 behandlingssteder (63 pct.), at man har brugere i substitutionsbehandling, mens 34 behandlingssteder (34 pct.) oplyser, at man ikke har nogen brugere i substitutionsbehandling. Det fremgår af tabel 3.7.

TABEL 3.7

Behandlingssteder med brugere i substitutionsbehandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
Behandlingssteder med brugere i substitutionsbehandling	74	63
Behandlingssteder uden brugere i substitutionsbehandling	34	29
Ved ikke/uoplyst	9	8
I alt	117	100

De 74 behandlingssteder, som har brugere i substitutionsbehandling, har oplyst hvor mange det drejer sig om. De har tilsammen registreret 4.651 brugere i substitutionsbehandling. 54 pct. af behandlingsstederne har talt, hvor mange brugere i substitutionsbehandling de har, og 39 pct. har skønnet. 7 pct. af de steder, som har oplyst, at de har brugere i substitutionsbehandling, har ikke svaret på, hvor mange.

Når det gælder behandlingsintensiteten for de brugere, som er i substitutionsbehandling, svarer 32 af de 74 behandlingssteder med brugere i substitutionsbehandling, at de har en skriftlig standard for, hvor hyppigt brugere i substitutionsbehandling minimum skal have en behandlingssamtale. 21 behandlingssteder har ikke en skriftlig standard for, hvor hyppigt brugere i substitutionsbehandling minimum skal have en behandlingssamtale, og 7 ledere med brugere i substitutionsbehandling ved ikke, om der findes en sådan standard. 14 af de 74 behandlingssteder med brugere i substitutionsbehandling er døgnbehandlingssteder. Vi har ikke spurgt lederne af døgnbehandlingssteder, om de har en skriftlig standard for hyppigheden af behandlingssamtaler, men Servicestyrelsens definition på døgnbehandling er som sagt, at der bliver leveret en ydelse (behandlingssamtale eller anden ydelse) hver dag. Forekomsten af skriftlige minimumsstandarder på de ambulante behandlingssteder med brugere i substitutionsbehandling ses i tabel 3.8.

TABEL 3.8

Forekomst af skriftlige minimumsstandarder for samtalehyppighed med brugere i substitutionsbehandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
Behandlingssteder med en skriftlig standard	32	43
Behandlingssteder uden en skriftlig standard	21	28
Behandlingssteder, hvor lederen ikke ved, om der er en minimumsstandard	7	10
Irrelevant (døgnehandlingssteder)	14	19
I alt	74	100

Blandt de steder, der har en standard for, hvor hyppigt brugere i substitutionsbehandling minimum skal have en behandlingsstandard, varierer minimumskravet mellem hver uge og en gang om året (se tabel 3.9).

TABEL 3.9

Minimumsstandarder for, hvor hyppigt brugere i substitutionsbehandling skal have behandlingssamtaler på 32 behandlingssteder. Antal og procent.

	Antal	Procent
Hver uge	2	6
Hver anden uge	4	13
Hver måned	6	19
Hver anden måned	2	6
Hver tredje måned	8	25
Hver sjette måned	6	19
Hvert år	2	6
Forskellige minimumsstandarder for forskellige brugergrupper	2	6
I alt	32	100

Nogle af lederne skriver dog i bemærkninger til besvarelsen, at der også er kontakt med brugerne ud over egentlige behandlingssamtaler. En behandlingsleder fra et offentligt, ambulans behandlingssted skriver fx, at de har behandlingssamtaler med brugerne minimum:

[...] hver tredje måned, som lovgivningen foreskriver, men vi taler jo med vores brugere dagligt, da hovedparten dagligt indtager deres mad her på stedet.

Behandlingslederne er blevet spurgt, hvor de har deres minimumsstandarder nedskrevet, og de svarer, at de oftest er nedskrevet i enten virksomhedsplaner, den kommunale kvalitetsstandard eller i skriftlige, administrative instrukser/behandlingsvejledninger til medarbejderne på behandlingsstedet.

BEHANDLINGSTILBUDDENES STOFMÅLGRUPPER

Nogle af behandlingstilbuddene er målrettet én eller flere stofgrupper, mens andre ikke er målrettet nogen bestemte, men snarere euforiserende stoffer over en bred kam. I tabel 3.10 er der en oversigt over, hvilke stofgrupper de 117 deltagende behandlingssteder er målrettet.

TABEL 3.10

Oversigt over hvilke stofgrupper de 117 deltagende behandlingstilbud er målrettet. Antal og procent.

	Antal	Procent
Behandlingstilbud målrettet Opiatmisbrugere	94	80
Behandlingstilbud målrettet misbrugere af stimulanter	95	81
Behandlingstilbud målrettet Hashmisbrugere	92	79
Behandlingstilbud målrettet blandingsmisbrugere af stof og alkohol	92	79
Behandlingstilbud, der ikke er specifikt målrettet særlige stofgrupper	15	13

Anm.: Behandlingslederne har haft mulighed for at svare, at deres tilbud er målrettet flere stofgrupper, hvorfor antallet ikke summer til 117, og procenterne ikke summer til 100.

Blandt de forskellige stofgrupper kan man skelne mellem misbrugere af såkaldte opiat/opioider, som er en fællesbetegnelse for stoffer som

heroin, metadon, morfin, kodein og ketogan, misbrugere af stimulanter/centralstimulerende stoffer, der dækker over stoffer som kokain, amfetamin, ecstasy og lign. og misbrugere af hash (Rindom, 2000). Der findes også behandlingssteder, der er målrettet stofmisbrugere, som samtidig har et misbrug af alkohol, og endelig er der behandlingssteder, som ikke er målrettet nogen specifik stofgruppe.

Nogle behandlingssteder angiver at være særligt målrettet andre stofgrupper end de listede i tabel 3.10. Det drejer sig om misbrugere af benzodiazepiner⁴ (tre behandlingssteder) og khat⁵ (to behandlingssteder).

De fleste behandlingsledere angiver, at deres behandlingstilbud er målrettet mere end én stofgruppe. Faktisk er det kun seks af de 117 behandlingssteder, som kun er målrettet én stofgruppe, resten er målrettet en eller flere – eller er slet ikke specifikt målrettet særlige stofgrupper. I tolkningen af dette resultat skal man huske, at hvert enkelt behandlingssted kun har modtaget ét spørgeskema. Det vil sige, behandlingsstedet godt kan være målrettet flere stofgrupper og alligevel (forsøge at) holde stofgrupperne adskilt. Fra interviewene ved vi, at mange behandlingssteder netop forsøger at holde de forskellige stofgrupper (og aldersgrupper) adskilt i et eller andet omfang for at undgå negativ afsmitning fra en mere stofferfaren gruppe til en mindre stofferfaren gruppe. Det kan de forsøge at gøre rumligt/geografisk, såfremt de fysiske faciliteter tillader det. For eksempel kan et misbrugscenter have en café med udlevering af metadon i den ene ende af huset til opiatmisbrugere og et tilbud til kokainmisbrugere i den anden ende af huset. Eller misbrugscentret kan forsøge at holde stofgrupperne adskilt, ved at man benytter forskellige tidsrum. For eksempel at misbrugscentret har udlevering af substitutionsmedicin og café for opiatmisbrugere om formiddagen og gruppebehandling for hash- og kokainmisbrugere om eftermiddagen.

4. Benzodiazepiner er en fællesbetegnelse for en lang række medicinske præparater, hvoraf særligt rohypnol, stesolid og valium er efterspurgt blandt opiatmisbrugere. Benzodiazepin kan være ordineret via det legale lægelige system eller købes på det illegale marked (Rindom, 2000).

5. Khat er en betegnelse for blade og stængler fra Kharplanten, som indeholder psykoaktive stoffer og kategoriseres som et narkotikum. Khatmisbrug findes primært blandt mennesker med somatisk baggrund (Sundhedsstyrelsen, 2009).

HANDLEPLANER

Brugere skal tilbydes både en social handleplan og en lægelig behandlingsplan. Den sociale handleplan er lovfæstet i servicelovens § 141, som slår fast, at personer med alvorlige sociale problemer skal tilbydes en handleplan. Den sociale handleplan skal angive formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen og andre særlige forhold, fx vedrørende behandlingen. Handleplanen skal så vidt muligt, udarbejdes i samarbejde med borgeren. Kommunens kvalitetsstandard skal beskrive målsætninger for brugen af handleplaner, samt hvordan og hvornår handleplanerne skal revideres. Behandlingsindsatsen og handleplaner skal koordineres på en måde, som sikrer en sammenhæng mellem den medikamentelle og psykosociale behandling samt indsatsen over for andre aktuelle sociale problemstillinger for stofmisbrugeren (Vejledning nr. 7 til serviceloven). Kravene til den lægelige behandlingsplan fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning (Sundhedsstyrelsen, 2007). Her fremgår det, at der til hvert enkelt stofmisbrugers behandlingsforløb skal udarbejdes en lægelig behandlingsplan. Af behandlingsplanen skal det fremgå, hvad sigtet med den sundhedsfaglige behandling er aktuelt, og hvilke aftaler der er indgået omkring forløbet. Behandlingsplanen skal understøtte den sociale handleplan (ibid.: 20).

Behandlingslederne er i surveyen blevet bedt om at angive, hvor stor en andel af deres brugere, der har fået udarbejdet en skriftlig plan (fx en social handleplan) inden for det seneste år. Da det er en følsom oplysning, er det besluttet, at besvarelsen på dette spørgsmål var anonym for behandlingsstederne.

Godt halvdelen (58 pct.) af behandlingslederne vurderer, at 90-100 pct. af deres brugere har fået udarbejdet en skriftlig plan (fx en social handleplan) inden for det seneste år, mens 13 pct. vurderer, at det er 80-89 pct. De resterende besvarelser spreder sig fra 0-79 pct. Behandlingsledernes svar fremgår af tabel 3.11.

TABEL 3.11

Behandlingsstedernes angivelse af, hvor stor en andel af deres brugere, der har fået udarbejdet en skriftlig handleplan inden for det seneste år op til interviewtidspunktet. Antal og procent.

	Antal	Procent
0-9 pct.	1	1
10-19 pct.	1	1
20-29 pct.	6	5
30-39 pct.	1	1
40-49 pct.	1	1
50-59 pct.	8	7
60-69 pct.	2	2
70-79 pct.	3	3
80-89 pct.	14	13
90-100 pct.	64	58
Ved ikke	9	8
I alt	110	100

Behandlingslederne er også blevet spurgt, hvorvidt kvaliteten af de skriftlige planer for brugernes stofmisbrugsbehandling er tilfredsstillende efter deres vurdering. Også på dette spørgsmål var besvarelsen anonym, og svarene fremgår af tabel 3.12.

TABEL 3.12

Behandlingsledernes vurdering af kvaliteten i de skriftlige planer. Antal og procent.

	Antal	Procent
Kvaliteten er i høj grad tilfredsstillende	33	30
Kvaliteten er i nogen grad tilfredsstillende	60	55
Kvaliteten er i mindre grad tilfredsstillende	12	11
Kvaliteten er slet ikke tilfredsstillende	0	0
Ved ikke	5	5
I alt	110	101

Knap en tredjedel af behandlingslederne vurderer, at kvaliteten i de skriftlige planer for brugernes stofmisbrugsbehandling 'i høj grad' er tilfredsstillende, mens godt halvdelen vurderer, at kvaliteten 'i nogen grad' er tilfredsstillende. Hver tiende vurderer, at kvaliteten 'i mindre grad' er tilfredsstillende, mens hver tyvende leder svarer 'ved ikke'.

Når det gælder opfølgning på de skriftlige planer, er behandlingslederne blevet spurgt, om de vurderer, at de skriftlige planer for brugernes behandling fornys med en tilfredsstillende hyppighed. Også på dette spørgsmål var besvarelsen anonym, og svarene fremgår af tabel 3.13.

TABEL 3.13

Behandlingsledernes vurdering af, om de skriftlige planer fornys med tilfredsstillende hyppighed. Antal og procent.

	Antal	Procent
De skriftlige planer fornys i høj grad med tilfredsstillende hyppighed	35	32
De skriftlige planer fornys i nogen grad med tilfredsstillende hyppighed	47	43
De skriftlige planer fornys i mindre grad med tilfredsstillende hyppighed	21	19
De skriftlige planer fornys slet ikke med tilfredsstillende hyppighed	1	1
Ved ikke	6	5
I alt	110	100

Hver tredje behandlingsleder vurderer, at de skriftlige planer 'i høj grad' fornys med tilfredsstillende hyppighed, 43 pct. vurderer, at det sker 'i nogen grad', 19 pct., at det sker 'i mindre grad', og en enkelt, at det slet ikke sker. 5 pct. af behandlingslederne svarer 'ved ikke'.

SPECIFIKKE BEHANDLINGSTILBUD

De 117 behandlingssteder udbyder tilsammen en meget bred vifte af specifikke behandlingstilbud. I tabel 3.14 er oplistet en række af de tilbud, som indgår i de ambulante behandlingssteders behandling.

TABEL 3.14

Specifikke tilbud på ambulante behandlingssteder. Antal og procent.

	Antal behandlingssteder med det specifikke tilbud	Procent
Individuelle samtaler med psykolog	45	59
Individuelle samtaler med psykiater	24	32
Individuelle samtaler med læge	54	71
Individuelle samtaler med anden uddannet behandler, fx socialpædagog	70	92
Individuelle samtaler med anden sundhedsfaglig person, fx sygeplejerske	54	71
Parsamtaler	45	59
Gruppebehandling	53	70
Familiebehandling	30	40
Socialrådgivning	63	83
Akupunktur	47	62
Afrusning/afgiftning	39	51
Sundhedstilbud, såsom sårpleje og vaccinationer	44	58
Social færdighedstræning	45	59
Fritidstilbud, såsom sport, udflugter og kreativ udfoldelse	39	51

Anm. 1: Listen over tilbud på behandlingssteder er ikke udtømmende.

Anm. 2: Tabellen er baseret på besvarelser fra 76 ambulante behandlingssteder. Behandlingslederne har haft mulighed for at svare, at flere forskellige specifikke tilbud indgår i deres behandling, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Tabel 3.14 viser, at det hyppigst forekommende tilbud på de ambulante behandlingssteder er individuelle samtaler med anden uddannet behandler, såsom socialpædagog. 92 pct. af de ambulante behandlingssteder angiver således, at individuelle samtaler med en behandler med anden uddannelse end læge, psykiater eller psykolog indgår i deres behandlingstilbud til brugerne. Til sammenligning har 71 pct. af behandlingsstederne individuelle samtaler med læge og/eller med anden sundhedsfaglig person (fx sygeplejerske, sundhedsplejerske eller sosu-assistent) som en del af deres behandlingstilbud. 59 pct. angiver, at individuelle samtaler med psykolog indgår i deres behandlingstilbud, og 32 pct. angiver, at individuelle samtaler med psykiater indgår som en del af behandlingstilbuddet.

Det næst hyppigst forekommende tilbud på de ambulante behandlingssteder er socialrådgivning. På 83 pct. af de ambulante behandlingssteder indgår socialrådgivning som en del af deres behandlingstilbud.

I tabel 3.15 kan man se forekomsten af de specifikke tilbud på døgnbehandlingsstederne.

TABEL 3.15

Specifikke tilbud på døgnbehandlingsstederne. Antal og procent.

	Antal behandlingssteder med det specifikke tilbud	Procent
Individuelle samtaler med psykolog	14	41
Individuelle samtaler med psykiater	15	44
Individuelle samtaler med læge	18	53
Individuelle samtaler med anden uddannet behandler, fx socialpædagog	31	91
Individuelle samtaler med anden sundhedsfaglig person, fx sygeplejerske	14	41
Parsamtaler	17	50
Gruppebehandling	25	74
Familiebehandling	11	32
Socialrådgivning	24	71
Akupunktur	20	59
Afrusning/afgiftning	24	71
Sundhedstilbud, såsom sårpleje og vaccinationer	7	21
Social færdighedstræning	31	91
Fritidstilbud, såsom sport, udflugter og kreativ udfoldelse	29	85

Anm. 1: Listen over tilbud på behandlingssteder er ikke udtømmende.

Anm. 2: Tabellen er baseret på besvarelser fra 34 døgnbehandlingssteder. Behandlingsstederne har haft mulighed for at svare, at flere forskellige specifikke tilbud indgår i deres behandling, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Som det fremgår af tabel 3.15, er det hyppigst forekommende tilbud på døgnbehandlingsstederne individuelle samtaler med anden uddannet behandler, såsom socialpædagog, samt social færdighedstræning (fx støtte i tilegnelse af basale færdigheder såsom personlig hygiejne, rengøring og indkøb). Individuelle samtaler og social færdighedstræning forekommer på 91 pct. af døgnbehandlingsstederne. Når det gælder individuelle samtaler med læge, er det et tilbud på 53 pct. af behandlingsstederne, individuelle samtaler med psykiater er et tilbud på 44 pct. af døgnstederne, og individuelle samtaler med psykolog og/eller en anden sundhedsfaglig person (fx sygeplejerske, sundhedsplejerske eller sosu-assistent) er et tilbud på 41 pct. af døgnstederne.

Det næst hyppigst forekommende tilbud på døgnbehandlingsstederne er fritidstilbud. På 85 pct. af døgnstederne er fritidstilbud, såsom sport, udflugter og kreativ udfoldelse en del af det, man tilbyder.

Hvorvidt tilbud, såsom socialrådgivning og fritidstilbud, overhovedet skal opfattes som egentlige behandlingstilbud har tidligere været til

diskussion i en rapport fra Center for Rusmiddelforskning af Pedersen & Nielsen (2007). I denne rapport, som omhandler behandlingsgarantien og ydelser i dansk stofmisbrugsbehandling, beskrives divergerende holdninger blandt 18 interviewede behandlings- og centerledere til spørgsmålet om, hvad der skal opfattes som behandling, og hvorvidt socialrådgivning er behandling. Servicestyrelsens definition på behandling er som tidligere nævnt, at behandling er en ”målrettet indsats på baggrund af systematisk udredning”. Denne definition udelukker ikke, at socialrådgivning kan være en del af et behandlingstilbud, og det er da også opfattelsen blandt de behandlingsledere, vi har interviewet. Behandlingslederen på et privat, ambulansbehandlingssted siger fx:

Det er jo alt sammen en del af behandlingen. Det at gå ind til socialrådgiveren og få orden på sin økonomi og få ordnet en bopligssituation, det er jo også en del af behandlingen. Det er jo en del af det tilbud, vi giver.

Socialrådgivningen og andre praktiske og omsorgsorienterede aktiviteter kan for det første være vigtige i sig selv som redskaber til at løse problemer eller dække behov. Praktiske opgaver, såsom tilberedning af mad og spisning sammen med andre mennesker, kan også være vigtige som en del af tilegnelsen af en ny livsstil. Og endelig kan socialrådgivningen og de praktiske og omsorgsorienterede aktiviteter være kontaktskabende. Når brugeren opsøger en behandler for at få socialrådgivning eller løser nogle praktiske opgaver med en behandler, så er der skabt mulighed for interaktion. Behandlingslederen på et offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted forklarer:

Socialrådgivning og de funktioner, socialrådgiveren har i forhold til de her ting [nævner økonomi, bolig m.m.], er en væsentlig del af behandlingen. Det er også en væsentlig del af behandlingen, at man har en maddag, hvor man laver mad til andre. Alle de praktiske opgaver er en væsentlig del af behandlingen. [...] Alle disse ting er væsentlige elementer i behandlingen, fordi alle ting er et brud på det mønster de har levet deres liv efter hidtil. [...] Der ligger masser af interaktion og miljøterapi i at være i disse situationer.

Når de praktiske og omsorgsorienterede aktiviteter indgår i behandlingen på den måde, kan man argumentere for, at de bliver brugt som social færdighedstræning. Social færdighedstræning kan som sagt handle om støtte i tilegnelse af basale færdigheder såsom personlig hygiejne, rengøring og indkøb. 65 pct. af lederne vurderer, at social færdighedstræning indgår i deres behandling i et eller andet omfang.

Ligesom de praktiske aktiviteter kan fritidsaktiviteter opfattes, som en vigtig del af behandlingstilbuddet. Som det fremgår af tabel 3.14 og 3.15, indgår fritidsaktiviteter i behandlingen på 51 pct. af de ambulante behandlingssteder og på 85 pct. af døgnbehandlingsstederne. Behandlingslederen på et offentligt, ambulante behandlingssted forklarer, hvilken betydning fritidsaktiviteterne kan have i behandlingstilbuddet:

Jeg tror faktisk, at noget af det, der er allermest gavn af, er aktiviteter [...] Planlagte aktiviteter, som understøtter brugernes selv-værd på en måde, hvor alle har en mulighed for at få øje på, hvad de er gode til. Alle har noget, de er gode til, og det er de nødt til at få øje på. Når de har fået øje på det, de er gode til, så kan de begynde at overføre erfaringer fra det, de er gode til, til noget af det, de er mindre gode til [...] Hvis vi kun fokuserer på det, vi ikke kan, så er der ikke noget sjovt ved noget som helst. Det starter simpelthen med, at man får øje på, hvad det er man kan. Og jeg tror, at det er noget af det, aktiviteter er allerbedst til [...] Aktiviteterne kan eksempelvis være tivoluture, grillaftner, fodboldkampe.

En del af tilbuddene er individuelle (fx socialrådgivning, vaccinationer osv.), mens andre tilbud retter sig mod to eller flere personer. Når det gælder denne type indsatser, er gruppebehandling det hyppigst forekommende. 67 pct. af lederne oplyser, at gruppebehandling indgår i deres behandling. Parsamtaler tilbydes på 53 pct. af behandlingsstederne og familiebehandling på 35 pct.

Akupunktur tilbydes på 57 pct. af behandlingsstederne, mens af-rusning/afgiftning tilbydes på 54 pct. af behandlingsstederne, og sundhedstilbud såsom sårpleje og vaccinationer tilbydes på 44 pct. af behandlingsstederne.

BEHANDLINGSTILBUD TIL SÆRLIGE GRUPPER

Der er nogle brugere i behandlingssystemet, som hører til særlige grupper med behov for mere specialiserede tilbud. Behandlingsstederne er blevet spurgt, hvorvidt de har specialiserede tilbud til nogle af de grupper, som kan opfattes som særlige. Besvarelsene fra de ambulante behandlingssteder fremgår af tabel 3.16.

TABEL 3.16

Ambulante behandlingssteder med specialiserede tilbud til særlige grupper. Antal og procent.

	Antal	Procent
Unge under 25 år	30	40
Ældre, erfarne og/eller nedslidte stofmisbrugere	16	21
Kvinder	10	13
Gravide	28	37
Prostituerede	4	5
Kriminelle	11	15
Par	13	17
Stofmisbrugere med børn	21	28
Etniske minoriteter	7	9
Hjemløse	11	15
Psykisk syge stofmisbrugere (dobbeltdiagnosticerede eller dobbelbelastede)	20	26
Aggressive/udadreagerende	10	13
HIV-/AIDS-syge	3	4
Intellektuelt/kognitivt forstyrrede (fx ADHD, hjerneskadede eller demente)	14	18

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelses fra 76 ambulante behandlingssteder. Behandlingsstederne har haft mulighed for at svare, at der er specialiserede tilbud til flere forskellige særlige grupper, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Den særlige gruppe, som flest ambulante behandlingssteder har et specialiseret tilbud til, er unge under 25 år. 40 pct. af behandlingsstederne angiver, at de har et sådant. Tilbuddene til unge under 25 år findes primært på større, offentlige, ambulante behandlingssteder. 20 af de 30 ambulante behandlingssteder med specialiserede tilbud til de unge er således offentlige, ambulante behandlingssteder med 40 eller flere brugere indskrevet.

Den gruppe stofmisbrugere, som næstfleste behandlingssteder har et specialiseret tilbud til, er gravide stofmisbrugere. 37 pct. af de ambulante behandlingssteder angiver, at de har et specialiseret tilbud til

denne gruppe. Det svarer til 28 behandlingssteder, heraf er de 21 offentlige, ambulante behandlingssteder med 40 eller flere brugere indskrevet.

20 pct. af behandlingsstederne angiver, at de har specialiserede tilbud til psykisk syge stofmisbrugere. Halvdelen af disse behandlingssteder er offentlige, ambulante behandlingssteder med 40 eller flere brugere indskrevet. Den anden halvdel er private eller mindre, offentlige behandlingssteder.

Ifølge behandlingslederne er der ikke nogen af de særlige grupper, som vi har spurgt til i surveyen, der ikke eksisterer specialiserede tilbud til på flere ambulante behandlingssteder. Den særlige gruppe på listen, som færrest ambulante behandlingssteder har specialiserede tilbud til, er de HIV-/AIDS-syge. Der er dog ifølge surveyen stadig tre ambulante behandlingssteder i landet, som har et specialiseret tilbud til denne gruppe.

I tabel 3.17 fremgår det, hvilke særlige grupper døgnbehandlingsstederne har specialiserede tilbud til ifølge behandlingslederne.

TABEL 3.17

Døgnbehandlingssteder med specialiserede tilbud til særlige grupper.
Antal og procent.

	Antal	Procent
Unge under 25 år	14	41
Ældre, erfarne og/eller nedslidte stofmisbrugere	11	32
Kvinder	9	27
Gravide	3	9
Prostituerede	10	29
Kriminelle	14	41
Par	12	35
Stofmisbrugere med børn	7	21
Etniske minoriteter	9	27
Hjemløse	8	24
Psykisk syge stofmisbrugere (dobbeltdiagnosticerede eller dobbelbelastede)	15	44
Aggressive/udadreagerende	3	9
HIV-/AIDS-syge	5	15
Intellektuelt/kognitivt forstyrrede (fx ADHD, hjerneskadede eller demente)	10	29

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 34 døgnbehandlingssteder. Behandlingslederne har haft mulighed for at svare, at der er specialiserede tilbud til flere forskellige særlige grupper, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Den særlige gruppe, som flest døgnbehandlingssteder har et specialiseret tilbud til, er psykisk syge stofmisbrugere (enten dobbeltdiagnosticerede eller dobbeltbelastede). 44 pct. af behandlingslederne angiver, at de har et specialiseret tilbud til denne gruppe. Tilbuddene til psykisk syge stofmisbrugere findes primært på mindre, private døgnehandlingssteder. 12 af de 15 behandlingssteder med specialiserede tilbud til psykisk syge stofmisbrugere er således privatejede døgnbehandlingssteder med færre end 40 brugere indskrevet.

Specialiserede tilbud til unge under 25 år samt kriminelle, som 41 pct. af døgnbehandlingssteder har specialiserede tilbud til. Døgnbehandlingssteder med specialiserede tilbud til unge under 25 år samt kriminelle er oftest mindre og privatejede. Når det gælder specialiserede tilbud til unge under 25 år, er 11 af de 14 døgnbehandlingssteder med sådanne tilbud således privatejede døgnbehandlingssteder med færre end 40 brugere indskrevet. 12 af de 14 døgnbehandlingssteder med specialiserede tilbud til kriminelle stofmisbrugere er ligeledes privatejede med færre end 40 brugere indskrevet.

Der er ikke nogen af de særlige grupper, som vi har spurgt til i surveyen, der ikke eksisterer specialiserede tilbud til på døgnbehandlingsstederne ifølge behandlingslederne. De særlige grupper på listen, som færrest døgnbehandlingssteder har specialiserede tilbud til, er henholdsvis de gravide og de aggressive/udadreagerende. Kun tre behandlingssteder har specialiserede tilbud til en af disse grupper.

Ud over de særlige grupper, der er spurgt specifikt til i surveyen, fortæller behandlingslederne også om specialiserede tilbud til andre særlige grupper. Det er bl.a. traumatiserede brugere med incestoplevelser og/eller andre erfaringer med overgreb og omsorgssvigt, brugere med spiseforstyrrelser samt ikke mindst de stoffri brugere, som også er en særlig gruppe i et behandlingssystem. Derudover bemærker lederne, at udbuddet af specialiserede tilbud ikke er statisk, men kan tilpasses en foranderlig brugergruppe. Behandlingslederen fra et privat, ambulans behandlingssted skriver fx:

Da vi er et lille sted, må vi oprette de tilbud, der er behov for i de enkelte situationer. Det betyder, at når vi har personer med de nævnte problematikker, skaber vi tilbud til dem. Noget kan vi selv, andet køber vi os til.

TILBUD TIL PÅRØRENDE

Som det sidste i dette kapitel skal vi se på, hvilke tilbud behandlingsstederne har til de pårørende. Behandlingslederne er blevet spurgt, i hvilken udstrækning pårørende bliver inddraget i brugernes behandling. Svarene fremgår af tabel 3.18.

TABEL 3.18

Behandlingsledernes angivelse af, hvor hyppigt de pårørende inddrages i brugernes behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
Altid, hvis det er muligt	13	12
Ofte	23	21
Nogle gange	45	41
Sjældent	25	23
Aldrig	3	3
I alt	109	100

Anm.: Tabellen er baseret på 109 besvarelser. Behandlingslederne har haft mulighed for flere svar, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Tabel 3.18 viser en stor variation i behandlingsstedernes praksis. På 33 pct. af behandlingsstederne inddrager man 'ofte' eller 'altid' de pårørende, hvis det er muligt. I den anden ende af skalaen er der 26 pct. af behandlingsstederne, som 'sjældent' eller 'aldrig' inddrager pårørende, og i midten finder vi 41 pct., som 'nogle gange' inddrager de pårørende. Den store variation hænger formodentlig både sammen med, at det er forskelligt fra brugergruppe til brugergruppe, om der er nogle pårørende at inddrage, og om brugerne er interesseret i, at de bliver det. Det kan også hænge sammen med, at der er forskellig holdning til pårørendeinddragelse på de forskellige behandlingssteder. Brugernes ønsker i forhold til pårørendeinddragelse samt de pårørendes erfaringer er nærmere belyst i Bruger- og pårørenderapporten (delrapport 2).

I behandlingssteds-surveyen er behandlingslederne også blevet spurgt, om de har særskilte tilbud til de pårørende. Svarene fremgår af tabel 3.19.

TABEL 3.19

Behandlingsstedernes tilbud til pårørende. Antal og procent.

	Antal	Procent
Pårørendekurser eller pårørendegrupper	42	39
Individuelle samtaler	55	50
Andre tilbud	13	12
Ingen tilbud til pårørende	29	27

Anm.: Tabellen er baseret på 109 besvarelser. Behandlingsstederne har haft mulighed for flere svar, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

De fleste behandlingssteder ser ud til at have særskilte tilbud til de pårørende ifølge behandlingssteds-surveyen. 27 pct. af behandlingsstederne har dog ingen tilbud til pårørende. De øvrige har enten pårørendegrupper, pårørendekurser og/eller individuelle samtaler med pårørende. 12 pct. af behandlingsstederne har andre tilbud end de nævnte til pårørende. Andre tilbud dækker bl.a. over familieværksteder, familieterapi, parterapi og åben telefonisk rådgivning.

OPSUMMERING

Kapitlet har tegnet et overordnet billede af de behandlingstilbud, som findes i det danske behandlingslandskab i begyndelsen af 2009.

Behandlingssteds-surveyen viser, at de fleste og største behandlingstilbud er kommunale. Omkring 7.500 af de knap 9.000 brugere, som er registreret i surveyen, får et omsorgs- eller behandlingstilbud fra et kommunalt tilbud. Alle behandlingssteder på nær seks er målrettet mere end en stofgruppe, mens deres størrelse varierer fra to brugere i behandling til 506 brugere.

Ambulant behandling, dvs. behandling af en intensitet, hvor brugeren får en ydelse (i surveyen specificeret som en behandlingssamtale eller gruppebehandling, men ikke medicinudlevering) mindst to og højst otte gange om måneden, er ifølge surveyen det behandlingstilbud, flest brugere får. Halvdelen af de brugere, hvis intensitet er registreret (det drejer sig om 8.346 brugere fra 105 behandlingssteder), får ifølge lederens besvarelser ambulant behandling. Det næst mest almindelige tilbud er ad hoc-ydelser, dvs. en behandling af en intensitet, hvor der leveres en ydelse under hver 14. dag. Denne form for tilbud får 30 pct. af

brugere. 15 pct. af brugerne får dagbehandling, defineret som en behandling med en intensitet, hvor der leveres en ydelse 3-5 gange om ugen, og 5 pct. er i døgnbehandling ifølge survey-besvarelsene i januar 2009.

74 af de deltagende behandlingssteder har brugere i substitutionsbehandling. 32 af disse behandlingssteder har skriftlige minimumsstandarder for, hvor hyppigt brugere i substitutionsbehandling skal have en behandlingssamtale. Minimumskravet varierer mellem en gang om ugen og en gang om året.

Når det gælder specifikke behandlingstilbud, er individuelle samtaler med socialpædagoger og behandlere med lignende uddannelse samt socialrådgivning det, som tilbydes på flest ambulante behandlingssteder (henholdsvis på 92 og 83 pct. af de ambulante behandlingssteder). På døgnbehandlingsstederne er de hyppigst forekommende tilbud individuelle samtaler med socialpædagoger og behandlere med lignende uddannelse samt social færdighedstræning (begge dele forekommer på 91 pct. af døgnbehandlingsstederne).

Når det gælder specialiserede tilbud til særlige grupper, er der flest ambulante behandlingssteder med tilbud til unge under 25 (40 pct.) samt gravide (37 pct.), og blandt døgnbehandlingsstederne de hyppigst forekommende specialiserede tilbud til psykisk syge misbrugere (44 pct.), kriminelle (41 pct.) og unge under 25 år (41 pct.). 3 ud af 4 behandlingssteder angiver endvidere at have en eller anden form for tilbud til brugernes pårørende.

BRUGERE, BEHANDLERE OG BEHANDLINGSFORLØB

I dette kapitel retter vi fokus mod brugerne, behandlerne og behandlingsforløbene på behandlingsstederne. Vi skal se på karakteristika for brugerne mht. alder, køn, etnicitet, stof typer og målsætninger samt karakteristika for behandlerne mht. uddannelsesbaggrund og misbrugserfaring. Vi vil se på, hvor mange brugere der er pr. behandler på de forskellige behandlingssteder, dvs. bruger-behandler ratioen. Og endelig vil vi i forbindelse med behandlingsforløb se på, hvordan udredningen af brugeres behandlingsbehov tilrettelægges, hvor stor en andel af brugerne der udskrives, samt hvor mange brugere der hyppigt udebliver fra behandlingsaftaler. Kapitlet vil primært være baseret på data fra behandlingssteds-surveyen.

BRUGERE: ALDER, KØN, ETNICITET, STOF TYPE OG MÅLSÆTNING

Hvem er brugerne på behandlingsstederne? Behandlingslederne har registreret nogle karakteristika for deres brugere, som vi skal se på nu. De følgende besvarelser er baseret på behandlingsledernes skøn og angår de

brugere, der aktuelt var indskrevne ved survey-besvarelsen i januar/februar 2009.

Det første, vi skal se på, er brugernes aldersfordeling. Lederne er blevet bedt om at vurdere, hvordan de aktuelt indskrevne brugere fordeles sig i tre alderskategorier, og 96 behandlingssteder har svaret. Ifølge besvarelsene er 17 pct. af den samlede brugerpopulation på disse 96 behandlingssteder mellem 18 og 24 år, 34 pct. er mellem 25 og 34 år, mens 49 pct. er 35 år eller ældre. Disse tal fra behandlingssteds-surveyen ligger tæt på tallene fra Sundhedsstyrelsens register over Stofmisbrugere I Behandling (herefter forkortet SIB). Her er 19 pct. mellem 18 og 24 år, 33 pct. mellem 25 og 34 år, og 48 pct. er 35 år eller ældre (SIB, 2006). Sammenligningen mellem survey- og registertal fremgår også af tabel 4.1.

TABEL 4.1

Sammenligning mellem aldersfordeling i surveydata og Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB). Procent.

	Behandlingssteds-survey	SIB
18-24 år	17	19
25-34 år	34	33
35 år eller ældre	49	48
I alt	100	100

Anm.: Tallene fra surveyen angår indskrevne brugere i januar/februar 2009, mens tallene fra SIB angår indskrevne brugere i år 2006.

Andelen af kvinder er blevet registreret på 93 behandlingssteder og udgør sammenlagt 29 pct. af de indskrevne brugere i januar/februar 2009. Fire af de 93 steder har ingen kvinder blandt de aktuelt indskrevne brugere. Ser vi på registertallene fra SIB, er andelen af kvinder i brugerpopulationen tæt på survey-resultatet; andelen af kvinder er nemlig på 26 pct. i 2006 ifølge dette register.

Andelen af aktuelt indskrevne brugere med anden etnisk baggrund end dansk udgør i alt 9 pct. i januar/februar 2009 blandt brugerne på de 92 behandlingssteder, som har givet oplysninger herom. 25 behandlingssteder har ingen brugere med anden etnisk baggrund end dansk blandt de aktuelt indskrevne, mens 17 behandlingssteder har flere end 10. SIB indeholder ikke oplysninger om brugerens etniske baggrund, så på dette punkt kan vi ikke sammenligne survey- og registertal.

Hvilke stoffer misbrugte brugerne inden deres stofmisbrugsbehandling? 89 behandlingssteder har givet et skøn over, hvordan deres aktuelt indskrevne brugere i januar/februar 2009 fordelte sig mellem forskellige stofkategorier. Blandt disse steder skønnes 56 pct., hovedsageligt at have haft et opiatmisbrug inden behandlingen, 19 pct. skønnes hovedsageligt at have haft et misbrug af stimulanter (fx kokain, amfetamin eller ecstasy), og 21 pct. skønnes hovedsageligt at have haft et hashmisbrug. De resterende 5 pct. kan ikke kategoriseres som havende et misbrug af enten opiater, stimulanter eller hash. Ifølge SIB var andelen af opiatmisbrugere i den samlede brugerpopulation 57 pct. i 2006, dvs. meget tæt på andelen af opiatmisbrugere registreret i surveyen. Med hensyn til de øvrige stoftyper lader det sig ikke gøre at sammenligne mellem andelen fra surveyen og SIB, fordi der ikke anvendes parallelle definitioner og stofinddelinger.

I surveyen er behandlerne også blevet bedt om at angive, hvilken målsætning brugerne har for deres behandling. Målsætningen i en brugers behandling ændres ofte over tid, men behandlingsarbejdet tager udgangspunkt i den målsætning, der på et givent tidspunkt er aktuell for en bruger. Behandlingslederne er blevet bedt om at tage udgangspunkt i, hvilke målsætninger deres brugere har aktuelt. 92 behandlingssteder har svaret. Svarene fremgår af tabel 4.2.

TABEL 4.2

Behandlingsledernes angivelse af brugernes behandlingsmålsætninger.

	Antal brugere	Procent
Brugere med stoffrihed som målsætning (inkl. frihed fra substitutionsbehandling)	3.441	48
Brugere, som aktuelt ikke har en målsætning om stoffrihed, men fx reduktion af misbrug, stabilisering og lign.	3.685	52
I alt	7.126	100

Anm.: Behandlingslederne er blevet bedt om at vurdere, hvilke behandlingsmålsætninger deres brugere har aktuelt, og de fik at vide, at de gerne måtte basere svaret på et skøn. Ovenstående tabel er baseret på besvarelser fra 92 behandlingssteder.

Af tabellen fremgår det, at behandlingslederne skønner, at 48 pct. af brugerne på disse 92 behandlingssteder har stoffrihed som målsætning (inkl. frihed fra substitutionsbehandling), mens 52 pct. aktuelt ikke har en

målsætning om stoffrihed, men fx reduktion af misbrug, stabilisering og lignende. Der er ikke tal i SIB, som man kan sammenligne disse surveyresultater med, da registeret ikke indeholder oplysninger om brugernes målsætninger. Da der ikke er tale om individbaserede data, er det heller ikke muligt at opdele tallene efter fx stofstype.

BEHANDLERE: ANTAL, EGEN MISBRUGSERFARING OG UDDANNELSE

Behandlerne er vigtige for behandlingstilbuddets kvalitet, eftersom de udfører selve behandlingen og/eller tilrettelægger det terapeutiske miljø, som skal virke behandlende. Deres antal, erfaring og uddannelse har derfor en afgørende betydning, og nu skal vi se på surveyens oplysninger vedrørende disse forhold.

Behandlingslederne er blevet bedt om at angive, hvor mange behandlere der er ansat på behandlingsstedet. De er blevet bedt om at medtælle eventuelle udegående medarbejdere, som er ansat på behandlingsstedets adresse, mens de (ved forespørgsler) er blevet bedt om, såfremt det er muligt, at fraregne behandlere, som udelukkende tager sig af alkoholbehandling. Behandlingslederne på 107 behandlingssteder har i alt registreret 1.064 behandlere. Antallet af behandlere på hvert behandlingssted varierer meget, hvilket fremgår af tabel 4.3:

TABEL 4.3
Antal behandlere ansat på behandlingsstederne.

	Antal	Procent
1-4 behandlere	26	24
5-9 behandlere	34	32
10-14 behandlere	26	24
15-19 behandlere	12	11
20-24 behandlere	4	4
25-50 behandlere	5	5
I alt	107	100

Hvert fjerde behandlingssted har fire eller færre behandlere ansat. Et behandlingssted angiver, at der kun er en enkelt ansat behandler, mens det højeste antal ansatte behandlere i undersøgelsen er 50.

Behandlingsstederne er også blevet bedt om at angive, hvor mange af behandlerne, der selv har misbrugserfaring. Behandlingslederne på 106 behandlingssteder registrerer, at 157 behandlere selv har misbrugserfaring, hvilket svarer til 15 pct. af alle behandlere ansat på de 106 behandlingssteder. Analysen viser, at andelen af behandlere med egen misbrugserfaring er højere i døgnbehandlingen sammenlignet med den ambulante behandling og højere i de private behandlingstilbud end i de offentlige tilbud. Af de 106 behandlingssteder er de 73 offentligt ejede, og her er den gennemsnitlige andel behandlere med egen misbrugserfaring på 8 pct. På de 33 private behandlingssteder er andelen på 36 pct. Hvis man skelner mellem ambulante og døgnsteder, finder man en gennemsnitlig andel på 7 pct. på de 73 ambulante behandlingssteder og en gennemsnitlig andel på 35 pct. på de 33 døgnsteder.

Ud over antallet af behandlere har vi også undersøgt, hvor mange personaletimer der er knyttet til behandlingsstederne. Behandlingslederne er blevet bedt om at registrere, hvor mange personaletimer der er tilknyttet behandlingsstedet i gennemsnit pr. uge inden for følgende kategorier: pædagog-, socialrådgiver-, sygeplejerske-, psykolog-/psykiater- samt lægetimer. 102 behandlingssteder har registreret, hvor mange timer de har i gennemsnit om ugen inden for de forskellige kategorier. Tabel 4.4 viser en oversigt over deres registreringer.

TABEL 4.4

Oversigt over fordelingen af personaletimer mellem forskellige faggrupper på behandlingssteder. Antal og procent.

	Antal timer	Antal fuldtidsstillinger	Andel af behandlere (procent)
Pædagoger	14.234	385	49
Socialrådgivere	7.585	205	26
Sygeplejersker	4.082	110	14
Psykologer/psykiatere	2.004	54	7
Læger	1.099	30	4
I alt	29.004	784	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 102 behandlingssteder.

Der er i alt registreret 14.234 pædagogtimer på de 102 behandlingssteder.⁶ Det svarer til 385 fuldtidsstillinger à 37 timer. Pædagogernes andel af det samlede antal personaletimer udgør 49 pct. Ud af de 102 behandlingssteder har 13 institutioner noteret, at de ikke har nogen pædagoger ansat. Ellers går variationen fra 20 til 890 pædagogtimer om ugen, hvilket svarer til 24 pædagoger på fuldtid.

Der er i alt registreret 7.585 socialrådgivertimer på de 102 behandlingssteder.⁷ Det svarer til 205 fuldtidsstillinger à 37 timer. Socialrådgivernes andel af det samlede antal personaletimer udgør 26 pct. Ud af de 102 behandlingssteder har 18 institutioner noteret, at de ikke har nogen socialrådgivere ansat. Ellers går variationen fra to behandlingssteder, der kun har to socialrådgivertimer om ugen til et behandlingssted med 629 socialrådgivertimer om ugen, hvilket svarer til 17 socialrådgivere på fuldtid.

Der er i alt registreret 4.082 sygeplejersketimer på de 102 behandlingssteder.⁸ Det svarer til 110 fuldtidsstillinger à 37 timer. Sygeplejerskernes andel af det samlede antal personaletimer udgør 14 pct. Ud af de 102 behandlingssteder har 44 institutioner noteret, at de ikke har nogen sygeplejersker ansat. Ellers går variationen fra to behandlingssteder, der kun har to sygeplejersketimer om ugen til et behandlingssted med 660 sygeplejersketimer om ugen, hvilket svarer til 18 sygeplejersker på fuldtid.

Der er i alt registreret 2.004 psykolog- eller psykiatertimer på de 102 behandlingssteder.⁹ Det svarer til 54 fuldtidsstillinger à 37 timer. Psykologer og psykiateres andel af det samlede antal personaletimer udgør 7 pct. Ud af de 102 behandlingssteder har 40 institutioner noteret, at de ikke har nogen psykologer eller psykiatere ansat. Ellers går variationen fra tre behandlingssteder, der har to psykolog- eller psykiatertimer om

6. På 64 af de 102 behandlingssteder har behandlingslederen oplyst et antal pædagogtimer baseret på en faktisk optælling, mens behandlingslederne på de resterende 38 behandlingssteder har angivet et antal pædagogtimer baseret på et skøn.

7. På 68 af de 102 behandlingssteder har behandlingslederen oplyst et antal socialrådgivertimer baseret på en faktisk optælling, mens behandlingslederne på de resterende 34 behandlingssteder har angivet et antal socialrådgivertimer baseret på et skøn.

8. På 68 af de 102 behandlingssteder har behandlingslederen oplyst et antal sygeplejersketimer baseret på en faktisk optælling, mens behandlingslederne på de resterende 34 behandlingssteder har angivet et antal sygeplejersketimer baseret på et skøn.

9. På 65 af de 102 behandlingssteder har behandlingslederen oplyst et antal psykolog-/psykiatertimer baseret på en faktisk optælling, mens behandlingslederne på de resterende 37 behandlingssteder har angivet et antal psykolog-/psykiatertimer baseret på et skøn.

ugen til et behandlingssted med 104 psykolog- eller psykiatertimer om ugen, hvilket svarer til knap tre psykologer/psykiatere på fuldtid.

Der er i alt registreret 1.099 lægetimer på de 102 behandlingssteder.¹⁰ Det svarer til 30 fuldtidsstillinger à 37 timer. Lægernes andel af det samlede antal personaletimer udgør 4 pct. Ud af de 102 behandlingssteder har 36 institutioner noteret, at de ikke har nogen læger ansat/tilknyttet. Ellers går variationen fra et behandlingssted, der kun har to lægetimer om ugen til et behandlingssted med 148 lægetimer om ugen, hvilket svarer til fire læger à 37 timer.

Pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, psykologer, psykiatere og læger er ikke de eneste, som varetager behandlingsarbejdet på stederne. Lederne er blevet bedt om at angive, hvor mange andre personaletimer der er på stedet til behandlingsarbejde, og notere, hvad de andre personaletimer dækker over. 100 af de 102 behandlingssteder har givet disse oplysninger. Her har man i alt registreret 6.610 personaletimer, hvilket svarer til 179 ansatte à 37 timer.¹¹ I nogle tilfælde har behandlingslederne noteret personale, som ikke har med behandlingsarbejde at gøre (fx rengøringspersonale), frem for behandlere, som det var hensigten. I det omfang, det har været muligt, har vi rensat tallene således, at det er personale, som har med behandling at gøre, som fremgår af opgørelserne. Behandlingsledernes egne timer er medregnet, da en del af dem udfører behandlingsarbejde, mens håndværkere, kontorpersonale, køkkenpersonale og rengøringspersonale ikke er medtaget. Ud af de 100 behandlingssteder giver 42 institutioner ikke oplysninger om, at de skulle have behandlere, som ikke enten er pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, psykologer, psykiatere eller læger. Ellers går variationen fra et behandlingssted, der kun har 10 andre personaletimer om ugen, til et behandlingssted med 488 andre personaletimer om ugen, hvilket svarer til 13 ansatte à 37 timer.

Hvad dækker andre personalegrupper over? Blandt de andre typer ansatte, der hyppigst noteres, kan vi nævne social- og sundhedsassistenter, som er ansat på 14 ud af de 100 behandlingssteder, samt ergote-

10. På 64 af de 102 behandlingssteder har behandlingslederen oplyst et antal lægetimer baseret på en faktisk optælling, mens behandlingslederne på de resterende 38 behandlingssteder har angivet et antal lægetimer baseret på et skøn.

11. På 57 af de 102 behandlingssteder har behandlingslederen oplyst et antal andre personaletimer baseret på en faktisk optælling, mens behandlingslederne på de resterende 45 behandlingssteder har angivet et antal andre personaletimer baseret på et skøn.

rapeuter, som er ansat på 7 ud af de 100 behandlingssteder. Af andre uddannelsesbaggrunde kan nævnes skolelærere og akademikere. I en del tilfælde har behandlingslederne beskrevet de andre personalegrupper med lidt diffuse betegnelser såsom behandlere, terapeuter, misbrugskon-sulenter, café-, værksteds- og værestedsmedarbejdere eller projektmedar-bejdere. Det er betegnelser, som ikke umiddelbart siger noget om deres faktiske uddannelsesbaggrund.

Vi har spurgt, hvor mange af de ansatte, der har et diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed inden for en specifik metode, man bruger i stedets behandlingsarbejde. I vejledningen til spørgsmålet er behandlingslederne blevet bedt om at medregne både uddannelse i metoder såsom kognitiv terapi, som den ansatte har erhver- vet sig i løbet af sin grunduddannelse som fx pædagog eller psykiater og uddannelse, der er taget i form af kurser og efteruddannelse.

94 behandlingsledere svarer ja til, at de har en eller flere ansatte med et diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed inden for en specifik metode, man bruger i stedets behandlingsarbejde. Ni behandlingsledere svarer, at de ikke har nogen behandlere med di- plom, og tre svarer ved ikke. De 94 behandlingsledere, som har behand- lere med diplom ansat, har tilsammen registreret 724 behandlere med diplom.¹²

Hvor stor en andel af behandlerne udgør behandlerne med di- plom? 101 behandlingssteder har både registreret, hvor mange behandle- re de har ansat i det hele, og hvor mange af deres behandlere (hvis no- gen), der har et diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed inden for en specifik metode, man bruger i stedets behandlings- arbejde. Sammenholder vi disse tal, bliver resultatet, at 73 pct. af behand- lerne (724 ud af 991) har et diplom ifølge ledernes oplysninger.

Hvilke metoder har behandlerne diplomer på? Det fremgår af tabel 4.5.

12. Behandlingslederne har på 66 af behandlingsstederne registreret antallet af behandlere på bag- grund af en optælling, på resten af stederne er antallet baseret på et skøn.

TABEL 4.5

Metoder, som behandlerne har diplomer inden for. Antal og procent.

	Antal behandlingssteder	Procent.
Kognitiv terapi	62	65
Systemisk terapi	35	37
Løsningsfokuseret terapi	14	15
Gestaltterapi	11	12
Gorski/Cenaps	9	10
Coaching/NLP	9	10
Andre metoder	34	36

Anm.: Tabellen er baseret på 94 besvarelser. Et behandlingssted kan have behandlere med forskellige diplomer, og alle besvarelser er medtaget. Procenterne summer derfor ikke til 100.

Som det fremgår af tabel 4.5, er kognitiv og systemisk terapi den metode, som flest behandlingssteder har en eller flere behandlere med diplomer på. Dernæst nævnes løsningsfokuseret terapi, gestaltterapi, Gorski/Cenaps og Coaching/NLP. Andre metoder dækker bl.a. over psykodynamiske metoder, narrativ terapi, psykoterapi, familieterapi, kropsterapi, miljøterapi, Teen Challenge-modellen samt diplomer fra Dansk Addiction Counselor (DAC-uddannelsen). Vi vil i kapitel 5 nærmere belyse, hvilke metodiske tilgange, der benyttes på behandlingsstederne.

Behandlingslederne er blevet spurgt, hvad de vægter højest, når de skal ansætte en ny behandler. 105 behandlingsledere har svaret på spørgsmålet, og deres svar fremgår af tabel 4.6.

Alle karakteristika kan være vægtet højt, men behandlingslederne er blevet bedt om at vælge de forhold, som de finder allervigtigst. To karakteristika skiller sig da ud: personlighed og faglig uddannelse. Faglig uddannelse er et af de to vigtigste aspekter for 72 pct. af behandlingslederne, mens 65 pct. angiver personlighed som en af de to allervigtigste parametre. Professionel erfaring og uddannelse i en af de metoder, stedet bruger, vægtes af henholdsvis 28 og 23 pct., mens kun 4 pct. har personlig erfaring med misbrug som en af de parametre, de vægter højest. Syv ledere har fremhævet andre karakteristika som afgørende. De har bl.a. nævnt refleksiv kompetence, livserfaring og udviklingspotentiale.

TABEL 4.6

De karakteristika, behandlingsledere vægter højest ved ansættelse af nye behandlere. Antal og procent.

	Antal	Procent
Personlig erfaring (at behandleren har personligt kendskab til livet som misbruger)	4	4
Professionel erfaring (at behandleren har arbejdet inden for området i længere tid)	29	28
Personlighed (at behandleren er imødekommende, tillidsvækkende og respektfuld)	68	65
Faglig uddannelse (såsom socialrådgiver, socialpædagog, sygeplejerske el.lign.)	76	72
Uddannelse i en af de metoder, stedet bruger i behandlingsarbejdet (fx systemisk eller kognitiv terapi)	24	23
Andet	7	7

Surveyens billede af, at det er en kombination af personlighed og faglig uddannelse, som vægtes af behandlingslederne, fremgår også i de kvalitative interview. Her er tre citater fra interview med behandlingsledere. Den første leder lægger lige meget vægt på den faglig uddannelse og behandlerens personlige kvaliteter, den anden har særlig vægt på personligheden, mens den tredje har særlig vægt på den faglige uddannelse:

Kvaliteten i den behandling, vi laver her, beror jo i høj grad på det personale, der er her. Både deres faglighed og deres evne til at skabe relationer til de her klienter og gøre det til et godt sted at være som bruger. Det, tror jeg, simpelthen er alfa og omega. (Behandlingsleder, offentligt, ambulantly behandlingssted).

Når jeg ansætter folk, så ansætter jeg selvfølgelig folk på deres uddannelse, men jeg kigger allermest på, hvad det er for en person, jeg har over for mig. Føler jeg, at denne person er til stede og kan arbejde med mennesker? (Behandlingsleder, privat, ambulantly behandlingssted).

Det er vigtigt med faguddannet personale. God social stofmisbrugsbehandling skal være funderet på et godt fagligt grundlag som en faguddannelse efterfulgt af fx kurser i kognitiv terapi. På

[vores behandlingssted] er der en ligelig fordeling af socialpædagoger, socialrådgivere og sygeplejersker, som har meget ens funktion i den sociale stofmisbrugsbehandling. Ud over den faglige uddannelse har de fået et internt kursus i vores modulopdelte behandling, og vi prioriterer også kurser i andre teorier og tilgange. (Behandlingsleder, offentligt, ambulantly behandlingssted).

Interview med andre grupper i behandlingssystemet viser, at det langt fra kun er behandlingsledere, der er opmærksomme på, hvor vigtige behandlernes kompetencer er for kvaliteten af stofmisbrugsbehandlingen. Det er også en opmærksomhed, som vi har mødt i vores kvalitative interview med myndighedspersoner. Her er fx et citat fra en myndighedsperson i en kommune, som netop fremhæver, at en behandlers eventuelle personlige erfaring med misbrug skal suppleres med faglig uddannelse, for at behandleren bliver en kvalificeret medarbejder:

Jeg mener også, at medarbejderne skal være veluddannede. De skal have en socialfaglig grunduddannelse, og de skal have en overbygning på. De skal have kendskab til de forskellige behandlingsmetoder – først og fremmest kognitiv behandling. Og alt det skal de jo *lære*. Jeg siger ikke, at man er diskvalificeret, fordi man har været misbruger. Det synes jeg ikke, at man er. Det kan være godt at have med i sin rygsæk. Men det er ikke nok at have været misbruger. Det synes jeg, man ser mange steder – også på de private steder – og det stiller jeg mig stærk tvivlende over for, fordi det erfaringsgrundlag, som de driver behandling på, det er den måde, de selv kom ud af det på. Det er den rigtige måde. Det er den, der kan løse problemerne. Men det er jo ikke sikkert, at det er det rigtige for Pedersen, selvom det er det rigtige for Poulsen, vel? Og der skal man have en helt anden faglig indsigt. Så man kan godt være eksmisbruger, men så skal man have taget en uddannelse efterfølgende. Vi har eksempelvis lige ansat en medarbejder til vores center i [by]. Han er eksmisbruger, men han er også socialpædagog. Han har taget en uddannelse og har også arbejdet som pædagog i nogle år. Og vi tilbyder ham så nu en misbrugsfaglig kognitiv efteruddannelse oven på det. Og det, mener jeg simpelthen, er nødvendigt, for at man kan være en kvalificeret medarbejder i det her system.

Citatet illustrerer den holdning, at det kan være godt for behandlere at have egen misbrugserfaring, men de skal også have en faglig indsigt i misbrugsproblematikker, således at de ikke kun giver behandling baseret på deres egne erfaringer om, hvad der virker. Det vil sige, at de skal have en socialfaglig grunduddannelse samt kendskab til behandlingsmetoder via efteruddannelse.

BRUGER-BEHANDLER RATIO

Vi har nu set på både brugerne og behandlerne. Nu skal vi se, hvordan de antalsmæssigt står i forhold til hinanden i dataene fra surveyen. Vi skal se på, hvor mange brugere der er pr. behandler på de forskellige behandlingssteder, dvs. på bruger-behandler ratioen.

Når vi i det efterfølgende udregner bruger-behandler ratio, er det *inklusive* de timer, som i det ovenstående er blevet omtalt som andre personaletimer. Andre vil sige, at det ikke er pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, psykologer, psykiatere eller læger, men fx misbrugsterapeuter med andre baggrunde end de nævnte, sundhedsfagligt uddannede såsom social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter og fysioterapeuter, ufaglærte pædagogmedhjælpere og eksmisbrugere. Behandlingslederens timer er også indregnet i normeringen, mens rengøringspersonalets, kontorpersonalets og lignende ikke er indregnet.

Der er i alt 29 døgnbehandlingssteder og 68 ambulante behandlingssteder, som har givet oplysninger om både antal brugere og antal personaletimer inden for henholdsvis pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, psykologer, psykiatere, læger og andre personaletimer. For denne del af behandlingsstederne lader det sig gøre at udregne ratioen. Tabel 4.7 viser ratioerne på døgnbehandlingsstederne, og hvor mange brugere der er omfattet i hver gruppe.

Af de 29 døgnbehandlingssteder har fem en bedre normering end 1 til 1, dvs. mere end en fuldtidsansat pr. bruger. De fem døgnbehandlingssteder udgør 17 pct. af døgnbehandlingsstederne, og de har 39 brugere indskrevet på survey-tidspunktet i januar/februar 2009. Det svarer til 9 pct. af de brugere, som er registreret i døgnbehandling i surveyen.

12 døgnbehandlingssteder har en til to brugere pr. fuldtidsbehandler. Det dækker over 41 pct. af døgnbehandlingsstederne. De har

159 brugere indskrevet på survey-tidspunktet i januar/februar 2009. Det svarer til 38 pct. af de brugere, som er registreret i døgnbehandling i surveyen.

I den anden ende af skalaen er der to døgnbehandlingssteder, som har 10 eller flere brugere pr. fuldtidsbehandler. Det svarer kun til 7 pct. af døgnbehandlingsstederne, men de har tilsammen 61 brugere indskrevet, hvilket svarer til 15 pct. af de brugere, som er registreret i døgnbehandling i surveyen. Her skal der gøres opmærksom på, at nogle behandlingssteder tilbyder omsorgsophold, der ikke sigter mod stoffrihed, men i stedet er henvendt til misbrugere, som i en periode har brug for et omsorgsorienteret døgnophold.

Aften- og natpersonale er medregnet i ratioen for døgnbehandlingsstederne, såfremt behandlingslederen har noteret det som en form for behandlingspersonale. Den gennemsnitlige ratio for døgnbehandlingsstederne er tre brugere pr. behandler.

TABEL 4.7

Bruger-behandler ratio på døgnbehandlingsstederne. Antal og procent.

	Antal be- hand- lings- steder	Procent af be- hand- lingsste- der	Antal brugere	Procent af brugere
0-0,99 brugere pr. behandler	5	17	39	9
1-1,99 brugere pr. behandler	12	41	159	38
2-2,99 brugere pr. behandler	2	7	28	7
3-3,99 brugere pr. behandler	3	10	71	17
4-4,99 brugere pr. behandler	2	7	16	4
5-9,99 brugere pr. behandler	3	10	45	11
10 eller flere brugere pr. behandler	2	7	61	15
I alt	29	100	419	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 29 døgnbehandlingssteder.

I tabel 4.8 fremgår variationen i bruger-behandler ratio på de 68 ambulante behandlingssteder, som har givet de nødvendige oplysninger samt hvor mange brugere, der er omfattet af hver gruppe behandlingssteder.

TABEL 4.8

Bruger-behandler ratio på de ambulante behandlingssteder. Antal og procent.

	Antal behand- lings- steder	Procent af be- hand- lingsste- der	Antal brugere	Procent af brugere
0-2,99 brugere pr. behandler	6	9	85	1
3-5,99 brugere pr. behandler	12	18	664	9
6-8,99 brugere pr. behandler	7	10	739	10
9-11,99 brugere pr. behandler	11	16	1347	18
12-14,99 brugere pr. behandler	13	19	1785	23
15-17,99 brugere pr. behandler	7	10	1093	14
18-20,99 brugere pr. behandler	4	6	426	6
21-23,99 brugere pr. behandler	3	4	677	9
24 brugere eller flere pr. behandler	5	7	783	10
I alt	68	100	7599	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 68 ambulante behandlingssteder.

Ifølge behandlingsledernes oplysninger i surveyen har seks ambulante behandlingssteder mindre end 3 brugere pr. behandler. De seks behandlingssteder svarer til 9 pct. af behandlingsstederne, men de har tilsammen kun 85 indskrevne brugere på survey-tidspunktet i januar/februar 2009, hvilket kun svarer til 1 pct. af de brugere, der er registreret i ambulante behandling.

12 ambulante behandlingssteder har mellem 3 og 5,99 brugere pr. behandler. Det svarer til 18 pct. af de ambulante behandlingssteder. De har tilsammen 664 brugere indskrevet, hvilket svarer til 9 pct. af de brugere, der er registreret i ambulante behandling.

Gruppen af ambulante behandlingssteder dækker både over egentlige dagbehandlingstilbud og misbrugscentre, der kan stå for en kombination af dagbehandling, ambulante behandling, skadesreduktions- og omsorgstilbud til substitutionsbrugere osv. Medicinudleverere og lign. indgår i ratioen. Den gennemsnitlige ratio for de ambulante steder er 13 brugere pr. behandler.

Afspejler ratioen sig i behandlingsintensiteten? I næste tabel fremgår sammenhængen mellem ratio og hvor stor en andel brugere på behandlingsstedet, der får den laveste intensitetsform, nemlig ad hoc-intensitet. Som det fremgik af forrige kapitel, betyder ad hoc, at brugeren modtager en ydelse (det kan fx være en samtale med en behandler eller

gruppebehandling) sjældnere end hver 14. dag. Det er kun de ambulante behandlingssteder, der indgår i tabel 4.9.

TABEL 4.9

Sammenhæng mellem bruger-behandler ratio og andel brugere, der får ad hoc-ydelser på de ambulante behandlingssteder. Procent og antal.

	0-19 pct. af brugerne får ad hoc-ydelser	20-100 pct. af brugerne får ad hoc-ydelser	I alt pro- cent	I alt antal
0-9,99 brugere pr. behandler	61	39	100	31
10-14,99 brugere pr. behandler	59	41	100	17
15 eller flere brugere pr. behandler	24	76	100	17
I alt	51	49	100	65

Anm.: $\chi^2 = 6,9$, $P = 0,032$.

Der er en sammenhæng mellem bruger-behandler ratio og behandlingsintensitet målt på, hvor stor en andel af brugerne der får den lavest mulige behandlingsintensitet, nemlig ad hoc. Tendensen er, at jo bedre normeringen er, jo mindre er gruppen af brugere, der får den laveste behandlingsintensitet, dvs. ad hoc-ydelser. 76 pct. af behandlingsstederne med flere end 15 brugere pr. behandler (dvs. en relativt lav normering) giver 20-100 pct. af deres brugere den lavest mulige intensitet, nemlig ad hoc-ydelser. Til sammenligning er det kun 39 pct. af de behandlingssteder med færre end 10 brugere pr. behandler (dvs. behandlingssteder med en relativt høj normering), der giver 20-100 pct. af deres brugere den lavest mulige intensitet. Tabel 4.9 indikerer dermed en generel tendens om, at jo flere behandlere, der er ansat, jo højere er behandlingsintensiteten også.

BEHANDLINGSFORLØB

Begyndelsen på et behandlingsforløb er en udredning af brugerens behandlingsbehov. Nogle behandlingssteder, fx kommunale misbrugscentre, står for disse udredninger, mens andre behandlingssteder kun

modtager brugere, efter deres behandlingsbehov er blevet udredt. Behandlingslederne er i surveyen blevet spurgt, om deres behandlingssted står for udredning af brugeres behandlingsbehov. Det er der 82 ud af 110 behandlingsledere, der svarer ja til. Disse behandlingsledere er dernæst blevet spurgt, hvor mange samtaler en bruger typisk får, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have. En del af de 82 svarer 'ved ikke', eller at det er individuelt, men 53 behandlingsledere svarer på spørgsmålet.

TABEL 4.10

Oversigt over, hvor mange samtaler brugere typisk får, inden behandlingsstederne beslutter, hvilken behandling vedkommende skal have. Antal og procent.

	Antal	Procent
1-1,5 samtaler	9	17
2-2,5 samtaler	11	21
3-3,5 samtaler	17	32
4 samtaler	8	15
5 samtaler	2	4
6 samtaler	2	4
7 samtaler eller flere	4	8
I alt	53	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 53 behandlingsledere. Nogle af lederne har svaret med et interval, fx 1-3 samtaler. I ovenstående er 1-3 omsat til 2, mens 1-2 er omsat til 1,5 osv.

Det mest almindelige på de 53 behandlingssteder er, at brugeren får omkring tre samtaler, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have. Gennemsnittet for de tre behandlingssteder er 3,3 samtaler. I besvarelserne samt interviewene kan vi se, at en fast kombination af en samtale med lægen og to socialt udredende samtaler bruges flere steder.

Vi har spurgt behandlingslederne, om de har regler for, om en bruger udskrives, hvis vedkommende ikke møder op til et antal samtaler i udredningsfasen. 52 af de 82 behandlingsledere, som er på et behandlingssted, hvor man står for udredning, svarer 'nej' til, at man har regler for, at brugeren udskrives ved udeblivelser i udredningsfasen, fire behandlingsledere svarer 'ved ikke', og 26 svarer 'ja'. De steder, der har regler for, at brugeren udskrives, hvis vedkommende ikke møder op til et antal samtaler i udredningsfasen, er blevet spurgt, hvor mange gange

brugeren skal udeblive, før vedkommende udskrives. Et enkelt sted svarer, at brugeren bliver udskrevet, hvis vedkommende udebliver fra én samtale i udredningsfasen, på fem behandlingssteder bliver brugeren udskrevet efter udeblivelser fra to samtaler, og på syv behandlingssteder udskriver de brugeren, når vedkommende er udeblevet fra mellem to og fem samtaler. Et sted går reglen ikke på antal samtaler, men på tid: her udskriver man brugere efter to måneder uden kontakt. Et sted noterer, at det vurderes i de enkelte tilfælde, og et andet sted noterer, at de altid søger at kontakte brugeren efter udeblivelser.

Behandlingslederne er blevet spurgt, om de har faste procedurer, skemaer el.lign., som deres sted gennemfører i forbindelse med udredning (fx ASI-skema¹³). Af de 82 behandlingssteder, som varetager udredning af brugeres behandlingsbehov, svarer 70 ja til dette. Vi har spurgt, hvilke procedurer der er faste i udredningsproceduren, og her nævner mange netop ASI-skemaet, men der er også mange, der nævner udfyldelse af skemaer, man har udarbejdet lokalt. Hyppigheden i anvendelsen af de forskellige faste procedurer på de 70 behandlingssteder fremgår af tabel 4.11.

TABEL 4.11

Faste procedurer i udredningen på de 70 behandlingssteder, der har svaret ja til at benytte faste procedurer. Antal og procent.

	Antal	Procent
ASI-skema	46	66
Egne skemaer	22	31
Lægesamtaler	4	6
Psykologsamtaler	3	4

Anm.: Behandlingslederne er blevet bedt om i en åben svarbox at beskrive deres faste procedurer i forbindelse med udredning. Der kan være nogle ledere, hvor fx lægesamtale er en fast del af proceduren, men behandlingslederen har glemt det i besvarelsen, fordi der ikke blev spurgt specifikt til, om lægesamtale er en del af den faste procedure. Ovenstående skal derfor forstås som minimumstal.

13. ASI er en forkortelse for Addiction Severity Index, og et ASI-skema er et redskab til kortlægning af en brugers sociale, psykiske og fysiske forhold. Inklusive tillæg består skemaet af knap 100 spørgsmål. På hvert område, fx kriminalitet, familie osv., undersøges det, om der er problemer, og hvis der er, skal alvorligheden vurderes. ASI-skemaet med tillæg kan ses på denne adresse: www.DanRIS.dk/Download/Tools/EuropASI2008.pdf

Som det fremgår af tabellen, anvender 66 pct. af de behandlingssteder, som har faste procedurer i forbindelse med udredningen et ASI-skema i den forbindelse. 31 pct. af behandlingsstederne anvender et skema, som de selv har fremstillet enten i stedet for ASI-skemaet eller supplerende. Behandlingslederne nævner mange former for egne skemaer. Flere behandlingsledere skriver, at de selv har udarbejdet afklarings- og visitationsskemaer, andre skriver om deres egne forventningsskemaer, kortlægningskemaer, interviewguider og baggrundsskemaer.

Behandlingsledere fra de steder, der står for udredning, er blevet spurgt, i hvor høj grad man bruger den samme procedure i alle udredningsforløb på stedet. Svarene fremgår af tabel 4.12.

TABEL 4.12

Behandlingsledernes angivelse af i hvor høj grad samme procedure bruges i alle udredningsforløb. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	54	67
I nogen grad	23	28
I mindre grad	2	2
Stet ikke	1	1
Ved ikke	1	1
I alt	81	100

Næsten alle adspurgte behandlingsledere svarer, at de 'i høj grad' eller 'i nogen grad' bruger de samme procedurer i alle udredningsforløb på stedet. Vi har ikke spurgt til begrundelsen, men det kunne tolkes sådan, at procedurerne er fleksible nok til at møde forskellige individuelle brugere, således, at det ikke er nødvendigt at behandle alle brugeres sager helt forskelligt.

Hvad sker der efter udredningen? Vi har stillet behandlingslederne et antal spørgsmål, som angår deres brugeres videre behandlingsforløb, som vi ser på i det følgende.

For mange brugere er deres nuværende behandlingsforløb ikke det første. Behandlingslederne er blevet spurgt, hvor mange af de brugere de indskrev i 2008, som de vil skønne har været i behandling tidligere, enten i deres behandlingstilbud eller i et andet behandlingstilbud. Behandlingsledernes svar fremgår af tabel 4.13.

TABEL 4.13

Gengangere blandt brugerne på behandlingsstederne. Antal og procent.

	Antal	Procent
0-19 pct.	11	11
20-39 pct.	21	20
40-59 pct.	22	21
60-79 pct.	17	16
80-100 pct.	25	24
Ved ikke	8	8
I alt	104	100

Anm.: Tabellen er baseret på 104 besvarelser.

På 3 ud af 10 af behandlingsstederne skønner behandlingslederen, at det er første behandlingsforløb for de fleste af brugerne, som blev indskrevet i 2008 (0-39 pct.). På 2 ud af 10 behandlingssteder skønner behandlingslederen, at det er omkring halvdelen af brugerne, der har været i behandling tidligere (40-59 pct.), og på 4 ud af 10 behandlingssteder skønner behandlingslederen, at de fleste brugere har været i behandling tidligere (60-100 pct.).

Hvilke behandlingssteder har en koncentration af gengangere? På 58 behandlingssteder skønner behandlingslederen, at halvdelen eller mere af de indskrevne brugere har været i behandlingsforløb før det nuværende. Blandt disse behandlingssteder er der en lille overrepræsentation af små behandlingssteder (52 pct. af behandlingsstederne med mange gengangere har under 40 brugere indskrevet mod 42 pct. blandt alle behandlingssteder) og døgnbehandlingssteder (40 pct. af behandlingsstederne med mange gengangere er døgnbehandlingssteder mod 30 pct. blandt alle behandlingssteder).

Der er også en lille overrepræsentation af behandlingssteder med specialiserede tilbud til ældre stofmisbrugere (31 pct. af behandlingsstederne med mange gengangere har specialiserede tilbud til ældre stofmisbrugere mod 23 pct. blandt alle behandlingssteder) og en underrepræsentation af behandlingstilbud til unge under 25 år (22 pct. af behandlingsstederne med mange gengangere har specialiserede tilbud til ældre stofmisbrugere mod 38 pct. blandt alle behandlingssteder). Der er gengangere i alle behandlingstilbud, men ikke overraskende ser det altså ud til, at der er flest i behandlingstilbud målrettet ældre.

Der kan være flere grunde til, at en bruger udskrives af behandlingssystemet og senere indskrives igen. Genindskrivning kan hænge sammen med tilbagefald til stoffer. Brugeren har måske i en periode enten været stoffri eller brugt stoffer i et omfang, hun eller han ikke synes var behandlingskrævende. Genindskrivning kan i denne situation være et udtryk for en forværring i brugerens tilstand. Genindskrivning kan imidlertid også være udtryk for det modsatte, nemlig en forbedring i brugerens tilstand. Brugeren har måske i en periode været for kaotisk til, at kunne magte kontakten til behandlingssystemet og honorere de krav, det stiller, men tager kontakt og bliver genindskrevet i en god periode. Genindskrivning kan altså ikke entydigt tolkes som enten forværring eller forbedring.

Hvis vi flytter fokus fra brugernes eventuelle tidligere behandlingserfaring til de nye behandlingsforløb, er det relevant at se på, hvad der sker fremad med de brugere, som var indskrevet i 2008. Det første, vi skal se på, er, hvor stor en andel af de brugere, der var indskrevet i 2008, som afbrød behandlingen i utide i årets løb. Afbrydelse kan hænge sammen med mange ting, fx fængsling eller udeblivelser af anden årsag. Tabel 4.14 viser behandlingsledernes besvarelser, som er baseret på skøn.

TABEL 4.14

Behandlingsledernes skøn over, hvor mange brugere der har afbrudt behandlingen i utide. Antal og procent.

	Antal	Procent
0-9 pct.	19	18
10-19 pct.	25	24
20-29 pct.	22	21
30-39 pct.	16	15
40-49 pct.	9	9
50-59 pct.	1	1
60-69 pct.	2	2
Ved ikke	10	10
I alt	104	100

Som det fremgår af tabel 4.14, er der 19 behandlingsledere, der skønner, at det er 0-9 pct. af brugerne, der har afbrudt behandlingen i utide. Tre behandlingsledere vurderer, at det er halvdelen af brugerne eller mere, der afbryder deres behandling i utide. Denne gruppe består af et offent-

ligt, ambulans behandlingssted med 40 eller flere brugere indskrevet og to private døgntilbehandlingssteder med færre end 40 brugere indskrevet.

Spørgsmålet om afbrydelse i utide går på alle brugere, der var indskrevet i år 2008, og som har afbrudt behandlingen i løbet af dette år. Behandlingslederne er blevet bedt om at medregne brugere, som har afbrudt behandlingen mod givet råd, men ikke brugere, som fx har afbrudt behandlingen på deres behandlingssted for at fortsætte behandlingen i et andet behandlingstilbud. Denne gruppe handler næste spørgsmål nemlig om. Her er behandlingslederen blevet spurgt om, hvor mange procent af de brugere, der var indskrevet i 2008, hun eller han vil skønne er udskrevet til andre behandlingstilbud.

TABEL 4.15

Behandlingsledernes skøn over, hvor mange brugere deres sted har udskrevet til andre tilbud. Antal og procent.

	Antal	Procent
0-9 pct.	39	38
10-19 pct.	22	21
20-29 pct.	12	12
30-39 pct.	4	4
40-49 pct.	1	1
50-59 pct.	5	5
60-69 pct.	1	1
70-79 pct.	1	1
80-89 pct.	3	3
90-100 pct.	3	3
Ved ikke	13	13
I alt	104	100

I spørgsmålet om udskrivning til andre behandlingstilbud er behandlingslederne blevet bedt om at medregne både brugere, der er udskrevet til andre behandlingssteder, og brugere, som er udskrevet af et behandlingsmodul for at blive indskrevet i næste. Spørgsmålet går på alle de brugere, der var indskrevet i 2008. På de fleste behandlingssteder er det under 20 pct., der i årets løb er blevet udskrevet til andre behandlingstilbud.

På 13 behandlingssteder skønner behandlingslederen, at man har udskrevet halvdelen eller mere til andre behandlingstilbud (46 pct. af behandlingsstederne, som udskriver halvdelen eller mere til andre behandlingstilbud, er døgntilbehandlingssteder mod 30 pct. blandt alle be-

handlingssteder). Disse døgnbehandlingssteder udskriver deres brugere til andre behandlingstilbud, fx ambulante efterbehandling i brugerens hjemkommune.

Hvor mange har brugere har behandlingsstederne udskrevet som færdigbehandlede? Det handler næste spørgsmål om. Det lyder: Hvor mange pct. af de brugere, I har haft indskrevet på dette behandlingssted i 2008, vil du skønne, er blevet udskrevet i årets løb som færdigbehandlede? Behandlingsledernes svar fremgår af tabel 4.16.

TABEL 4.16

Behandlingsledernes skøn over, hvor mange brugere deres sted har udskrevet som færdigbehandlede. Antal og procent.

	Antal	Procent
0-9 pct.	26	25
10-19 pct.	11	11
20-29 pct.	11	11
30-39 pct.	16	15
40-49 pct.	10	10
50-59 pct.	4	4
60-69 pct.	4	4
70-79 pct.	3	3
80-89 pct.	6	6
90-100 pct.	1	1
Ved ikke	12	12
I alt	104	100

I dette spørgsmål er behandlingslederne blevet bedt om at medtælle både brugere, som er udskrevet helt af stofmisbrugsbehandling som færdigbehandlede, og brugere, som udskrives til et efterbehandlingstilbud. Hvert fjerde behandlingstilbud har udskrevet mellem 0 og 9 pct. som færdigbehandlede. 18 pct. af behandlingsstederne har udskrevet over halvdelen af brugerne som færdigbehandlede.

Hvilke behandlingssteder udskriver særligt mange brugere som færdigbehandlede? På 18 behandlingsteder skønner behandlingslederne, at de har udskrevet halvdelen eller mere som færdigbehandlede i 2008. I denne gruppe er døgnbehandlingssteder overrepræsenterede (56 pct. af behandlingsstederne, hvor minimum halvdelen af brugerne skønnes udskrevet som færdigbehandlede, er døgnbehandlingssteder mod 30 pct. blandt alle behandlingssteder).

En særdeles vigtig faktor i en brugers behandlingsforløb er, om vedkommende også *modtager* de behandlingsydelser, de bliver *tilbudt*. Der kan være en stor forskel, som også tidligere er blevet noteret (Pedersen & Nielsen, 2007). Det sidste forhold ved brugernes behandlingsforløb, vi skal belyse, er derfor, hvor mange pct. af brugerne på de forskellige behandlingssteder der udebliver hyppigt fra behandlingsaftaler. Besvarelsen af spørgsmålet fremgår af tabel 4.17.

TABEL 4.17

Behandlingsledernes angivelse af, hvor mange af deres brugere der hyppigt udebliver fra behandlingsaftaler. Antal og procent.

	Antal	Procent
0-9 pct.	20	19
10-19 pct.	23	22
20-29 pct.	20	19
30-39 pct.	9	9
40-49 pct.	6	6
50-59 pct.	5	5
60-69 pct.	5	5
70-79 pct.	1	1
Ved ikke	15	14
I alt	104	100

I vejledningen til besvarelsen defineres 'hyppigt' som, at brugerne udebliver fra mindst 25 pct. af behandlingsaftalerne. Blandt stofmisbrugere generelt er det tidligere skrevet, at udeblivelser på 25 pct. er almindeligt forekommende (Pedersen & Nielsen, 2007). Det bekræfter ledernes besvarelser, idet der kun er 20 behandlingsledere ud af 104, som vurderer, at gruppen af brugere, som hyppigt udebliver, er på under 10 pct. De øvrige 83 behandlingsledere skønner, at det er mellem 10 og 69 pct., mens en enkelt behandlingsleder skønner, at det er mellem 70 og 79 pct. af behandlingsstedets brugere, som udebliver fra minimum 25 pct. af behandlingsaftalerne.

Hvilke behandlingssteder har de største problemer med udeblevne brugere? På 11 behandlingssteder skønner behandlingslederen, at det er halvdelen eller mere af brugerne, der hyppigt udebliver fra behandlingsaftalerne. Otte af disse er offentlige, ambulante behandlingssteder med 40 brugere eller flere. På 64 pct. af behandlingsstederne, hvor det er halvdelen eller mere, som udebliver fra behandlingsaftaler, svarer

behandlingslederne, at behandlingssamtaler oftest eller altid foregår på et aftalt tidspunkt. På de resterende af behandlingsstederne indgår man aftaler og samtaler ad hoc, fx i et værested. Nogle behandlere fortæller, at en fleksibel og opsøgende tilgang kan være nødvendig for at opnå kontakt med mange af stofmisbrugerne, som har svært ved at møde op til behandlingsaftalerne.

OPSUMMERING

Når det gælder brugerne på de behandlingssteder, som deltager i surveyen i januar/februar 2009, viser undersøgelsen, at 17 pct. er mellem 18 og 24 år, 34 pct. er mellem 25 og 34 år, mens 49 pct. er over 35 år. 29 pct. af de indskrevne i januar/februar 2009 er kvinder, og 9 pct. har en anden etnisk baggrund. Lidt over halvdelen (56 pct.) havde hovedsageligt et opiatmisbrug inden deres behandling, mens 19 pct. hovedsageligt havde et misbrug af stimulanser (fx kokain, amfetamin eller ecstasy), og 21 pct. hovedsageligt havde et hashmisbrug.

Ifølge behandlingsledernes oplysninger tager behandlingsarbejdet udgangspunkt i en målsætning om stoffrihed for 48 pct. af brugerne, mens behandlingsarbejdet tager udgangspunkt i noget andet end stoffrihed (fx reduktion af misbrug eller stabilisering) for 52 pct. af brugerne.

Når det gælder behandlerne, viser en analyse af behandlernes antal, egen misbrugserfaring og uddannelse, at behandlingslederne har registreret 1.064 behandlere i surveyen, hvoraf 15 pct. har egen misbrugserfaring. Behandlere med egen misbrugserfaring er særligt ansat på private døgnbehandlingssteder. Hvis man ser på hovedgrupperne af ansatte i behandlingssystemet, fordeler de sig timemæssigt således: Socialpædagoger varetager 49 pct. af personaletimerne, socialrådgivere varetager 26 pct., sygeplejersker varetager 14 pct., psykologer og psykiatere varetager tilsammen 7 pct. og endelig varetager læger 4 pct. af personaletimerne.

Ifølge behandlingsledernes oplysninger i surveyen har 73 pct. af behandlerne et diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed i en specifik metode, som anvendes i behandlingsarbejdet (fx kognitiv terapi). Behandlingsledere vægter faglig uddannelse og personlighed højt, når de ansætter behandlere, mens personlig erfaring med misbrug ikke er en afgørende parameter.

Efter at have set på både brugere og behandlere, så vi på deres antal i forhold til hinanden, dvs. på bruger-behandler ratio. Behandlere dækker i denne udregning over både sociale behandlere (såsom pædagoger og socialrådgivere), sundhedsfaglige behandlere (såsom sygeplejersker og ergoterapeuter), ufaglærte (såsom pædagogmedhjælpere, medicinnudleverere, nattevagter og eksmisbrugere) samt læger, psykologer, psykiatere og behandlingsledere. Rengøringspersonale, kontorpersone og lign. er ikke regnet med i det omfang, det har været muligt at fraregne dem. Udregningerne viser, at den gennemsnitlige ratio på døgnstederne er tre brugere pr. behandler, mens den gennemsnitlige ratio på de ambulante behandlingssteder er 13 brugere pr. behandler. Gruppen af ambulante behandlingssteder dækker både over egentlige dagbehandlingstilbud og misbrugscentre, der kan stå for en kombination af dagbehandling, ambulante behandling, skadesreduktions- og omsorgstilbud til substitutionsbrugere osv. Der er en klar tendens til, at en større andel af brugerne modtager ad hoc-ydelser på centre med et relativt højt antal brugere pr. behandler.

Når det gælder brugerens behandlingsforløb, så vi, at det typisk begynder med omkring tre samtaler i forbindelse med udredningen af brugerens behandlingsbehov. Hvis brugeren ikke møder op til en eller flere samtaler i udredningsfasen, vil hun eller han blive udskrevet på en tredjedel af behandlingsstederne efter et bestemt antal gange. I løbet af udredningen vil brugeren typisk blive præsenteret for ASI-skemaet og/eller behandlingsstedets egne skemaer til afklaring og visitation. På langt de fleste behandlingssteder (95 pct.) bliver alle brugere i høj grad eller i nogen grad mødt med samme procedure i udredningsforløbet.

For mange brugere er udredningen ikke startskuddet til deres første behandlingsforløb. For disse brugere er der tale om en gendrivning. Andelen af gengangere er meget varierende på behandlingsstederne. På 3 ud af 10 af behandlingsstederne skønner behandlingslederen, at det er første behandlingsforløb for de fleste af brugerne, som blev indskrevet i 2008. På 2 ud af 10 behandlingssteder skønner behandlingslederen, at det er omkring halvdelen af brugerne, der har været i behandling tidligere, og på 4 ud af 10 behandlingssteder skønner behandlingslederen, at de fleste brugere har været i behandling tidligere.

Hvis vi ser på andelen af de brugere, der var indskrevet i 2008, som afbrød behandlingen i utide, så er andelen 0-9 pct. på 18 pct. af behandlingsstederne, 10-19 pct. på 24 pct. af behandlingsstederne og 20-

29 pct. på 21 pct. af behandlingsstederne. De resterende 37 pct. af behandlingsstederne har en andel brugere, der afbrød behandlingen i utide, på mellem 30-69 pct. Når det gælder udskrivning til andre behandlingstilbud, er det på de fleste steder kun mellem 0-19 pct. af brugerne, som blev udskrevet til andre behandlingstilbud i 2008. Hvor mange udskrives som færdigbehandlede? Hvert fjerde behandlingstilbud har udskrevet mellem 0 og 9 pct. som færdigbehandlede i 2008. 28 ud af de 104 behandlingssteder (27 pct.) har udskrevet over halvdelen af brugerne som færdigbehandlede.

Et afgørende parameter for brugerens behandlingsforløb er, hvorvidt hun eller han møder op til sine behandlingsaftaler. Behandlingslederne er blevet spurgt, hvor stor en andel af deres brugere der udebliver fra 25 pct. af behandlingsaftalerne eller mere. Kun 20 behandlingsledere ud af 104 vurderer, at gruppen af brugere, som udebliver så hyppigt, er på under 10 pct. De øvrige 83 behandlingsledere skønner, at det er mellem 10 og 69 pct., mens en enkelt behandlingsleder skønner, at det er mellem 70 og 79 pct. af behandlingsstedets brugere, som udebliver fra minimum 25 pct. af behandlingsaftalerne. Så hyppige udeblivelser fra så stor en del af brugerne må naturligvis sætte sit præg på behandlernes mulighed for at tilrettelægge brugernes behandlingsforløb. Det er en vigtig udfordring for behandlingssystemet at håndtere disse udeblivelser og evt. tilrettelægge behandlingsindsatsen mere fleksibelt for de brugere, der har svært ved at møde til behandlingsaftaler. Undersøgelsen tyder på, at det særligt er de store, offentlige, ambulante behandlingssteder, der har mange brugere, som udebliver.

TILGANGE OG METODER I DEN SOCIALE STOFMISBRUGS-BEHANDLING

Dette kapitel handler om tilgangen til den sociale stofmisbrugsbehandling på behandlingsstederne. Vi skal se på, hvilke tilgange der anvendes, hvordan de kommer til udtryk, samt hvordan behandlingsindsatsen tilrettelægges og orienterer sig i forhold til stoffrihed og skadesreduktion samt brugerinddragelse. Endelig skal vi også se på behandlingsstedernes brug af gruppebehandling, psykolog-/psykiatersamtaler samt efterbehandling.

Et behandlingssteds tilgang til social stofmisbrugsbehandling er baseret på nogle forestillinger om, hvad stofmisbrug er (bl.a. om hvad stofmisbrug skyldes), og hvad stofmisbrugere har brug for (fx om det er viden, sociale relationer, omsorg, konfrontation, motivation, oplevelser eller noget helt andet). Nogle forestillinger om stofmisbrug og stofmisbrugeres behov er eksplicit omsat til specifikke metoder i stofmisbrugsbehandlingen med præcise anvisninger og teknikker, som kan anvendes i behandlingsarbejdet. Andre forestillinger kommer mere til udtryk som en slags behandlingskultur, der giver behandlere en fornemmelse for, hvordan de skal omgås brugerne, og hvilke værdier behandlingsarbejdet skal baseres på.

Der er ingen tilgang, som har patent på en bestemt forestilling om, hvad stofmisbrug er, eller hvad stofmisbrugere har brug for. Gode,

specifikke teknikker i behandlingsarbejdet kan brede sig og indoptages på nye behandlingssteder med andre behandlingstilgange. De forskellige behandlingstilgange inspirerer og påvirker hinanden. I dag er indtrykket – som vi skal se i kapitlet – at behandlingsstederne kombinerer forskellige forestillinger, metoder og teknikker. Nogle gange bliver det gjort eksplicit og bevidst, andre gange mere gennem intuition og sund fornuft.

Kapitlet er baseret på både behandlingssteds-surveyen og de kvalitative interview.

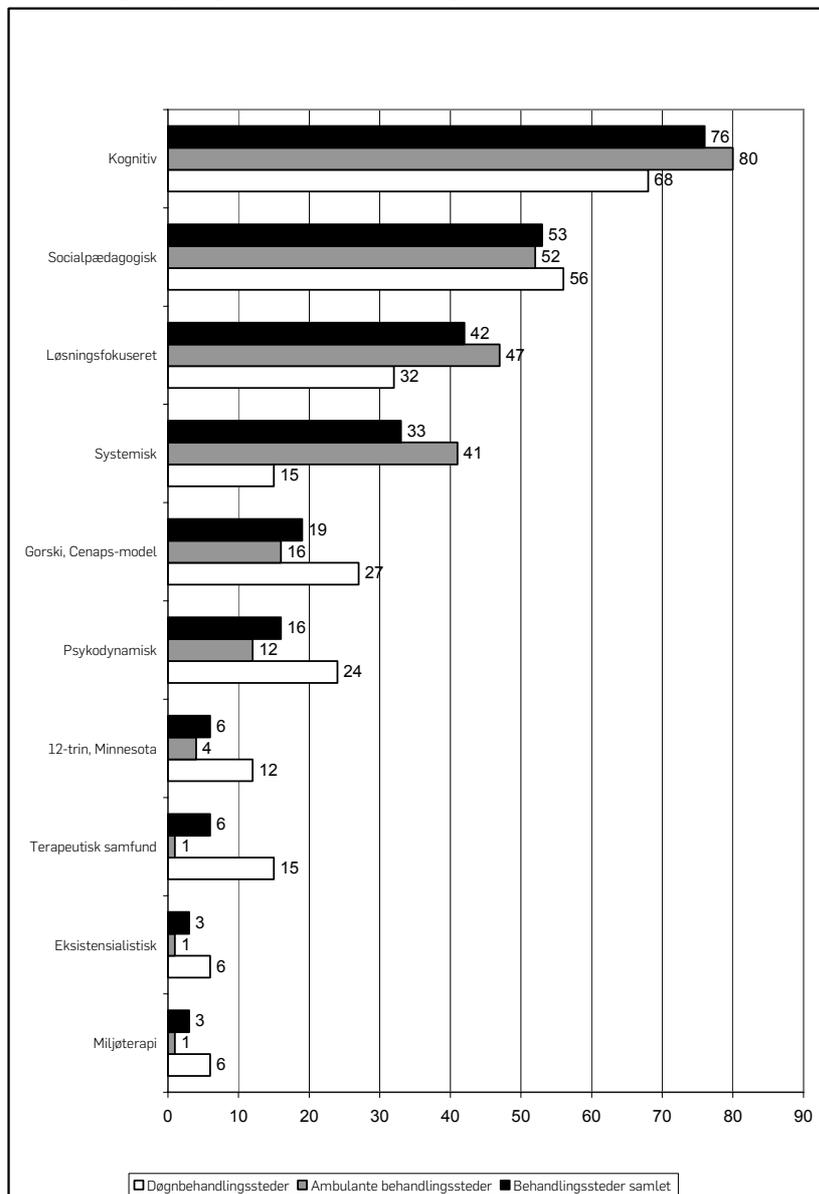
BEHANDLINGSTILGANGENES UDBREDELSE

I det første afsnit skal vi se på, hvilke betegnelser behandlingsstederne selv sætter på deres behandlingstilgange. I surveyen er behandlingslederne blevet bedt om at fortælle, hvilken betegnelse der er mest dækkende for tilgangen til behandling på deres sted. Vi har valgt at bruge begrebet behandlingstilgang i dette spørgsmål frem for fx metoder, grundantagelser eller behandlingskultur, fordi vi mener, at de nævnte dele hænger sammen i en helhed, man kan kalde behandlingstilgang, og fordi tilgang dermed er et godt begreb til at indfange den bredspektrede forskel mellem behandlingsstederne. Vi mener kort sagt, at alle behandlere/behandlingssteder har nogle mere eller mindre eksplicite grundantagelser om, hvad stofmisbrug er, og hvad stofmisbrugere har brug for, disse grundantagelser kommer til udtryk i stedets behandlingskultur, fx i form af værdier og forventninger til karakteren af relationer mellem brugere og behandlere. Grundantagelserne omsættes også i nogle tilfælde til mere eller mindre specifikke metoder i stofmisbrugsbehandlingen – nogle gange også meget udførlige teknikker eller manualer. Begrebet tilgang er mere bredtfaende end metode, idet det både dækker grundantagelser, behandlingskultur, metoder og teknikker.

Behandlingslederne havde mulighed for at vælge en, to eller tre af en række oplystede overskrifter på behandlingstilgange. Hvis lederen ikke vurderede, at nogle af de tilgange, vi havde sat på listen, var dækkende, havde de mulighed for at notere en anden (hvilket en del behandlingsledere gjorde), ligesom de havde mulighed for at uddybe stedets behandlingstilgang i en kommentarbox (hvilket også blev benyttet meget). Ledere fra 109 behandlingssteder svarede på spørgsmålet, se figur 5.1.

FIGUR 5.1

Behandlingstilgange på 109 behandlingssteder. Procent.



Figur 5.1 viser hvilke behandlingstilgange lederne fra 109 behandlingssteder har fundet mest dækkende for tilgangen på deres sted. De fleste (99 ud af 109) behandlingsledere har fundet, at mere end én overskrift

var dækkende i forhold til deres behandlingstilgang. Det viser, at stederne kombinerer flere forskellige tilgange enten for at tilpasse deres tilbud forskellige brugere og brugergrupper, fordi forskellige behandlere foretrækker forskellige tilgange, eller fordi de mener, at hver enkelt bruger kan have gavn af flere forskellige tilgange, evt. i forskellige faser af deres behandlingsforløb. På 10 behandlingssteder er én overskrift dækkende for deres behandlingstilgang. Der er seks behandlingssteder, som kun bruger den kognitive tilgang, to behandlingssteder, som kun har en socialpædagogisk tilgang, et behandlingssted, som kun bruger den løsningsfokuserede tilgang, og et behandlingssted, som kun bruger den systemiske tilgang.

Der er fire behandlingstilgange, som ifølge behandlingsstedsurveyen anvendes på hvert tredje behandlingssted eller mere. Det er den kognitive, socialpædagogiske, løsningsfokuserede og systemiske tilgang. Det er i overensstemmelse med en optælling fra Tilbudsportalen (www.tilbudsportalen.dk) efteråret 2008, hvor det var de samme fire betegnelser, som blev anvendt af flest behandlingssteder.¹⁴ I boks 5.1 bliver de fire mest fremherskende behandlingstilgange kort præsenteret.

14. På Tilbudsportalen spørger man mere specifikt til metoder, mens vi som sagt i ovenstående survey-spørgsmål har brugt begrebet behandlingstilgang.

BOKS 5.1

Præsentation af de fire mest udbredte behandlingstilgange.

Den kognitive tilgang

I den kognitive tilgang til stofmisbrugsbehandling retter behandleren opmærksomheden mod brugerens tanker og processen, hvor tankerne omsættes til handlinger. Begrebet kognitiv refererer til menneskers tænkning og erkendelse. Antagelsen i den kognitive tilgang er, at man ved at blive opmærksom på sine tankeprocesser kan ændre sine tanker og derigennem også sine handlinger. En anden antagelse er, at brugeren altid vil være ambivalent i ønsket om stoffrihed. Brugeren oplever en eller anden gevinst ved stofferne, men tænkningen omkring fordele og ulemper samt vurderingen af mulighederne for at stoppe stofmisbruget kan være baseret på vrangforestillinger eller mangelfuld erkendelse af fx omkostninger ved stofmisbruget samt muligheder for ophør. Behandleren skal derfor hjælpe brugeren med at få et realistisk billede af fordele og ulemper samt anwise alternative tænke- og handlemuligheder.

Den socialpædagogiske tilgang

I den socialpædagogiske tilgang til stofmisbrugsbehandling retter behandleren opmærksomheden mod brugerens aktuelle sociale kontekst. Stofmisbruget bliver forstået i sammenhæng med brugerens sociale situation, brugerens sociale relationer eller manglende sociale relationer, brugerens baggrund, brugerens sociale muligheder osv. Antagelsen er, at stofmisbrug er et svar eller en reaktion på nogle svære sociale vilkår – ikke nødvendigvis et hensigtsmæssigt svar, men et svar, som har været meningsfuldt for brugeren på et bestemt tidspunkt i livet. Ethvert menneske har et udviklingspotentiale, og behandleren kan støtte brugeren i en positiv udvikling ved at indgå i gode relationer med brugeren, hvor omsorg, krav og udfordringer er afbalanceret i forhold til brugerens ressourcer.

Den løsningsfokuserede tilgang

I den løsningsfokuserede tilgang til stofmisbrugsbehandling retter behandleren opmærksomheden mod brugerens ressourcer og egne løsninger. Behandleren søger ikke at forstå eller forklare brugerens problemer og beskæftiger sig heller ikke med konsekvenser af problemerne i brugerens liv. Fokus er på nutiden og praktisk realiserbare løsninger. Tilgangen er baseret på en antagelse om, at problemer aldrig er konstante og alt-

overskyggende. Der er altid undtagelser: Gode perioder, hvor problemerne er mindre eller helt fraværende, og stærke sider af brugerens personlighed. Behandleren skal hjælpe brugeren med at erkende og genkende de gode handle-mønstre, som derefter kan forstærkes. Man kan fx fokusere på situationer, hvor brugeren kunne have misbrugt et stof, men ikke gjorde det. Behandleren accepterer brugerens egen forståelse af sin situation og går ud fra den, ligesom brugeren mødes med en tro på, at vedkommende selv kan finde løsningerne og ressourcerne til at realisere den. Behandleren faciliterer arbejdet ved at vise brugeren tillid og hjælpe vedkommende med at se sine egne ressourcer og løsninger.

Den systemiske tilgang

I den systemiske tilgang til stofmisbrugsbehandling retter behandleren opmærksomheden mod de sociale systemer, som brugeren er integreret/ikke-integreret i. Behandleren søger at identificere og bevidstgøre brugeren om de sociale relationer og processer, som kan være med til at fastholde misbruget. De sociale systemer, man fokuserer på, kan være familien, vennegruppen, arbejdspladsen eller gruppen på behandlingsinstitutionen, hvis der er tale om gruppebehandling. En grundantagelse i den systemiske tilgang er, at brugeren ved sin deltagelse i uhensigtsmæssige relationsmønstre er fanget i et system, hvor stofmisbruget på en paradoksal måde bliver hensigtsmæssigt, og den centrale opgave for den systemiske behandler er derfor at give brugeren en forståelse af processerne og hans eller hendes rolle i systemet.

Den kognitive, socialpædagogiske, løsningsfokuserede og systemiske tilgang til behandling er altså mest udbredt ifølge behandlingssteds-surveyen. Som det fremgår af figur 5.1, er den kognitive overskrift den af disse fire behandlingstilgange, som flest behandlingssteder kan identificere sig med. 76 pct. af de 109 behandlingssteder mener, at det er en dækkende overskrift i forhold til deres tilgang. Godt halvdelen (53 pct.) af behandlingslederne har valgt den socialpædagogiske tilgang som en dækkende overskrift, mens 42 pct. af behandlingslederne har sat kryds ved den løsningsfokuserede tilgang. Den systemiske tilgang er lidt mindre udbredt i det danske behandlingslandskab ifølge behandlingssteds-surveyen: Hver tredje behandlingsleder har fundet den overskrift dækkende for deres behandlingstilgang.

Der er nogle forskelle mellem ambulante og døgnbehandlingssteder i udbredelsen af tilgangene. Den kognitive, løsningsfokuserede samt systemiske tilgang er noget mere populær på de ambulante behandlingssteder end på døgnbehandlingsstederne, mens bl.a. Gorski-/Cenapsmodellen, den psykodynamiske tilgang og terapeutiske samfund anvendes noget mere på døgnbehandlingsstederne end på de ambulante behandlingssteder. Hvis man ser døgnstedernes indberetninger til DanRIS, viser en optælling, at kognitiv adfærdsorientering og socialpædagogisk er de begreber, som hyppigst forekommer i DanRIS 2007-rapporten (DanRIS, 2008), hvilket dermed også er i overensstemmelse med vores fund i behandlingssteds-surveyen.¹⁵

TILGANGENES UDTRYK OG STRINGENS

En tilgang kan komme til udtryk på forskellig vis og med forskellig grad af metodisk stringens. Hvis man ser på den kognitive tilgang til social stofmisbrugsbehandling, er den i sin oprindelige udformning, formuleret af den amerikanske psykiater Aaron Beck, en yderst struktureret og fokuseret metode. Den kognitive tilgang tager udgangspunkt i, at der skal være en varm, tilpas empatisk og oprigtig relation mellem bruger og behandler (Beck et al., 1993). Det er ikke et særligt træk for den kognitive tilgang, da det kendetegner al moderne psykoterapi, at der lægges vægt på den terapeutiske alliance mellem bruger og behandler (Poulsen, 2006). Der er imidlertid også meget konkrete og veldefinerede teknikker i Becks udformning af den kognitive terapi. Det gælder kognitive teknikker som fordele-ulempe-analyse, identificering og modificering af stofrelaterede overbevisninger og automatisk negative tanker samt skemaer til registrering af tanker på daglig basis. De kognitive teknikker kan kombineres med mere adfærdsorienterede teknikker såsom eksperimenter, hvor brugeren skal afprøve nye adfærdsmønstre (enten i praksis eller på et forestillingsniveau), afspændingstræning og rollespil i en terapeutisk ramme. Når teknikkerne kombineres, kan der tales om en systematisk kognitiv adfærdsterapi (Beck et al. 1993; Poulsen, 2006; Hesse, 2000, Beck 2008).

15. I DanRIS-indberetninger spørger man til orienteringer, mens vi i behandlingssteds-surveyen har brugt begrebet behandlingstilgang.

Som vist i forrige kapitel finder man ifølge behandlingslederne en kognitiv tilgang til behandlingen på 76 pct. af alle behandlingsstederne i Danmark. Nu vil det imidlertid være forskelligt, hvordan den kognitive tilgang kommer til udtryk disse steder. Et behandlingssted kan eksempelvis være inspireret af den kognitive tilgangs grundantagelser om, at misbrugere altid er ambivalente i deres ønske om stoffrihed, *uden* at stedet anvender specifikke teknikker såsom fordele-ulempe-skemaer til at afdække brugernes ambivalens på en systematisk og metodisk stringent måde. Et steds behandlingskultur kan også være præget af den kognitive tilgangs opmærksomhed på ikke at beskrive brugeren som syg, men fokusere på problemer med at håndtere bestemte, afgrænsede situationer, *uden* at arbejde med specifikke kognitive redskaber som adfærdsanalyse. Omvendt kan et behandlingssted prioritere, at alle behandlere uddannes i og arbejder systematisk inden for den kognitive tilgang (kognitiv adfærdsterapi) og kontinuerligt arbejder med evaluering, begrebsliggørelse og udvikling af metoden. Endelig kan man også bruge nogle af de specifikke teknikker (fx fordele-ulempe-skemaet til analyse af stofmisbrugers ambivalens over for ophør med stofmisbrug), *uden* at man kender de basale antagelser, der ligger til grund for den kognitive tilgang (ibid.).

Ligeledes kan man finde forskelle i udtryk og metodisk stringens inden for de øvrige tilgange. Den løsningsfokuserede tilgang kan være et behandlingsarbejde, som meget nøje følger praktiske step-by-step anvisninger som de amerikanske grundlæggere Insoo Kim Berg og Norman Reuss giver i deres manual til løsningsfokuseret stofmisbrugsbehandling. Det drejer sig bl.a. om anvisninger til, hvordan brugere skal modtages (helt ned til forslag til, hvordan man skal udfylde indskrivningsblanketter), lister af spørgsmål, der kan/bør stilles, og tjeklister for, hvordan man skal følge op på brugerens løsninger og succesoplevelser for at forstærke dem osv. (Berg & Reuss, 1998). Det kan imidlertid også være en mere improviseret tilgang inspireret af grundantagelsen i den løsningsfokuserede tilgang, nemlig at det er mere konstruktivt at finde løsninger end at løse problemer, idet løsningsfokuseringen retter fokus mod brugernes allerede tilstedeværende ressourcer og muligheder, mens problemløsning retter fokus mod brugerens svagheder og fejltrin. Dette udgangspunkt kan fungere som en guide til, hvor behandleren skal lægge sit fokus, nemlig på, at brugeren har ressourcer, som behandleren skal hjælpe med at få frem i lyset. Det kan behandleren bl.a. gøre ved at fokusere på brugerens succeser, fx de situationer, hvor brugeren kunne have taget

noget stof, men *ikke* gjorde det, og bygge videre på disse oplevelser. Tilgangen kan beskrives som en form for hjælp til selvhjælp: Behandleren faciliterer en proces, hvor brugeren bliver bevidst og realiserer egne ressourcer samt formulerer sine egne løsninger. Det kan gøres via teknik, hvor man bruger hv-spørgsmål såsom: Hvad skal jeg gøre, når x opstår? Hvem kan hjælpe mig? Hvordan undgår jeg tilbagefald? Det vil sige, at teknikken kan bruges til at etablere meget konkrete løsninger og måder at håndtere risikosituationer på (ibid.; Berg & Miller, 2002).

I den systemiske tilgang er fokus på de sociale systemer, som misbruget indgår i samt en udforskning af de sociale relationer og processer, som kan være med til at fastholde misbruget. De sociale systemer, man ser på, kan være familien, vennerne, arbejdspladsen eller gruppen på behandlingsinstitutionen. En grundantagelse er, at brugeren ved sin deltagelse i uhensigtsmæssige relationsmønstre er fanget i et system, hvor stofmisbruget på en paradoksalmåde bliver hensigtsmæssigt, og den centrale opgave for den systemiske behandler er derfor at give brugeren en forståelse af processerne og hans eller hendes rolle i systemet. En af de specifikke systemiske spørgeteknikker udviklet i den systemiske tradition er 'cirkulær udspørgen', som er en systematisk spørgen om tanke-mønstre, roller og relationer. Teknikken kan bruges i en gruppe eller familie, hvor en deltager fx bliver bedt om at beskrive en anden deltagers rolle eller relationen mellem to andre deltagere med bl.a. det formål, at deltagerne får præsenteret et nyt syn på hidtil fastlåste mønstre og bliver i stand til at handle mere hensigtsmæssigt. Inddragelsen af det sociale system rundt om brugeren kan være konkret og fysisk som i multisystemisk terapi, eller det kan være en narrativ inddragelse af det sociale system omkring misbrugeren (Poulsen, 2006; Gustle, 2006). Det er dog indtrykket fra vores datamateriale, at der kun i begrænset omfang benyttes en egentlig multisystemisk tilgang i dansk stofmisbrugsbehandling, hvor terapien aktivt inddrager de omgivende sociale systemer, som stofmisbrugerne indgår i.

Når det gælder den socialpædagogiske tilgang, er den nærmest pr. definition ikke en metodisk stringent tilgang. Frem for at se mod den internationale metodelitteratur, skal man rette øjnene mod en dansk kontekst for at finde rødderne til tilgangen. Blandt de teoretiske grundlæggere af den socialpædagogiske behandlingsmodel for stofmisbrugere kan man fremhæve Karen Berntsen og Finn Jørgensen, som i begyndelsen af 1970'erne formulerede hver deres form for socialpædagogisk fasemodel

(Winsløv, 1984: 107-112). De socialpædagogiske behandlingstilbud blev i begyndelsen formet i modsætning til den lægelige metadonbehandling og der var i perioder krav om stoffrihed før indskrivning i kommunale og amtskommunale socialpædagogiske behandlingstilbud (ibid: 106, 113). Fra begyndelsen af 1970'erne var der enkelte socialpædagogiske behandlingstilbud, som inkluderede længerevarende metadon, men generelt var de skeptiske eller afvisende (ibid. 106-143). Det har ændret sig, idet den socialpædagogiske tilgang i dag anvendes mange steder, hvor man sideløbende tilbyder længerevarende substitutionsbehandling, og den socialpædagogiske tilgang får da allerede i løbet af 1970'erne mange forskellige konkrete udformninger. Det fælles udgangspunkt er, at man ikke ser stofmisbrug som en sygdom, men som et socialt fænomen, der skal forstås på baggrund af og i sammenhæng med den sociale kontekst (ibid: 110, 112). Den socialpædagogiske tilgang står dermed i modsætning til Minnesota-modellens opfattelse af stofmisbrug som en (uforskyldt) sygdom. I de socialpædagogiske behandlingstilbud kan man arbejde med den sociale kontekst via strukturerede, praktiske og pædagogiske forløb eller via mere 'ustruktureret' samvær og relationsarbejde (Mehlbye, 1997: 113-116).

Som det nu er fremgået, kan tilgang både komme til udtryk som et sæt af grundantagelser, som præger behandlingskulturen og tjener som generel inspirationskilde til behandlingsarbejdet, og som en stringent metode. Metode i socialt arbejde såsom social stofmisbrugsbehandling kan defineres som en fremgangsmåde, der er "planlagt, formålstjenlig, systematisk og verbaliseret" (Thorsager et al., 2007). Det betyder, at arbejde baseret på en metode må indebære:

[...] overvejelser om, hvad målet med indsatsen er, hvilke midler der er hensigtsmæssige for at nå dette mål, samt at arbejdet er tilrettelagt på en så systematisk måde, at socialarbejderen selv og dennes kollega kan gentage metoden. Det er en forudsætning for denne reproduktion, at socialarbejderen sætter ord på, dvs. verbaliserer mål, midler og systematik i arbejdet (ibid: 9-10).

I en rapport, hvor en række forskere evaluerede praksis i socialt arbejde på forskellige områder, måtte man konkludere, at meget socialt arbejde,

også visiterende, diagnosticerende og behandlingsarbejde, ikke er metodisk i ovenstående betydning¹⁶ (ibid.).

Hvis en metode er systematiseret, verbaliseret og reproducerbar, som beskrevet i det ovenstående, må man også forvente, at den er synlig i arbejdet, og at en person med kendskab til metoden ville kunne genkende den. I behandlingssteds-surveyen er behandlingslederne blevet spurgt, om ”en udefrakommende person med bredt kendskab til metoder inden for stofmisbrugsbehandling kunne identificere jeres metode ved at iagttage jeres behandlingsarbejde?”. Behandlingsledernes svar på spørgsmålet i surveyen fremgår af tabel 5.1.

TABEL 5.1

Behandlingsledernes angivelse af, om en udefrakommende person med bredt kendskab til metoder inden for stofmisbrugsbehandling kunne identificere behandlingsstedets metode ved at iagttage deres behandlingsarbejde? Antal og procent.

	Antal	Procent
Ja	88	81
Nej	1	1
Ved ikke	20	18
I alt	109	100

81 pct. af behandlingslederne vurderer, at en udefrakommende person med bredt kendskab til metoder inden for stofmisbrugsbehandling godt ville kunne identificere deres metode ved at iagttage behandlingsarbejdet, mens 18 pct. ikke ved det. Indtrykket fra denne besvarelse er dermed, at man arbejder forholdsvis metodisk inden for stofmisbrugsbehandlingen i forhold til andre sociale indsatser.

Dette indtryk nuanceres dog i de kvalitative interview, hvor behandlingslederne fortæller, at det kan være forskelligt, hvor metodisk

16. Det sociale arbejde, som blev analyseret i ovenstående rapport, er indsatser over for udviklingshæmmede, ledige, psykisk syge og adfærdsvanskelige unge samt deres familier. Analysen fandt frem til, at kun indsatsen over for de adfærdsvanskelige unge og deres familier (hvor man arbejdede med multisystemisk terapi) var metodisk ifølge ovenstående definition. Rapporten understreger, at der ikke i konklusionen ligger en vurdering af, om en indsats, der ikke er metodisk, er god eller dårlig, idet rapporten udelukkende ser på, om det sociale arbejde lever op til metodebegrebet (Thorsager et al., 2007).

stringent man arbejder. På et offentligt, ambulantly og døgnbehandlingssted har alle behandlere en socialfaglig baggrund, og en del har derudover også en eller anden form for uddannelse i den kognitive metode. Behandlingslederen fortæller:

Vi arbejder meget kognitivt. Det er klart den overvejende tilgang. Den kognitive metode er simpelthen indholdet i behandlingen. Vi bruger kognitive redskaber som fordele-ulempeske-maer, registreringer, måltrapper og opgaver – men selvfølgelig er det i nogle forløb mere stringent end andre.

Når nogle forløb er mere metodisk stringente end andre, kan det jo hænge sammen med mange forskellige ting, fx brugerens behov. Nogle brugere har ikke behovet for længere, metodisk stringente terapiforløb, men andre ting, fx substitutionsbehandling. Behandlingslederen på et privat, ambulantly behandlingssted fortæller:

Hvis det er nødvendigt, får brugerne samtalerapi eller psykoterapi, ofte gående over i det adfærdsmæssige og lidt over i det kognitive – men behovet er ret lille. De er stabile og har primært brug for den medicinske behandling ... Der er ikke ret meget behandling for dem, der passer deres snedkerjob, eller hvad de gør, men princippet er det samme for dem: De skal komme én gang om måneden, og hvis der er brugere, der skal 'samles op', så kommer de til lidt hyppigere kontrol.

Der kan også være forskelle, som hænger sammen med forskelle i ressourcer. Behandlingslederen på et offentligt, ambulantly behandlingssted fortæller:

I det daglige er det mere socialbehandling, end det er terapeutisk behandling, der bliver bedrevet her. Det er sociale behandlings-tilbud og aktiviteter [...] ofte med udgangspunkt i vores caféarbejde. Men det ser meget forskelligt ud rundt omkring i kommunerne, og det er noget af det, vi prøver at lave om på, fordi til tre ambulante rådgivere på stofområdet her på stedet er der en caseload på 230 indskrevne, dvs. ca. 70 stykker [pr. behandler]. I [et andet behandlingssted, lederen kender] er det måske nærmere

halvdelen til den samme bemanning. Det giver unægtelig nogle forskellige arbejdsvilkår og forskelle på, hvad det er for nogle tilbud. Så hvis du stillede nogle af de samme spørgsmål til [det andet, omtalte behandlingssted], så ville du få en historie om hjemmebesøg, psykosocial opstøtning på metadon og sundheds-samtaler. Så ville du få et billede af et behandlingstilbud, der er langt mindre akutpræget end det, vi har her ... Vores cafétilbud fx ... af de rundt regnet 200 indskrevne, der bliver cafétilbuddet brugt af et sted mellem 35 og 55 hoveder, ca. en fjerdedel. Det er dem, der fylder. Det er dem, næsten alle vores ressourcer bliver brugt på. De sidste tre fjerdedele af brugerne, de kommer og går relativt smertefrit og får primært tilbud, når det er akut.

Terapeutiske forløb foregår næsten ikke på dette behandlingssted, mener lederen og begrundet det med manglende ressourcer. Lederen kender grundet særlige, lokale omstændigheder to forskellige misbrugscentre ret godt og han kan se, at ressourcer har en betydning for, hvilke muligheder behandlere har for psykosocial opfølgning og dermed metodisk stringente terapiforløb. I det daglige får de fleste brugere på hans behandlingscenter *ikke* terapeutisk behandling, men social behandling i form af aktiviteter og cafétilbud samt akutte tilbud.

Der er således forskelle i tilgang og metodisk stringens, som hænger sammen med, at brugere ikke vurderes at have behov for metodisk stringente terapiforløb, eller at der ikke er ressourcer til det i det daglige arbejde. Der er også forskelle i tilgang og metodisk stringens, som hænger sammen med, at behandlingsstederne i meget høj grad kombinerer på kryds og tværs mellem tilgange og metoder.

Her er tre typiske kommentarer fra behandlingslederne til spørgsmålet om stedets behandlingstilgange:

Det er en individuel vurdering, hver gang der kommer en ny klient, hvilken tilgang der skal vælges. Det er afhængigt af den enkeltes behov, personlighed samt målet med samtalen. (Behandlingslederen på et privat, ambulans behandlingssted)

Vi har på stedet prioriteret at have personale med forskellig terapeutisk uddannelse og har derfor flere forskellige modeller alt

efter den enkeltes behov. (Lederen af privat døgnbehandlingssted)

Institutionen er erklæret systemisk, men det er i høj grad op til den enkelte behandlers tilgang, hvad brugerne mødes med. (Behandlingslederen på et offentligt, ambulante behandlingssted)

Survey-besvarelsene vidner om, at en del behandlingssteder kombinerer et stort antal tilgange. Lederne måtte højst sætte kryds ved tre behandlingstilgange, men kommentarfeltet gav dem mulighed for at tilføje yderligere, hvilket en del benyttede sig af. Lederen af en privat døgninstitution markerer eksempelvis den socialpædagogiske, psykodynamiske og eksistentialistiske metode og tilføjer i kommentarfeltet: ”Vi bruger også: Kognitiv -, systemisk -, løsningsfokuseret -, og kunstterapi, Gorski og ikke mindst det ’demokratiske terapeutiske samfund’¹⁷. Også de ambulante, kommunale behandlingssteder kombinerer mange tilgange. Lederen af et offentligt misbrugscenter markerer eksempelvis den kognitive, systemiske og Gorski/Cenaps-model inspirerede tilgang og tilføjer i kommentarfeltet, at man også arbejder ud fra en psykodynamisk og socialpædagogisk tilgang. Lederen begrundet, at man ønsker ”en bred vifte af behandlingstilgange til borgerne.”

Nogle ledere giver også udtryk for, at der er flere elementer i deres tilgang end metoder og specifikke terapiformer. En leder af et ambulante offentligt behandlingstilbud fremhæver eksempelvis sund fornuft som et væsentligt element i behandlingen, mens en leder af et andet offentligt behandlingstilbud noterer, at man overordnet arbejder ud fra en anerkendende og rummelig tilgang til brugerne. Nogle steder sammen sætter man forskellige tilgange til sin egen tilgang. På en privat døgninstitution fortæller lederen således, at man har udarbejdet sit eget behandlingskoncept på stedet, som han kalder det inkluderende terapeutiske samfund.

17. Terapeutiske samfund er en tilgang hentet fra den psykiatriske behandling, oprindeligt motiveret af et ønske om at komme væk fra en passivering af patienterne med spændetrojer og lign. og i stedet inkludere dem i ”terapeutiske samfund”, hvor patienterne gives ansvar og medbestemmelse. Der er to grundlæggende varianter: Demokratiske terapeutiske samfund (DTC), hvor det grundlæggende udgangspunkt er, at alle er lige, og hierarkiske terapeutiske samfund (HTC), hvor man opererer med faseopdelinger og differentierede privilegier. Efterhånden som en bruger op-tjener anciennitet eller opnår definerede mål, får vedkommende flere privilegier.

Nogle steder kombinerer flere tilgange, men gør det differentieret, således at én tilgang opfattes som den primære, mens andre fungerer som supplementer til denne tilgang. På et privat døgnbehandlingssted er man opmærksom på, at brugere kan have forskellige behov, men man holder også fast i de 12-trin som et grundlæggende udgangspunkt. En leder derfra fortæller:

Det er vigtigt, at det jo ikke er alle brugere, der kan profitere af de samme modeller[...]. Man skal passe på ikke at få for meget fokus på de forskellige terapiformer, for det er ikke det, der er det vigtige. Det er vigtigt, at vi har det [forskellige terapiformer], men vores grundlæggende holdning er, at langt de fleste [brugere] har godt af at lære ting om: ”Hvordan får jeg en god dag i dag?” [...]. Vi introducerer brugerne til de 12-trin, vi introducerer dem til selvhjælpsgrupperne [...]. Vores hovedopgave er at lære manden, hvordan han skal lade være med at tage noget [stof] én dag ad gangen, uanset hvad der sker.

Det private døgnbehandlingssted, som ovenstående behandlingsleder tilhører, har en tilgang baseret på de 12-trin og Minnesota-behandling, men man har behandlere (rådgivere) med forskellige terapeutiske indfaldsvinkler, såsom NLP, socialpædagogisk tilgang og kognitiv terapi. De forskellige terapiformer er imidlertid supplerende i forhold til hovedopgaven, som er at lære brugerne at tage én stoffri dag ad gangen.

Behandlingslederen på et privat, ambulans behandlingssted forklarer, hvorfor det kan være en god idé at forholde sig åbent og inkluderende i forhold til forskellige metoder og tilgange:

Metode hænger sammen med opfattelse af misbrug. Vi er åbne over for alle forklaringsmodeller, og til det er den kognitive metode velegnet. Det kommer an på, hvad man tror på. Om man eksempelvis tror, at stofmisbrug er en sygdom [...]. Vi arbejder ud fra en kognitiv tilgang, fordi det, har vi fundet ud af, bedst rummer de brugere, som kommer hjem fra døgnbehandling, som jo kommer fra forskellige metoder, og vi skal ikke komme og fortælle dem, at det, de har lært i døgnbehandlingen, er forkert.

Trods det, at han forholder sig åbent over for de andre tilgange og de forståelser af stofmisbrug, som de repræsenterer, så holder han alligevel fast i, at den kognitive tilgang er udgangspunktet.

Det, at man er rummelig over for forklaringsmodeller fra andre tilgange, behøver ikke at betyde, at man kombinerer tilgangene eller blander metoderne. Behandlingslederen for et offentligt ambulantly og døgnbehandlingstilbud fortæller, at man kombinerer den socialpædagogiske og kognitive tilgang på stedet, mens man ikke ønsker at bruge Minnesota-behandling:

Vi blander ikke fx Minnesota-behandling og vores socialpædagogiske principper. Det har vi gjort i nogle sammenhænge [...]. Det skaber forvirring [...]. Vi har etiske regler i vores institution, som hedder, at vi ikke må tale dårligt om andre behandlingstyper, og det gør vi heller ikke. Vi er meget neutrale. Vi blander bare ikke tingene.

Lederen forklarer, at der er nogle principper i Minnesota-tilgangen, som han finder uforenelige med den socialpædagogiske og kognitive tilgang. Det er særligt Minnesota-tilgangens forståelse af stofmisbrug som en sygdom, der er i modstrid med henholdsvis den socialpædagogiske tilgangs opfattelse af, at stofmisbrug er en reaktion på bestemte, sociale omstændigheder, og den kognitive tilgang, der ser stofmisbrug som et udtryk for vrangforestillinger omkring fordele ved stofmisbrug, samt mangelfuld erkendelse af omkostninger ved stofmisbrug og af mulighed for ophør. Behandlingslederen mener, at en anvendelse af Minnesota-metoder ville betyde, at behandlingsstedet mister sin identitet og ramme om behandlingsarbejdet. Samtidig mener han alligevel, at der er inspiration på tværs mellem tilgangene:

Gorski og den strukturerede tilbagefaldsdel, det er Minnesota-orienteret, og det holder vi os fra. I stedet har vi vores egen tilbagefaldsmetode, og hvis man kigger efter, vil man også kunne se, at metoderne tyvstjæler fra hinanden, men vi blander dem ikke.

De fleste behandlingsledere opfatter dog kombinationer af metoder som uproblematisk, og flere argumenterer for, at det næsten er ligegyldigt,

hvilken metode man bruger, bare behandlerne har uddannelse i en eller anden form for metode. En behandlingsleder siger fx: ”Altså, de forskellige metoder er jo lige gode, hvis bare folk kan dem.”

En myndighedsperson siger følgende om metodevalget i hans kommune:

Vi har lagt os op ad Center for Rusmiddelforskning eller forskning, der siger, at hvis man er veluddannet og systematisk osv, så er det ikke helt afgørende, hvilken metode man har.

Myndighedspersonen har ret i, at det er budskabet fra Center for Rusmiddelforskning. Lederen af Center for Rusmiddelforskning, Mads Uffe Pedersen, skriver fx følgende i en artikel publiceret i STOF, et tidsskrift på stofmisbrugsområdet, der indeholder faglige artikler i et lettilgængeligt sprog til fagfolk:

Også det at være en dygtig udøver af en given metode synes at være afgørende [hvis behandlingen skal være professionel og effektiv] – ikke en bestemt metode, men bare en metode. (Pedersen, 2005: 68)

Dette budskab ser ud til at være nået ud til behandlingsledere og myndighedspersoner i det danske behandlingssystem. Det er en opfattelse, som hyppigt kommer til udtryk i vores datamateriale i mere eller mindre klare vendinger.

Opsummerende om tilgangenes udtryk og stringens er, at der er variationer mellem behandlingsstederne. For det første er det forskelligt, om en tilgang kommer til udtryk i form af grundlæggende antagelser, som præger behandlingskulturen, eller som en metodisk stringent teknik. For det andet kombinerer behandlingsstederne flere forskellige tilgange. Der kan både være tale om en kombination af ligeværdige tilgange, hvor forskellige behandlere på stedet bruger forskellige metoder, eller der kan være én hovedtilgang på et behandlingssted, som derefter suppleres af teknikker hentet fra andre tilgange. Nogle tilgange bliver opfattet som uproblematisk at kombinere, mens andre bliver opfattet som værende i modstrid med hinanden, men overordnet er opfattelsen, at det vigtigste ikke er, hvilken metode man bruger, blot behandlerne er systematiske, uddannede og kompetente.

TILGANGENES KARAKTERISTIKA

Når nu alle behandlingsstederne kombinerer flere tilgange, kan man så overhovedet se forskelle mellem dem, der bruger én tilgang, og dem, der bruger en anden? Knytter der sig nogle fællestræk til behandlingssteder, der bruger de forskellige tilgange?

Man kan nærme sig behandlingsstedernes tilgang ved at spørge dem, hvilke begreber de selv vil sætte på deres tilgang, men man kan også nærme sig dem ved at stille behandlingslederne nogle af de centrale og klassiske spørgsmål om opfattelse af stofmisbrug og stofmisbrugsbehandling.

I surveyen har behandlingsledere fået tre spørgsmål af denne type. De er for det første blevet spurgt om, i hvor høj grad de behandler afhængighed som en sygdom. 109 behandlingsledere har svaret, og deres svars fordeling fremgår af tabel 5.2.

TABEL 5.2

Behandlingsledernes angivelse af, i hvor høj grad behandlingsstedet behandler afhængighed som en sygdom. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	5	5
I nogen grad	19	17
I mindre grad	28	26
Slet ikke	56	51
Ved ikke	1	1
I alt	109	100

Godt halvdelen af behandlingslederne svarer, at de 'slet ikke' behandler afhængighed som en sygdom, hver fjerde behandler 'i mindre grad' afhængighed som en sygdom, 17 pct. behandler det 'i nogen grad' som en sygdom, og 5 pct. gør det 'i høj grad'. Opfattelsen af afhængighed som en sygdom knyttes traditionelt til Minnesota-tilgangen, og hvis man ser på de fem behandlingssteder, som i høj grad behandler afhængighed som en sygdom, så er de fire da også steder, som angiver, at Minnesota er en dækkende overskrift på deres behandlingstilgang. Det femte sted angiver bl.a. Gorski/Cenaps-modellen som en af deres behandlingstilgange, og denne tilgang er en videreudvikling af Minnesota-modellen.

En alternativ forståelse af stofmisbrug er, at det er et symptom på andre sociale, psykiske eller fysiske problemer i brugerens liv. Behandlingslederne er også blevet spurgt, om denne forståelsesmodel præger behandlingstilgangen. Svarene fremgår af tabel 5.3.

TABEL 5.3

Behandlingsledernes angivelse af, i hvor høj grad stofmisbrug bliver behandlet som et symptom på andre sociale, psykiske eller fysiske problemer på deres behandlingssted. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	72	66
I nogen grad	29	27
I mindre grad	7	6
Ved ikke	1	1
I alt	109	100

To tredjedele af behandlingslederne betragter i høj grad stofmisbrug, som et symptom på andre sociale, psykiske eller fysiske problemer. Det er således en langt mere udbredt tilgang i det danske behandlingslandskab end tilgangen, hvor afhængighed behandles som en sygdom.

Spørgsmålene om, hvorvidt man behandler stofmisbrug som et symptom på andre sociale, fysiske og psykiske problemer eller som en sygdom i sig selv, angår begge opfattelsen af, hvad stofmisbrug er. Det næste spørgsmål angår mere, hvad man så gør i behandlingen af stofmisbrug. Specifikt handler det om, hvorvidt den sociale kontekst bliver inddraget i behandlingen. Svarene fremgår af tabel 5.4.

TABEL 5.4

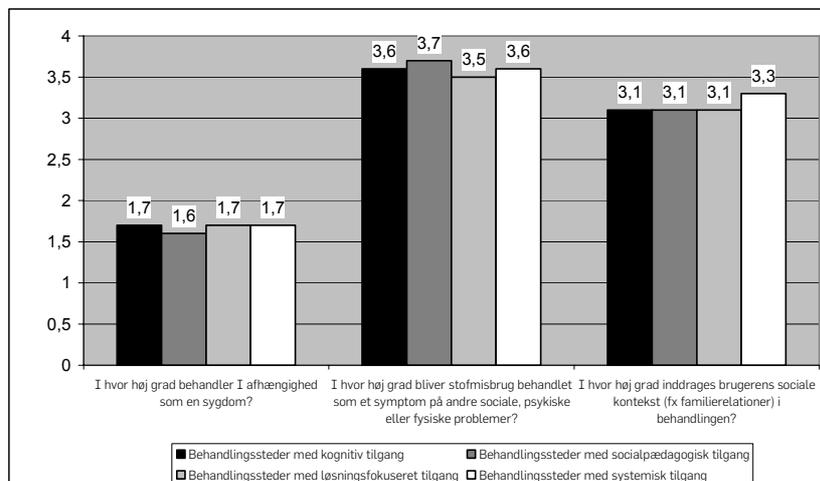
Behandlingsledernes angivelse af, i hvor høj grad brugerens sociale kontekst (fx familierelationer) inddrages i behandlingen. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	36	33
I nogen grad	49	45
I mindre grad	21	19
Stet ikke	3	3
I alt	109	100

Som det fremgår af tabel 5.4, er der spredning i behandlingsstedernes praksis på dette område. På 33 pct. af behandlingsstederne gør man det 'i høj grad', på 45 pct. 'i nogen grad', på 19 pct. 'i mindre grad', og på 3 pct. af behandlingsstederne inddrager man 'slet ikke' brugerens sociale kontekst i behandlingen. Svarene siger ikke i sig selv noget om, hvad begrundelsen for praksis er, men det er interessant at sammenholde svarene med de tilgange, behandlingsstederne har. Den systemiske tilgang handler jo principielt om inddragelse (enten narrativt eller konkret og fysisk) af de sociale systemer, som brugeren indgår i. Afspejler det sig i praksis på de behandlingssteder, der bruger den systemiske tilgang? Kan man se forskelle mellem de fire mest udbredte tilgange i opfattelsen af stofmisbrug og stofmisbrugsbehandling, som de kommer til udtryk i disse tre spørgsmål? I næste tabel sammenligner vi på et aggregeret niveau besvarelsene på spørgsmålene inden for hver af de fire behandlingstilgange.

FIGUR 5.2

Sammenhæng behandlingstilgang og behandlingsledernes svar på tre spørgsmål om deres opfattelse af stofmisbrug og behandlingspraksis



Anm.: Figuren viser gennemsnittet for besvarelsene på de tre spørgsmål på skalaen 1-4, hvor 4 betyder 'i meget høj grad', og 1 betyder 'slet ikke'. Der er 83 steder, som har en kognitiv tilgang, 58 steder, der har en socialpædagogisk tilgang, 46 steder, der har en løsningsfokuseret tilgang, og 36 steder, der har en systemisk tilgang. Et sted kan kombinere flere tilgange.

Som det fremgår af figur 5.2, ser der ikke ud til at være markante forskelle på et aggregeret niveau mellem behandlingssteder med henholdsvis kognitiv, socialpædagogisk, løsningsfokuseret og systemisk tilgang i forhold til, hvordan de besvarer de tre spørgsmål om, hvordan man behandler stofmisbrug, som vi her tager udgangspunkt i. Ingen af de fire tilgange behandler afhængighed som en sygdom. Gennemsnittet er her 1,6-1,7 på skalaen 1-4, hvor 4 betyder 'i meget høj grad' og 1 betyder 'slet ikke'. Til gengæld bliver stofmisbrug i høj grad behandlet som et symptom på andre sociale, psykiske og fysiske problemer inden for alle de fire mest udbredte behandlingstilgange. Gennemsnittet ligger her på 3,5-3,7 på samme skala. Heller ikke når det kommer til inddragelse af den sociale kontekst, er der store forskelle på et aggregeret niveau. Gennemsnittet ligger her på 3,1-3,3 på samme skala. Behandlingssteder med den systemiske tilgang ligger en anelse højere end de tre andre med hensyn til inddragelse af brugerens sociale kontekst, hvilket er i overensstemmelse med, at den systemiske tilgang jo netop skulle være karakteriseret ved at inddrage den sociale kontekst omkring brugeren, mens tilgange som den kognitive og løsningsfokuserede har mere fokus på tanker og ressourcer i brugeren som individ. Forskellen er dog meget lille.

Hvis man ser på besvarelserne af, hvordan man opfatter og behandler stofmisbrug, så ligner de fire mest udbredte behandlingstilgange altså hinanden til forveksling. På tværs af behandlingstilgangene tegner der sig et billede af, at stofmisbrug behandles som et symptom på andre sociale, psykiske og fysiske problemer, og at den sociale kontekst omkring brugeren søges inddraget i nogen grad. Afhængighed opfattes ikke som en sygdom undtagen på de Minnesota-inspirerede behandlingstilbud.

TILRETTELÆGGELSE AF BEHANDLINGSINDSATS

I en undersøgelse af behandlingstilbud til opiatmisbrugere i København fandt man frem til, at forskelle i, hvordan behandlingsmøder blev arrangeret, udgjorde en vigtig strategisk dimension i tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen. Forskellene handler bl.a. om, hvem der skal tage initiativ til et behandlingsmøde: Er det behandleren eller brugeren? Der findes behandlingssteder, hvor behandlere er opsøgende og tager kontakt til brugere på egen hånd, og der findes behandlingssteder, hvor brugere

skal henvende sig, fx i en reception, og bestille tid til en samtale. Der er også forskelle mellem behandlingsstederne, som handler om, hvorvidt behandlingssamtaler er planlagte. Nogle steder bliver de fleste møder arrangeret ad hoc, når brugeren og behandleren støder på hinanden, fx i behandlingsstedets værested/caféområde, mens de på andre behandlingssteder oftest er arrangeret nogle dage i forvejen og foregår på behandlerens kontor bag lukkede døre (se Andersen & Järvinen, 2009).

Behandlingslederne er i surveyen blevet stillet to spørgsmål, som går på disse forskelle i tilrettelæggelse af behandlingssamtaler. Det første spørgsmål lyder: ”En behandlingssamtale mellem bruger og behandler kan foregå på et aftalt tidspunkt eller uden en forudgående aftale. Hvordan vil du vurdere, at behandlingssamtalerne foregår på jeres behandlingssted?” Svarene fremgår af tabel 5.5.

TABEL 5.5

Behandlingsstedernes tilrettelæggelse af behandlingssamtaler. Antal og procent.

	Antal	Procent
Behandlingssamtaler foregår altid eller næsten altid på et aftalt tidspunkt	33	30
Behandlingssamtaler foregår oftest på et aftalt tidspunkt	44	40
Behandlingssamtaler foregår lige ofte på et aftalt tidspunkt og uden foregående aftale	26	24
Behandlingssamtaler foregår oftest uden forudgående aftale	4	4
Behandlingssamtaler foregår altid eller næsten altid uden foregående aftale	1	1
Ved ikke	1	1
I alt	109	100

På 7 ud af 10 behandlingssteder foregår behandlingssamtaler ’altid’ eller ’oftest’ på et aftalt tidspunkt. Når behandlingssamtaler foregår på et aftalt tidspunkt, skal man være opmærksom på, at det stiller krav til brugerne om at være i stand til at indgå og huske aftaler samt møde op. Den nævnte undersøgelse (Andersen & Järvinen, 2009) viste, at der blandt opiatmisbrugere var en gruppe, som havde svært ved at leve op til disse krav.

Det andet spørgsmål vedrørende tilrettelæggelse af behandlingsindsats, som blev stillet i surveyen, handler om, hvem der tager initiativ til behandlingssamtaler. Spørgsmålet lyder: ”En behandlingssamtale kan finde sted, fordi behandleren uopfordret har henvendt sig til brugeren og tilbudt/indledt en samtale. Den kan også finde sted, fordi brugeren har bedt om en samtale. Hvad, vil du vurdere, er tilfældet på jeres behandlingssted?” Svarfordelingen fremgår af tabel 5.6.

TABEL 5.6
Behandlingsledernes vurdering af, hvem der tager initiativ til behandlingssamtaler på deres behandlingssted. Antal og procent.

	Antal	Procent
Det er altid eller næsten altid behandlerne, som uopfordret kontakter brugerne og indleder/tilbyder en behandlingssamtale	6	6
Det er oftest behandlerne, som uopfordret kontakter brugerne og indleder/tilbyder en behandlingssamtale	32	29
Det er lige ofte behandlere og brugere, som tager initiativ til en behandlingssamtale	59	54
Det er oftest brugere, som tager kontakt til behandlere og beder om en samtale	4	4
Det er altid eller næsten altid brugere, som tager kontakt til behandlere og beder om en samtale	6	6
Ved ikke	2	2
I alt	109	100

På godt halvdelen af behandlingsstederne er det ’lige ofte’ behandlere og brugere, som tager initiativ til behandlingssamtaler, mens det på knap hver tredje behandlingssted oftest er behandleren, som uopfordret kontakter brugere og indleder/tilbyder en behandlingssamtale. Andre undersøgelser har vist, at de fleste brugere ønsker opsøgende behandlere (delrapport 2, Andersen & Järvinen, 2009).

GRUPPEBEHANDLING OG PSYKOLOGSAMTALER

Gruppebehandling som princip blev udbredt efter anden verdenskrig i terapi af andre lidelser og problemer end stofmisbrug, men er også slået

igennem som metode inden for stofmisbrugsbehandlingen. Gruppebehandling kan enten have en udformning som en form for individuel behandling med gruppen som ramme, eller det kan være gruppens udvikling og gruppeprocesser som sådan, der er i fokus (Poulsen, 2006: 77-82).

Førstnævnte bliver eksempelvis brugt i Cenaps-modellen, hvor man arbejder med problemløsende gruppeterapi, hvor brugere på skift fremlægger et personligt problem, fx problemer med at håndtere vrede, hvorefter gruppen kommer med indlæg til, hvordan problemet skal forstås, og hvordan det kan løses.

Sidstnævnte form for gruppebehandling, hvor det ikke handler om individuel terapi af de forskellige brugere i gruppen, men hvor det er gruppen som sådan, der er i fokus, er bl.a. blevet formuleret af de engelske psykoanalytiske gruppeterapeuter Wilfred Bion og S. H. Foulkes. Her handler det om at udnytte de terapeutiske muligheder, der findes i selve gruppen, både ved at deltagerne får mulighed for at opleve sig selv som en del af et socialt fællesskab, og ved at individet kan spejle sig i de andre gruppedeltagere. I sin stringente form, formuleret af Bion, bør terapeuten i denne form for gruppebehandling slet ikke behandle gruppedeltageres individuelle problematikker (Poulsen, 2006: 77-82). Det er ikke vores indtryk, at denne form for gruppebehandling har nogen særlig udbredelse i Danmark, men inden for bl.a. den socialpædagogiske tradition bruges gruppebehandling netop på en måde, hvor det også handler om gruppens liv og om at give brugere en oplevelse af at fungere i gruppens sociale sammenhæng.

I surveyen er behandlingslederne blevet spurgt om, hvor mange af deres brugere der får gruppebehandling. Der er 69 ud af 110 behandlingssteder, som har brugere i gruppebehandling. Det svarer til 63 pct. Disse 69 behandlingssteder har i alt registreret 1.442 brugere, som ved opgørelsestidspunktet i januar/februar 2009 var i gruppebehandling. Det svarer til, at omkring 16 pct. af de brugere, som er registreret i behandlingssteds-surveyen, er i gruppebehandling.¹⁸

Behandlingslederne er også blevet spurgt, hvor mange af deres brugere der har haft en samtale med en psykolog eller psykiater inden for

18. Opgørelsen af antallet af brugere i gruppebehandling er baseret på optælling på de behandlingssteder, hvor lederen så sig i stand til at tælle antal brugere i gruppebehandling, og på et skøn på de behandlingssteder, hvor lederen ikke så sig i stand til det. 65 pct. af behandlingslederne har talt, hvor mange brugere de har i gruppebehandling, mens de resterende 35 pct. har skønnet.

den seneste måned. På 85 af 110 behandlingssteder er der en eller flere brugere, som har haft en samtale med en psykolog eller psykiater inden for den seneste måned. Det svarer til 77 pct. Disse 85 steder har tilsammen registreret 1.207 brugere, som inden for den sidste måned inden surveybesvarelsen har modtaget en samtale med en psykolog eller psykiater. Det svarer til 14 pct. af de brugere, som i alt er registreret i behandlingssteds-surveyen.¹⁹

BRUGERINDDRAGELSE OG HÅNDBLIVNING AF DESTRUKTIVE/SELVDESTRUKTIVE BRUGERE

Brugere skal inddrages i tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen. Servicelovens § 16 slår fast, at kommunen *skal* sørge for, at brugerne har mulighed for indflydelse på tilrettelæggelsen og udnyttelsen af behandlingstilbuddene, mens det i § 16, stk. 2 lyder, at kommunen *kan* nedsætte brugerråd (LBK 979 af 01/10 2008).

Brugerinddragelse og -indflydelse er principper, som blev indført i socialpolitikken i forbindelse med den såkaldte 'lille socialreform' i 1997, hvor Folketinget vedtog en række nye love på det sociale område, herunder serviceloven. I den nye socialpolitik ønskede man at ændre rollerne og relationerne mellem de ansatte i den sociale sektor og modtagerne af de sociale tilbud. Frem for at være et møde mellem en umyndiggjort 'klient' og en ekspert, som vidste, hvad der var bedst for klienten, skulle brugerne selv spille en aktiv og ansvarlig rolle. "Borgerne opfattes nu som eksperten, både når det gælder eget liv og oplevelsen af den sociale service," skriver Bjerge og Selmer om principperne bag den lille socialreform (2007: 9).

Overordnet kan man sige, at både politikere, behandlere og brugere er enige om, at brugerinddragelse er en god idé, men samtidig bliver det ofte fremhævet, at det kan være vanskeligt at arbejde med brugerinddragelse i praksis (fx Grytnes et al., 2002; Asmussen & Jöhncke, 2004; Grytnes, 2004; Asmussen & Kolind, 2005; Andersen, 2007; Bjerge &

19. Opgørelsen af antallet af brugere, som får samtaler med psykolog eller psykiater, er baseret på optælling på de behandlingssteder, hvor lederen så sig i stand til at tælle antal brugere i gruppebehandling, og på et skøn på de behandlingssteder, hvor lederen ikke så sig i stand til det. 41 pct. af behandlingslederne har talt, hvor mange af deres brugere der får samtaler med psykolog eller psykiater, mens de resterende 59 pct. har skønnet.

Selmer, 2007). Brugerinddragelse er bl.a. svært, fordi det ikke er sikkert, at bruger og behandler er enige om, hvordan behandlingen skal tilrettelægges, og der er stadig forskellige holdninger til, hvem der i sidste ende skal tage ansvaret og virke styrende. På den ene side er der argumenter for, at behandlere grundlæggende stadig ved bedst og derfor skal træffe beslutningen. Denne form for argumenter kan eksempelvis formuleres, som det gøres her i vores kvalitative interview med en myndighedsperson i kommunen:

Hvis man kommer ind på et hospital, og man skal have fjernet sin blindtarm, og lægen kommer ind og siger: ”Nu må vi jo finde ud af, hvordan vi synes, det her bliver bedst. Hvad synes du selv? Hvad er dit udgangspunkt for det her?” Så ville man jo løbe skrigende væk. Og hvis man fører det billede over til behandlingssystemet: Her er det os, der er eksperter. Mange ville sige, at borgeren er ekspert i eget liv, og det er også rigtigt, men ikke nødvendigvis i, hvilken behandling der er den bedste. Der er vi de professionelle, og der skal vi turde trække i den førertrøje, der hedder: Det her beslutter vi os for, det har vi erfaring med, derfor gør vi sådan her.

På den anden side eksisterer der hos andre en forestilling om, at behandlerne skal slippe ekspertrollen og give brugerne ansvaret. En behandlingsleder på et offentligt, ambulans behandlingssted formulerer dette argument således:

Det allervigtigste i god social misbrugsbehandling er, at vi som system har mod til at høre og organisere os efter brugerønskerne. At vi giver slip på ekspertniveauet og *tror* på, at de mennesker, vi har med at gøre, ved, hvad de kan og vil. Det er vi sgu ikke særligt gode til [...]. Det er helt klart en udfordring. Vi mener jo, de skal hjælpes [...]. Det er sådan set ikke mig som behandler, der skal have ansvaret. Det er borgeren, der skal have ansvaret, og det kan de også godt tage, hvis vi hjælper dem med at lave rammen.

I behandlingssteds-surveyen har vi spurgt til behandlingsledernes holdning til henholdsvis bruger- og behandlerstyring. Spørgsmålet er konkrete

tiseret i forhold til tilrettelæggelse af brugerens behandlingsplan og skitserer nogle af de argumenter, vi typisk har mødt for henholdsvis bruger- og behandlerstyring. Spørgsmål og svar fremgår af tabel 5.7.

TABEL 5.7

Behandlingsledernes holdning til bruger- versus behandlerstyring.

Anal og procent.

Hvilket af følgende udsagn er du mest enig i? A siger, at behandleren skal være styrende, når behandlingsplanen skal lægges. Behandleren har en faglig indsigt og erfaring, som brugeren ikke har. B siger, at brugeren skal være styrende, når behandlingsplanen skal lægges. Brugeren kender sig selv bedst, skal selv bestemme og dermed tage ansvar.	Antal	Procent
Mest enig i A	11	10
Mest enig i B	35	32
Lige enig i A og B	59	54
Ved ikke	4	4
I alt	109	100

10 pct. af behandlingslederne er mest enige i udsagn A, som siger, at behandleren skal være styrende, når behandlingsplanen skal lægges. Behandleren har en faglig indsigt og erfaring, som brugeren ikke har. 32 pct. er mest enige i udsagn B, som siger, at brugeren skal være styrende, når behandlingsplanen skal lægges. Brugeren kender sig selv bedst, skal selv bestemme og dermed tage ansvar. 54 pct. af behandlingslederne er 'lige enig' i de to udsagn.

Godt halvdelen synes således at være delt i spørgsmålet om, hvorvidt det er brugeren eller behandleren, der i sidste ende skal være styrende. Det kan tolkes som et udtryk for, at behandlingslederne forsøger at tilrettelægge relationen således, at bruger og behandler styrer i fællesskab. I hvilken udstrækning det lykkes, siger surveymaterialet ikke noget om, men tidligere undersøgelser har vist, at særligt i situationer, hvor behandler og bruger er uenige om, hvilket behandlingstilbud brugeren skal have, kan det være svært at fastholde idealet om, at bruger og behandler styrer i fællesskab. Behandlere opfatter ikke altid deres brugers situation og ressourcer på samme måde, som brugerne selv gør. De kan vurdere, at en brugers ønsker er urealistiske eller uhensigtsmæssige. I de tilfælde kan behandleren vælge at bakke op om brugerens ønsker

alligevel og holde sine forbehold for sig selv eller vælge at forklare brugeren, hvorfor hun mener, det er en dårlig idé. (Andersen, 2007; Järvinen & Andersen, 2009; Andersen & Järvinen, 2009).

Det, man skal være opmærksom på, er også, at der er gradforskelle mellem brugerinddragelse og brugerindflydelse. Brugeren kan godt *inddrages* i en snak om, hvilket behandlingstilbud vedkommende skal have uden at have den afgørende *indflydelse*. I behandlingssteds-surveyen har vi spurgt behandlingslederen, hvor stor *indflydelse* brugerne har på forskellige aspekter af deres egen behandling. For det første hvilket behandlingstilbud de får. Svarene fremgår af tabel 5.8.

TABEL 5.8

Behandlingsledernes angivelse af i hvor høj grad brugerne har indflydelse på, hvilket behandlingstilbud de får. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	41	38
I nogen grad	53	49
I mindre grad	10	9
Slet ikke	2	2
Ved ikke	2	2
I alt	108	100

På 38 pct. af behandlingsstederne svarer behandlingslederne, at brugerne 'i høj grad' har indflydelse på, hvilket behandlingstilbud de får, på 49 pct. af behandlingsstederne har de 'i nogen grad' indflydelse, på 9 pct. af behandlingsstederne har de 'i mindre grad' indflydelse, og på 2 pct. af behandlingsstederne svarer behandlingslederne, at brugerne 'slet ikke' har indflydelse på, hvilket behandlingstilbud de får.

Når brugerne har fået et behandlingstilbud, er et af de aspekter, som de kan have mere eller mindre indflydelse på, hvor ofte de mødes med deres behandler. Det spørgsmål illustrerer tabel 5.9. Det fremgår, at brugerne på 41 pct. af behandlingsstederne 'i høj grad' indflydelse på, hvor ofte de mødes med deres behandler, på 47 pct. af behandlingsstederne har de 'i nogen grad' indflydelse, og på 10 pct. af behandlingsstederne har de 'i mindre grad' indflydelse på, hvor ofte de mødes med deres behandler.

TABEL 5.9

Behandlingsledernes angivelse af i hvor høj grad brugerne har indflydelse på, hvor ofte de mødes med behandlere. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	44	41
I nogen grad	51	47
I mindre grad	11	10
Slet ikke	0	0
Ved ikke	2	2
I alt	108	100

Det tredje aspekt ved brugernes individuelle behandling, som vi har spurgt til, er, hvor meget indflydelse brugerne har på, hvad målet med behandlingen skal være. Her svarer majoriteten (79 pct.), at deres brugere 'i høj grad' har indflydelse på, hvad målet med behandlingen er. 19 pct. af behandlingslederne svarer, at brugerne 'i nogen grad' har denne form for indflydelse. Svarene fremgår af tabel 5.10.

TABEL 5.10

Behandlingsledernes angivelse af i hvor høj grad brugerne har indflydelse på, hvad målet er med behandlingen. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	85	79
I nogen grad	20	19
I mindre grad	0	0
Slet ikke	1	1
Ved ikke	2	2
I alt	108	100

I tolkningen af ovenstående tre spørgsmål, som drejer sig om brugeres indflydelse på egen behandling, skal man medtænke, at indflydelse i praksis hænger tæt sammen med både brugerens muligheder og ressourcer. Hvorvidt brugere har indflydelse på, hvor hyppigt de mødes med deres behandler, hænger eksempelvis både sammen med, hvilke muligheder brugere formelt har for at møde deres behandler, og hvilke ressourcer brugeren har til at benytte sig af disse muligheder. Der er formodentlig ingen behandlingssteder, som generelt nægter sine brugere behandlingsmøder, men som det fremgik af forrige kapitel, er der mange behand-

lingssteder, hvor der er brugere, som har svært ved at møde op til behandlingsaftalerne. Brugernes ressourcer og tilrettelæggelsen af behandlingsmøder er derfor vigtige elementer i vurderingen af, hvilken indflydelse brugeren har på egen behandling. Som vi så i sidste afsnit, foregår behandlingssamtaler på 7 ud af 10 behandlingssteder altid eller oftest på et aftalt tidspunkt. For at brugerne skal have indflydelse på, hvor ofte de møder deres behandler, skal de derfor have ressourcer til at imødekomme denne måde at tilrettelægge behandlingsmøder på. Såfremt de ikke er i stand til at møde op til behandlingsaftaler, kan man ikke sige, at de har indflydelse på, hvor ofte de møder deres behandler, selvom de formelt har mulighed for at bestille tid til et møde.

Ovenstående tre spørgsmål er rettet mod behandlingsstedernes praksis, idet vi spørger om, i hvor høj grad brugerne *har* indflydelse – ikke i hvor høj grad de har mulighed for at få indflydelse. Her tegner behandlingslederne det billede, at brugerne i høj grad har indflydelse på målet af deres egen behandling, i nogen eller høj grad, hvilket behandlingstilbud de får, og i nogen eller høj grad, hvor ofte de mødes med deres behandler. Brugere har således ifølge behandlingslederne ret stor indflydelse på alle tre aspekter af deres egen behandling. Vi vil i undersøgelsens hovedrapport sammenstille behandlingsledernes vurdering af brugerinddragelsen med brugernes egen vurdering af brugerinddragelsen, som det fremgår i undersøgelsens delrapport 2.

Brugerinddragelse handler imidlertid ikke kun om brugernes indflydelse på egen behandling. Asmussen & Kolind (2005) skelner mellem brugerinddragelse på det individuelle niveau og det organisatoriske niveau og identificerer brugerråd og brugermøder som den almindeligt accepterede metode til at inddrage brugere på det organisatoriske niveau. I behandlingssteds-surveyen har vi spurgt behandlingslederne om, hvor meget indflydelse brugerne som gruppe har på en række organisatoriske forhold. Svarene fremgår af tabel 5.11.

TABEL 5.11

Behandlingsledernes angivelse af graden af brugergruppens indflydelse på udvalgte organisatoriske forhold. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt procent
Nyansættelser	3	4	7	86	0	100
Behandlingstilbuddenes indhold (fx hvilke metoder der anvendes)	0	13	33	54	0	100
Fysisk indretning af behandlingsstedet	4	29	32	36	0	100
Husregler	10	41	24	24	1	100
Planlægning af aktiviteter	43	35	9	12	1	100

Anm.: Tabellen er baseret på 108 behandlingslederes svar. Tabellen viser svarenes procentuelle fordeling.

Brugerindflydelse på nyansættelser forekommer forholdsvis sjældent. Det forekommer dog nogle få steder, og det kan fungere godt, fortæller en behandler fra et offentligt, ambulans behandlingssted i et interview:

Brugerne har rigtig stor indflydelse, når vi ansætter personale her. De er altid med til ansættelsessamtaler. Ansøgere er altid til ansættelsessamtale først ved brugerrådet og bagefter ved personalet. Og så taler brugerrådet og personalet sammen om, hvad vi har set/oplevet, og hvad vi bedst kunne tænke os. Sjovt nok er vi stort set altid enige om den kommende medarbejder. Der ser vi meget de samme kvaliteter. Og det er rigtig godt for de nye medarbejdere, der kommer her, at de allerede er accepterede. De skal ikke ud og testes på den måde.

Det er dog ikke en almindeligt forekommende praksis. Som det fremgår af tabel 5.11, har brugerne 'slet ikke' indflydelse i forbindelse med nyansættelser på 86 pct. af behandlingsstederne.

Når det gælder behandlingstilbuddenes indhold, fx hvilke metoder der anvendes, har brugerne nogen indflydelse på 13 pct. af behandlingsstederne, en mindre grad af indflydelse på 33 pct. og slet ingen ind-

flydelse på 54 pct. af behandlingsstederne. Når vi kommer til fysisk indretning af behandlingsstederne, husregler og planlægning af aktiviteter, har brugerne en højere grad af indflydelse. Særlig sidstnævnte: Planlægning af aktiviteter har brugergruppen indflydelse på 'i høj grad' eller 'i nogen grad' på 78 pct. af behandlingsstederne.

I de foregående spørgsmål har vi spurgt til omfanget af brugergruppens indflydelse på de nævnte organisatoriske forhold. Svarene siger ikke noget om formen. Brugergruppens indflydelse kan være baseret på behandlernes uformelle forespørgsler om brugernes holdninger til forskellige spørgsmål på åbne brugermøder, men indflydelsen kan også være formaliseret i et brugerråd. I behandlingssteds-surveyen har vi spurgt, om der er et brugerråd tilknyttet behandlingsstedet. Ud af 108 behandlingsledere svarer 29, at der er et brugerråd tilknyttet behandlingsstedet, mens resten svarer, at der ikke er et brugerråd på behandlingsstedet. Det svarer til, at der er brugerråd på 27 pct. af behandlingsstederne. I tabel 5.12 fremgår det, hvor hyppigt brugerrådet holder møder på de behandlingssteder, hvor der er et.

TABEL 5.12

Forekomst og mødehyppighed for behandlingsstedernes brugerråd.

Antal og procent.

	Antal	Procent
Brugerråd med flere deltagende brugere hver uge	6	6
Brugerråd med flere deltagende brugere hver anden uge	4	4
Brugerråd med flere deltagende brugere hver måned	9	8
Brugerråd med flere deltagende brugere hver anden måned	2	2
Brugerråd med flere deltagende brugere hver tredje måned eller sjældnere	8	7
Intet brugerråd	79	73
I alt	108	100

Som det fremgår af tabel 5.12, er der stor variation i, hvor hyppigt brugerrådene holder møder. Det spænder fra 'hver uge', som er hyppigheden på 6 pct. af behandlingsstederne, til 'hver tredje måned eller sjældnere', som er hyppigheden på 7 pct. af behandlingsstederne. På majoriteten af behandlingsstederne er der dog intet brugerråd.

I vores interview fortæller flere af behandlingslederne, at det er meget vanskeligt at få brugerråd etableret og få det til at fungere. En behandlingsleder fra et offentligt, ambulante og døgnbehandlingssted

fortæller, at man har forsøgt, men tilslutningen var meget lav, og nu søger man at koncentrere sig om at praktisere brugerinddragelse på det individuelle niveau. En anden behandlingsleder fra et offentligt, ambulantly og døgnbehandlingssted fortæller, at man nu endelig har fået nedsat et brugerråd, men at: "Det er noget af det mest besværlige." Og: "Det har taget lang tid" (Behandlingsleder, offentligt, ambulantly og døgnbehandlingssted).

Asmussen og Kolind (2005) har i forbindelse med en evaluering af fire danske metadonbehandlingsprojekter forsøgt at forklare, hvorfor det kan være så svært at arbejde med brugerråd i den sociale stofmisbrugsbehandling. I projekterne var der i udgangspunktet en meget positiv tilgang til brugerinddragelse både blandt behandlere og ledere, og der var flere ressourcer end i den danske standardmetadonbehandling. Alligevel lykkedes det ikke for nogen af forsøgsprojekterne at oprette brugerråd med brugerrepræsentanter. Man afprøvede også forskellige former for åbne brugermøder, men oplevede manglende eller lav brugerdeltagelse til frustration for både personale og brugere. Asmussen & Kolind konkluderer, at det har været svært at inddrage brugerne via brugerråd/brugermøder dels pga. brugernes karakteristika (ustabile livsforhold, akutte problemer, ingen erfaring med mødekultur), dels pga. den kendsgerning, at de fleste væsentlige forhold ved behandlingen (fokus, metode, hvem der skal ansættes, åbningstider m.m.) allerede er fastlagt, før brugerne inddrages. Hvis brugerne magter at lade sig inddrage, så er det derfor primært indholdsdetaljer, de får indflydelse på, fx hvad man skal have at spise på næste mad-dag, hvor næste ekskursion ud af huset skal gå hen, hvilke møbler der skal være i caféen osv. (Asmussen & Kolind, 2005). Denne tendens bekræfter behandlingssteds-surveyen. Det er primært planlægning af aktiviteter, brugerne får indflydelse på, og i langt mindre omfang meget afgørende forhold såsom ansættelse af behandlere og behandlingstilbuddenes indhold.

Endelig skal man igen huske, at brugerinddragelse og oprettelse af brugerråd ikke er det samme som brugerindflydelse. Brugerråd kan også tjene andre formål. Det fortæller en leder på et offentligt, ambulantly og døgnbehandlingssted:

Jeg kan også parkere meget af det indholdsløse brok lige præcis der [i brugerrådet]. Og det kan man sige, at det er kynisk tænkt

og spekulativt tænkt, man kan også vende den rundt og sige, jamen, så bruger vi [behandlere] måske vores tid bedre.

Ovenstående behandlingsleder fortæller også, at han er åben over for brugerne omkring brugerrådets begrænsninger:

Der bliver ikke vetoret fra brugernes side. Det har jeg sagt helt klart til dem: ”Vi lader ikke, som om I får indflydelse på den måde, men der bliver en høring” [...]. Det er med vilje beskrevet som en høringsret.

Brugerrådet bliver hørt, men får ikke nødvendigvis indflydelse. Det er altså ikke nødvendigvis bruger*indflydelse*, men det er stadig brugerinddragelse.

Kun i én af de 14 kommuner, vi foretog kvalitative interview i, blev brugerrådet beskrevet som stærkt og velfungerende. Det er samtidig den kommune, hvor brugerrådet lyder til at have den største reelle indflydelse. Brugerrådet mødes med ledelsen og en medarbejderrepræsentant en gang om måneden, og de er med til at ansætte nye medarbejdere. Undersøgelsen kan ikke sige noget om, hvorvidt brugerrådet har fået mere reel indflydelse, fordi det er stærkt og velfungerende, eller om det er blevet stærkt og velfungerende, fordi det har fået indflydelse, men det er tankevækkende, at der ser ud til at være denne sammenhæng.

Nogle brugere er så kaotiske, destruktive eller selvdestruktive, at det i praksis væsentligt indskrænker mulighederne for både brugerinddragelse og brugerindflydelse. I disse tilfælde kan det for behandlingsstederne komme til at handle om, hvordan man beskytter brugeren fra sig selv og/eller beskytter den resterende brugergruppe og medarbejdere fra brugeren. De ambulante behandlingssteder er blevet spurgt, om de anvender karantæne i forbindelse med forskellige handlinger. Deres svar fremgår af tabel 5.13.

Vold eller trusler mod personale eller andre brugere fører til permanent eller midlertidig karantæne på langt de fleste behandlingssteder, henholdsvis 82 og 79 pct. Stofsalg giver også karantæne på de fleste behandlingssteder (58 pct.), mens stofindtag giver karantæne på 46 pct. af behandlingsstederne. Stofpåvirkethed og gentagne udeblivelser uden afbud giver karantæne på henholdsvis 18 og 13 pct. af behandlingsstederne. 7 pct. af behandlingsstederne svarer, at yderligere handlinger end

dem, vi har oplistet, kan medføre karantæne. Det dækker bl.a. over manglende vilje til samarbejde og indbrud på behandlingsstedet.

TABEL 5.13

De ambulante behandlingssteders angivelse af, hvilke handlinger der kan føre til permanent eller midlertidig karantæne fra behandlingsstedet. Antal og procent.

	Antal	Procent
Vold eller trusler mod personale	89	82
Vold eller trusler mod andre brugere	85	79
Stofsalg på behandlingsstedet	63	58
Stofindtag på behandlingsstedet	50	46
Stofpåvirkethed (ud over substitution) på behandlingsstedet	19	18
Gentagne udeblivelser uden afbud	14	13
Andre handlinger	8	7
Brugere får aldrig karantæne	15	14

Anm.: Tabellen er baseret på 108 besvarelser. Behandlingslederne har haft mulighed for flere svar, hvorfor antal ikke summer til 108, og procent ikke summer til 100.

De ambulante behandlingssteder er herefter blevet spurgt, hvilke tilbud de har til brugere i karantæne. 62 af de i alt 76 ambulante behandlingssteder har svaret. Svarene fremgår i tabel 5.14.

TABEL 5.14

Ambulante behandlingssteders tilbud til brugere i karantæne. Antal og procent.

	Antal	Procent
Udlevering af medicin på andet behandlingssted	23	37
Udlevering af medicin ved bil/bus	21	34
Udlevering af medicin ved politi	16	26
Udlevering af medicin i brugerens hjem	11	18
Opsøgende, udegående medarbejdere (støtte- og kontaktpersoner el.lign.)	17	27
Samtaler på andet behandlingssted	10	16
Samtaler ved bil	8	13
Samtaler ved politi	6	10
Samtaler i brugerens hjem	16	26
Andet	14	23
Ingen tilbud	3	5

Anm.: Tabellen er baseret på 62 besvarelser. Behandlingslederne har haft mulighed for flere svar, hvorfor antal ikke summer til 62, og procent ikke summer til 100.

Tabellen viser, at det er meget forskelligt, hvilke tilbud behandlingsstederne anvender til brugere i karantæne, men kun 5 pct. har ingen tilbud overhovedet til brugere i karantæne. Det tilbud, der benyttes oftest, er udlevering af medicin via en bus eller bil. Det er et tilbud, 34 pct. af de ambulante behandlingssteder benytter til deres brugere i karantæne. 23 pct. af behandlingsstederne bruger andre tilbud end de oplyste. Det drejer sig primært om udlevering af medicin på apotek, hvilket 10 behandlingssteder noterer, at de bruger i forbindelse med karantæne.

De 62 ambulante behandlingssteder har også oplyst, hvor mange brugere de aktuelt havde i karantæne på tidspunktet for besvarelsen af surveyen, dvs. januar/februar 2009. De 62 steder registrerer tilsammen 66 brugere i karantæne.²⁰ Det fordeler sig således, at 36 af behandlingsstederne slet ikke har nogen brugere i karantæne, 10 behandlingssteder har en enkelt bruger i karantæne, otte behandlingssteder har to brugere i karantæne, fem behandlingssteder har tre brugere i karantæne mens tre behandlingssteder har henholdsvis fire, seks og 15 brugere i karantæne.

Døgnbehandlingsstederne har lovgivningsmæssigt mulighed for at bruge tilbageholdelseskontrakter.²¹ Vi har spurgt døgnbehandlingsstederne, om nogle af deres brugere nogensinde har fået lavet sådanne tilbageholdelseskontrakter. 33 af de i alt 35 deltagende døgnbehandlingssteder har svaret på spørgsmålet. Af disse svarer kun to behandlingssteder, at de har haft brugere, der har fået lavet tilbageholdelseskontrakter, mens 31 behandlingssteder ikke har haft brugere med tilbageholdelseskontrakter. De sidstnævnte steder er blevet spurgt om, hvorfor man ikke

20. På 57 af de 62 behandlingssteder har behandlingslederen oplyst, hvor mange brugere der var i karantæne baseret på en faktisk optælling, mens behandlingslederne på de resterende fem behandlingssteder har angivet et antal brugere baseret på et skøn.

21. Stofmisbrugere i døgnbehandling kan tilbageholdes i op til 14 dage, hvis de frivilligt har indgået en kontrakt om, at behandlerne kan tilbageholde dem. Kommunen *skal* tilbyde gravide stofmisbrugere i døgnbehandling en sådan kontrakt, mens de *kan* give andre stofmisbrugere tilbuddet. Hvis kontrakten er indgået, kan stofmisbrugeren tilbageholdes i situationer, hvor der er en aktuel og begrundet mistanke om, at stofmisbrugeren vil afbryde behandlingen, og at afbrydelsen enten medfører, at udsigten til ophør/forbedring af misbruget væsentligt forringes, eller stofmisbrugeren er til fare for sig selv eller andre (LBK 190 af 27/02/2007; Lov om ændring nr. 542 af 06/06/2007; BEK nr. 101 af 20/02/2008). Isolation og fiksering er ikke tilladt, fysisk magtanvendelse og kortvarig aflåsning af et værelse er tilladt, hvis omstændighederne kræver det, og indsatsen suppleres med andre støttende foranstaltninger. I den tilhørende vejledning understreges frivillighedsprincippet; man må ikke lægge pres på stofmisbrugeren for at indgå kontrakten, og hun/han skal være ved sin fornufts fulde brug. Kontrakten kan til hver en tid opsiges af stofmisbrugeren, hvis vedkommende ikke aktuelt er tilbageholdt, og betingelserne for tilbageholdelse aktuelt er opfyldt (VEJ nr. 10 af 20/02/2008).

har haft brugere med tilbageholdelseskontrakter. Deres svar fremgår af tabel 5.15.

TABEL 5.15

Årsager til, at man ikke har anvendt tilbageholdelseskontrakter på døgnbehandlingssteder. Antal og procent.

	Antal	Procent
Vi ønsker ikke at anvende tilbageholdelseskontrakter, da det strider mod vores værdier	19	61
De fysiske rammer for at tilbageholde brugere er ikke til stede	5	16
De personalemæssige ressourcer til at tilbageholde brugere er ikke til stede	5	16
Ingen brugere har ønsket det	10	32
Andet	5	16
Ved ikke	3	10

Anm.: Tabellen er baseret på 31 besvarelser. Behandlingslederne har haft mulighed for flere svar, hvorfor antal ikke summer til 31, og procent ikke summer til 100.

Den hyppigste begrundelse for ikke at bruge tilbageholdelseskontrakter er, at det strider mod værdier på behandlingsstedet. Det gælder for 61 pct. af behandlingsstederne. På 32 pct. af behandlingsstederne har man heller ikke haft brugere, der ønskede det, og på 16 pct. af behandlingsstederne er de fysiske rammer og/eller de personalemæssige ressourcer til at tilbageholde brugere heller ikke til stede. 16 pct. af behandlingsstederne har andre begrundelser end de nævnte til, at man ikke har anvendt tilbageholdelseskontrakter. Andre begrundelser er bl.a., at man ikke har det fornødne kendskab til reglerne omkring det.

BEHANDLINGSSTEDERNES ORIENTERING I FORHOLD TIL SKADESREDUKTION OG STOFFRIHED

Begrebet skadesreduktion beskriver en tilgang til stofmisbrug, som sigter mod at reducere de sundhedsmæssige, sociale og økonomiske skader af misbrug uden at insistere på stoffrihed (jf. Riley et al., 1999). Begrebet

refererer både til konkrete og praktiske skadesreducerende tiltag såsom fixerum, undervisning i god fixeteknik, etablering af 'lavtærskeltilbud'²², sprøjtebytteordninger mv. og mere bredt til en tilgang og tankegang, som fokuserer på en reduktion af skader for både stofmisbrugeren selv og hans/hendes omgivelser frem for opnåelse af stoffrihed.

Tankerne omkring skadesreduktion har rødder årtier tilbage i behandlingssystemet. Sidst 1970'erne begyndte danske myndigheder at omtale en gruppe stofmisbrugere i behandlingssystemet, der ikke kunne blive stoffri. Målsætningen for disse brugeres behandling måtte være fysisk restaurering og en vis stabilisering (Kontaktudvalget, 1979, omtalt i Winsløv, 1984 og i Alkohol- og narkotikarådet, 1984).

I 1984 udkom en rapport fra Alkohol- og narkotikarådet med titlen "*At møde mennesket hvor det er ...*". Titlen var inspireret af den danske filosof Søren Kierkegaard, og formuleringen bruges stadig i dag på nogle behandlingssteder og i behandlingssystemet. Rapporten tillægges til tider en helt paradigmatisk betydning (fx Houborg, 2006). Begrebet skadesreduktion bruges ikke i rapporten, men det skadesreducerende princip beskrives. Rådet skriver fx:

Misbrugere, der ikke umiddelbart føler behov for ophør med misbruget – eller som ikke er i stand hertil på et givet tidspunkt – bør ikke falde uden for behandlingssystemets hjælpemuligheder. Behandlingstilbudene skal derfor ikke ensidigt sigte på at "helbrede" misbruget, men også kunne tilbyde rehabiliterende foranstaltninger, mens misbruget pågår. (Alkohol- og narkotikarådet, 1984: 188)

Rådet anbefaler, at man "opgiver det hidtidige krav om stoffrihed som en betingelse for hjælp" og i stedet arbejder med "graderede målsætninger" for behandlingen (ibid. 196). Både principper og formuleringer fra 1984-rapporten kan genfindes i dagens danske narkotikapolitik og stofmisbrugsbehandling. Graderede mål er fx en formulering, man kan genfinde i regeringens seneste narkotikapolitiske handlingsplan. Regerin-

22. Lavtærskeltilbud er tilbud til udsatte grupper såsom stofmisbrugere, som stiller minimale krav i forhold til brugere. Man søger at gøre tilbuddet meget tilgængeligt ("sænke tærsklen til tilbuddet"). Det kan fx være varmestuer, hvor eneste krav til brugerne er, at de ikke er voldelige eller sælger stoffer og hælervarer, mens der ikke er noget krav om, at man skal være i stand til og ønske at indgå i behandlingssamtaler, eller at man ikke må bruge stoffer på stedet.

gens nuværende handlingsplan slår også fast, at skadesreduktion er og bliver en integreret del af dansk stofmisbrugsbehandling (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003: Præmis 11 + 81). Forskellige former for skadesreducerende tiltag er endvidere indført i en lang række europæiske lande (Asmussen & Dahl, 2002; Laursen, 1995; Marlatt 1996; Tammi, 2004; O'Hare, 1992).

I surveyen har vi søgt at afklare, hvor meget orienteringen mod skadesreduktion faktisk fylder i det danske behandlingslandskab. Ledere fra 109 behandlingssteder har svaret på følgende: "Skadesreduktion kan defineres som en tilgang, hvor man søger at reducere sociale, psykiske og fysiske skader af misbrug uden at sigte på stoffrihed. Ud fra denne definition, i hvor høj grad vil du da beskrive dette steds behandlingstilbud som skadesreduktion?" Svarene fremgår af tabel 5.16.

TABEL 5.16

Behandlingsledernes angivelse af, i hvilken grad tilbuddene på deres behandlingssted kan beskrives som skadesreduktion. Antal og procent.

	Antal	Procent
I høj grad	30	28
I nogen grad	30	28
I mindre grad	28	26
Slet ikke	20	18
Ved ikke	1	1
I alt	109	100

Behandlingsstederne fordeler sig bredt på skalaen for orientering mod skadesreduktion. Der er 28 pct. i den ene ende, som i høj grad vil beskrive deres behandlingstilbud som skadesreduktion, og 18 pct. i den anden ende af skalaen, som slet ikke vil beskrive deres behandlingstilbud som skadesreduktion.

Man skal være opmærksom på, at nogle behandlingssteder indeholder flere afdelinger eller tilbud, som måske er direkte modsatrettede i forhold til skadesreduktion. Det kan fx være en døgninstitution, der som hovedregel er orienteret mod stoffrihed, men som har en lille afdeling for svært belastede stofmisbrugere, som i høj grad er et skadesreduktionstilbud. Her er svaret baseret på en vurdering og afvejning af tyngden i det samlede tilbud.

Vi har også søgt at kortlægge orienteringen mod skadesreduktion via nogle spørgsmål til praksis og forestillinger, som typisk forbindes med skadesreduktion (se Andersen & Järvinen, 2006; Andersen, 2007; Järvinen, 2008; Andersen & Järvinen, 2009). Når det gælder praksis, så er skadesreduktion forbundet med en skepsis over for sanktioner over for misbrug, og urinprøver er ikke noget, der typisk forbindes med skadesreduktionstilbud. I en evaluering af substitutionsbehandling (metadonprojektet ved Center for Rusmiddelforskning) forklarede behandlere i en kvalitativ interviewundersøgelse, at sidemisbrug er en del af brugernes 'livsverden'. Hvis behandleren skal have mulighed for at opbygge en god, tillidsfuld relation til brugeren, så skal brugeren kunne tale åbent om sidemisbrug uden at frygte for sanktioner. Urinkontrol forekom slet ikke i de fire evaluerede projekter (Asmussen & Kolind, 2005).

Behandlingsstederne kan møde krav om urinprøvekontrol i forbindelse med vilkår fra Kriminalforsorgen eller i forbindelse med børnesager, hvor det ikke er behandlingssteder, der som sådan beslutter sig for at benytte urinprøvekontrol. Vi har ønsket at afdække, om behandlingsstedet på eget initiativ tager urinprøver og har derfor formuleret spørgsmålet således: "Tager behandlingsstedet urinprøver af brugere ud over, hvad der er påkrævet af Kriminalforsorgen eller andre eksterne myndigheder?" I tabel 5.17 fremgår svarene på spørgsmålet.

TABEL 5.17

Behandlingsstedernes brug af urinprøver. Antal og procent af henholdsvis behandlingssteder og brugere.

	Antal behandlingssteder	Procent af behandlingsstederne	Antal brugere	Procent brugere
Ja	73	66	5598	65
Nej	36	33	2995	35
Ved ikke	1	1	40	0
I alt	110	100	8633	100

Anm.: I udregningen af antal og procent brugere indgår oplysninger fra 108 behandlingssteder. To behandlingssteder har ikke oplyst antal brugere.

To ud af tre behandlingssteder bruger urinprøver. Disse behandlingssteder har tilsvarende to ud af tre brugere indskrevet. Tallet kan synes overraskende højt, eftersom der har været et indtryk i forskningslitteraturen

på området af, at brugen af urinkontrol som led i substitutionsbehandling har været aftagende i Danmark (fx Ege, 2003). Urinprøver er ikke kun blevet kritiseret for at skabe en barriere for den gode, tillidsfulde behandler-bruger relation, men også for at være dyre, upålidelige og ubehagelige for både brugere og behandlere, ligesom der er blevet sat spørgsmålstegn ved, om de overhovedet har en positiv effekt (Jöhncke, 1997; Pedersen, 2001, 2005; Ege, 2003; Asmussen & Kolind, 2005).

Brugen af urinprøver i forbindelse med substitutionsbehandling er ikke noget, der registreres af Sundhedsstyrelsen, og de kender heller ikke til, at det registreres andre steder (korrespondance mellem SFI og Sundhedsstyrelsen, juni 2008). Det er derfor svært at vurdere, om tallet virkelig er overraskende højt. Tallet siger naturligvis heller ikke noget i sig selv om, hvorvidt der er sket en reduktion af urinkontroller, eftersom det er et tværsnit. Tallet kan tidligere have været endnu højere. Ligeledes kan man heller ikke ud fra besvarelserne sige, om der har fundet en reduktion sted i anvendelsen af urinprøver på det enkelte behandlingssted, eftersom behandlingsstederne ikke er blevet spurgt, hvor hyppigt de anvender urinprøver, kun om de gør det.

En anden praksis, der forbindes med skadesreduktion, er, at reaktionen på sidemisbrug blandt brugere i substitutionsbehandling ikke er ned- eller udtrapning. Snarere er en af de skadesreducerende strategier, at man kan søge at optrappe substitutionsmedicinen og give mere eller anden støtte medicin ud fra et håb om, at det reducerer sidemisbruget (jf. Andersen & Järvinen, 2009). Behandlingsstederne er blevet spurgt om, hvad deres typiske reaktion på sidemisbrug blandt modtagere af substitutionsmedicin er. De 74 behandlingssteder med brugere i substitutionsbehandling har haft mulighed for at give flere svar. Besvarelserne fremgår af tabel 5.18.

TABEL 5.18

Behandlingsstedernes typiske reaktion på sidemisbrug blandt modtagere af substitutionsmedicin. Antal og procent.

	Antal	Procent
Ingen reaktion	5	7
Udtrappe brugeren af substitutions medicin og/eller anden medicin	2	3
Nedtrappe brugeren af substitutionsmedicin og/eller anden medicin	1	1
Give advarsel om ud- eller nedtrapping af substitutionsmedicin og/eller anden Medicin	8	11
Benytte andre sanktionsmidler (fx udelukkelse fra fælles aktiviteter)	3	4
Optrappe substitutionsmedicin og/eller anden medicin	37	50
Indkalde brugeren til ekstra samtaler om sidemisbrug	58	78
Ved ikke	2	3

Anm.: Tabellen er baseret på 74 besvarelser. Behandlingslederne har haft mulighed for flere svar, hvorfor antal ikke summer til 74, og procent ikke summer til 100.

Som det fremgår af tabel 5.18, er det kun en mindre del af behandlingssteder med brugere i substitutionsbehandling, som benytter sanktionsmidler eller giver advarsler herom som reaktion på sidemisbrug. Den hyppigst forekommende reaktion er at indkalde brugeren til ekstra samtaler. Det bliver gjort på 78 pct. af behandlingsstederne med brugere i substitutionsbehandling ifølge lederne. På 50 pct. af behandlingsstederne optrapper man brugeres substitutionsmedicin og/eller anden medicin som følge af sidemisbrug. Behandlingslederen på et privat, ambulans behandlingssted uddyber med følgende kommentar, som er typisk for beskrivelsen af behandlingsstedernes reaktion på sidemisbrug:

Vi bruger ikke sanktioner, men tilbyder samtaler om, hvordan vi kan hjælpe pågældende, hvis de ønsker hjælp til at trappe ud af sidemisbruget. Dette kan både ske ved hyppigere afhentning af

medicin, midlertidig stigning i substitutionsmedicinen eller på anden vis. Hvis pågældende ønsker at bevare sidemisbruget, søger vi at motivere til en anden holdning, men benytter ingen sanktioner.

Der er dog en mindre del af behandlingsstederne, som angiver andre sanktionsmidler. Det er primært på døgninstitutioner og kan være udskrivning/udsmidning eller begrænsning af kontaktflade ud af huset. Endelig er der også kommentarer, som viser, at der differentieres mellem forskellige former for sidemisbrug. Eksempelvis angiver behandlingslederen af et offentligt, ambulans behandlingssted, at: ”Hovedfokus i substitutionsbehandlingen er at mindske det intravenøse misbrug.” Intravenøst misbrug vil sige, at stoffet indsprøjtes i en vene, dvs. direkte i blodet. Intravenøst indtag vurderes at være den mest risikable måde at indtage et stof på, idet det bl.a. øger risiko for overførsel af sygdomme som HIV og Hepatitis C samt overdosis og giver risiko for ’fixeskader’ i form af bylder eller i værste fald infektioner, som kan føre til amputationer. I sammenligning med intravenøs indtagelse vurderes det mindre risikabelt at ryge stoffet eller indtage det som piller eller mikstur via munden. For misbrugeren kan intravenøst misbrug være attraktivt, fordi virkningen opleves hurtigere og kraftigere.

Når det gælder forestillinger, har vi bedt behandlingslederne om at forholde sig til en række udsagn, som enten er forestillinger, der orienterer sig mod skadesreduktion eller stoffrihed. Forestillingen om heroinmisbrug som en kronisk tilstand er eksempelvis ofte forbundet med skadesreduktion (Järvinen & Andersen, 2009). I surveyen er behandlingslederne blevet spurgt om, hvor enige eller uenige de er i et udsagn om, at heroinafhængighed i de fleste tilfælde er en ’uhelbredelig’ tilstand. Behandlingsledernes svar fremgår af tabel 5.19.

Som det fremgår bliver forestillingen om, at heroinafhængighed i de fleste tilfælde er en ’uhelbredelig’ tilstand, afvist af de fleste af behandlingslederne. Godt halvdelen er ’helt uenige’, mens knap hver tredje er ’overvejende uenige’. Direkte adspurgt har denne forestilling altså ikke meget udbredelse i det danske behandlingssystem ifølge behandlingslederne.

TABEL 5.19

Behandlingsledernes angivelse af, i hvilken grad de er enige i, at heroinafhængighed i de fleste tilfælde er en 'uhelbredelig' tilstand. Antal og procent.

	Antal	Procent
Helt enig	2	2
Overvejende enig	4	4
Hverken enig eller uenig	12	11
Overvejende uenig	31	29
Helt uenig	57	53
Ved ikke	2	2
I alt	108	100

En anden forestilling, som kan knyttes til orientering mod skadesreduktion, er, at stoffri døgnbehandling ofte skader fysisk og psykisk svage brugere (Andersen & Järvinen, 2009; Andersen, 2007). Behandlingslederne er blevet spurgt om, hvordan de forholder sig til det udsagn, og deres svar fremgår af tabel 5.20.

TABEL 5.20

Behandlingsledernes angivelse af, i hvilken grad de er enige i, at stoffri døgnbehandling ofte skader fysisk og psykisk svage brugere. Antal og procent.

	Antal	Procent
Helt enig	0	0
Overvejende enig	10	9
Hverken enig eller uenig	23	21
Overvejende uenig	24	22
Helt uenig	41	38
Ved ikke	10	9
I alt	108	100

Heller ikke denne forestilling har bred opbakning, hvis man spørger behandlingslederne. 9 pct. er 'overvejende enig', 21 pct. er 'hverken enig eller uenig', mens 60 pct. er 'overvejende uenig' eller 'helt uenig'.

Vi har også bedt behandlingslederne forholde sig til to udsagn, som orienterer sig mod stoffrihed. For det første har vi spurgt, hvor enige eller uenige de er i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling. Deres svar fremgår af tabel 5.21.

TABEL 5.21

Behandlingsledernes angivelse af, i hvilken grad de er enige i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling. Antal og procent.

	Antal	Procent
Helt enig	14	13
Overvejende enig	24	22
Hverken enig eller uenig	12	11
Overvejende uenig	25	23
Helt uenig	33	31
I alt	108	100

Dette udsagn giver større spredning i behandlingsledernes svar og viser derfor noget mere om deres orientering i forhold til skadesreduktion og stoffrihed end de foregående to udsagn. 35 pct. er 'helt' eller 'overvejende enige' i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling, mens 54 pct. er 'overvejende' eller 'helt uenige'. 11 pct. er 'hverken enige eller uenige', og ingen behandlingsledere har ikke vidst, hvad de skulle svare. Den større spredning giver mulighed for at se, om der er en sammenhæng mellem orientering mod skadesreduktion og holdning til, om stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling. Tabel 5.22 viser sammenhængen.

Som det fremgår, er de fleste (78 pct.) behandlingsledere enige i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere, er fra behandlingssteder, som i mindre grad eller slet ikke kan beskrives som skadesreduktionstilbud. Omvendt er de fleste (76 pct.) af de behandlingsledere, som er *u*enige i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere, fra behandlingssteder, der i høj eller nogen grad kan beskrives som skadesreduktionstilbud. Det vil sige, at hvis et behandlingssted er orienteret mod skadesreduktion, er det mindre sandsynligt, at behandlingslederen det pågældende sted mener, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere i behandling.

TABEL 5.22

Sammenhængen mellem behandlingsstedernes orientering mod skadesreduktion og lederens holdning til stoffrihed som målsætning for alle brugere. Procent og antal.

	Skadesreduktion i høj eller nogen grad	Skadesreduktion i mindre grad eller slet ikke	Total, pct.	Total, antal
Helt eller overvejende enig i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere i behandling	22	78	100	37
Hverken enig eller uenig i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere i behandling	67	33	100	12
Helt eller overvejende uenig i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere i behandling	76	24	100	58
Total	56	44	100	107

Anm.: $\chi^2 = 27,6$, $P = 0,000$.

Behandlingslederne er også blevet spurgt, om de tror, at alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige tilbud. Deres svar fremgår af tabel 5.23.

TABEL 5.23

Behandlingsledernes angivelse af, i hvilken grad de er enige i, at alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud. Antal og procent.

	Antal	Procent
Helt enig	17	16
Overvejende enig	35	32
Hverken enig eller uenig	25	23
Overvejende uenig	23	21
Helt uenig	7	7
Ved ikke	1	1
I alt	108	100

Svarene på dette spørgsmål viser også en vis spredning i forestillingerne. 48 pct. er 'helt enige' eller 'overvejende enige' i, at alle eller de fleste misbrugere godt kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud,

mens 28 pct. er 'overvejende uenige' eller 'helt uenige'. Sammenhængen mellem denne forestilling og orientering mod skadesreduktion fremgår af tabel 5.24.

TABEL 5.24

Sammenhængen mellem behandlingsstedernes orientering mod skadesreduktion og lederens forestilling om, hvorvidt alle kan blive stoffri. Procent og antal.

	Skades- reduktion i høj eller nogen grad	Skades- reduktion i mindre grad eller slet ikke	I alt procent	I alt antal
Helt eller overvejende enig i, at alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud	39	61	100	51
Hverken enig eller uenig i, at alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud	64	36	100	25
Helt eller overvejende uenig i, at alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud	77	23	100	30
Total	56	44	100	106

Anm.: $\chi^2 = 11,7$, $P = 0,003$.

De fleste (61 pct.) af de behandlingsledere, som er enige i, at alle misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud, er fra behandlingssteder, der i mindre grad eller slet ikke kan beskrives som skadesreduktionstilbud. Omvendt er de fleste (77 pct.) af de behandlingsledere, som er uenige i, at alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud, fra behandlingssteder, der i høj eller nogen grad kan beskrives som skadesreduktionstilbud. Det vil sige, at hvis et behandlingssted er orienteret mod skadesreduktion, er det mindre sandsynligt, at behandlingslederen det pågældende sted mener, at alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud.

Opsummerende er orienteringen mod skadesreduktion eller stoffrihed ikke ensartet i det danske behandlingssystem. Der er behand-

lingssteder, som i høj grad vil definere sig selv som skadesreduktion, og der er behandlingssteder, som slet ikke vil definere sig selv som skadesreduktion. De fleste behandlingssteder, 2 ud af 3, tager urinprøver, mens de færreste, omkring 1 ud af 10, giver sanktioner eller advarsler om sanktioner i tilfælde af sidemisbrug blandt substitutionsmodtagere. Behandlingslederne afviser over en bred kam forestillinger om, at heroinafhængighed er en 'uhelbredelig' tilstand, samt at stoffri døgntilbud ofte skader psykisk og fysisk svage brugere, mens der er forskellige holdninger til, om stoffrihed bør være målsætning for *alle* misbrugere i behandling, og om alle misbrugere *kan* blive stoffri, hvis de får det rigtige tilbud. Forestillingerne om, hvorvidt misbrugere kan blive stoffri, og hvorvidt stoffrihed skal være målsætningen for alle brugere, hænger sammen med, i hvilken udstrækning behandlingsstedet er orienteret mod skadesreduktion, således at behandlingsledere på skadesreduktionstilbud oftere er uenige i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere, og at alle misbrugere kan blive stoffri.

HVILKE BEHANDLINGSSTEDER ER ORIENTEREDE MOD SKADESREDUKTION?

I dette afsnit vil vi se på, hvad der karakteriserer behandlingssteder, som er orienterede mod skadesreduktion. Det første, vi skal se på, er, hvorvidt skadesreduktionstilbuddene primært er ambulante eller døgntilbud. Det illustrerer tabel 5.25.

Tabellen viser, at 71 pct. af de ambulante behandlingstilbud 'i høj grad' eller 'i nogen grad' karakteriserer sig som orienteret mod skadesreduktion, mens det kun gælder 21 pct. af døgntilbudene. Skadesreduktionstilbud på døgntilbudstederne bliver ofte omtalt som omsorgsophold, hvor formålet er, at brugerne kommer for at få ro, pleje og måske blive 'fedet op'. Det adskiller sig fra døgntilbud, hvor formålet er stoffrihed. Nogle døgntilbudsteder har begge slags grupper, mens andre kun har enten brugere i omsorgsophold eller brugere, der har en målsætning om stoffrihed. Det samme gør sig gældende i de ambulante behandlingstilbud: Nogle steder er specialiserede skadesreduktionstilbud, andre har både skadesreduktionstilbud og tilbud orienteret mod stoffrihed.

TABEL 5.25

Sammenhængen mellem behandlingsstedernes orientering mod skadesreduktion og deres behandlingsform. Procent og antal.

	Skadesreduktion i høj eller nogen grad	Skadesreduktion i mindre grad eller slet ikke	I alt procent	I alt antal
Ambulante behandlingstilbud	71	29	100	75
Døgnbehandlingstilbud	21	79	100	33 ¹
I alt	56	44	100	108

1: 7 af de 33 døgnbehandlingssteder har et ambulante behandlingstilbud ved siden af deres døgnbehandling. Det kan fx være et ambulante behandlingstilbud i forbindelse med afslutning/udslusning efter et døgnophold.

Anm.: $\chi^2 = 22,7$, $P = 0,000$.

I tabel 5.26 undersøger vi sammenhængen mellem behandlingsstedernes ejerform og deres orientering mod stoffrihed.

TABEL 5.26

Sammenhængen mellem behandlingsstedernes orientering mod skadesreduktion og deres ejerform. Procent og antal.

	Skadesreduktion i høj eller nogen grad	Skadesreduktion i mindre grad eller Slet ikke	I alt procent	I alt antal
Offentlige behandlingstilbud	73	27	100	75
Private behandlingstilbud	15	85	100	33
I alt	56	44	100	108

Anm.: $\chi^2 = 31,4$, $P = 0,000$.

Det fremgår af tabel 5.26, at de offentlige tilbud langt hyppigere end de private er orienterede mod skadesreduktion 'i høj grad' eller 'i nogen

grad'. Blandt de offentlige tilbud er det 73 pct., mens det er 15 pct. af de private.

Når vi ser på sammenhængen mellem ejerform og behandlingsform, skal vi i øvrigt huske på, at kombinationen offentlig og ambulante samt døgn- og privatbehandling er de hyppigst forekommende i det danske behandlingssystem. Af de offentlige behandlingssteder er kun 10 pct. døgntilbud, mens det gælder hele 77 pct. af de private behandlingstilbud.

I tabel 5.27 ser vi på sammenhængen mellem behandlingsstedernes orientering mod skadesreduktion og stedernes størrelse.

TABEL 5.27

Sammenhængen mellem behandlingsstedernes orientering mod skadesreduktion og deres størrelse. Procent og antal.

	Skadesreduktion i høj eller nogen grad	Skadesreduktion i mindre grad eller slet ikke	I alt procent	I alt antal
0-19 brugere	26	74	100	31
20-39 brugere	44	56	100	16
40-59 brugere	40	60	100	15
60-119 brugere	79	21	100	14
120 el.fl. brugere	88	13	100	32
I alt	56	44	100	108

Anm.: $\chi^2 = 29,7$, $P = 0,000$.

Tabel 5.27 viser, at jo større behandlingsstedet er, jo større er sandsynligheden for, at det 'i høj grad' eller 'i nogen grad' kan beskrives som et skadesreduktionstilbud. Blandt de mindste behandlingssteder med 0-19 brugere er kun 26 pct. orienteret mod skadesreduktion 'i høj grad' eller 'i nogen grad', mens det er 88 pct. blandt de største behandlingssteder med 120 brugere eller flere.

Behandlingsstedernes størrelser optræder også i bestemte kombinationer med ejer- og behandlingsform. Store behandlingssteder er oftest ambulante tilbud og offentligt ejede, mens de mindre ofte er døgnbehandlingssteder og privatejede. I gruppen af de mindste behandlingssteder (0-19 brugere) er 75 pct. døgnsteder, og 69 pct. er private behandlingssteder. I gruppen af de største behandlingssteder (120 brugere eller flere) er 95 pct. ambulante behandlingssteder og 97 pct. offentligt ejede.

I næste tabel ser vi på sammenhængen mellem orienteringen mod skadesreduktion og andelen af brugere på behandlingsstedet, der får den lavest mulige intensitet, nemlig ad hoc-ydelser. Som det fremgik af forrige kapitel, vil ad hoc-intensitet sige, at brugeren modtager en ydelse (såsom samtale eller gruppebehandling) sjældnere end hver 14. dag. Sammenhængen fremgår af tabel 5.28.

TABEL 5.28

Sammenhængen mellem behandlingsstedernes orientering mod skadesreduktion og andelen af deres brugere i ad hoc-intensitet. Procent og antal.

	Skadesreduktion i høj eller nogen grad	Skadesreduktion i mindre grad eller slet ikke	I alt procent	I alt antal
0 pct. brugere i ad hoc	28	72	100	46
1-24 pct. brugere i ad hoc	69	31	100	26
25-100 pct. brugere i ad hoc	82	18	100	28
I alt	54	46	100	100

Anm.: $\chi^2 = 23,6$, $P = 0,000$.

Tabel 5.28 viser, at blandt behandlingssteder, der ikke har brugere i den laveste form for behandlingsintensitet, dvs. ad hoc, er der kun 28 pct., som 'i høj grad' eller 'i nogen grad' kan beskrives som et skadesreduktionstilbud, mens det er 82 pct. blandt de behandlingssteder, hvor det er hver fjerde bruger eller mere, der får den laveste behandlingsintensitet. Det betyder, at behandlingsintensiteten ser ud til at være lavere på de behandlingssteder, der 'i høj grad' eller 'i nogen grad' kan beskrives som skadesreduktionstilbud, end på de behandlingssteder, der 'i mindre grad' eller 'slet ikke' kan beskrives som skadesreduktion.

I tabel 5.29 ser vi på, om der er en sammenhæng mellem orientering mod skadesreduktion og behandlingsstedets bruger-behandler ratio.

TABEL 5.29

Sammenhængen mellem behandlingsstedernes orientering mod skadesreduktion og deres bruger-behandler ratio. Procent og antal.

	Skadesreduktion i høj eller nogen grad	Skadesreduktion i mindre grad eller slet ikke	I alt procent	I alt antal
0-2,99 brugere pr. behandler	29	71	100	24
3-9,99 brugere pr. behandler	53	47	100	34
10-14,99 brugere pr. behandler	58	42	100	19
15 eller flere brugere pr. behandler	89	11	100	19
I alt	55	45	100	96

Anm.: $\chi^2 = 15,7$ P = 0,001.

Tabel 5.29 viser, at jo færre brugere, der er pr. behandler, jo mindre sandsynligt er det, at behandlingstilbuddet er et skadesreduktionstilbud. Og omvendt: Jo flere brugere, der er pr. behandler, jo større er sandsynligheden for, at der er tale om et skadesreduktionstilbud. Blandt de behandlingssteder, der har 15 eller flere brugere pr. behandler, kan 89 pct. 'i høj grad' eller 'i nogen grad' beskrives som skadesreduktion, mens det samme kun gør sig gældende for 29 pct. af de behandlingssteder, hvor der er mindre end tre brugere pr. behandler.

Opsummerende er skadesreduktionstilbud oftest ambulante, offentlige behandlingssteder med et stort antal brugere, hvoraf en relativt stor andel får en lav behandlingsintensitet (ad hoc-ydelser) og hvor der er relativt mange brugere pr. behandler.

HVILKE BEHANDLINGSSTEDER HAR BRUGERE MED MÅLSÆTNINGER OM STOFFRIHED?

I dette afsnit skal vi fokusere på de brugere, der har stoffrihed som målsætning. Er de koncentreret på nogle bestemte behandlingssteder?

For det første kan man formode, at der er flere brugere med en målsætning om stoffrihed i døgnbehandling end i ambulante behandling. Den sammenhæng undersøger vi i tabel 5.30.

TABEL 5.30

Sammenhængen mellem andel brugere med stoffrihed som målsætning og behandlingsform i henholdsvis ambulant og døgnbehandling. Procent og antal.

	Under halvdelen af brugerne har en målsætning om stoffrihed	Halvdelen af brugerne eller flere har en målsætning om stoffrihed	I alt procent	I alt antal
Ambulant Behandling	41	59	100	64
Døgnbehandling	7	93	100	28
I alt	30	70	100	92

Note: Syv af de 33 døgnbehandlingssteder har et ambulant behandlingstilbud ved siden af deres døgnbehandling. Det kan fx være et ambulant behandlingstilbud i forbindelse med afslutning/udslusning efter et døgnophold.

Anm.: $\chi^2 = 10,3$, $P = 0,001$.

Tabel 5.30 viser, at der på 93 pct. af døgnbehandlingsstederne er flest brugere med en målsætning om stoffrihed, mens det kun gør sig gældende på 59 pct. af de ambulante behandlingssteder. Der er således flere døgnsteder end ambulante behandlingssteder med en overvægt af brugere med målsætninger om stoffrihed.

Hvordan ser det ud, hvis vi skelner mellem offentlige og private behandlingssteder? Det fremgår af tabel 5.31.

TABEL 5.31

Sammenhængen mellem andel brugere med stoffrihed som målsætning og behandlingsstedernes ejerform. Procent og antal.

	Under halvdelen af brugerne har en målsætning om stoffrihed	Halvdelen eller flere har en målsætning om stoffrihed	I alt procent	I alt antal
Offentligt Behandlingssted	40	60	100	65
Privat Behandlingssted	7	93	100	27
I alt	30	70	100	92

Anm.: $\chi^2 = 9,6$, $P = 0,002$.

På næsten alle de private behandlingssteder (93 pct.) har halvdelen eller flere af brugerne en målsætning om stoffrihed, mens det samme kun gør sig gældende på 6 ud af de 10 offentlige behandlingssteder.²³

Tabel 5.32 handler om sammenhængen mellem andelen af brugere med en målsætning om stoffrihed og behandlingsstedets størrelse.

TABEL 5.32

Sammenhængen mellem andel brugere med stoffrihed som målsætning og behandlingsstedernes størrelse. Procent og antal.

	Under halvdelen af brugerne har en målsætning om stoffrihed	Halvdelen af brugerne eller flere har en målsætning om stoffrihed	I alt procent	I alt antal
0-19 brugere	7	93	100	27
20-39 brugere	27	73	100	15
40-59 brugere	29	71	100	14
60-119 brugere	38	62	100	13
120 el.fl. brugere	57	43	100	23
I alt	30	70	100	92

Anm.: $\chi^2 = 14,7$, $P = 0,005$ - Der er tre celler (30 pct.) med et forventet antal under fem (Mindste forventede antal er 3,96). Det betyder, at er knytter en vis usikkerhed til signifikansen.

Som det fremgår, falder andelen af behandlingssteder, hvor halvdelen eller flere brugere har en målsætning om stoffrihed, efterhånden som behandlingsstederne bliver større. Eller sagt på en anden måde: Jo større behandlingssteder, jo lavere sandsynlighed for en overvægt af brugere med en målsætning om stoffrihed.²⁴

Hvordan hænger andelen af brugere med stoffrihed som målsætning sammen med behandlingsstedernes behandlingsintensitet? I tabel 5.33 er behandlingsstedernes behandlingsintensitet udtrykt ved

23. Man skal her igen være opmærksom på, at bestemte kombinationer af ejer- og behandlingsform er dominerende i det danske behandlingssystem. Offentlige behandlingstilbud er oftest ambulante, mens private behandlingssteder oftest tilbyder døgnbehandling.

24. Her skal man være opmærksom på, at store behandlingssteder oftest er offentlige og tilbyder ambulante behandling.

deres andel af brugere i ad hoc-intensitet. Sammenhængen fremgår af tabel 5.33.

TABEL 5.33

Sammenhængen mellem andel brugere med stoffrihed som målsætning og behandlingsstedernes andel brugere i ad hoc-intensitet. Procent og antal.

	Under halvdelen af brugere har en målsætning om stoffrihed	Halvdelen eller flere har en målsætning om stoffrihed	I alt procent	I alt antal
Ingen brugere i ad hoc	15	85	100	40
1-24 pct. brugere i ad hoc	40	60	100	25
25-100 pct. brugere i ad hoc	55	45	100	20
I alt	32	68	100	85

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

Tabel 5.33 viser, at der oftere er en overvægt af brugere med en målsætning om stoffrihed på behandlingssteder med højere intensitet end på behandlingssteder med lavere intensitet. Blandt behandlingssteder, hvor man slet ikke har brugere i ad hoc-intensitet, dvs. alle brugere får behandling af højere intensitet end ad hoc, har 85 pct. af behandlingsstederne en overvægt af brugere med målsætning om stoffrihed. Blandt behandlingssteder, hvor det er 1-24 pct. af brugerne, der får den lavest mulige intensitet, er der en overvægt af brugere med målsætning om stoffrihed på 60 pct. af behandlingsstederne, og på behandlingssteder, hvor det er 25-100 pct. af brugerne, der får den lavest mulige intensitet, er der en overvægt af brugere med målsætning om stoffrihed på 45 pct. af behandlingsstederne.

Opsummerende er der flere brugere med stoffrihed som målsætning på de private behandlingssteder end på de offentligt ejede, flere brugere med stoffrihed som målsætning på døgnbehandlingsstederne end på de ambulante behandlingssteder, flere brugere med stoffrihed som målsætning på de små behandlingssteder end på de store og endelig flere brugere med stoffrihed som målsætning på behandlingsstederne med høj intensitet end på dem med lav intensitet.

EFTERBEHANDLING, UDSLUSNING, TILBAGEFALD OG UDSKRIVNING

Et forhold, der hyppigt blev understreget i de kvalitative interview, er, at opnåelse af stoffrihed sjældent er den største udfordring. Det er derimod perioden, der kommer efter opnåelse af stoffrihed. Behandlingslederen på et privat, ambulante behandlingssted siger fx:

Det er 'let nok' at få folk stoffri. Det er bagefter arbejdet begynder, når de skal ind og forholde sig til det, at de har brugt stoffer. Genetableringsdelen er noget af det vigtigste i hele misbrugsbehandlingen.

Der er også en del af de interviewede behandlingsledere, som mener, at efterbehandlingen i nogle kommuner har været (for) lavt prioriteret. Behandlingslederen på et privat, ambulante behandlingssted siger fx:

De fleste kan godt forblive stoffri, mens de er i behandling. Det er sværere, når vi slipper dem, og derfor er efterbehandling så super, super vigtigt. Og efterbehandling er bare i rigtigt mange år sat på lav-prioritet i det her felt.

Hvis man ser på surveyen, oplyser 74 af 110 behandlingssteder (svarende til 67 pct.), at de tilbyder en eller anden form for efterbehandling. Efterbehandlingstilbud ser ud til at findes lige hyppigt på forskellige typer behandlingssteder. Der er hverken en overrepræsentation af ambulante eller døgnbehandlingssteder, offentlige eller private, store eller små eller skadesreduktionsorienterede eller ikke-skadesreduktionsorienterede i gruppen af behandlingssteder med efterbehandlingstilbud. Sagt på en anden måde: Gruppen af behandlingssteder med efterbehandlingstilbud ligner gruppen af behandlingssteder uden efterbehandlingstilbud mht. behandlingstype, ejerform og størrelse.

I tabel 5.34 og tabel 5.35 er der oversigter over, hvilke tilbud (behandlingstilbud såvel som andre typer tilbud) behandlingslederne oplyser, at behandlingsstedet bruger til at støtte brugere i overgangen fra behandlingens afslutning, og til brugeren kan klare sig selv. Tabel 5.34 angår de ambulante behandlingssteder.

TABEL 5.34

De ambulante behandlingssteders tilbud til at støtte brugere i overgangen fra behandlingens afslutning, og til brugeren kan klare sig selv. Antal og procent.

	Antal	Procent
Halvvejshuse (§ 107 boformer el.lign.)	37	49
Individuelle opfølgingsmøder minimum hver 3. måned	30	40
Individuelle opfølgingsmøder sjældnere end hver 3. måned	7	9
Gruppebehandling	29	39
Selvhjælpsgrupper i behandlingsstedets regi	9	12
Henvi sning til NA el.lign. selvhjælpsgrupper	47	63
Henvi sning til væresteder	28	37
Koordinerende møder i forbindelse med kommunale indsatser (fx beskæftigelse)	48	64
Udgående/opsøgende social støtte (fx bostøtte)	20	27

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 75 ambulante behandlingssteder. Behandlingslederne har haft mulighed for at svare, at behandlingsstedet bruger flere forskellige tilbud, hvorfor antallet ikke summer til 75, og procenterne ikke summer til 100.

De hyppigst anvendte tilbud er dels koordinerende møder med andre kommunale indsatser, såsom beskæftigelse, dels henvisning til NA²⁵ eller lignende selvhjælpsgrupper. De tilbud anvendes af henholdsvis 64 og 63 pct. af de ambulante behandlingssteder. 49 pct. af de ambulante behandlingssteder oplyser, at de bruger halvvejshuse i et eller andet omfang. Kun 27 pct. tilbyder udgående/opsøgende social støtte, såsom bostøtte. I surveyen har nogle ambulante behandlingsledere noteret andre tilbud, der anvendes som støtte, fx telefonopkald eller stoffri cafétilbud.

Når det gælder døgnbehandlingsstedernes brug af forskellige tilbud, vil det ofte ske i samarbejde med et ambulante behandlingssted, fordi koordination af udslusning samt visitationskompetence typisk ligger i ambulante regi. Det kan fx ske ved, at døgnbehandlingsstederne søger om ophold på halvvejshuse i brugerens hjemkommune inden udskrivning, eller at døgnbehandlingsstedet i forbindelse med udskrivning koordinerer

25. NA er en forkortelse for Narcotics Anonymous, der er et selvhjælps fællesskab med rødder i Minnesota-bevægelsen, parallelt til AA, Anonyme alkoholikere. Se fx www.nadanmark.dk/

en tæt opfølgning bestående af individuelle samtaler og gruppebehandling sammen med hjemkommunen. Tabel 5.35 viser, hvilke tilbud døgnbehandlingsstederne anvender.

TABEL 5.35

Døgnbehandlingsstedernes tilbud til at støtte brugere i overgangen fra behandlingens afslutning, og til brugeren kan klare sig selv. Antal og procent.

	Antal	Procent
Halvvejshuse (§ 107 boformer el.lign.)	17	50
Individuelle opfølgningsmøder minimum hver 3. måned	5	15
Individuelle opfølgningsmøder sjældnere end hver 3. måned	1	3
Gruppebehandling	9	27
Selvhjælpsgrupper i behandlingsstedets regi	6	18
Henvisning til NA el.lign. selvhjælpsgrupper	17	50
Henvisning til væresteder	4	12
Koordinerende møder i forbindelse med kommunale indsatser (fx beskæftigelse)	17	50
Udgående/opsøgende social støtte (fx bostøtte)	8	24

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 34 døgnbehandlingssteder. Behandlingslederne har haft mulighed for at svare, at behandlingsstedet bruger flere forskellige tilbud, hvorfor antallet ikke summer til 34, og procenterne ikke summer til 100.

Halvdelen af døgnbehandlingsstederne bruger i et eller andet omfang halvvejshuse, henvisning til NA eller lignende selvhjælpsgrupper og koordinerende møder med kommunale indsatser, såsom beskæftigelse. I surveyen har nogle ambulante behandlingsledere noteret andre tilbud, som de bruger i forbindelse med udslusningen. Det kan fx være besøg, kursusdage på institutionen eller kortere ophold. En døgnbehandlingsleder skriver fx: ”De kan komme og opholde sig på institutionen uden beregning, hvis de har været stoffri i over 30 dage.”

I de kvalitative interview er der nøjere beskrivelser af, hvordan behandlingsstederne forsøger at støtte brugerne i den vanskelige overgang fra behandlingens afslutning, og til brugeren kan klare sig selv. Be-

handlingslederen på et offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted fortæller:

Man kan godt være stoffri og indskrevet i behandlingen. Vi har eksempler på nogen, som har været indskrevet i et til halvandet år, hvor de har været stoffri. Så er de jo kommet til støttende samtaler eller til efterbehandling for at blive støttet i fortsat at være stoffri. Det er jo nok der, det sværeste er. Mange af brugerne siger, at det ikke er nogen sag at blive stoffri, men det er det der med at forblive stoffri og det der med at skulle ud og fungere i den her verden, som de før har taget stor afstand fra og ikke har villet være en del af. Det er rigtigt svært. Så vi har efterbehandlingstilbud en gang om ugen. Det er meget møntet på dem, som kommer fra døgnbehandling; men vi optager også dem, som er nedtrappet ambulans, eller som kommer fra nogen af Kriminalforsorgens institutioner, og som har været stoffri dér i en periode og skal løslades nu og lige har brug for at blive hanket lidt op i og være sammen med nogle, som ligner dem selv.

Der er flere behandlingsledere, som fortæller, at de har gode erfaringer med lange udslusningsforløb. Behandlingslederen på et offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted fortæller, at han har gode erfaringer med udslusningsperioder på op til to år, hvor brugerne kommer til en times samtale med længere og længere intervaller imellem og samtidig tilbydes en 'hotline' i krisetider. Samtidig påpeger han, at det kræver et fleksibelt visitationssystem, bl.a. fordi brugere og behandlere skal turde slippe døgnbehandlingen og påbegynde en udslusningsperiode uden at frygte, at vejen tilbage til døgnbehandlingen er alt for lang og ufremkommelig, hvis der skulle komme et tilbagefald, som kræver døgnbehandling. Han siger:

Jeg er blevet meget restriktiv med at gå ind og give medarbejdere lov til at søge om forlængelse ude i 'døgn'[-behandling]. Jeg synes, der skal være nogle væsentlige argumenter for det, og det må ikke bare handle om bekvemmelighed. Fordi det med at blive udsluset til den virkelige verden, det er altså en del af træningen. Jeg kan godt forstå, at brugeren siger: "Jeg vil fandeme ikke ud, for hvis det nu går galt, så kommer jeg ikke i behandling

igen”, hvis de har oplevet at være otte måneder om at komme i behandling. Det er jo også der, fejlen er. Vi kan ikke træne fastholdelse af stoffrihed inde i glaskuglen. Vi er nødt til at have dem ud og få sår på knæene og skrammer på albuerne, og så må vi lave et system, der samler dem op.

Visitationssystemet i dag er ikke nødvendigvis så hurtigt og fleksibelt, som behandlingslederen på et offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted kunne ønske sig:

Al den snak, om det er blevet nemmere eller sværere at komme i døgnbehandling – det er blevet sværere. Det er blevet dokumenteret sværere, bare de visitationsprocedurer. Jeg snakker ikke om bureaukrati her for at gøre det negativt, men når man opbygger bureaukratier, er det som regel aldrig for brugernes skyld ... Bare for nogle år siden, synes jeg, der var en større smidighed. Jeg synes, der var en større mulighed for at ramme brugerne, når de var motiverede og kom. Når man laver et system, hvor det skal indstilles til visitationsudvalg osv. osv., og så skal der træffes en beslutning, så kan der jo allerede gå fra 1 uge til 14 dage. Det gør ikke nødvendigvis beslutningerne om, hvor de skal hen, dårligere, men hvis man tager brugervinklen på: ”Jamen, det er nu, jeg vil i behandling, kan jeg så for helvede ikke bare få et tilbud?”

Der er flere behandlingsledere, som påpeger vigtigheden af et hurtigt reagerende visitationssystem, særligt ved tilbagefald. Behandlingslederen på et offentligt, ambulans behandlingssted påpeger, at der både er en god menneskelig og økonomisk ræson i at reagere hurtigt:

Brugere i efterbehandling bliver tilbudt døgnbehandling med det samme, lige så snart tilbagefaldet bliver opdaget. Der går typisk ikke så lang tid, før tilbagefaldet bliver opdaget i efterbehandlingsregi. Så bliver de tilbudt et tilbagefaldsophold med det samme [...]. Der har vi en tradition for simpelthen bare at sende en bevilling af sted. Også fordi der typisk er postet så mange penge og energi i det der forløb allerede, og fordi tilbagefald er en del af behandlingen.

Efterbehandling og udslusning kan se forskellig ud fra institution til institution. Behandlingslederen på et privat døgnbehandlingssted giver et eksempel på, hvordan efterbehandling og udslusning kan foregå på et privat døgnbehandlingssted:

Vi samarbejder både med misbrugskonsulenten og kommunale sagsbehandlere fra andre områder om udslusning. Som regel når vi nærmer os den del af forløbet, så kommer den kommunale sagsbehandler herud – ofte jobkonsulenten – og så finder vi ud af tingene [...]. Man kan ikke blive udskrevet her til gaden. Det gør vi slet ikke. Faktisk er det sådan, at man heller ikke kan blive udskrevet til kontanthjælp. Brugere skal have en plan for den kommende tid. Det skal være noget realistisk. Det skal være noget uddannelse eller arbejde el.lign. Jeg tror, at vi meget sjældent har udskrevet folk – planmæssigt – til kontanthjælp. Jeg tror, at vi har gjort det to gange. Det har været mødre, som er blevet nødt til at bruge noget tid derhjemme for at få ’rejt hjemmet op’ igen. Der skal være en plan, for ellers giver det ikke nogen mening. Når folk har gennemført et forløb her, så er de også et andet sted i deres liv, hvor de gerne vil noget.

En anden behandlingsleder giver et eksempel på, hvordan efterbehandling og udslusning kan foregå i et ambulært, offentligt tilbud:

Man laver en aftale om en efterbehandlingsplan, og den er jo tit for langt de flestes vedkommende en plan, der er lavet sammen med jobcentret. Nu er vi ved at være færdige med det intensive behandlingsforløb, så begynder vi at arbejde på en efterbehandlingsplan, hvor det handler om: Hvor meget skal du fremover komme [på behandlingsstedet]? Skal du i gang med noget aktivitet? Vi laver en ugeplan, som ser fornuftig ud ... Den må ikke være for ambitiøs, men den må heller ikke være uambitiøs. Det handler om at finde niveauet. Så kan det godt være, at man kun kommer hernede én gang om ugen til en opfølgende, støttende, tilbagefaldsforebyggende samtale, men hele tiden har man jo mulighed for telefonisk kontakt ... Så begynder man lige så stille at fjerne sig fra huset, og når vi så endelig siger, at vi er helt fær-

dige, nu udskriver vi vedkommende, så er der et stående tilbud om, at du altid kan komme forbi og drikke en kop kaffe.

Som man kan se, er der store ligheder mellem det, lederen af det ambulante behandlingstilbud beskriver, og det, lederen af døgnbehandlingstilbuddet beskriver – trods de institutionelle forskelle i både ejer- og behandlingsform mellem behandlingsstederne. De lægger begge vægt på, at de sammen med brugeren lægger en god og realistisk plan, og begge steder opfatter man jobcentret som en vigtig samarbejdspartner i efterbehandlingen og udslusningsfasen.

Behandlingslederen på det offentlige, ambulante behandlingssted fortæller, at ”en del af udskrivningen, er en besked om, at du altid er velkommen til at kigge forbi og drikke en kop kaffe”. For at afdække, om der generelt er tilbud til brugere efter udskrivningen, har vi i surveyen spurgt behandlingsstederne, om de har tilbud til brugere, der er *udskrevet* af behandlingen. 42 behandlingssteder, svarende til 36 pct., svarer ja. Indholdet af disse tilbud varierer fra telefonisk kontakt over stoffrit værested til opfølgingskurser eller individuelle opfølgningssamtaler. Man kan således tale om, at nogle behandlingssteder også giver brugere tilbud *efter* efterbehandlingen.

OPSUMMERING

Fire behandlingstilgange dominerer det danske behandlingssystem i den forstand, at det er de hyppigst forekommende, og de optræder på hvert tredje behandlingstilbud eller mere. Den kognitive er den mest udbredte af de fire. Den finder man i en eller anden form på 76 pct. af alle behandlingsstederne ifølge behandlingssteds-surveyen. Derefter kommer den socialpædagogiske, løsningsfokuserede og systemiske tilgang i nævnte rækkefølge.

Der er forskel i tilgenes udtryk og stringens. For det første er det forskelligt, om en tilgang kommer til udtryk i form af grundlæggende antagelser, som præger behandlingskulturen, eller som en metodisk stringent teknik. For det andet kombinerer behandlingsstederne flere forskellige tilgange. Der kan både være tale om en kombination af lige fremtrædende tilgange, hvor det fx blot er forskellige behandlere på stedet, der bruger forskellige metoder, eller der kan være én hovedtilgang på et be-

handlingssted, som derefter suppleres af teknikker hentet fra andre tilgange. Generelt giver behandlingsledere udtryk for, at det ikke er så vigtigt, hvilken metode behandlerne bruger, blot de er systematiske og velkvalificerede/veluddannede.

Hvis man ser på, hvordan behandlingslederne svarer på tre klassiske spørgsmål om tilgang til stofmisbrugsbehandling, så ligner de fire mest udbredte behandlingstilgange hinanden til forveksling. På tværs af de fire behandlingstilgange tegner der sig et billede af, at stofmisbrug behandles som et symptom på andre sociale, psykiske og fysiske problemer, og at den sociale kontekst omkring brugeren søges inddraget i nogen grad. Afhængighed opfattes ikke som en sygdom – undtagen på de Minnesota-inspirerede behandlingstilbud.

Når det handler om tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen, er det kendetegnende, at behandlingssamtaler på 7 ud af de 10 behandlingssteder foregår på et aftalt tidspunkt. Det tyder på en relativt planlagt og struktureret indsats, som samtidig er mere krævende i den forstand, at det kræver, at brugerne er i stand til at indgå og overholde aftaler. På godt halvdelen af behandlingsstederne er det ifølge behandlingslederne lige ofte behandlere og brugere, som tager initiativ til en behandlingssamtale, mens det på knap hvert tredje behandlingssted oftest er behandleren, som uopfordret kontakter brugere og indleder/tilbyder en behandlingssamtale. Hvis behandlere tager initiativ til kontakt, betyder det, at eventuelle brugere, som ikke selv magter at tage initiativ, ikke nødvendigvis er uden kontakt med behandlingssystemet.

Ifølge behandlingsledernes oplysninger havde 16 pct. af brugerne, registreret i behandlingsstedssurveyen, været i gruppebehandling, og 14 pct. havde haft en samtale med en psykolog eller psykiater inden for den seneste måned før survey-besvarelsen i januar/februar 2009.

I forhold til brugerinddragelse kan der skelnes mellem et individuelt og organisatorisk niveau. Når det gælder det individuelle niveau, fortæller behandlingslederne i surveyen, at brugerne 'i høj grad' har indflydelse på, hvad målet for deres egen behandling er, at brugerne 'i nogen grad' eller 'i høj grad' har indflydelse på, hvilket behandlingstilbud de får, og hvor ofte de mødes med deres behandler. Når det gælder det organisatoriske niveau, har brugerne ifølge behandlingslederne 'i høj grad' eller 'i nogen grad' indflydelse på formulering af husregler og planlægning af aktiviteter, mens de 'slet ikke' eller kun 'i mindre grad' har indflydelse på

nyansættelser og behandlingstilbuddenes indhold. Der er brugerråd på 27 pct. af behandlingsstederne.

De fleste behandlingssteder giver brugere, der er voldelige eller truende over for personale og/eller brugere, karantæne. Det gælder henholdsvis 82 og 79 pct. Kun 15 pct. af behandlingsstederne giver aldrig brugere karantæne. 62 ambulante behandlingssteder har oplyst, om de har brugere i karantæne og i givet fald hvor mange. De har tilsammen registreret 66 brugere i karantæne på survey-tidspunktet i januar/februar 2009. Det hyppigst anvendte tilbud til brugere i karantæne er udlevering af medicin ved en bus eller bil.

Døgnbehandlingsstederne har lovgivningsmæssigt mulighed for at udarbejde tilbageholdelseskontrakter, men kun to af de deltagende døgnbehandlingssteder fortæller, at de har anvendt denne mulighed. Af de døgnbehandlingssteder, der ikke har anvendt muligheden, begrundes 61 pct. det med, at det strider mod deres værdier.

I forhold til orienteringen mod skadesreduktion eller stoffrihed i det danske behandlingssystem, viser surveyen variation i behandlingssystemet. Der er behandlingssteder, som i høj grad vil definere deres tilbud som skadesreduktion, og der er behandlingssteder, som slet ikke vil definere sine tilbud som skadesreduktion. De fleste behandlingssteder, 2 ud af 3, tager urinprøver, mens de færreste, omkring 1 ud af 10, giver sanktioner eller advarsler om sanktioner i tilfælde af sidemisbrug blandt substitutionsmodtagere. Behandlingslederne afviser over en bred kam forestillinger om, at heroinafhængighed er en 'uhelbredelig' tilstand samt at stoffri døgnbehandling ofte skader psykisk og fysisk svage brugere, mens der er forskelligt syn på, om stoffrihed bør være målsætning for alle misbrugere i behandling, og om alle misbrugere *kan* blive stoffri, hvis de får det rigtige tilbud. Forestillingerne om, hvorvidt misbrugere kan blive stoffri, og hvorvidt stoffrihed skal være målsætningen for alle brugere, hænger sammen med, i hvilken udstrækning behandlingsstedet er orienteret mod skadesreduktion, således at behandlingsledere på steder med skadesreduktionstilbud oftere er uenige i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere, og at alle misbrugere kan blive stoffri.

Surveyen viser, at skadesreduktionstilbud oftest er ambulante, offentlige behandlingssteder med et stort antal brugere, hvoraf en relativt stor andel får en lav behandlingsintensitet (ad hoc-ydelser), og hvor der er relativt mange brugere pr. behandler. Omvendt er der flere brugere med stoffrihed som målsætning på private behandlingssteder, på døgn-

behandlingssteder, på små behandlingssteder og på behandlingssteder med en relativt høj intensitet i behandlingen.

Tilbud om efterbehandling ser ud til at være generelt hyppigt forekommende i behandlingssystemet. På 74 af de 110 behandlingssteder (svarende til 67 pct.) tilbyder man en eller anden form for efterbehandling. I de kvalitative interview var efterbehandlingen dog ét af de tilbud, som blev fremhævet som særdeles vigtigt – og i nogle tilfælde underprioriteret. Denne uoverensstemmelse mellem det kvantitative surveymateriale og det kvalitative interviewmateriale kan skyldes, at behandlingsstederne på den ene side har efterbehandlingstilbud (jf. survey), men at de ikke er omfattende nok eller ikke kan rumme tilstrækkelig mange brugere (jf. interview). Særligt udarbejdelsen af en god plan for fremtiden samt samarbejde med jobcenter blev fremhævet i de kvalitative interview med behandlingslederne som vigtige elementer af efterbehandling og udslusning.

SUCCESKRITERIER OG EVALUERINGSPRAKSIS

I dette kapitel skal vi først se på, hvor mange behandlingssteder der har skriftlige, specifikke succeskriterier for deres arbejde, samt hvilke områder disse succeskriterier angår. Dernæst skal vi se, i hvilket omfang disse succeskriterier bliver evalueret regelmæssigt og skriftligt. Disse spørgsmål bliver afdækket kvantitativt via data fra behandlingssteds-surveyen. Til sidst i kapitlet vil vi se på nogle af de refleksioner omkring succeskriterier og evalueringspraksis, som behandlingslederne gør sig i de kvalitative interview.

SUCCESKRITERIER

Succeskriterier handler om, hvilke mål og værdier man gerne vil realisere gennem sin arbejdsindsats. Succeskriterierne form kan være meget forskellig. I nogle tilfælde er succeskriterierne ubestemte og bagvedliggende forventninger hos ledere og medarbejdere, der kommer til udtryk i vurderingen af arbejdsindsatsen. Succeskriterierne er ikke nødvendigvis præcist formulerede, måske slet ikke italesatte, men de er indarbejdet hos medarbejderne som en form for intuitive pejlemærker for, hvad målet for behandlingsarbejdet er. I andre tilfælde er succeskriterierne nedskre-

vet med meget præcise formuleringer og mål for, hvornår succeskriterierne er opfyldt.

Generelt kan man sige, at kvantitative og målbare succeskriterier er lettere at beskrive præcist end kvalitative og bløde succeskriterier. Et 'blødt' og ikke særlig præcist beskrevet succeskriterium kan være, at "alle brugere skal føle sig velkomne og godt tilpas på behandlingsstedet". Et sådant succeskriterium findes formodentlig på de fleste behandlingssteder, men det er ikke nødvendigvis omsat til noget målbart. Et eksempel på et kvantitativt og målbart succeskriterium er, at "alle behandlere skal have et to ugers kursus i kognitiv terapi i løbet af det kommende år". Her er målet præcist defineret, og der er angivet en tidsramme. I det følgende vil vi fokusere på den type succeskriterier, som er nedskrevne. Det betyder, at det primært bliver de mere kvantitative og målbare succeskriterier, der kommer fokus på. Det er vigtigt at understrege, at behandlingssteder, som ikke har nedskrevne succeskriterier, stadig kan have succeskriterier, blot i en anden form.

Behandlingslederne er i surveyen blevet spurgt, om behandlingsstedet *skriftligt* har formuleret specifikke succeskriterier. 108 behandlingsledere svarede på spørgsmålet, og deres besvarelser fremgår af tabel 6.1.

TABEL 6.1

Behandlingsstedernes angivelse af, om deres behandlingssted skriftligt har formuleret specifikke succeskriterier. Antal og procent.

	Antal	Procent
Ja	53	49
Nej	52	48
Ved ikke	3	3
I alt	108	100

Omkring halvdelen af behandlingsstederne har skriftligt formuleret specifikke succeskriterier, mens den anden halvdel ikke har. Hvorvidt et behandlingssted har skriftlige succeskriterier eller ej, ser ikke umiddelbart ud til at hænge sammen med ejerformen eller behandlingstypen. 37 af de 53 behandlingssteder med skriftlige, specifikke succeskriterier er offentlige, mens de resterende 16 er private, og ligeledes er 37 af behandlingsstederne med skriftlige succeskriterier ambulante behandlingssteder, mens 16 er døgnsteder. Disse fordelinger svarer procentuelt til fordelin-

gerne i den samlede population af besvarelser i surveyen, hvor der er flest offentlige og flest ambulante behandlingssteder.

Hvilke områder har behandlingsstederne skriftlige, specifikke succeskriterier for? I tabel 6.2 kan man se, hvor mange af de 108 behandlingssteder der har skriftlige, specifikke succeskriterier inden for 13 udvalgte områder.

TABEL 6.2

Behandlingssteder med specifikke og skriftlige succeskriterier på forskellige områder. Antal og procent.

	Antal	Procent
Hvor mange brugere der opnår stoffrihed	34	29
Hvor mange brugere der reducerer deres forbrug af stoffer	19	16
Hvor mange brugere der opnår en forbedret sundhedstilstand	29	25
Hvor mange brugere der opnår et forbedret socialt/psykisk funktionsniveau	32	27
Hvor mange brugere der kommer ud af kriminalitet	15	13
Hvor mange brugere der kommer ud af prostitution	12	10
Hvor mange brugere der kommer ud af hjemløshed	22	19
Hvor mange brugere der kommer i beskæftigelse/uddannelse	21	18
Brugertilfredshed	21	18
Fastholdelse af brugere i behandling	26	22
Medarbejdertilfredshed	34	29
Fastholdelse af medarbejdere	31	27
Efteruddannelse af medarbejdere	37	32

Anm.: 108 behandlingssteder indgår i udregningsgrundlaget. Antal og pct. henviser til, hvor mange i denne gruppe der har skriftlige, specifikke succeskriterier på området.

Det område, flest behandlingssteder har specifikke og skriftligt formulerede succeskriterier på, er efteruddannelse af medarbejdere, hvilket er i god tråd med pointerne fra kapitel 4, der netop viste, at kvalificering af

medarbejdere bliver prioriteret højt af behandlingslederne. 32 pct. af behandlingsstederne har skriftligt formuleret specifikke succeskriterier for efteruddannelse af medarbejdere. Der er 29 pct. af behandlingsstederne, som har skriftligt formuleret specifikke succeskriterier for henholdsvis, hvor mange brugere der opnår stoffrihed og medarbejdertilfredshed. Til sammenligning er der kun 18 pct. af behandlingsstederne, der har skriftlige, specifikke mål for brugertilfredshed.

Vi har spurgt behandlingslederne, hvor succeskriterierne er nedskrevet. Svarene fremgår af tabel 6.3.

TABEL 6.3

Behandlingsstedernes angivelse af, hvor succeskriterierne er nedskrevet. Antal og procent.

	Antal	Procent
Virksomhedsplan	17	16
Personalepolitik	9	8
Kvalitetsstandard	7	6
Driftsaftale	6	5
Kommunalpolitisk aftale	5	4
Sektorplan	5	4
Årsplan	3	3
Andet	15	13

Anm.: 108 behandlingssteder indgår i udregningsgrundlaget. Nogle behandlingsledere noterer, at succeskriterierne er nedskrevet mere end ét sted, og alle besvarelser indgår.

Det er meget forskelligt, hvor succeskriterierne er nedskrevet. Flest behandlingssteder har dem nedskrevet i en eller anden form for virksomhedsplan. Det gælder 17 behandlingssteder. Ni behandlingssteder har succeskriterier nedskrevet i forbindelse med personalepolitik (fx personalehåndbog eller arbejdspladsvurdering). Disse succeskriterier handler formodentlig om fastholdelse og efteruddannelse af medarbejdere samt medarbejdertilfredshed. 15 behandlingsledere nævner andre steder end dem, der er oplyst i tabel 6.3. 'Andet' dækker over bl.a. projektbeskrivelse, servicedeklaration og visionsplan.

EVALUERINGSPRAKSIS

Når et succeskriterium er skriftligt og specifikt, lægger det op til, at man laver en evaluering af, hvorvidt det er nået. Evalueringerne kan ligesom succeskriterierne have forskellig form. De kan foregå mundtligt eller skriftligt, regelmæssigt eller ad hoc, internt eller eksternt.

Vi har i surveyen fokuseret på skriftlige og regelmæssige evalueringer. Behandlingslederne er blevet spurgt, hvorvidt de regelmæssigt og skriftligt evaluerer behandlingsstedet efter de skriftlige, specifikke succeskriterier, de har. Svarene fremgår af tabel 6.4.

TABEL 6.4

Behandlingsstedernes angivelse af, om deres behandlingssted skriftligt og regelmæssigt evaluerer efter skriftlige, specifikke succeskriterier. Antal og procent.

	Antal	Procent
Ja	33	31
Nej	70	65
Ved ikke	5	5
I alt	108	100

Knap hver tredje behandlingssted bliver skriftligt og regelmæssigt evalueret efter skriftlige, specifikke succeskriterier, mens 2 ud af 3 behandlingssteder ikke bliver det. Denne form for evaluering er altså ikke så udbredt i behandlingssystemet. Der kan være andre former for evalueringer i stedet, dvs. evalueringer, som enten ikke er skriftlige eller regelmæssige, eller som ikke bliver koblet til skriftlige, specifikke succeskriterier.

En tredjedel af behandlingsstederne har dog skriftlige, regelmæssige evalueringer. Hvor nedskriver disse behandlingssteder deres evalueringer? Det mest almindelige er, at behandlingsstedets opnåelse af de skriftlige succeskriterier bliver evalueret i forbindelse med en opfølgning på virksomhedsplanen, årsplanen eller lignende. Det fremgår af tabel 6.5.

TABEL 6.5

Behandlingsstedernes oplysninger om, hvor de nedskriver evalueringerne. Antal og procent.

	Antal	Procent
Evalueringsdokumenter i forbindelse med virksomhedsplan, årsplan og lign.	18	17
Tilsynsrapporter	5	5
Statusopgørelser (statistik på brugeres forløb og lign.)	4	4
Andre steder	5	5

Anm.: 108 behandlingssteder indgår i udregningsgrundlaget. Nogle behandlingsledere noterer, at succeskriterierne evalueres mere end ét sted. Alle besvarelser indgår.

I svarene fremgår det endvidere, at evalueringernes hyppighed varierer. Nogle behandlingssteder evaluerer kvartalsvist, andre behandlingssteder halvårligt eller årligt, mens andre steder igen noterer, at det foregår løbende.

REFLEKSIONER VEDRØRENDE SUCCESKRITERIER OG EVALUERINGSPRAKSIS FRA DE KVALITATIVE INTERVIEW

I de kvalitative interview med behandlingslederne havde de mulighed for at knytte særlige refleksioner til arbejdet med succeskriterier og evalueringspraksis.

Det succeskriterium, som uden sammenligning er genstand for mest opmærksomhed i interviewene, er stoffrihed. Som det fremgår af tabel 6.2, har 29 pct. af behandlingsstederne skriftlige, specifikke succeskriterier vedrørende, hvor mange brugere der skal opnå stoffrihed. I interviewene med behandlingslederne finder vi forskellige holdninger til stoffrihed som succeskriterium, hvilket ofte hænger sammen med andre grundlæggende forskelle mellem behandlingsinstitutionerne i fx tilgang og målgruppe. På et af de private døgnbehandlingssteder vi besøgte er stoffrihed et succeskriterium for alle brugere. Behandlingslederen siger:

Den overordnede 'deal' i forhold til et ophold her er, at det skal føre til stoffrihed. Den idé er overordnet, og den 'deal' er altid til stede. Derudover prøver vi at lade der være frit valg i den for-

stand, at det er brugeren, der sætter dagsordenen i forhold til, hvor de oplever at have problemer. Vi vil stort set altid gå ind og støtte op om de refleksioner.

På andre behandlingssteder – med andre brugergrupper og andre typer behandlingsprofiler – lægger man vægt på, at det ikke kun handler om stoffrihed. På et offentligt, ambulanset og døgnbehandlingssted siger behandlingslederen:

Stoffrihed er målsætningen i udgangspunktet, men det ville være skidt for os, hvis det var det eneste succeskriterium [...]. Vi har en målsætning om, at 25-30 pct. skal være stoffri efter et år. Vi ligger lige omkring nok. Men hvis stoffrihed alene var det, vi fokuserede på, så skulle vi ikke tage dem ind under 22 år, for der er succeskriteriet lig nul. Vi skal heller ikke tage de mest 'spolerede' brugere ind. Jeg synes, det er en succes, når vi engang imellem får metadonbrugere ind, som gerne vil smide metadonen, selvom de er velfungerende på metadonen, og de har arbejde, og de så kommer ind, smider den [metadonen] og finder ud af, at det noget lort, og at alt går i stykker for dem. Så de finder ud af, at: "Jeg må hellere blive på metadon." Det er en succes. Komme, prøve, gennemføre, gå ud af tage stoffer igen, komme det skridt videre, det er for mig at se også en succes ... Det er alt for snævert at tale om stoffrihed.

Der er to argumenter for, at stoffrihed ikke skal være det dominerende succeskriterium i ovenstående. For det første er det for snævert, idet et behandlingsforløb godt kan være en succes, selvom det ikke har ført til stoffrihed, fx fordi det har givet brugeren en ny erkendelse eller medført forbedringer i livssituationen. For det andet kan et ensidigt fokus på stoffrihed som succeskriterium måske give anledning til, at institutionerne kommer til at få en modvilje mod de målgrupper, hvor chancen for, at de bidrager positivt til statistikken for opnåelse af stoffrihed, er lille. Behandlingsleders erfaring er, at unge i døgnbehandling første gang *altid* afbryder. De er "kloge" og "udødelige" fortæller han. Han mener ikke, at det er et argument for, at de unge ikke skal tilbydes døgnbehandling. Behandlingsopholdet kan være med til at 'så et frø i deres bevidsthed' og 'anvise nogle andre levemuligheder', som med tiden kan være medvir-

kende til at hjælpe dem ud af stofmisbruget. Pointen er, at også et afbrudt forløb kan være en del af en proces, der fører til stoffrihed. Flere behandlingsledere er inde på det samme. En behandlingsleder på et privat døgnbehandlingssted siger fx:

Der er kommuner, hvor brugerne ikke får flere chancer, hvis de afbryder eller får tilbagefald, men der findes også kommuner, hvor de bliver ved med at give brugere chancer. Der har man forstået, at processen er ekstremt vigtig. Nogle brugere kommer én gang og går lige igennem behandlingen. Andre kommer for syvende gang og forstår først der, hvad det handler om [...]. Jeg synes, der har været en tendens i behandlingsbranchen til at dømme utroligt hårdt. Man forstår ikke altid, at behandling er en proces. Når man ser på helbredsprocenter, fx for stress, overvægt eller rygning, er stofmisbrug slet ikke så langt nede [mht. helbredelsesprocenter]. Det er der nogle kommuner, der er bedre til end andre. De kommuner, der har en procesorienteret tilgang til brugeren, og som kan se mennesket, er meget lettere at samarbejde med end dem, der gør det hele til et projekt og har en meget økonomisk synsvinkel på det.

Interviewer: Når du siger procesorienteret, betyder det, at kommunen opfatter tilbagefald som en del af processen?

Ja [...]. Jeg vil dog sige, at vi i de fleste tilfælde, hvor vi føler, at vi har brug for ekstra tid med vores klient, så får vi det [...]. Li-gegyldigt hvilken kommune, så får langt de fleste brugere lov til at fortsætte, hvis de får et tilbagefald.

Pointen er, at stoffrihed godt kan være et succeskriterium, men man kan eller bør ikke nødvendigvis måle ensidigt på, om det er opnået eller ej efter enkeltstående behandlingsforløb. Behandlingsforløb og tilbagefald skal ses som en sammenhængende proces. Behandlingslederen på et offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted fortæller:

Vi har sektorplanens succeskriterier. Det, vi mangler som institution, er vores egne succeskriterier, fordi vores problem jo er, at når vi har en stoffri institution, hvorfor udskriver vi så ikke 100

pct. stoffri brugere? Det er der altså rigtig mange gode grunde til. Én af dem er vores stofmisbrugere. Min kongstanke er, at hvis det bare handlede om stofmisbrug, så skulle jeg nok gøre dem alle sammen stoffri, men så vil jeg også udskrive dem på den dag, de var det, fordi så står der 100 pct. Jeg kan jo sagtens gå ind og lave 'gennemført' i DanRIS-systemet og sige, at det er 100 pct., men så må jeg sige til mine brugere: "Du får ikke to dage ekstra, vi skal ikke risikere noget", og udskrive dem velvidende, at det er en fiasko, lige så snart vi sætter vedkommende på gaden. "Du er færdigbehandlet. Du er stoffri. Hvad skal du mere herefter?" Vi er nødt til at lave vores egne succeskriterier, som vi tvinges til at dokumentere.

Hvis man ser på stoffrihed isoleret som succeskriterium, får man ikke nødvendigvis et billede af, hvor godt det egentlig går brugerne. Stoffrihed som succeskriterium kan endvidere give behandlingssteder anledning til at tilrettelægge deres udskrivningsprocedure således, at deres behandlingsstatistik tager sig bedst muligt ud. Fastlæggelsen af bestemte, kvantitative succeskriterier kan få institutioner til at fokusere på opnåelsen af præcis disse ting – hverken mere eller mindre. Sidstnævnte behandlingsleder mener, at eventuelle uheldige virkninger af disse eksterne succeskriterier kunne afbødes, hvis behandlingsstedet får sine egne succeskriterier, der tager højde for deres brugeres hele og specifikke livssituation og ser behandlingsforløbene som en proces.

Ikke alle behandlingssteder arbejder med stoffrihed som et succeskriterium. Nogle steder handler det snarere om det modsatte, nemlig at få brugerne til at indse, at stoffrihed ikke nødvendigvis skal være målsætningen for behandlingen. Behandlingslederen på et offentligt, ambulantly behandlingssted forklarer:

Det er helt overvejende stabilisering [der er målsætningen for brugerne i ambulantly behandling her]. Noget af det, vi diskuterer en del, er målsætningen. De fleste – selv arke-stabiliseringsbrugere, hvis der findes sådan nogen – hvis man trykker dem på maven, siger de stoffrihed. Som en drøm. Det er ikke nødvendigvis noget, de egentlig har spor lyst til at være i eller arbejde på for den sags skyld, men visionen om livet uden stoffer og sociale problemer i en familie ude på landet med børn og hund, korn-

marker osv., den er helt intakt [...]. Det giver os en dobbeltbund at arbejde i. På den ene side er der idealmålsætningen, og på den anden side er der realmålsætningen, og det er i det spænd, som vi meget arbejder i i den skadesreducerende tilgang [...]. Drømmen må ikke være så urealistisk, at den ikke kan nås. Den skal konkretiseres ned til nogle succeser, som er små nok til, at man faktisk kan nå dem og opleve dem. Ellers forsvinder motivationen undervejs. Så bliver det til modløshed [...]. Det er et paradoks at tro, at man kan arbejde med en målsætning, som er status quo. Allerede i det øjeblik, det bliver en målsætning, så bliver det et ønske om noget i forhold til noget andet, og så bliver det en dynamisk målsætning. Selv stabiliseringsmålsætninger er dynamiske.

Succeskriteriet i dette behandlingsteds arbejde er ikke opnåelse af stoffrihed, men for det første etablering af en realmålsætning og dernæst realisering af denne målsætning. Som behandlingslederen understreger, så handler det stadig om at opnå noget i den skadesreducerende tilgang. Målsætningen konkretiseres til noget, brugeren forhåbentlig kan nå. Disse alternative succeskriterier kan dermed evalueres i forhold til målopfyldelse nøjagtig som opnåelse af stoffrihed.

En del behandlingssteder arbejder med forskellige succeskriterier og målsætninger for forskellige brugergrupper. En behandlingsleder på et privat døgnbehandlingssted fortæller:

Der er stoffri grupper, og der er også skadesreduktionsgrupper, det vi kalder omsorgsgrupper [...]. I den stoffri del kommer mennesker, fordi de skal udtrappes og være stoffri. Det er dem, der starter i en afgangning [...]. Der arbejder man med dem på den måde, at man følger de her afgangningspersoner meget tæt. For eksempel bliver alle medicinske patienter en gang om ugen gennemgået af lægen, sygeplejersken, behandlingschefen og så et par stykker andre, som har kendskab til dem [...]. Men målene skal være individuelle. Jeg tror, vi har udviklet os fra at have en lidt mere firkantet holdning til at have en større forståelse for at møde folk individuelt [...]. I omsorgsgruppen snakker vi overhovedet ikke stoffrihed. Vi snakker mere om at få en hverdag til

at hænge sammen. Få mad tre gange om dagen, blive tilset af lægen, tage på stranden og biblioteket. Vi passer på dem.

Her er det tydeligt, at succeskriteriet ikke kan være det samme for skadesreduktionsgruppen og den stoffri gruppe. Hvilke succeskriterier, der skal være for hvilke brugere, handler om, hvad der er realistisk for dem at opnå samt ikke mindst, hvad de selv ønsker. Behandlingslederen på et offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted lægger både vægt på, at behandleren skal lytte til brugeren, men også at behandleren skal forholde sig professionelt vurderende i forhold til, om brugeren er realistisk:

Nogle brugere har et helt klart mål med at blive stoffri, nogle vil bare gerne have et stabilt liv på en eller anden given dosis medicin, nogle vil gerne nedtrappe sig selv, nogle vil i døgnbehandling, og nogle har brug for støttende samtaler. Vores mål, når folk bliver indskrevet her, er, at de føler sig vel mødt, at vi lytter til, hvad det er, de siger. Det er ikke ensbetydende med, at det er ”Palles gavebod”, og de bare kan få det, som de gerne vil have det. Men vi lytter, når klienterne siger: ”Jamen, jeg vil gerne være stoffri.” [...] Det er ikke altid, at vores brugergruppe er realister. En gang imellem bliver der skudt lidt over målet, og så er det også vores opgave at få justeret det. At vurdere, hvad er det for et menneske, der sidder over for dig, hvad er det for nogle ressourcer, og hvad kan de. Så man kan ikke sige, at målet enten er det ene eller det andet. Det er individuelt alt efter, hvem det er, vi får ind ad døren, fordi hvis vi får en gammel stofmisbruger, så tænker jeg ikke, at lykken nødvendigvis ligger i at blive stoffri. Lykken kan ligge i at få en øget livskvalitet og at få noget ro på det her med at skulle ud og skaffe stoffer hele tiden [...]. Med de unge ligger det implicit, at vi ikke synes, at de skal tage stoffer, vi synes faktisk, at de skal blive stoffri. Det er der slet ingen tvivl om. Men de har også en anden baggrund. De kommer jo ikke med 20 års stofmisbrug. Man kan dog også snakke om stabilisering for denne gruppe. Vi har nogle unge, som misbrugsmæssigt ligner de ældre stofmisbrugere, som er startet meget tidligt, eller som, når de er startet, i den grad har givet den gas, hvor de simpelthen er lige så misbrugende – både adfærdsmæssigt og tan-

kemæssigt som én, der har været stofmisbruger i rigtigt, rigtigt mange år. Så vi har også nogle unge på substitutionsmedicin.

I dette citat er det tydeligt, at fastlæggelse af målsætninger for brugerne og dermed succeskriterier er en kompliceret affære af flere forskellige grunde. For det første kompliceres det af, at brugerne (i behandlernes optik) ikke altid er realistiske. Den første opgave for behandler kan derfor være at justere brugerens egen målsætning, forhåbentlig i samarbejde med brugeren. For det andet er brugergruppen meget differentieret, og succeskriterierne må derfor differentieres tilsvarende. Behandlingslederen fremhæver her alderens betydning. For en gammel stofmisbruger vil succeskriteriet typisk være opnåelse af øget livskvalitet og mere ro i tilværelsen, mens opnåelse af stoffrihed implicit altid er succeskriteriet for de unge. Behandlingslederen nuancerer dog dette udgangspunkt, idet hun gør opmærksom på, at nogle af de unge kan være startet tidligt i misbrug, eller de har haft et meget intensivt misbrugsforløb, hvorfor de kommer til at ligne de ældre stofmisbrugere og deres målsætninger, og succeskriteriet for dem kan derfor også være stabilisering, øget livskvalitet og mere ro i tilværelsen.²⁶

Når behandlere lægger vægt på, at man skal lytte til brugerne, når målsætningen skal fastlægges, er det en måde at give dem ansvar på. Det er brugerens valg. Når det handler om stoffrihed som succeskriterium/målsætning, er der flere behandlingsledere, som også definerer det med udgangspunkt i brugerens valg. Se eksempelvis de næste tre citater:

Målsætningen for et fuldt forløb er i virkeligheden banalt kogt ned, at brugeren, når han går herfra, er i stand til og har frit valg til at vælge et stoffrit liv. Det betyder ikke nødvendigvis, at det er det, han gør, men at han *kan* vælge et stoffrit liv, hvis det er det, han ønsker. (Behandlingsleder, privat døgnbehandlingssted)

Succeskriteriet er, at folk trives i behandlingen og er glade, når de gennemfører planlagt, eller at de, hvis de går mod et givet råd, alligevel klarer sig. Succeskriteriet er vel egentligt at give et menneske så megen ballast og livsmod, at han/hun tager beslutnin-

26. Behandlernes opgave med at få etableret realistiske målsætninger samt alderens betydning for, hvad der vurderes at være realistisk, er nærmere analyseret i Andersen, 2007.

ger for sig selv, også selvom beslutningerne måske ikke er rigtige. (Behandlingsleder, privat, ambulat behandlingssted).

Målsætningen er faktisk ikke stoffrihed her hos os [...]. Mens klienterne er indskrevet her, så indgår vi en kontrakt om, at de er fuldstændigt afholdende. Så hjælper vi dem i den tid, de er her, så de kommer til det sted med sig selv, hvor de er parate til at træffe et valg, når de er færdige. Så kan de selv vælge. (Behandlingsleder, privat, ambulat behandlingssted).

Frem for kun at definere stoffrihed som et succeskriterium er der således flere behandlingsledere, der opfatter succeskriteriet som det, at man sætter folk i stand til at træffe et valg. Dette succeskriterium kan dog være svært at evaluere. Hvornår er et tilbagefald til stoffer et valg? Er det altid eller aldrig et valg?

Som sagt er det succeskriterium, som uden sammenligning er genstand for mest opmærksomhed i interviewene, stoffrihed samt alternative målsætninger til stoffrihed. Behandlingslederne talte dog også om andre succeskriterier. Fælles for de fleste andre succeskriterier er, at de umiddelbart er svære at evaluere i forhold til målopfyldelse. Et af de forhold, der bliver fremhævet som afgørende vigtigt for behandlingen, er etablering af en god og tillidsfuld relation mellem bruger og behandler. En behandlingsleder på et privat døgnbehandlingssted siger fx:

Det at kunne skabe en god relation er forudsætningen for, at vi kan flytte brugeren fra et punkt til et andet [...]. At være i kontakt med den person, man sidder og taler med, have sat sig ind i den viden, der på forhånd ligger om beboeren, men vigtigst af alt at få skabt et forhold, hvor der er tillid [...]. For det første prøver vi at matche beboere og behandlere. Nogle gange skyder vi forkert og opdager, at det var bedre med en anden behandler. Men så har man et grundlag for at bygge noget op, der kan være positivt [...] At skabe god relation handler [for det andet] også om, at kokken ved, at den nye bruger, der kom, hedder "Claus". Relationen skabes nemlig ikke i første omgang i den dybe samtale, men i den opmærksomhed, man giver den enkelte person.

Det kan være svært at måle på relationer. En af måderne, man måske kan forsøge, er via brugertilfredshedsmålinger. Som det fremgik af tabel 6.2, har 18 pct. af behandlingsstederne skriftlige, specifikke mål for brugertilfredshed. I de kvalitative interview, er der dog flere af behandlingslederne, som gør opmærksom på, at andre faktorer kan spille ind i dette evalueringsredskab:

Mange af vores brugere er ikke i stand til at kigge indad og så bliver de nødt til at kigge udad [...]. Jeg er en kolossalt stor tilhænger af, at vores brugere siger deres uforbeholdne mening. Det, jeg har svært ved at acceptere, er, når systemet går ind og kun hører en side af historien og ikke har nok forståelse for, at der kan være masser af årsager til, at man enten roser eller også sviner til [...]. Alt skal tages med de forbehold, men det skal bestemt bruges. (Behandlingsleder, offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted).

Det er klart, at du heller ikke *kun* skal lytte til brugertilfredsheden. Hvis du går ud og interviewer nogle af dem, der er her, så er de da også utilfredse nogle dage. Nu i mindre grad her, fordi de er stoffri. Jeg tror, at hvis man går ind på et døgnbehandlingscenter, hvor de måske er i afgang eller kun lige er blevet stoffri, så er de måske endnu mere utilfredse med alt muligt, fordi de slet ikke har nogen kontrol over deres følelser og bare synes, at tingene ikke lige er sådan, som de havde forestillet sig. Så der kan man sagtens få en masse fejlagtige bedømmelser, det er klart. (Behandlingsleder, privat, ambulans behandlingssted)

Hvis man skal evaluere et behandlingssted, skal det være bredspektret, mener ovenstående behandlingsledere. Man må hverken ensidigt fokusere på brugertilfredshed eller ensidigt på overholdelse af diverse regler. Der skal også være fokus på det faglige eller rent behandlingsmæssige, forklarer den ene behandlingsleder videre:

Jeg arbejdede på et andet behandlingscenter, da kommunen begyndte at indføre deres kvalitetskontrol, og min oplevelse af det var, at de gjorde et kæmpe stykke arbejde med at lave kvalitetskontrol på stedernes økonomiske situation, og så brugte de utro-

ligt få ressourcer på at lave kvalitetskontrol på det rent behandlingsmæssige [...]. Det, synes jeg, var utroligt skuffende, fordi jeg synes, der er rigtigt mange behandlingssteder, eller det var der – nu skal jeg passe på, hvad jeg siger – hvor jeg egentlig ikke synes, at kvaliteten er i orden, og hvor det, der foregik der, ikke er i orden. Og det er der stadigvæk rundt omkring i dag. (Behandlingsleder, privat, ambulans behandlingssted)

Denne behandlingsleder synes, at der er brug for evaluering og kvalitetskontrol, men oplever ikke, at fokus i den kvalitetskontrol, han tidligere har oplevet, har været bred nok. Der har været for lidt opmærksomhed på kvaliteten i det rent behandlingsmæssige, hvilket der ellers er brug for. En anden behandlingsleder efterspørger en form for støtte til at evaluere den faglige kvalitet udefra:

Jeg kunne jo godt tænke mig, at [en navngiven kommune] havde et fagligt evalueringsperspektiv og faktisk et team til det. Vi har kvalitetssikring, men meget af det handler om, hvorvidt vi overholder reglerne. Men har vi den faglighed, vi gerne vil have? Når vi andre er derude med færre og færre ressourcer – jeg piber ikke, men vi skal have dagligdagen til at hænge sammen, og så får vi nok ikke kigget på os selv godt nok. Vi får ikke lige brugt det der evalueringskoncept, som nogen har udtænkt [...]. Vi er nødt til at have en stabsmedarbejder, en stabsfunktion, som går ind og laver et kvalitetsstandardprogram, som ikke bare siger: ”Det skal være sådan,” men faktisk gør det svære, nemlig at udtænke, hvordan vi får målt det her? Det er den næst sværeste del, og så er den sværeste del at gøre det kontinuerligt. Og det, min erfaring siger mig, er, at vi får det aldrig gjort her, og derfor siger jeg: ”Kunne kommunen ikke have sådan en enhed?” (Behandlingsleder, offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted)

Tabel 6.4 viste, at to tredjedele af behandlingsstederne ikke har skriftlige, regelmæssige evalueringer af specifikke succeskriterier. Behandlingslederen peger i ovenstående citat på flere udfordringer, som kan forklare, hvorfor det er vanskeligt at etablere en skriftlig og regelmæssig evalueringspraksis. For det første er det ikke let at udtænke, hvad der skal måles. Hvad skal succeskriterierne være? Som vi har været inde på, er stof-

frihed ikke nødvendigvis et mål, der er dækkende for behandlingssucces, men hvad skal det så være? For det andet er det en udfordring at få etableret som en kontinuerlig evalueringspraksis i en dagligdag, hvor ressourcerne er begrænsede. I det sidste citat bliver støtte udefra lanceret som en mulig hjælp i håndteringen af udfordringerne. Den udefrakommende støtte skal ikke (kun) kontrollere, om reglerne bliver overholdt, men også være en faglig støtte til både at formulere de rigtige succeskriterier, der tager hensyn til brugernes helhedssituation og til de differentierede brugergrupper, som kan være samlet på samme behandlingssteder, samt hjælpe med at etablere en regelmæssig evalueringspraksis.

OPSUMMERING

Succeskriterier kan have forskellige former. De kan være implicite i behandlingsarbejdet, som ikke-italesatte pejlemærker for vurderingen af behandlingsindsatsen, eller de kan være eksplicit formulerede i form af nedskrevne og præcise punkter. I behandlingssteds-surveyen har vi valgt at sætte fokus på den sidstnævnte form. Behandlingslederne er blevet spurgt, om behandlingsstedet *skriftligt* har formuleret specifikke succeskriterier. Det har den ene halvdel af de 108 behandlingssteder, mens den anden halvdel ikke har.

Ifølge behandlingssteds-surveyen er medarbejdernes efteruddannelse det område, der oftest er skriftlige, specifikke succeskriterier for. Det er i god tråd med kapitel 4, som også viste, at behandlernes kvalificering blev vægtet højt. 32 pct. af behandlingsstederne har skriftlige, specifikke succeskriterier om netop behandlernes efteruddannelse, mens 29 pct. har skriftlige, specifikke succeskriterier vedrørende henholdsvis medarbejdertilfredshed, og hvor mange brugere der opnår stof-frihed. Til sammenligning har kun 18 pct. af behandlingsstederne skriftlige, specifikke succeskriterier i forhold til brugertilfredshed.

Det er forskelligt, hvor behandlingsstederne har nedskrevet deres succeskriterier. Det mest almindelige sted er i en eller anden form for virksomhedsplan, hvori 16 pct. af behandlingsstederne har nedskrevet deres succeskriterier.

Når det gælder evalueringspraksis, bliver en tredjedel af behandlingsstederne evalueret skriftligt og regelmæssigt efter specifikke succeskriterier, mens to tredjedele ikke gør. De skriftlige evalueringer har hyp-

pigst form af et evalueringsdokument med tilknytning til en virksomhedsplan, årsplan eller lignende.

I de kvalitative interview præsenterede behandlingslederne en del refleksioner vedrørende stoffrihed som succeskriterium. Stoffrihed er det overordnede succeskriterium for alle brugere på nogle behandlingssteder, mens man på andre arbejder med differentierede succeskriterier for forskellige brugergrupper. På andre behandlingssteder igen er det et selvstændigt succeskriterium, at man sammen med brugerne får formuleret andre målsætninger end stoffrihed. Alternative målsætninger kan handle om stabilisering, livskvalitet og ro i tilværelsen.

Et af argumenterne for, at stoffrihed ikke må blive et dominerende succeskriterium, er, at det ikke er realistisk at opnå for alle brugergrupper. Et af de andre argumenter er, at det kan påvirke behandlingsstedernes praksis på en uheldig måde. For eksempel kan behandlingsstederne få en modvilje mod at tage de brugere, hvor chancen for, at de bidrager positivt i statistikken over opnåelse af stoffrihed, er minimal. Det hænger også sammen med, at stoffrihed eller ej ved udskrivningstidspunktet ikke nødvendigvis siger noget om brugerens helhedssituation eller proces. Flere behandlingsledere siger, at også et afbrudt behandlingsforløb og tilbagefald kan være en del af processen i retning af stoffrihed. Som det også blev pointeret i kapitel 5 i afsnittet om efterbehandling, er opnåelse af stoffrihed sjældent den største udfordring i behandlingsarbejdet – det er perioden efter, hvor stoffriheden skal fastholdes. Hvis der udelukkende er fokus på stoffrihed som succeskriterium, vil det derfor handle om at få udskrevet brugerne hurtigst muligt efter opnåelse af stoffrihed, men det er ikke sikkert, det behandlingsmæssigt er det bedste. Formuleringen af succeskriterier skal derfor både tage højde for, at et behandlingsforløb kan være en længere proces over flere ind- og udskrivninger, og den skal være nuanceret for at indfange, at selvom brugeren ikke opnår stoffrihed, så kan behandlingen godt have været givtig for en bruger. Endelig skal det også være succeskriterier, som det er praktisk muligt at evaluere. Succeskriterier om, at brugere, der udskrives stoffri, også skal holde sig stoffri, kan være umuligt at evaluere, hvis man ikke har redskaber og ressourcer til at monitorere brugere efter udskrivningen.

Disse krav til succeskriterier om, at de skal være nuancerede og procesorienterede, gør det svært både at formulere dem helt præcist og finde ud af, hvordan man kan måle dem samt få implementeret målinger

med regelmæssige mellemrum. Der lyder en kritik fra et par af behandlingslederne af, at tidligere evalueringer og kvalitetskontroller har fokuseret på kvantitative og målbare ting, såsom den økonomiske situation og overholdelse af regler, frem for det væsentlige, som handler om fagligheden og det rent behandlingsmæssige. Et forslag lyder derfor, at man måske kunne få hjælp til disse udfordringer fra et fagligt evalueringsteam.

SAMARBEJDE, UDFORDRINGER OG VISIONER

Her i sidste kapitel skal vi se på behandlingsstedernes samarbejde med andre instanser samt på nogle af de udfordringer, stofmisbrugsbehandlingen står over for. Vi skal også se på behandlingsledernes prioriteringer og nogle af deres visioner for fremtiden. Kapitlet er baseret på både behandlingssteds-surveyen og kvalitative interview.

VISITATIONSKOMPETENCE OG ORGANISERING AF SAMARBEJDE

Et behandlingssteds visitationskompetence har stor betydning for, hvilken form for samarbejde stedet skal have til andre instanser, og hvordan dette samarbejde kan organiseres. Derfor bliver visitationskompetence og organisering af samarbejde behandlet samlet i dette afsnit.

Behandlingssteder er forskelligt organiserede, når det gælder visitationskompetencer. Nogle behandlingssteder har ikke visitationskompetence i forhold til eget behandlingstilbud, hvilket betyder, at de udelukkende modtager brugere, som andre enheder visiterer til dem. Det gør sig fx gældende på private behandlingssteder, men også offentlige behandlingssteder kan være uden visitationskompetence og udelukkende

modtage brugere, som andre enheder har visiteret til dem. Andre behandlingssteder har visitationskompetence i forhold til *eget* behandlingstilbud, men ikke til *andre* behandlingstilbud. Det kan fx være et kommunalt, ambulante behandlingstilbud, som godt kan indskrive kommunens stofmisbrugere i eget behandlingstilbud, men hvis en bruger skal have et andet behandlingstilbud, fx dag- eller døgnbehandling, så skal visitationen gå igennem en anden enhed fx kommunens myndighedsafdeling på rådhuset.

For at afdække, hvordan mønstrene for visitationskompetence tegner sig, har vi stillet behandlingslederne følgende spørgsmål: ”Er der en eller flere sagsbehandlere placeret på dette behandlingssted med kompetence til at visitere til behandlingsstedets eget behandlingstilbud og/eller andre behandlingstilbud?” Bemærk, at der bliver spurgt, om der er sagsbehandlere *placeret* på behandlingsstedet med visitationskompetence frem for, om der er sagsbehandlere med visitationskompetence *ansat*. Det skyldes, at der kan være lokale løsninger, hvor ansættelsesforhold og fysisk placering ikke følges ad. Eksempelvis kan der på et behandlingssted være en ’udstationeret’ sagsbehandler med visitationskompetence, fx fra myndighedsafdelingen på rådhuset i kommunen. Sagsbehandleren er da *ansat* i myndighedsafdelingen, men *placeret* på behandlingsstedet. 109 behandlingsledere har oplyst, hvorvidt der er sagsbehandlere med visitationskompetence på deres behandlingssted, og svarene fremgår af tabel 7.1.²⁷

Det fremgår af tabel 7.1, at tre visitationskompetenceprofiler generelt optræder på de danske behandlingssteder. Det hyppigst forekommende er, at behandlingsstedet slet ikke har nogen visitationskompetence til behandling. Det gælder for 45 pct. af behandlingsstederne, en blanding af offentlige og private samt ambulante og døgnsteder. På 28 pct. af behandlingsstederne har de både kompetence til at visitere til eget og til andre behandlingstilbud. Denne gruppe af behandlingssteder er primært offentlige, ambulante behandlingstilbud. På 25 pct. af behandlingsstederne har man visitationskompetence til eget behandlingstilbud, men ikke til andre. Denne gruppe består ligeledes primært af offentlige, ambulante behandlingstilbud.

²⁷ Struktur i kommunernes visitationskompetence er også analyseret nærmere i delrapport 5 om visitation og sagsbehandling i kommunerne på stofmisbrugsområdet.

TABEL 7.1

Visitationskompetence til behandlingstilbud på 109 behandlingssteder.
Antal og procent.

	Antal	Procent
Visitationskompetence til eget Behandlingstilbud	27	25
Visitationskompetence til andre Behandlingstilbud	1	1
Visitationskompetence til både eget og andre behandlingstilbud	31	28
Ingen visitationskompetence	49	45
Ved ikke	1	1
I alt	109	100

Anm.: Spørgsmålet lyder: Er der en eller flere sagsbehandlere placeret på dette behandlingssted med kompetence til at visitere til behandlingsstedets eget behandlingstilbud og/eller andre behandlingstilbud?

Behandlingslederne er også blevet spurgt, om der er en eller flere sagsbehandlere placeret på deres behandlingssted med kompetence til at træffe beslutninger om ydelser, der ikke handler om stofmisbrugsbehandling (fx sociale ydelser, bolig). Svarene fremgår af tabel 7.2.

TABEL 7.2

Visitationskompetence til andre ydelser på 109 behandlingssteder.

	Antal	Procent
Visitationskompetence til andre ydelser (fx sociale ydelser eller bolig)	11	10
Ingen visitationskompetence til andre ydelser	97	89
Ved ikke	1	1
I alt	109	100

Note: Spørgsmålet lyder: Er der en eller flere sagsbehandlere placeret på dette behandlingssted med kompetence til at træffe beslutninger om ydelser, der ikke handler om stofmisbrugsbehandling (fx sociale ydelser eller bolig)?

Her er igen blevet spurgt, om der er en sagsbehandler *placeret* på behandlingsstedet med visitationskompetence til andre ydelser end stofmisbrugsbehandling. Det kan være et strategisk element i en kommunal indsats for at sikre den helhedsorienterede indsats, at man organiserer området således, at en eller flere sagsbehandlere med kompetence til at

træffe beslutninger om ydelser, der ikke handler om stofmisbrugsbehandling (fx sociale ydelser eller bolig) placeres på behandlingsstedet, selvom de er ansat andetsteds. Ifølge surveyen er der sagsbehandlere med visitationskompetence til andre ydelser end stofmisbrugsbehandling på hvert tiende behandlingssted. Disse behandlingssteder er primært offentlige, ambulante behandlingstilbud. På de resterende behandlingssteder har man ikke sagsbehandlere med visitationskompetence til andre ydelser.

Et behandlingssteds visitationskompetenceprofil har en betydning for, hvordan samarbejdet med det øvrige behandlingssystem samt de sociale systemer generelt skal og kan organiseres. Hvis behandlingsstedet ikke selv har visitationskompetence, bliver de visiterende enheder eksempelvis vigtige samarbejdspartnere, mens visitationen til eget behandlingstilbud ikke er noget, et behandlingssted med visitationskompetence til eget behandlingstilbud skal samarbejde med andre enheder om. Ligeledes har det betydning for organiseringen af samarbejdet, hvorvidt der er sagsbehandlere med kompetencer til at træffe beslutninger om ydelser, der ikke handler om stofmisbrugsbehandling. Hvis man har valgt en sådan integreret løsning kan samarbejdet organiseres internt i huset. Hvis man ikke har sagsbehandlere med visitationskompetence til andre ydelser, skal et eventuelt samarbejde organiseres i samarbejde med nogen uden for behandlingsstedets regi.

Vi har spurgt behandlingslederne, hvor hyppigt de følger med deres brugere til møder i kommunalt regi uden for behandlingsstedet, fx møder med en kommunal sagsbehandler fra jobcentret. Svarene fra de behandlingsledere, som *ikke* har sagsbehandlere med kompetencer til at træffe beslutninger om andre ydelser end stofmisbrugsbehandling placeret på sit behandlingssted, fremgår af tabel 7.3 og 7.4.

Tabel 7.3 angår de ambulante behandlingssteders deltagelse i brugernes møder uden for behandlingsstedets regi. Det fremgår, at 57 pct. af de ambulante behandlingssteder følger med brugerne 'til nogle møder' uden for behandlingsstedets regi, fx til møder i jobcentret. De resterende ambulante behandlingssteder har meget varierende praksis: 25 pct. følger med 'til alle' eller 'de fleste' møder, mens 18 pct. kun kommer med 'til få' eller ingen møder.

TABEL 7.3

Omfanget af de ambulante behandlingssteders deltagelse i brugernes møder i kommunalt regi, uden for behandlingsstedet. Antal og procent.

	Antal	Procent
Vi følger med brugerne til alle eller næsten alle møder	7	11
Vi følger med brugerne til de fleste møder	9	14
Vi følger med brugerne til nogle møder	37	57
Vi følger med brugerne til få møder	10	15
Vi følger aldrig eller næsten aldrig med brugerne til møder	2	3
Ved ikke	0	0
I alt	65	100

Anm.: Spørgsmålet lyder: Hvor ofte følger I med jeres brugere til møder i kommunalt regi?
(Uden for behandlingsstedets regi, fx møder med kommunal sagsbehandler fra jobcentret.)

Behandlingsstederne med en integreret løsning indgår som sagt ikke i tabel 7.3, fordi deres samarbejde er fundamentalt anderledes organiseret.

Tabel 7.4 omhandler døgnbehandlingsstedernes deltagelse i brugernes møder uden for behandlingsstedets regi.

TABEL 7.4

Omfanget af døgnbehandlingsstedernes deltagelse i brugernes møder i kommunalt regi, uden for behandlingsstedet. Antal og procent.

	Antal	Procent
Vi følger med brugerne til alle eller næsten alle møder	16	50
Vi følger med brugerne til de fleste møder	3	9
Vi følger med brugerne til nogle møder	10	31
Vi følger med brugerne til få møder	1	3
Vi følger aldrig eller næsten aldrig med brugerne til møder	2	6
Ved ikke	0	0
I alt	32	100

Anm.: Spørgsmålet lyder: Hvor ofte følger I med jeres brugere til møder i kommunalt regi?
(Uden for behandlingsstedets regi, fx møder med kommunal sagsbehandler fra jobcentret.)

Halvdelen af døgnbehandlingsstederne følger med deres brugere til alle eller næsten alle møder. Det er en væsentligt større andel end blandt de ambulante behandlingssteder, hvor det kun gjorde sig gældende for 11 pct. Både blandt de ambulante behandlingssteder og døgnbehandlingsstederne, som ikke har en integreret løsning, ser der imidlertid ud til at være mødeaktivitet ud af huset i et eller andet omfang.

Samarbejde behøver ikke være organiseret som møder. Det kan også være koordinering pr. e-mail eller en drøftelse over telefonen. Behandlingslederne er blevet spurgt om, hvor hyppigt personalet diskuterer hver enkelt brugers behandling eller sociale situation med en ekstern kommunal sagsbehandler. Svarene fremgår af tabel 7.5. De behandlingssteder, der har en sagsbehandler placeret på behandlingsstedet med visitationskompetence til øvrige ydelser, er igen ikke medtaget, da samarbejdet kan foregå internt frem for med en ekstern kommunal sagsbehandler.

TABEL 7.5

Hyppighed i behandlingsstedernes kontakt med eksterne kommunale sagsbehandlere vedr. den enkelte brugers behandling eller sociale situation. Antal og procent.

	Antal	Procent
Hver måned	25	26
Med 2-3 måneders mellemrum	55	57
Med 4-6 måneders mellemrum	7	7
Med 7-12 måneders mellemrum eller sjældnere	6	6
Aldrig	1	1
Ved ikke	3	3
I alt	97	100

Anm.: Spørgsmålet lyder: Hvor ofte diskuterer personalet i gennemsnit den enkelte brugers behandling eller sociale situation med en ekstern kommunal sagsbehandler (fx en sagsbehandler fra jobcentret)?

De forrige tabeller 7.3 og 7.4 viser, hvor stor en andel af brugernes møder uden for behandlingssteds regi, behandlingsstedet følger med til. Den siger ikke noget om, hvor hyppigt disse møder forekommer. Tabel 7.5 fortæller derimod, hvor hyppigt personalet på behandlingsstedet er i kontakt med eksterne kommunale sagsbehandlere. Som det fremgår af tabellen, er det mest almindelige, at behandlingsstedet i gennemsnit diskuterer den enkelte brugers behandling eller sociale situation med en ekstern kommunal sagsbehandler, såsom en sagsbehandler fra jobcentret, med 2 til 3 måneders mellemrum. Det gælder for 57 pct. af behandlingsstederne. 26 pct. af behandlingsstederne diskuterer den enkelte brugers behandling eller sociale situation med en ekstern kommunal sagsbehandler hver måned. Der er ikke markant forskel mellem de ambulante og døgnbehandlingsstederne i forhold til dette spørgsmål.

Vi har nu set på omfanget og hyppigheden af behandlingsstedernes samarbejde eksternt i forhold til den enkelte brugers behandling og sociale situation. Nu skal vi se på, om samarbejdet generelt er organiseret med en fast mødestruktur, eller om det foregår ad hoc. I det følgende differentierer vi mellem flere forskellige samarbejdspartnere. Tabel 7.6 viser, hvordan samarbejdet med en række samarbejdspartnere er organiseret. Hvis behandlingsstedet samarbejder med mere end et sted inden for hver enkelt kategori (fx flere kommunale misbrugscentre, flere hospitaler eller lign.), er behandlingslederne blevet bedt om at oplyse, hvordan samarbejdet oftest foregår. Hvis behandlingsstedet slet ikke samarbejder med nogen fra de nævnte kategorier, havde behandlingslederen mulighed for at svare, at det ikke er en vigtig samarbejdspartner.

TABEL 7.6

Behandlingsstedernes angivelse af, hvordan samarbejdet med eksterne partnere oftest foregår og er organiseret. Procent.

	Faste møder	Både faste og ad hoc-møder	Ad hoc-møder	Ikke vigtig samarbejdspartner	I alt
Kommunale Misbrugscentre ¹	35	24	30	11	100
Private Behandlingstilbud ²	25	27	37	11	100
Jobcentre ³	6	20	63	11	100
Kommunale socialafdelinger ³	17	26	50	7	100
Psykiatrien ³	12	19	55	14	100
Kriminalforsorgen ³	10	25	57	7	100
Hospitaler ³	2	9	53	36	100
Frivillige organisationer (fx Kirkens Korshær, pårørende foreninger osv.) ³	4	12	31	54	100

1: I øverste række vedr. samarbejde med kommunale misbrugscentre indgår kommunale behandlingssteder ikke (N = 37 i øverste række).

2: I anden række vedr. samarbejde med private behandlingstilbud indgår private behandlingssteder ikke (N = 75 i anden række).

3: I disse rækker indgår alle behandlingssteder (N = 108 behandlingssteder).

De kommunale misbrugscentre er en vigtig samarbejdspartner for 89 pct. af de ikke-kommunale behandlingstilbud. Samarbejdet er organiseret som faste møder på 35 pct. af behandlingsstederne, som ad hoc-møder på 30 pct. og som en blanding af ad hoc og faste møder på 24 pct. af behandlingsstederne.

Private behandlingstilbud er en vigtig samarbejdspartner for 89 pct. af de offentlige behandlingstilbud. Samarbejdet er organiseret som faste møder på 25 pct. af behandlingsstederne, som ad hoc-møder på 37 pct. og som en blanding af ad hoc og faste møder på 27 pct. af behandlingsstederne.

Den kommunale socialafdeling samt Kriminalforsorgen er en vigtig samarbejdspartner for 93 pct. af behandlingsstederne. Det er dermed de instanser, flest behandlingssteder finder vigtige. For begge samarbejdspartnere gælder, at samarbejdet oftest organiseres som ad hoc-møder. Det gælder for 50 pct. af behandlingsstederne i forhold til socialafdelingen, og 57 pct. af behandlingsstederne i forhold til Kriminalforsorgen.

Jobcentret er en vigtig samarbejdspartner for 89 pct. af behandlingsstederne. De fleste behandlingssteder (63 pct.) organiserer oftest samarbejdet med jobcentret som ad hoc-møder. Det samme gælder psykiatrien. Psykiatrien er en vigtig samarbejdspartner for 86 pct. af behandlingsstederne, og de fleste behandlingssteder (55 pct.) organiserer oftest samarbejdet med psykiatrien som ad hoc-møder. 12 pct. af behandlingsstederne har dog faste møder med psykiatrien.

Hospitaler og frivillige organisationer såsom Kirkens Korshær og pårørendeforeninger er ikke en vigtig samarbejdspartner for henholdsvis 36 pct. og 54 pct. I de tilfælde, hvor disse instanser er en vigtig samarbejdspartner, bliver møder overvejende organiseret ad hoc.

Opsamlende er de samarbejdspartnere, der oftest er faste møder med, de kommunale misbrugscentre og de private behandlingstilbud. Det vil sige, at det er *internt* i stofmisbrugsbehandlingen. Her ligger samarbejdet i faste møderammer for 25-35 pct. af behandlingsstederne. Når det gælder *eksterne* samarbejdspartnere såsom jobcentre, Kriminalforsorgen og psykiatrien ligger samarbejdet kun i faste møderammer for 6-12 pct. af behandlingsstederne, mens møderne organiseres ad hoc på 55-63 pct. af behandlingsstederne.

TILFREDSHED MED SAMARBEJDE

Behandlingslederne er blevet bedt om at vurdere, om samarbejdet fungerer godt eller dårligt med en række samarbejdspartnere. Hvis behandlingsstedet samarbejder med mere end ét sted inden for hver enkelt kategori (fx flere kommunale misbrugscentre, flere hospitaler osv.), er behandlingslederne blevet bedt om at svare på, hvordan samarbejdet oftest fungerer. Svarene fremgår af tabel 7.7.

TABEL 7.7

Behandlingsledernes vurdering af, om samarbejdet fungerer godt eller dårligt med en række udvalgte samarbejdspartnere. Procent.

	Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Dårligt	Meget dårligt	Ikke vigtig samarbejds-partner	I alt
Kommunale misbrugscentre ¹	27	60	3	0	3	8	100
Private behandlings-tilbud ²	19	49	13	0	0	19	100
Jobcentre ³	14	25	34	13	1	13	100
Kommunale socialafdelinger ³	15	49	27	3	2	5	100
Psykiatrien ³	7	22	40	12	7	13	100
Kriminalforsorgen ³	16	56	18	4	0	7	100
Hospitaler ³	5	30	27	7	0	32	100
Frivillige organisationer (fx Kirkens Korshær, pårørende-foreninger osv.) ³	7	20	21	0	0	51	100

1: I øverste række vedr. samarbejde med kommunale misbrugscentre indgår kommunale behandlingssteder ikke (N = 37 i øverste række).

2: I anden række vedr. samarbejde med private behandlingstilbud indgår private behandlingssteder ikke (N = 75 i anden række).

3: I disse rækker indgår alle behandlingssteder (N = 108 behandlingssteder).

Den største tilfredshed finder vi hos de ikke-kommunale behandlingssteder i forhold til samarbejdet med de kommunale misbrugscentre. 60 pct. af lederne fra ikke-kommunale behandlingssteder (dvs. regionale og private behandlingssteder) synes, at samarbejdet med de kommunale misbrugscentre fungerer 'godt', mens 27 pct. synes, at det fungerer 'meget godt'.

Der er også overvejende tilfredshed hos de offentlige behandlingssteder mht. samarbejdet med de private behandlingssteder, ligesom der er overvejende tilfredshed blandt behandlingsstederne generelt med hensyn til samarbejdet med socialafdelingerne og Kriminalforsorgen.

Mest forbeholdne er behandlingslederne i forhold til jobcentrene og psykiatrien. Når det gælder jobcentrene, synes 34 pct. af behandlingslederne, at samarbejdet 'hverken er godt eller dårligt', mens 14 pct. mener, at det er 'dårligt' eller 'meget dårligt'. Når det gælder psykiatrien, synes 40 pct. af behandlingslederne, at samarbejdet 'hverken er godt eller dårligt', mens 19 pct. mener, at det er 'dårligt' eller 'meget dårligt'.

I de kvalitative interview samt skriftlige kommentarer i forbindelse med surveyen bliver der givet eksempler på, hvori samarbejdsproblemerne med jobcentre og psykiatri kan bestå. En behandlingsleder fra et privat, ambulans behandlingstilbud skriver:

Det er et tilbagevendende problem, at samarbejdet med især de jobcentre fra [en navngiven kommune] fungerer trægt. Det er vores indtryk, at selv de kommunale rådgivningscentre for stofmisbrugere har svært ved at trænge igennem.

En behandler fra et kommunalt misbrugscenter fortæller:

Jobcentrene har vi har mange problemer med, synes jeg [...]. Det er næsten umuligt at finde ud af, hvem der er sagsbehandler for brugerne [...]. Jeg ved ikke, om de altid har faste sagsbehandlere. Det er jeg ikke sikker på, at de har. Og der er jo ikke noget sted, det står registreret. Altså, jeg kan jo ikke gå ind og se et eller andet sted, hvem der er sagsbehandleren. Vi [på behandlingsstedet] har vores journalsystem. Når de bliver registreret

her, så skriver jeg straks i noget, der hedder kontakter, og registrerer mig som sagsbehandler på rådgivningscentret. Det vil sige, at alle her kan gå ind og se: ”Nå, det er [Sørens] bruger.” Det kan man ikke i deres system.

Det problem, behandleren beskriver, er simpelthen, at det er svært at finde ud af, hvilken sagsbehandler brugeren har på jobcentret. Det er svært at samarbejde, hvis man ikke ved, hvem det er, man skal samarbejde med. Et andet problem, han beskriver, er, at jobcentre presser brugere i behandling, selvom de slet ikke er motiverede: ”De [jobcentret] siger, at hvis ikke de går i behandling, så får de taget deres kontanthjælp.” Et tredje problem er, at jobcentre stiller krav og laver planer, som kan give problemer og spænder ben for stofmisbrugsbehandlingen:

Vi oplever jo også mange – især de kaotiske brugere – der ikke kan finde ud af at passe tiderne, når de skal møde nede på jobcentret, og så får de stoppet deres kontanthjælp, og så står vi med problemet [...]. Jobplaner osv. risikerer at blive lavet hen over hovedet på mig, [selvom] jeg er i et behandlingsforløb med en klient, og jeg måske absolut ikke synes, at det [der står i jobplanen] er hensigtsmæssigt.

Samarbejde og koordination i forhold til jobcentre vil blive uddybet i delrapport 5. Her skal det blot understreges, at nogle behandlingsledere beskriver et godt samarbejde med jobcentre. Som det fremgår af tabel 7.7, oplever 14 pct. af behandlingslederne, at samarbejdet med jobcentre fungerer ’meget godt’, mens 25 pct. oplever, at det fungerer ’godt’. Behandlingslederen fra et offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted fortæller eksempelvis, at det fungerer rigtig godt i hendes kommune:

Det, der fungerer godt, det er i forhold til job-delen. Der har vi faktisk det forhold, at de [jobcenteret] spørger os meget til råd: ”Hvad tænker vi? Er vedkommende i stand til at komme i aktivering lige nu? Skal vi vente lidt? Hvad er planen for misbrugsbehandlingen?” Sådan, at de ikke sidder og laver noget, der går fuldstændig i modsat retning af de planer, vi har lagt her. Vi gør en del for at informere hinanden - netop også fordi vi ved, at der bliver lagt en jobplan, og hvis vi siger, at de skal deltage i grup-

pebehandling tre gange om ugen henede, og de så skal møde til aktivering så... [kolliderer planerne]. Så derfor er vi nødt til at snakke sammen, og det synes jeg faktisk fungerer rigtigt, rigtigt godt.

Det, der gør, at det fungerer godt i denne kommune, er ifølge behandlingslederen, at begge parter gør en indsats i forhold til at informere hinanden, og at jobcentret spørger behandlingsstedet til råds, så job- og behandlingsplan ikke modarbejder hinanden. I modsætning til kommunen, hvor behandleren var utilfreds med samarbejdet med jobcentret, er der således en gensidig indsats for at informere hinanden. Kontakt, koordination og respekt ser ud til at være nøgleord for tilfredshed med samarbejdet.

I forhold til psykiatrien fortæller behandlingslederne, at problemerne handler om, at stofmisbrugsbehandlingen ikke er klædt på til at behandle psykiatriske problemstillinger, mens psykiatrien ikke kan eller ikke ønsker at diagnosticere og behandle stofmisbrugere. En behandlingsleder på et offentligt, ambulans behandlingssted siger:

De [psykisk syge stofmisbrugere] skaber mange problemer alle steder, og derfor har socialpsykiatrien den holdning til misbrugerne, at de ikke har lyst til at have dem, fordi de skaber en masse tummel, og de [socialpsykiatrien] er ikke særligt rustet til at have med det at gøre, ligesom vi heller ikke er særligt godt rustet til at have med psykisk syge at gøre. Vi forstår det ikke ret godt.

En behandlingsleder fra et offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted fortæller, at det er rigtigt svært at give stofmisbrugsbehandling til brugere med psykiatriske problemstillinger:

[...] fordi vi altid kommer til et punkt, hvor vi ikke kan komme videre, fordi vi mangler viden om, hvordan det så er, man taler med en skizofren eller en paranoid. Og hvad er hvad? Vi kan jo godt opleve, at de fremstår sådan rimeligt ok, når de er på substitutionsmedicin, men når vi så begynder at pille det af dem, jamen, så har vi dem simpelthen for fuldt blus. Og det er vi ikke gearede til. Og vi oplever tit den gamle historie med, at psykia-

trien siger: ”Jamen, der er misbrug, så tilbage [til stofmisbrugsbehandlingen] med vedkommende.”

Behandlingslederen siger i interviewet, at psykiatrien er hurtig til at sparke folk ud, men hun tror, at psykiatrien sikkert siger det samme om stofmisbrugsbehandlingen. ”Det handler om ... uvidenhed. Hvordan er det, vi griber det her an, når vi har en misbruger, som har en eller anden dobbeltbelastning?”, spørger hun.

Flere af behandlingslederne beskriver ikke samarbejdsvanskelighederne med psykiatrien sort-hvidt. Det *er* en kompliceret affære for både stofmisbrugsbehandlingen og psykiatrien at varetage og koordinere indsatsen for de dobbeltdiagnosticerede brugere og ikke mindst de dobbeltbelastede, dvs. de brugere, der ikke har fået stillet en egentlig psykiatrisk diagnose. En behandlingsleder fra et offentligt, ambulans behandlingssted mener, at der især mangler tilbud til de brugere, som ikke har en diagnose. Han oplever, at brugere *med* diagnose godt kan få behandling, mens ”det er et nåleøje, hvis de ikke har en diagnose”. Han mener dog ikke, man skal bebrejde psykiatrien for meget, da det rent fagligt, mener han, ikke er muligt at udarbejde en diagnose, når symptomerne *kan* skyldes stofmisbruget.

Behandlingslederne har forskellig holdning til/forståelse for forholdet mellem psykiske problemer og stofmisbrug. Lederen af et offentligt, ambulans behandlingssted skriver i en kommentar til surveyens spørgsmål om samarbejde:

[Det er] svært at få misbrugere psykiatrisk undersøgt. Kravet er ofte stoffrihed i 3 til 6 måneder, [hvilket] er vanskeligt, når der er tale om selvmedicinering.

Nogle behandlingsledere mener, at stofmisbruget oftest er et udtryk for selvmedicinering. Det vil sige, at brugeren benytter stoffer i et forsøg på at medicinere sig og lægge en dæmper på de psykiske problemer. I dette perspektiv kan det forekomme urimeligt, at stoffrihed skal være en forudsætning for psykiatrisk behandling. Andre behandlingsledere mener, at de psykiske problemer er afledt af stofmisbruget. Lederen af et privat døgnbehandlingssted mener, at mange brugere får en diagnose uden reelt at have en psykiatrisk problemstilling. Han fortæller:

Vi har mange unge mennesker, som har fået en masse psyko-farmaka, og som har været en tur forbi psykiatrien, og som har sådan en oplevelse af, at de er tossede. Og så viser det sig faktisk, at det er de slet ikke. De har bare været misbrugere [...]. De har været et sted i deres liv på daværende tidspunkt, hvor de har været fyldt med alt muligt. Det er klart, det ville også være kendetegnende for os to, at hvis vi fyldte os med ecstasy og lign., og vi skulle sidde og svare på de spørgsmål, så ville det formentligt få samme resultat.

Fordi denne behandlingsleder mener, at det ”stort set næsten altid viser sig, at de her mennesker måske ikke fejler det, man først havde antaget – at det oftest har været udløst af et misbrug”, er han også meget tilfreds med, at psykiatrien ”tager et skridt tilbage, når det er stofmisbrugere – for man kan sige, at uanset hvad folk fejler, så har de stadig et misbrugsproblem, og det skal de have løst uanset hvad.” Hans behandlingssted har ikke meget kontakt med psykiatrien, og det er han tilfreds med. Andre behandlingsledere siger modsat, at de godt kunne tænke sig mere kontakt med psykiatrien. En behandlingsleder fra et offentlig ambulans og døgnbehandlingssted siger fx:

Det kunne jo være super rart, hvis man havde nogle månedlige – eller hver anden måned – møder, hvor man lavede sagsfremstilling og fik lavet nogle klare aftaler om, at hvis I nu gør sådan ude i psykiatrien, så skal vi nok gøre sådan og sådan. Det ville helt sikkert være det optimale.

En anden behandlingsleder fra et offentligt, ambulans behandlingssted efterlyser både flere tilbud til stofmisbrugere med psykiatriske problemstillinger, nemmere adgang til tilbuddene og bedre koordination og information omkring udskrivninger:

Der er et problem i forhold til døgnbehandling. Gentagne tilbagefald er ofte af psykiatrisk karakter, men det eneste tilbud på området er dobbelt så dyrt som almindelig døgnbehandling, og det kan kun løbe rundt for de allertungeste. Man kan ikke sende dem hen på mellemspekteret [dvs. de brugere, som har mellemsvære psykiatriske problemstillinger]. Ellers er der kun kompe-

tence i Århus og på Sct. Hans, men der er lange ventetider og besværlige visitationsprocedurer. Det er ikke blevet stort bedre i den tid, jeg har været i 'gamet' [...]. Ved deres udskrivninger fra døgnbehandling kan det være rigtig svært at kommunikere på tværs, så vi sikrer os, at vi har et tilbud til dem, når de bliver udskrevet. Også for de hyperfleksible SKP'ere [støttekontaktpersoner] bliver informationer ikke overleveret. Det er frustrerende.

Behandlingslederen mener, at selve systemerne og visitationsprocedurerne er bygget uhensigtsmæssigt op:

Vi kan for eksempel ikke henvise brugere direkte videre til behandlingspsykiatrisk udredning. Vi skal forbi skadestuen, hvor brugeren skal sidde x antal timer, før de kan rekvirere en psykiater til at komme og se på ham. System til system kan vi ikke lave de der samarbejdsaftaler, det er sgu systemrigtigt.

Afslutningsvist skal det dog bemærkes, at der findes eksempler på oplevelser af godt samarbejde mellem stofmisbrugsbehandlingen og psykiatrien, hvilket også fremgik af tabel 7.7: Syv pct. af behandlingslederne oplever, at samarbejdet med psykiatrien fungerer 'meget godt', mens 22 pct. oplever, at det fungerer 'godt'. En tilfreds behandlingsleder fra et offentligt, ambulanset behandlingssted fortæller:

Vi har et fantastisk samarbejde med psykiatrien. Vi har et fantastisk samarbejde med [hospital]. Vi oplever også at få den ros, at når vi sender nogen derned, så får vi tilbagemeldinger, at det var da godt nok utroligt så velbehandlet og forberedte, de var.

Behandlingslederen mener ikke, at det gode samarbejde er kommet af sig selv. Det er resultatet af en målrettet indsats:

Den diskussion med, om det er stof eller psykiatri – selvfølgelig ved jeg godt, at der er nogen, der falder brat igennem lige på midten, og sådan er det, men mit indtryk – også med det opsøgende arbejde osv. – er, at vi arbejder behårdt i [en navngiven] kommune for at få lukket det hul.

Der er stadig brugere, der falder mellem to stole, men man arbejder benhårdt for at lukke hullet, mener ovenstående behandlingsleder, og et godt samarbejde mellem psykiatri og stofmisbrugsbehandling er et vigtigt skridt på vejen.

INVOLVERING OG KOORDINATION I FORHOLD TIL ANDRE PROBLEMER END STOFMISBRUG

I de foregående afsnit har vi set på samarbejdet i forhold til forskellige instanser. Dette afsnit handler stadig om samarbejde, men nu er fokus flyttet fra de specifikke instanser (private behandlingstilbud, psykiatri, frivillige organisationer osv.) til de forskellige problemer, som en bruger kan have ud over stofmisbrug. Brugernes problemer kan i nogle tilfælde primært varetages af én instans, men vil ofte kunne og skulle varetages af flere. Eksempelvis kan både et offentligt behandlingssted, et privat behandlingssted, psykiatrien og et frivilligt værested være involveret i at give en bruger behandling eller støtte i forbindelse med psykiske problemer, ligesom både den kommunale socialafdeling, behandlingsstedet og et herberg kan være involveret i en brugers boligproblemer.

Behandlingslederne er blevet spurgt, i hvor høj grad behandlere fra behandlingsstedet er involveret i indsatser over for en række forskellige problemer. Problemerne kan være mere eller mindre nært sammenknyttet til stofmisbrug, og det kan være mere eller mindre nødvendigt, at behandlingsstederne involverer sig i deres løsning. I nogle tilfælde har andre instanser et stort behov for, at behandlingsstederne involverer sig. Hvis en bruger eksempelvis har svært ved at fastholde en bolig pga. stofmisbrug, kan socialafdelingen ikke løse brugerens mangel på bolig alene ved at tilbyde ham eller hende en ny. Det kan være nødvendigt, at behandlingsstedet involverer sig og støtter op om brugerens etablering og stabilisering i ny bolig. Behandlingsledernes vurdering af, hvor meget de er involveret i løsningen af andre problemer end stofmisbrug, fremgår af næste tabel.

TABEL 7.8

Behandlingsledernes angivelse af, i hvilken grad deres behandlingssted er involveret i indsatser over for udvalgte problemer. Procent.

I hvor høj grad er behandlingsstedet involveret i indsatser over for ...	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt
Fysiske problemer	31	41	21	4	4	100
Psykiske problemer	66	26	6	2	1	100
Boligproblemer	32	30	32	6	1	100
Problemstillinger vedr. beskæftigelse eller Uddannelse	26	37	29	7	1	100
Problemstillinger vedr. forsørgelse	28	28	29	13	3	100
Problemstillinger vedr. børn	10	32	35	16	7	100
Problemstillinger vedr. kriminalitet	25	45	25	4	1	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 108 behandlingsledere.

Tabel 7.8 viser overordnet, at behandlerne fra de fleste behandlingssteder er involveret i indsatser over for mange andre problemer end stofmisbrug, hvilket ikke er overraskende, eftersom stofmisbrug ofte hænger sammen med og/eller medfører problemer på andre områder.

Hvilke problemstillinger, der er relevante for et behandlingssted at involvere sig i, vil afhænge af målgruppen. Hvis behandlingsstedet har ældre opiatmisbrugere med eksempelvis HIV eller fixe-skader, vil fysiske problemer ofte være nærværende, mens problemstillinger vedrørende børn naturligvis er nærværende for behandlingssteder med familier.

Tabellen viser, at psykiske problemer er det problemområde, som flest behandlingssteder 'i høj grad' er involveret i. Over halvdelen af behandlingsstederne er endvidere 'i høj grad' eller 'i nogen grad' involveret i indsatser over for brugernes fysiske problemer, boligproblemer, problemstillinger vedrørende beskæftigelse eller uddannelse, problemstillinger vedrørende forsørgelse og problemstillinger vedrørende kriminalitet.

I spørgsmålet om graden af involvering har vi ikke samtidig spurgt om, hvordan de er involveret; men vi ved fra de foregående afsnit i dette kapitel, at 1 ud af 10 behandlingssteder har en integreret løsning, hvor en sagsbehandler med visitationskompetence til andre ydelser end stofmisbrugsbehandling (fx sociale ydelser eller bolig) er placeret på be-

handlingsstedet, mens samarbejdet de resterende behandlingssteder hyppigst foregår ad hoc med en kontakt med 2 til 3 måneders mellemrum. Vi må på denne baggrund formode, at behandlingsstedernes involvering hyppigst har denne form.

Vi har spurgt behandlingslederne, om de oplever problemer med koordination af stofmisbrugsbehandlingen og indsatser over for de problemstillinger, brugerne kan have ud over stofmisbrug. Svarene fremgår af tabel 7.9.

TABEL 7.9

Behandlingsledernes angivelse af, i hvilken grad de oplever problemer med koordinationen af stofmisbrugsbehandlingen og andre sociale indsatser. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt
Fysiske problemer	6	29	46	14	6	100
Psykiske problemer	18	47	23	8	4	100
Boligproblemer	10	37	33	14	6	100
Problemstillinger vedr. beskæftigelse eller uddannelse	9	42	36	10	3	100
Problemstillinger vedr. forsørgelse	10	32	35	16	7	100
Problemstillinger vedr. børn	10	27	36	19	8	100
Problemstillinger vedr. kriminalitet	3	27	45	19	7	100

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 108 behandlingsledere.

Tabellen viser, at flest behandlingsledere vurderer, at der er problemer 'i høj grad' eller 'i nogen grad' med koordinationen mellem stofmisbrugsbehandlingen og indsatser over for psykiske problemer. 18 pct. af behandlingslederne vurderer, at der 'i høj grad' er koordinationsproblemer, mens 47 pct. vurderer, at der 'i nogen grad' er koordinationsproblemer.

Godt halvdelen af behandlingslederne vurderer, at der 'i høj grad' eller 'i nogen grad' er koordinationsproblemer i forhold til problemstillinger vedrørende beskæftigelse eller uddannelse. Knap halvdelen af behandlingslederne vurderer, at der 'i høj grad' eller 'i nogen grad' er koordinationsproblemer i forhold til brugernes boligproblemer og forsørgelsesproblemstillinger. Færrest koordinationsproblemer ser der ud til

at være i forhold til kriminalitetsproblemer, børnesager og fysiske problemer. Det er kun hver tredje behandlingsleder, der oplever koordinationsproblemer i forhold til disse områder.

BARRIERER FOR GOD STOFMISBRUGSBEHANDLING

I dette afsnit fortsætter vi med at se på, hvilke udfordringer behandlingslederne peger på for stofmisbrugsbehandlingen. Vi har spurgt behandlingslederne, hvorvidt de oplever en række forhold som en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Listen af forhold, der kan opleves som en barriere, er lavet på baggrund af de kvalitative interview med behandlingsledere, myndighedspersoner og visitatorer. Det vil sige, at det er forhold, som interviewpersonerne har beskrevet som udfordringer eller barrierer i forhold til stofmisbrugsbehandlingen.

Vi begynder med at se på, i hvor høj grad behandlingslederne fra de ambulante behandlingssteder oplever barrierer for god stofmisbrugsbehandling. Det fremgår af tabel 7.10.

TABEL 7.10

Behandlingslederne på de ambulante behandlingssteders angivelse af, i hvilken grad de oplever en række barrierer i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Procent.

I hvor høj grad oplever du, at nogle af følgende forhold er en barriere ift. at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet?	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt
Manglende tid til brugerkontakt	8	45	33	13	0	100
Manglende økonomiske ressourcer	9	37	37	16	0	100
Usikkerhed om fremtidige budgetter	11	20	48	21	0	100
Tidskrævende dokumentationskrav	35	37	24	4	0	100
Utilstrækkelig uddannelse af personale	4	9	32	55	0	100
Vanskeligheder med at finde og fastholde kvalificeret personale	3	19	29	49	0	100
Manglende koordination af forskellige indsatser over for brugere	12	35	33	19	1	100
Manglende evaluering af faglig kvalitet	4	23	45	25	3	100
Udeblivelser (at brugere ikke møder op til deres aftaler)	8	45	35	12	0	100
Manglende/dårligt samarbejde med Psykiatrien	16	35	32	13	4	100
Manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen	1	13	36	47	3	100
Manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder	5	35	44	16	0	100
Manglende evidens/viden om, hvad der virker	4	20	40	35	1	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 75 behandlingsledere fra ambulante behandlingssteder.

Det forhold, som flest ambulante behandlingsledere oplever som en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, er ifølge surveyen tidskrævende dokumentationskrav. 35 pct. af behandlingslederne på de ambulante behandlingssteder oplever, at det 'i høj grad' udgør en barriere, mens 37 pct. oplever, at det 'i nogen grad' udgør en barriere.

Over halvdelen af behandlingslederne på de ambulante behandlingssteder vurderer 'i høj grad' eller 'i nogen grad', at manglende tid til brugerkontakt (53 pct.), brugernes udeblivelser (53 pct.) samt manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien (51 pct.) udgør en barriere. Knap halvdelen vurderer 'i høj grad' eller 'i nogen grad', at manglende koordination af forskellige indsatser over for brugerne (47 pct.) og manglende økonomiske ressourcer (46 pct.) udgør en barriere.

Til gengæld vurderer under halvdelen, at følgende forhold 'i høj grad' eller 'i nogen grad' udgør en barriere: Utilstrækkelig uddannelse af personale (13 pct.), manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen (14 pct.), vanskeligheder med at finde og fastholde kvalificeret personale (22 pct.), manglende evidens/viden om, hvad, der virker (24 pct.), manglende evaluering af faglig kvalitet (27 pct.), usikkerhed om fremtidige budgetter (31 pct.), manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder (40 pct.), manglende økonomiske ressourcer (46 pct.) og manglende koordination af forskellige indsatser over for brugere (47 pct.).

I tabel 7.11 indgår behandlingslederne fra døgnstedernes vurdering af, hvorvidt de samme forhold udgør en barriere for dem i forhold til at levere god stofmisbrugsbehandling. Bemærk, at skalaen for svarene (svarkategorierne) er lidt anderledes end i den foregående tabel.

TABEL 7.11

Behandlingslederne på døgnbehandlingsstedernes angivelse af, i hvilken grad de oplever en række barrierer i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Procent.

I hvor høj grad oplever du, at nogle af følgende forhold er en barriere ift. at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet?	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I alt
Manglende tid til brugerkontakt	6	3	33	21	33	3	100
Manglende økonomiske ressourcer	9	12	39	15	21	3	100
Usikkerhed om fremtidige budgetter	18	12	21	24	21	3	100
Tidskrævende dokumentationskrav	6	15	39	27	9	3	100
Utilstrækkelig uddannelse af personale	0	3	15	36	39	6	100
Vanskeligheder med at finde og fastholde kvalificeret personale	0	6	15	42	33	3	100
Manglende koordinations af forskellige indsatser over for brugere	12	12	30	27	12	6	100
Manglende evaluering af faglig kvalitet	3	12	21	27	30	6	100
Udeblivelser (at brugerne ikke møder op til deres aftaler)	0	9	9	33	42	6	100
Manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien	12	6	18	24	33	6	100
Manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen	0	3	9	24	58	6	100
Manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder	3	12	36	21	18	9	100
Manglende evidens/viden om, hvad der virker	0	3	15	33	36	12	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 33 behandlingsledere.

Usikkerhed om fremtidige budgetter er ifølge surveyen det forhold, som flest behandlingsledere fra døgnbehandlingsstederne oplever, 'i høj grad' eller 'i meget høj grad' udgør en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. 18 pct. af behandlingslederne på døgnbehandlingsstederne oplever, at det 'i meget høj grad' udgør en barriere, og 12 pct. oplever, at det 'i høj grad' udgør en barriere. Dertil kommer 21 pct., som 'i nogen grad' oplever, at usikkerhed om fremtidige budgetter udgør en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet.

Over halvdelen af behandlingslederne på døgnbehandlingsstederne vurderer endvidere 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad', at manglende økonomiske ressourcer (60 pct.), tidskrævende dokumentationskrav (60 pct.), manglende koordination af forskellige indsatser over for brugerne (54 pct.) samt manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder (51 pct.) udgør en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet.

Til gengæld vurderer under halvdelen af døgnbehandlingslederne, at følgende forhold 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' udgør en barriere: Manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen (12 pct.), vanskeligheder med at finde og fastholde kvalificeret personale (21 pct.), utilstrækkelig uddannelse af personale (18 pct.), brugeres udeblivelser (18 pct.), manglende evidens/viden om, hvad der virker (18 pct.), manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien (36 pct.), manglende evaluering af faglig kvalitet (36 pct.) og manglende tid til brugerkontakt (42 pct.).

Tabel 7.10 og 7.11 viser, at der er forskel på, hvilke barrierer behandlingslederne oplever i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet på henholdsvis de ambulante og døgnbehandlingsstederne. Manglende tid til brugerkontakt, brugernes udeblivelser samt manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien bliver 'i høj grad' eller 'i nogen grad' oplevet som barrierer for over halvdelen af de ambulante behandlingsledere, mens under halvdelen af døgnbehandlingslederne 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' oplever de forhold som en barriere. Omvendt oplever over halvdelen af døgnbehandlingsstederne, at usikkerhed om fremtidige budgetter samt manglende økonomiske ressourcer 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' udgør en barriere for den gode kvalitet, hvilket ikke er tilfældet blandt behandlingslederne på de ambulante behandlingssteder.

Et forhold, som både behandlingsledere fra de ambulante behandlingssteder og døgnstederne er enige om udgør en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, er tidskrævende dokumentationskrav. Ligeledes udgør manglende koordination af forskellige indsatser over for brugere – et forhold, som forholdsvis mange behandlingsledere oplever – en barriere blandt både de ambulante behandlingssteder og døgnstederne. 47 pct. af de ambulante behandlingsledere oplever, at manglende koordination af forskellige indsatser over for brugerne 'i høj grad' eller 'i nogen grad' udgør en barriere, mens 54 pct. af døgnbehandlingslederne 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' oplever det som en barriere.

Flere af behandlingslederne har knyttet kommentarer og uddybninger til oplevelsen af barrierer og særligt, når det gælder tidskrævende dokumentationskrav, er frustrationen tydelig. Eksempelvis skriver en behandlingsleder på et offentligt, ambulans behandlingssted følgende:

Dokumentationskrav er p.t. et meget stort problem. Det æder vores tid, og i år er det da blevet helt galt. Dette spørgeskema er bare ét eksempel på en tidsrøver! Det er sagt med fuld forståelse for, at det er nødvendigt at kontrollere indsatsens kvalitet, men der kommer hele tiden nye skemaer, statistikker m.m.

Det store udslag på vurderingen af, hvor stort et problem dokumentationskrav er, skal i en vis udstrækning ses i den sammenhæng, at behandlingslederne er blevet spurgt i en survey, som mange af dem har brugt et par timer på at besvare. Spørgsmålet om barrierer kommer i slutningen af spørgeskemaet, og denne kontekst spiller (formodentlig) ind. Det er dog vigtigt at understrege, at vurderingen af, at tidskrævende dokumentationskrav udgør en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, ikke kun kan tilskrives konteksten. Det er også et forhold, som myndighedspersoner, visitatorer og behandlingsledere har beskrevet udførligt i de kvalitative interview. Forholdet mellem dokumentationskrav og kvalitet, hvornår det er en barriere, og hvornår det er en forudsætning for god kvalitet er nærmere beskrevet og analyseret i delrapport 4.

Det andet forhold, som både ambulante behandlingsledere og døgnbehandlingsledere er relativt enige om udgør et problem, er manglende koordination af forskellige indsatser over for brugere. Det uddyber

flere behandlingsledere i kommentarer til surveyen eller i de kvalitative interview. Vanskelighederne hænger bl.a. sammen med selve antallet af personer, der er involveret i en brugers sag fra forskellige instanser. En behandlingsleder fra et offentligt, ambulans behandlingssted fortæller i et kvalitativt interview, at hver bruger har mellem to og fire kommunale sagsbehandlere fra forskellige områder såsom børn, bolig, beskæftigelse osv., og at antallet af parter i sig selv udgør et problem, fordi det gør indsatsen svær at koordinere. En anden behandlingsleder fra et offentligt, ambulans og døgnbehandlingssted oplever, at det er en udfordring for behandlingsstedet ikke at ende som den primære tovholder for andre kommunale instanser:

Det, der tit sker her, er, at vi har den daglige kontakt med dem, og vi får også ret hurtigt en rigtig god relation til de her klienter. Og det gør, at de kommer her med alverdens ting og sager. Det er alt lige fra økonomiskemaer, til bolig, til samvær med de her børn, til uddannelse og lign., fordi det er os, de har relationen til. Det er os, de kender. Det er os, de ser hver dag. Så vi bliver nemt tovholder på alle disse ting. Kunsten er så ikke at gøre det, men at få de andre kommunale indsatser i gang også, så vi kan lave en ordentlig plan samlet for klienten.

Udfordringen bliver at fastholde de andre instansers ansvar for deres områder og sammen med dem lave en ordentlig og samlet plan for klienten.

Det er ikke kun dokumentationskrav og samarbejds-/koordinationsproblemer, som behandlingslederne giver kommentarer med på vejen. Nogle behandlingsledere beskriver manglende viden, villighed eller ressourcer hos kommunen som barrierer i forhold til at give brugere de rette behandlingstilbud. Det er de næste tre kommentarer fra surveyen eksempler på:

Godkendende myndighed har ikke den fornødne viden på området. Brugere får flere korte bevillinger, [trods] det var ønskeligt med en bevilling af realistisk varighed, der vil give brugeren mulighed for at koncentrere sig om behandlingen. (Behandlingsleder på privat døgnbehandlingssted)

[Der er et] kommunalt pres for at minimere længden af behandlingstiden, hvilket i høj grad er en hindring og en frustrationsfaktor. Manglende kommunal villighed til at yde bevilling er i høj grad en hindring og frustrerende. Anke på afslag er uden mening, da svar i praksis tager for lang tid. (Behandlingsleder på privat døgnbehandlingssted)

Overholdelse af de kommunale budgetter er uddelegeret til sagsniveau og dermed sagsbehandler eller nærmeste mellemleder. Økonomien i den enkelte sag er afgørende styrende. Visitation og bevilling er dermed meget langsommelig, og først, efter brugeren har gennemgået en række ”kommunale samtaler”, kan berettigelsen til behandling opnås. (Behandlingsleder på offentlig, ambulans behandlingssted)

Første kommentar handler om manglende viden, der resulterer i for korte bevillinger. Anden kommentar handler om manglende villighed til at bevilge behandling enten overhovedet eller af rette længde, mens tredje kommentar handler om manglende ressourcer samt langsommelighed. I de kvalitative interview finder vi de samme barrierer og udfordringer beskrevet. Særligt problemet med manglende ressourcers afspejling i for korte bevillinger er beskrevet udførligt:

Der er ikke nogen tvivl om, at der er mange kommunekasser, som er pressede ... Det handler jo om økonomi. Jeg har meget svært ved at forestille mig, at der findes kommuner, som ikke vil deres brugere det bedste, men igen kan man nogle gange sige, at de her behandlingsforløb er presset ned i en tidsramme, hvor det er rigtigt svært. Det er jo ikke, fordi de ikke vil have, at klienten skal være her noget længere, men de har ikke mulighed for det [...]. Heldigvis er det sådan, at flere af disse kommuner har fået etableret egne efterbehandlingstilbud, som fungerer rigtigt godt. (Behandlingsleder på privat døgnbehandlingssted)

Det har været et problem igennem en årrække, at nogle kommuner simpelthen ikke bevilgede efterbehandlingsdelen, og nogle gange er det sådan, at nogle kommuner siger: ”Nu får klienten tre måneders primærbehandling, og så må vi se. Hvis klienten

stadig er der, og alt går godt, så får I selvfølgelig mere.” Og det er fint nok. Det er jo en måde ikke at fastlåse alle pengene på, men problemet er der nogle gange mere for klienterne. Hvis de ikke har fået hele pakken, så går de rundt og er bekymrede: ”Får jeg nu lov til at få mere primærbehandling, hvis jeg har behov for det? Får jeg nu også min efterbehandling?” Og selvom vi prøver at berolige dem: ”Hvis du bare bliver og passer din behandling, så får du også resten”, så har klienterne stadig svært ved at håndtere det. De bliver bekymrede og nervøse. (Behandlingsleder på privat, ambulans behandlingssted)

For korte bevillinger til dag- eller døgnbehandling kan således være et problem ifølge disse behandlingsledere. Et problem, som imidlertid delvist kan afhjælpes af gode, kommunale efterbehandlingstilbud.

I forhold til betydningen af usikkerhed om fremtidige budgetter er behandlingslederne ikke enige. Lederen af et privat, ambulans behandlingssted forklarer, hvorfor han mener, at usikre budgetter *er* en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet:

Vi kan ikke lave særligt gode budgetter, for vi kan jo ikke vide, hvor mange penge der kommer ind hver måned, og det gør, at mange ting bliver lidt for usikre for et privat behandlingscenter. Derfor ville vi jo være meget, meget gladede for at have en driftsoverenskomst med kommunen [...]. Det ville gøre, at vi kunne kvalitetssikre nogle ting i forhold til behandling. Vi ville kunne ansætte personale efter de budgetter, som er faste, i stedet for, at vi går rundt og er bekymret for, om vi nu kan ansætte denne her person, fordi hvad-nu-hvis.

Nogle af behandlingslederne fortæller, at de har været i situationer, hvor de har måttet afskedige behandlere eller lade deres kontrakter udløbe, fordi der var færre brugere, hvorefter der pludselig kommer en bølge brugere, og de ender i den modsatte grøft: mangel på behandlere. Andre behandlingsledere vil *ikke* gøre svingende budgetter til et problem. Lederen af et offentligt, ambulans behandlingssted siger fx:

Fremtidige budgetter er altid et åbent spørgsmål, men det nytter jo ikke at gøre dem til et problem. Vi må forsøge at argumentere for, at vi skal have de nødvendige penge til området.

Om det er et problem eller ej, afhænger således ikke kun af, om budgetterne er usikre eller ej, men også af, hvorvidt man vælger at opfatte det som et problem eller et vilkår. Oplevelsen af barrierer for god stofmisbrugsbehandling er nærmere beskrevet og analyseret i delrapport 4.

PRIORITERINGER OG VISIONER FOR FREMTIDEN

Dette afsnit handler om, hvilke ønsker og visioner behandlingslederne har for fremtiden. I behandlingssteds-surveyen har vi stillet behandlingslederne følgende spørgsmål: ”Hvis dette behandlingstilbud pludselig fik ekstra ressourcer, hvad skulle de så bruges på?” Behandlingslederne blev i forbindelse med spørgsmålet præsenteret for en liste med områder, som interviewpersonerne i de kvalitative interview havde fremhævet som vigtige, men behandlingslederne havde også mulighed for at vælge at prioritere andre områder end de oplistede. Behandlingslederne havde mulighed for at prioritere op til tre områder, og deres prioriteringer fremgår i vægtet rækkefølge af tabel 7.12.

TABEL 7.12

Behandlingsledernes prioriteringer ved ekstra ressourcer. Antal og procent.

	Antal	Procent
Øge behandlingsintensiteten (dvs. mere kontakt mellem bruger og behandlere)	70	65
Give behandlere mere uddannelse	46	43
Evaluer behandlingen mere	45	42
Forbedre samarbejdet med andre instanser	36	33
Inddrage pårørende mere	28	26
Forbedrede fysiske faciliteter	28	26
Give flere brugere tilbud om psykologsamtaler	16	15
Andre områder	21	19

Anm: Tabellen er baseret på 108 besvarelser. Behandlingslederne har haft mulighed for at prioritere op til tre punkter, hvorfor antal ikke summer til 108, og procentsatserne ikke summer til 100.

Som det fremgår af tabel 7.12, er en øgning af behandlingsintensiteten, dvs. mere kontakt mellem brugere og behandlere, det område, som flest behandlingsledere ville prioritere, hvis de fik flere ressourcer. 65 pct. af behandlingslederne har således prioriteret øget behandlingsintensitet. På anden- og tredjepladsen ligger mere uddannelse til behandlere og mere evaluering af behandlingen meget tæt med henholdsvis 43 og 42 pct. af behandlingslederne, der ville vælge at bruge ressourcerne på disse områder. 33 pct. af behandlingslederne ville gerne forbedre samarbejdet med andre instanser, 26 pct. ville inddrage pårørende mere eller forbedre fysiske faciliteter, mens 15 pct. ville vælge at give flere brugere tilbud om psykologsamtaler. 19 pct. af behandlingslederne ville vælge at bruge ressourcerne på noget andet end de oplyste områder. Behandlingslederne nævner bl.a. flere gruppetiltag, flere udgående indsatser (såsom SKP eller 'hjemme hos'-opgaver), give brugerne flere oplevelser (der nævnes bl.a. rejser med indhold), styrkelse af de sundhedsfaglige og/eller psykiatriske tilbud, opprioritering af arbejdet med behandlingsplaner, herunder udarbejdelse af mål og succeskriterier for det enkelte forløb, udvidelse af behandlingstilbud i form af pladser, åbningstid eller udbygning af behandling med for- og efterbehandling.

Listen af områder, som blev præsenteret i forbindelse med spørgsmålet i surveyen, er som sagt baseret på de kvalitative interview med behandlingslederne. I disse interview forklarer behandlingslederne også, hvorfor behandlingsintensiteten, kontakten mellem bruger og behandler, er så vigtig at prioritere. Behandlingslederne kobler ofte behandlingsintensiteten tæt sammen med ratioen, dvs. hvor mange brugere der er pr. behandler. De mener, at ratioen betyder noget både for hyppigheden og fleksibiliteten i behandlernes kontakt til brugerne. En behandlingsleder fra et offentligt, ambulanset behandlingssted forklarer:

Det [ratioen] er et spørgsmål om, hvilken kvalitet man gerne vil have. Hvilken hyppighed i kontakten vil man gerne have? Man kan også sige, hvilke muligheder vil man gerne have for at kunne arbejde på nogle andre måder? I stedet for, at brugeren har en tid hos sin behandler fra 10-11, så kan behandleren og klienten aftale, at i dag kører vi til stranden, og så spiser vi noget frokost derude, og så snakker vi frem og tilbage. Så snakker vi om tingene på den måde, for det har man behov for. Tit får man løst op for en anden måde at være sammen på, når man fysisk skifter

miljø. Hvis man tror på, at sådan nogle ting spiller ind på behandlingsresultaterne, så skal man have en relativ god normering, for ellers kan det ikke lade sig gøre. Mine medarbejdere har meget store frihedsgrader i forhold til, hvordan de planlægger samværet med deres brugere.

Denne behandlingsleder er tilfreds med sin normering og dermed behandlingsintensiteten og mulighederne for fleksibel tilrettelæggelse af kontakten til brugerne. Han lægger vægt på, at kontakten til brugerne ikke kun foregår på behandlernes kontor, men at den gode normering gør det muligt for behandlerne at tage ud af huset, hvis det giver en behandlingsmæssig fordel. Andre behandlingsledere er ikke tilfredse med deres normering og dermed heller ikke behandlingsintensiteten. Det er næste behandlingsleder, som ligeledes er behandlingsleder på et offentligt, ambulans behandlingssted, et eksempel på:

Det arbejde, der bliver gjort her, er nærmest 'Nød lærer nøgen kvinde ...' Her er akutarbejdet jo blevet raffineret til fingerspidserne. Det er stort set det eneste, der foregår i substitutionsbehandlingen her, men det foregår til gengæld også.

Denne behandlingsleder fortæller, at han har en vision om at lave mere opsøgende 'miljøarbejde' og fx møde brugerne i deres boliger eller boligområder. Formålet skulle være at bryde institutionaliseringslementerne i behandlingsarbejdet generelt og undgå, at de mere garvede misbrugere socialiserer de unge på behandlingsstederne. For at realisere denne vision mener han dog, at det er nødvendigt med en helt anden 'case-load' (dvs. antal sager pr. behandler) end den aktuelle.

Behandlingsledernes holdning og tanker omkring behandlernes uddannelse, evaluering af behandling, samarbejde og pårørendeinddragelse har vi været inde på i tidligere kapitler, og det vil ikke blive gentaget her. Vi vil i stedet fremhæve en anden vision, som blev beskrevet i flere af de kvalitative interview. Det handler om udbygning af dagbehandlingen i Danmark. Flere interviewpersoner nævner det som et område med stort potentiale for forbedring af kvalitet og behandlingsresultater. De behandlingsledere, som selv tilbyder dagbehandling, er ikke mindst entusiastiske. En behandlingsleder fortæller, at da han var med til at starte et offentligt dagbehandlingstilbud op for nogle år siden, grinte folk af tan-

ken om at sende *stofmisbrugere* i dagbehandling, men det blev ikke desto mindre en kæmpe succes. De fordele ved dagbehandling, han fremhæver, er, at brugerne ikke skal 'ramme en bund' først, men kan påbegynde behandlingen tidligere og sideløbende med, at de passer deres børn, hjem, arbejde, uddannelse osv. En anden behandlingsleder fra et ambulantly, offentligt behandlingssted fortæller:

Jeg var meget skeptisk over at skulle starte dette [dagbehandling] op, men jeg har fundet ud af, at man kan betydeligt mere i ambulantly regi, end jeg troede [...]. Jeg har også hele tiden tænkt døgn, døgn, døgn [underforstået: døgnbehandling] [...]. Den ambulantly behandling kunne udvikles mere landsdækkende, stadigvæk med det in mente, at vi ikke kan erstatte døgn, men jeg tror på, at vi fanger mange af de unge mennesker op her. Misbruget eskaleres ikke, og de kommer ud og får et almindeligt liv igen.

Ud over fordelene forbundet med, at dagbehandlingen kan iværksættes, inden misbruget eskaleres, og misbrugeren 'når bunden', samt at brugeren forbliver i sit hjemmemiljø, så er de lavere omkostninger ved dagbehandling kontra døgnbehandling også en faktor, der nævnes af nogle behandlingsledere, fx af denne behandlingsleder af et privat dagbehandlingstilbud:

Der er rigtig mange af dem, man sender i døgnbehandling, som ikke behøver at komme i døgnbehandling, men som kan klare sig med at komme i dagbehandling. Og så er der allerede mange penge tjent, for et døgnbehandlingsforløb koster mellem 40 og op til 60.000 kr. om måneden, mens et dagbehandlingstilbud koster små 20.000 kr. om måneden. Så det er mange penge, man kan spare, hvilket kan betyde, at flere kan komme i behandling.

En behandlingsleder på et offentligt, ambulantly behandlingssted fortæller, at han meget gerne så det kommunale tilbud blive udbygget med dagbehandling, men at han regner med, at dagbehandlingen vil være næsten lige så dyr som døgnbehandling. Baggrunden for, at han alligevel ønsker dagbehandling, er, at han mener, at det vil mindske risikoen for tilbage-

fald og være et godt tilbud til de brugere, som er socialt og psykisk stærke nok.

Det er ikke kun behandlingsledere, der har visioner om en udbygning af dagbehandlingen. Delrapport 4 viser, at der også blandt myndigheds personer i kommunerne knyttes forhåbninger til denne behandlingsform. Dagbehandling beskrives som en af manglerne i de kommunale behandlingssystemer og er et af de områder, man gerne vil prioritere i fremtiden.

BEHANDLINGSSTEDERNES IMØDEKOMMELSE AF BRUGERNES ØNSKER

En af de vigtige konklusioner i delrapport 2 var, at flere brugere ønskede psykologsamtaler. Hvad kan behandlingssteds-surveyen sige om behandlingsstedernes imødekommelse af dette ønske? For det første viser behandlingssteds-surveyen, at 14 pct. af brugerne har modtaget en psykologsamtale inden for den seneste måned, ifølge behandlingsledernes oplysninger (jf. afsnittet ”Gruppebehandling og psykologsamtaler i kapitel 5). For det andet viser behandlingssteds-surveyen, at psykologer tilsammen med psykiatere udgør 7 pct. af behandlerpopulationen ifølge behandlingsledernes oplysninger (jf. afsnittet ”Behandlere: antal, egen misbrugerfaring og uddannelse” i kapitel 4). For det tredje kan vi sige, at psykologsamtaler til flere brugere *ikke* er et område, de fleste behandlingsledere ville vælge at prioritere, hvis de fik flere ressourcer. Hvis behandlingsstedet fik flere ressourcer, ville kun 15 pct. vælge at give flere brugere psykologsamtaler som en af de første tre prioriteter (jf. forrige afsnit i dette kapitel). Vi kan derfor ikke umiddelbart på baggrund af vores survey og interview sige, at behandlingslederne er meget imødekommende over for brugerønsket om flere psykologsamtaler.

Imødekommelse af brugernes ønsker om flere psykologsamtaler handler også om, hvor let man gør adgangen til psykologsamtaler. Her spiller det en rolle, hvorvidt brugerne skal igennem en visitation for at få bevilget psykologsamtaler, eller om der er fri adgang. Vi har spurgt behandlingslederne, hvilken form for adgang til psykologsamtaler, deres brugere har. Svarene fremgår af tabel 7.13.

TABEL 7.13

Behandlingsledernes angivelse af, hvilken form for adgang deres brugere har til psykologsamtaler. Antal og procent.

	Antal	Procent
Brugere skal altid visiteres til psykologsamtaler	44	40
Brugere skal visiteres til psykologsamtaler, men der er mulighed for akutte samtaler uden forudgående visitation	31	28
Brugerne har fri adgang til psykologsamtaler	17	15
Behandlingsstedet benytter ikke psykologer	13	12
Ved ikke	5	5
I alt	110	100

Som det fremgår af tabel 7.13, er den hyppigst forekommende model på behandlingsstederne, at brugere altid visiteres til psykologsamtaler. Det er tilfældet på 40 pct. af behandlingsstederne. På 28 pct. af behandlingsstederne skal brugerne også visiteres, men har mulighed for akutte psykologsamtaler uden forudgående visitation. I et kvalitativt interview fortæller en behandlingsleder, at egentlig psykologforløb altid indebærer en formel visitation, men hvis brugeren er i akut krise og eventuelt i fare for tilbagefald, kan brugeren få en samtale med det samme (såfremt psykologen på behandlingsstedet har tid). På 15 pct. af behandlingsstederne har brugerne fri adgang til psykologsamtaler. Det vil typisk være på behandlingssteder, hvor man har en psykolog ansat som en fast del af behandlerstaben (modsat behandlingssteder, der køber psykologsamtaler som ydelser i andet regi). På 12 pct. af behandlingsstederne oplyser lederne, at man ikke bruger psykologsamtaler. En del af lederne tilføjer, at brugerne i stedet har adgang til andre terapeuter (fx psykoterapeuter) eller socialfagligt personale.

Et andet brugerønske, som blev fremhævet i delrapport 2, var, at hver fjerde bruger ønskede flere samtaler med sin kontaktperson. Behandlingssteds-survey samt interview med behandlingsledere viser, at øget behandlingsintensitet, dvs. mere kontakt mellem bruger og behandler, er et prioriteret område blandt behandlingslederne. Hvis de fik ekstra ressourcer, ville 2 ud af 3 behandlingsledere bruge dem på at øge intensiteten i kontakten med brugerne som en af de tre øverste prioriteter. I interviewene lægger behandlingslederne ligeledes vægt på behandlingsintensiteten. Vores interview og survey giver følgelig det indtryk, at der er en imødekommenhed over for brugernes ønske om mere kontakt fra behandlingsledernes side.

Ønske om flere fritidsaktiviteter er et tredje område, som delrapport 2 pegede på. Knap hver femte bruger ønskede fritidsaktiviteter, men fik det ikke. Behandlingssteds-surveyen viser, at 58 pct. af behandlingsstederne har fritidstilbud, såsom sport, udflugter og kreativ udfoldelse, og i de kvalitative interview med behandlingsledere fremhæver flere også fritidstilbuddenes betydning for stofmisbrugsbehandlingen (jf. afsnit ”Specifikke behandlingstilbud” i kapitel 3). Det tyder på en opmærksomhed og villighed i forhold til at imødekomme brugernes ønsker om fritidsaktiviteter.

OPSUMMERING

Behandlingsstederne har mange samarbejdspartnere. For det første skal behandlingsstederne samarbejde med hinanden og de kommunale myndighedsafdelinger i forbindelse med visitation af brugerne. Behandlingsstederne kan have forskellige roller i forbindelse med visitation afhængig af deres visitationskompetence. De kan enten være ’modtagere’ af brugere, som andre enheder visiterer, eller de kan være ’afsendere’ af brugere, som de visiterer til andre behandlingssteder. Surveyen viser, at 45 pct. af behandlingsstederne ikke har nogen form for visitationskompetence og derfor er afhængig af at samarbejde med andre enheder (behandlingssteder eller myndighedsafdelinger), som visiterer brugere til dem. 25 pct. af behandlingsstederne har visitationskompetence til eget behandlingstilbud og skal kun samarbejde med eksterne parter i forbindelse med visitation, hvis deres brugere skal have andre behandlingstilbud end dem, de selv kan tilbyde, mens 31 pct. af behandlingsstederne både har visitationskompetence til eget og andre behandlingstilbud.

For det andet skal behandlingsstederne samarbejde med andre instanser, fordi stofmisbrugere ofte har andre problemer end stofmisbrug. Surveyen viser, at psykiske problemer er det problemområde, som flest behandlingssteder ’i høj grad’ er involveret i. 92 pct. af behandlingsstederne er således ’i høj grad’ eller ’i nogen grad’ involveret i indsatsen over for psykiske problemer. Over halvdelen af behandlingsstederne er endvidere ’i høj grad’ eller ’i nogen grad’ involveret i indsatser over for brugernes fysiske problemer, boligproblemer, problemstillinger vedrørende beskæftigelse eller uddannelse, problemstillinger vedrørende forsørgelse og problemstillinger vedrørende kriminalitet.

I forhold til organisering af samarbejdet viser surveyen, at hvert tiende behandlingscenter har en sagsbehandler placeret på stedet, som kan visitere til andre ydelser end stofmisbrugsbehandling såsom sociale ydelser eller bolig. Det vil sige, at samarbejdet og koordinationen mellem en social- eller boligindsats kan foregå internt på behandlingsstedet. Surveyen viser, at de fleste steder, der ikke har denne form for 'integreret løsning', følger med brugerne til nogle, de fleste eller alle møder uden for behandlingsstedet i kommunalt regi. I gennemsnit diskuterer personalet den enkelte brugers behandling eller sociale situation med en ekstern kommunal sagsbehandler med 2 til 3 måneders mellemrum på de fleste behandlingssteder (57 pct.). Når det gælder møder mellem de forskellige instanser, er der primært tale om ad hoc-møder. Kun når det gælder de ikke-kommunale behandlingssteders møder med kommunale misbrugscentre, ligger de oftere i faste rammer (35 pct.) end de er ad hoc (30 pct.). De ikke-kommunale behandlingssteder er regionale eller privatejede behandlingssteder.

I forhold til tilfredshed med samarbejde finder vi den største tilfredshed netop hos de ikke-kommunale behandlingssteder i forhold til samarbejdet med de kommunale misbrugscentre, dvs. der, hvor samarbejdet oftest er i faste rammer. 60 pct. af lederne fra ikke-kommunale behandlingssteder synes, at samarbejdet med de kommunale misbrugscentre fungerer godt, mens 27 pct. synes, at det fungerer meget godt. Der er også overvejende tilfredshed hos de offentlige behandlingssteder mht. samarbejdet med de private behandlingssteder, ligesom der er overvejende tilfredshed blandt behandlingsstederne generelt med hensyn til samarbejdet med socialafdelingen og Kriminalforsorgen. Mest forbeholdne er behandlingslederne i forhold til jobcentre og psykiatrien. I de kvalitative interview samt skriftlige kommentarer i forbindelse med surveyen forklarer behandlingslederne, at problemerne i forhold til jobcentre kan være, at behandlere mangler kontakt og information, samt at jobcentre kan stille krav og lægge jobplaner, som ikke er hensigtsmæssige i forhold til stofmisbrugsbehandlingen. I forhold til psykiatrien kan det handle om, at de afviser personer med psykiatiske problemstillinger, hvis de er stofmisbrugere, eller at der er for lidt information, for vanskelige visitationsprocedurer eller dårlig koordination i forbindelse med udskrivning. Det skal dog understreges, at der også er behandlingsledere, som beskriver et godt samarbejde med både jobcentre og psykiatri, hvilket også afspejles i tabel 7.7.

Kapitlet beskriver, hvilke udfordringer og barrierer behandlingslederne oplever. Surveyen viser, at der er forskel på, hvilke barrierer behandlingslederne oplever i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet på henholdsvis de ambulante behandlingssteder og døgnbehandlingsstederne. Manglende tid til brugerkontakt, brugernes udeblivelser samt manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien bliver 'i høj grad' eller 'i nogen grad' oplevet som en barriere for over halvdelen af de ambulante behandlingsledere, hvilket ikke er tilfældet blandt døgnbehandlingslederne. Omvendt oplever over halvdelen af døgnbehandlingsstederne, at usikkerhed om fremtidige budgetter samt manglende økonomiske ressourcer 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' udgør en barriere for den gode kvalitet, hvilket ikke er tilfældet blandt behandlingslederne på de ambulante behandlingssteder.

Et forhold, som både behandlingsledere fra de ambulante behandlingssteder og døgnstederne er enige om udgør en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, er tidskrævende dokumentationskrav. Ligeledes er manglende koordination af forskellige indsatser over for brugere et forhold, forholdsvis mange behandlingsledere oplever, der udgør en barriere blandt både de ambulante behandlingssteder og døgnstederne.

Øgning af behandlingsintensiteten, dvs. mere kontakt mellem brugere og behandlere er det område, flest behandlingsledere gerne ville bruge flere ressourcer på i fremtiden. På anden- og tredjepladsen prioriterer behandlingsledere mere uddannelse af behandlere samt mere evaluering af behandlingen. Delrapport 2 viste, at når vi spurgte brugerne, var der flere, som ønskede psykologsamtaler. Surveyen viser, at det imidlertid ikke er det, behandlingslederne vil prioritere. Brugerrapporten viser dog også, at brugerne efterlyser flere samtaler med deres kontaktpersoner, dvs. behandlere, og dette ønske ser ud til at imødekommes af behandlingsledernes prioritering af en øgning af behandlingsintensiteten, dvs. skabe mere kontakt.

SAMMENFATNING

Afslutningsvis vil vi sammenfatte de vigtigste pointer og konklusioner fra rapportens kapitler.

Rapporten handler om behandlingstilbud, tilgange og metoder på behandlingssteder for stofmisbrugere i Danmark anno 2009. Den beskriver, hvilke behandlingstilbud der findes og til hvilke målgrupper, hvor mange behandlere der er, og hvilken uddannelsesbaggrund de har, hvilke succekriterer behandlingsstederne har for deres arbejde, og hvordan de bliver evalueret, samt hvilke parter behandlingsstederne samarbejder med for at sikre en helhedsorienteret indsats.

Undersøgelsen angår den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142.

Rapporten er primært baseret på en kombination af kvantitative data, indhentet fra en survey besvaret af behandlingsledere, samt kvalitative interview med behandlingsledere. Disse to primære datakilder bliver i det omfang, det har været hensigtsmæssigt, suppleret med kvalitative interview med myndighedspersoner og visitatorer fra forskellige kommuner.

Forud for behandlingssteds-surveyen blev 13 behandlingsledere fra 10 forskellige behandlingssteder interviewet. Interviewene er gennem-

ført i sommeren og efteråret 2008. Formålet med de kvalitative interview var at indsamle behandlingslederes erfaringer og vurderinger af, hvilke behandlingstilbud der er vigtige, hvilke udfordringer der er centrale for stofmisbrugsbehandlingen osv. og derigennem også at kvalificere spørgsmålene i behandlingssteds-surveyen. Behandlingssteds-surveyen blev udsendt til alle identificerede behandlingssteder i Danmark, som har omsorgs- og/eller behandlingstilbud til stofmisbrugere. På behandlingsstederne blev behandlingslederen bedt om at udfylde skemaet. Surveyen blev gennemført i januar/februar 2009. Ledere fra i alt 130 behandlingssteder blev bedt om at deltage i surveyen, og 117 deltog. Det giver en svarprocent på 90 pct. Metode og datamateriale beskrives i kapitel 2.

BEHANDLINGSTILBUD

Kapitel 3 tegner et overordnet billede af behandlingstilbud, som findes i det danske behandlingslandskab i begyndelsen af 2009.

Overordnet viser behandlingssteds-surveyen, at størrelse, ejer- og behandlingsform primært optræder i bestemte kombinationer blandt behandlingssteder i Danmark: Store behandlingssteder er oftest offentligt ejede og tilbyder ambulante behandling, mens små behandlingssteder oftest er privatejede og tilbyder døgnbehandling. I gruppen af de største behandlingssteder (120 brugere eller flere) er 95 pct. således ambulante behandlingssteder og 97 pct. offentligt ejede, og i gruppen af de mindste behandlingssteder (0-19 brugere) er 75 pct. døgnsteder, og 69 pct. er private behandlingssteder.

Blandt de offentlige behandlingssteder er langt de fleste kommunale tilbud og en mindre del regionstilbud. Hvis man ser på alle behandlingssteder, er 65 pct. kommunale, 5 pct. regionale og 29 pct. private. Omkring 85 pct. af alle brugere registreret i surveyen får et omsorgs- eller behandlingstilbud på et kommunalt behandlingssted.

De fleste brugere får en behandlingsintensitet svarende til det, Servicestyrelsen definerer som ambulante behandling, dvs. de får en ydelse (i surveyen specificeret som en behandlingssamtale eller gruppebehandling, men ikke medicinudlevering) mindst to og højst otte gange om måneden. 51 pct. af de brugere, hvis intensitet er registreret i behandlingssteds-surveyen (det drejer sig om 8.346 brugere fra 105 behandlingssteder), får ambulante behandling. Det næstmest almindelige er, at bruge-

ren får en intensitet, hvor der leveres en ydelse under hver 14. dag. Ifølge Servicestyrelsens kan denne lave intensitet ikke defineres som behandling og kaldes i stedet ad hoc-ydelser. Denne form for tilbud får 30 pct. af brugerne. 15 pct. af brugerne får dagbehandling, der defineres som en behandling med en intensitet, hvor der leveres en ydelse 3-5 gange om ugen, og 5 pct. er i døgnbehandling.

63 pct. af de deltagende behandlingssteder har brugere i substitutionsbehandling. 43 pct. af disse behandlingssteder har skriftlige minimumsstandarder for, hvor hyppigt deres brugere i substitutionsbehandling skal have en behandlingssamtale. Minimumskravet varierer mellem en gang om ugen til en gang om året.

Individuelle samtaler med en socialpædagog er det tilbud, der hyppigst indgår i behandlingen på både de ambulante og døgnbehandlingsstederne. Det gælder for 92 pct. af de ambulante behandlingssteder og 91 pct. af døgnbehandlingsstederne. På døgnbehandlingsstederne er det hyppigt kombineret med social færdighedstræning, som også indgår i behandlingen på 91 pct. af døgnbehandlingsstederne. På de ambulante behandlingssteder er socialrådgivning det næsthyppestede behandlingstilbud. Det indgår i behandlingen på 83 pct. af de ambulante behandlingssteder. Individuelle samtaler med psykologer er et tilbud på 59 pct. af de ambulante behandlingssteder og 41 pct. af døgnbehandlingsstederne. Gruppebehandling er et tilbud på 70 pct. af de ambulante behandlingssteder og 74 pct. af døgnbehandlingsstederne.

Når det gælder specialiserede tilbud til særlige grupper, er der flest ambulante behandlingssteder med tilbud til unge under 25 år (40 pct.) samt gravide (37 pct.), og blandt døgnbehandlingsstederne er de hyppigst forekommende specialiserede tilbud til psykisk syge misbrugere (44 pct.), kriminelle (41 pct.) og unge under 25 år (41 pct.). Tre ud af fire behandlingssteder angiver endvidere at have en eller anden form for tilbud til brugernes pårørende.

BRUGERE, BEHANDLERE OG BEHANDLINGSFORLØB

Kapitel 4 handler om brugere, behandlere og behandlingsforløb.

Når det gælder brugerne på de behandlingssteder, som deltager i surveyen i januar/februar 2009, viser undersøgelsen, at 17 pct. er mellem 18 og 24 år, 34 pct. er mellem 25 og 34 år, mens 49 pct. er over 35 år. 29

pct. af de indskrevne i januar/februar 2009 er kvinder, og 9 pct. har en anden etnisk baggrund. Lidt over halvdelen (56 pct.) havde hovedsageligt et opiatmisbrug inden deres behandling, mens 19 pct. hovedsageligt havde et misbrug af stimulanser (fx kokain, amfetamin eller ecstasy), og 21 pct. hovedsageligt havde et hashmisbrug.

Ifølge behandlingsledernes oplysninger tager behandlingsarbejdet udgangspunkt i en målsætning om stoffrihed for 48 pct. af brugerne, mens behandlingsarbejdet tager udgangspunkt i noget andet end stoffrihed (fx reduktion af misbrug eller stabilisering) for 52 pct. af brugerne.

Når det gælder behandlerne, viser en analyse af behandlernes antal, egen misbrugserfaring og uddannelse, at behandlingslederne har registreret 1.064 behandlere i surveyen, hvoraf 15 pct. har egen misbrugserfaring. Behandlere med egen misbrugserfaring er særligt ansat på private døgnbehandlingssteder. Hvis man ser på hovedgrupperne af ansatte i behandlingssystemet, fordeler de sig timemæssigt således: Socialpædagoger varetager 49 pct. af personaletimerne, socialrådgivere varetager 26 pct., sygeplejersker varetager 14 pct., psykologer og psykiatere varetager tilsammen 7 pct., og endelig varetager læger 4 pct. af personaletimerne.

Ifølge behandlingsledernes oplysninger i surveyen har 73 pct. af behandlerne et diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed i en specifik metode, som anvendes i behandlingsarbejdet (fx kognitiv terapi). Behandlingslederne vægter faglig uddannelse og personlighed højt, når de ansætter behandlere, mens personlig erfaring med misbrug ikke er en afgørende parameter.

Bruger-behandler ratioen, dvs. hvor mange brugere der er pr. behandler, er udregnet på baggrund af behandlingsledernes oplysninger i surveyen. Behandlere dækker i denne udregning over både sociale behandlere (såsom pædagoger og socialrådgivere), sundhedsfaglige behandlere (såsom sygeplejersker og ergoterapeuter), ufaglærte (såsom pædagogmedhjælpere, medicinudleverere, nattevagter og eksmisbrugere) samt læger, psykologer, psykiatere og behandlingsledere. Rengøringspersonale, kontorpersonale og lign. er ikke regnet med i det omfang, det har været muligt at fraregne dem. Udregningerne viser, at den gennemsnitlige ratio på døgnstederne er tre brugere pr. behandler, mens den gennemsnitlige ratio på de ambulante behandlingssteder er 13 brugere pr. behandler. Gruppen af ambulante behandlingssteder dækker både over egentlige dagbehandlingstilbud og misbrugscentre, der kan stå for en kombination af dagbehandling, ambulante behandling, skadesreduktions- og omsorgs-

tilbud til substitutionsbrugere osv. Der er en klar tendens til, at en større andel af brugerne modtager ad hoc-ydelser (dvs. får en lavere intensitet end behandling) på centre med et relativt højt antal brugere pr. behandler.

En brugers behandlingsforløb begynder typisk med ca. tre samtaler i forbindelse med udredningen af brugerens behandlingsbehov. Hvis brugeren ikke møder op til en eller flere samtaler i udredningsfasen, vil hun eller han blive udskrevet på en tredjedel af behandlingsstederne efter et bestemt antal gange. I løbet af udredningen vil brugeren typisk blive præsenteret for ASI-skemaet og/eller behandlingsstedets egne skemaer til afklaring og visitation. På langt de fleste behandlingssteder (95 pct.) bliver alle brugere i høj eller nogen grad mødt med samme procedure i udredningsforløbet.

For mange brugere er udredningen ikke startskuddet til deres første behandlingsforløb. For disse brugere er der tale om en genindskrivning. Andelen af gengangere er meget varierende på behandlingsstederne. På tre ud af ti af behandlingsstederne skønner behandlingslederen, at det er første behandlingsforløb for de fleste af brugerne, som blev indskrevet i 2008. På to ud af ti behandlingssteder skønner behandlingslederen, at det er omkring halvdelen af brugerne, der har været i behandling tidligere, og på fire ud af ti behandlingssteder skønner behandlingslederen, at de fleste brugere har været i behandling tidligere.

Af de brugere, der var indskrevet i 2008, afbrød 0-9 pct. behandlingen i utide på 18 pct. af behandlingsstederne, 10-19 pct. på 24 pct. af behandlingsstederne og 20-29 pct. på 21 pct. af behandlingsstederne. De resterende 37 pct. af behandlingsstederne har en andel brugere på mellem 30-69 pct., der afbrød behandlingen i utide. Når det gælder udskrivning til andre behandlingstilbud, er det på de fleste steder kun mellem 0-19 pct. af brugerne, som blev udskrevet til andre behandlingstilbud i 2008. Hvor mange udskrives som færdigbehandlede? Hvert fjerde behandlingstilbud har udskrevet mellem 0 og 9 pct. som færdigbehandlede i 2008. 28 ud af de 104 behandlingssteder (27 pct.) har udskrevet over halvdelen af brugerne som færdigbehandlede.

Et afgørende parameter for brugerens behandlingsforløb er, hvorvidt hun eller han møder op til sine behandlingsaftaler. Behandlingslederne er blevet spurgt, hvor stor en andel af deres brugere der udebliver fra 25 pct. af behandlingsaftalerne eller mere. Kun 20 behandlingsledere ud af 104 vurderer, at gruppen af brugere, som udebliver så hyppigt,

er på under 10 pct. De øvrige 83 behandlingsledere skønner, at det er mellem 10 og 69 pct., mens en enkelt behandlingsleder skønner, at det er mellem 70 og 79 pct. af behandlingsstedets brugere, som udebliver fra minimum 25 pct. af behandlingsaftalerne. Så hyppige udeblivelser fra så stor en del af brugerne må naturligvis sætte sit præg på behandlernes mulighed for at tilrettelægge brugernes behandlingsforløb. Det er en vigtig udfordring for behandlingssystemet at håndtere disse udeblivelser og evt. tilrettelægge behandlingsindsatsen mere fleksibelt for de brugere, der har svært ved at møde til behandlingsaftaler. Undersøgelsen tyder på, at det særligt er de store, offentlige, ambulante behandlingssteder, der har mange brugere, som udebliver.

TILGANGE I DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

Kapitel 5 handler om tilgange i den sociale stofmisbrugsbehandling. Det fremgår, at fire behandlingstilgange dominerer det danske behandlingssystem anno 2009 i den forstand, at det er de hyppigst forekommende, og de optræder på hvert tredje behandlingstilbud eller mere. Den kognitive er den mest udbredte af de fire. Den finder man i en eller anden form på 76 pct. af alle behandlingsstederne ifølge behandlingssteds-surveyen. Derefter kommer den socialpædagogiske, løsningsfokuserede og systemiske tilgang i nævnte rækkefølge.

Der er forskel i tilganges udtryk og stringens. For det første er det forskelligt, om en tilgang kommer til udtryk i form af grundlæggende antagelser, som præger behandlingskulturen, eller som en metodisk stringent teknik. For det andet kombinerer behandlingsstederne flere forskellige tilgange. 91 pct. af behandlingslederne fortæller, at de kombinerer flere tilgange. Der kan både være tale om en kombination af lige fremtrædende tilgange, hvor det fx blot er forskellige behandlere på stedet, der bruger forskellige metoder, eller der kan være én hovedtilgang på et behandlingssted, som derefter suppleres af teknikker hentet fra andre tilgange. Generelt giver behandlingsledere udtryk for, at det ikke er så vigtigt, hvilken metode behandlerne bruger, blot de er systematiske og velkvalificerede/veluddannede.

Hvis man ser på, hvordan behandlingslederne svarer på tre klassiske spørgsmål om tilgang til stofmisbrugsbehandling, så ligner de fire mest udbredte behandlingstilgange hinanden til forveksling. På tværs af

de fire behandlingstilgange tegner der sig et billede af, at stofmisbrug behandles som et symptom på andre sociale, psykiske og fysiske problemer, og at den sociale kontekst omkring brugeren søges inddraget i nogen grad. Afhængighed opfattes ikke som en sygdom – undtagen på de Minnesota-inspirerede behandlingstilbud.

Når det handler om tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen, er det kendetegnende, at behandlingssamtaler på 70 pct. af behandlingsstederne foregår på et aftalt tidspunkt. Det tyder på en relativt planlagt og struktureret indsats, som samtidig er mere krævende i den forstand, at det kræver, at brugerne er i stand til at indgå og overholde aftaler. Kun på 5 pct. af behandlingsstederne foregår behandlingssamtalerne oftest uden forudgående aftale.

På godt halvdelen af behandlingsstederne er det ifølge behandlingslederne lige ofte behandlere og brugere, som tager initiativ til en behandlingssamtale, mens det på knap hvert tredje behandlingssted oftest er behandleren, som uopfordret kontakter brugere og indleder/tilbyder en behandlingssamtale. Hvis behandlere tager initiativ til kontakt, betyder det, at eventuelle brugere, som ikke selv magter at tage initiativ, ikke nødvendigvis er uden kontakt med behandlingssystemet.

Ifølge behandlingsledernes oplysninger havde 16 pct. af brugerne, registreret i behandlingssteds-surveyen, været i gruppebehandling, og 14 pct. havde haft en samtale med en psykolog eller psykiater inden for den seneste måned før survey-besvarelsen i januar/februar 2009.

I forhold til brugerinddragelse kan der skelnes mellem et individuelt og organisatorisk niveau. Når det gælder det individuelle niveau, fortæller behandlingslederne i surveyen, at brugerne 'i høj grad' har indflydelse på, hvad målet for deres egen behandling er, at brugerne 'i nogen grad' eller 'i høj grad' har indflydelse på, hvilket behandlingstilbud de får, og hvor ofte de mødes med deres behandler. Når det gælder det organisatoriske niveau, har brugerne ifølge behandlingslederne 'i høj grad' eller 'i nogen grad' indflydelse på formulering af husregler og planlægning af aktiviteter, mens de 'slet ikke' eller kun 'i mindre grad' har indflydelse på nyansættelser og behandlingstilbuddenes indhold. Der er brugerråd på 27 pct. af behandlingsstederne.

De fleste behandlingssteder giver brugere, der er voldelige eller truende over for personale og/eller brugere, karantæne. Det gælder henholdsvis 82 og 79 pct. Kun 15 pct. af behandlingsstederne giver aldrig brugere karantæne. 62 ambulante behandlingssteder har oplyst, om de

har brugere i karantæne og i givet fald hvor mange. De har tilsammen registreret 66 brugere i karantæne på survey-tidspunktet i januar/februar 2009. Det hyppigst anvendte tilbud til brugere i karantæne er udlevering af medicin ved en bus eller bil.

Døgnbehandlingsstederne har lovgivningsmæssigt mulighed for at udarbejde tilbageholdelseskontrakter, men kun to af de deltagende døgnbehandlingssteder fortæller, at de har anvendt denne mulighed. Af de døgnbehandlingssteder, der ikke har anvendt muligheden, begrundes 61 pct. det med, at det strider mod deres værdier.

I forhold til orienteringen mod skadesreduktion eller stoffrihed i det danske behandlingssystem viser surveyen variation i behandlingssystemet. Der er behandlingssteder, som i høj grad vil definere deres tilbud som skadesreduktion, og der er behandlingssteder, som slet ikke vil definere deres tilbud som skadesreduktion. De fleste behandlingssteder, to ud af tre, tager urinprøver, mens de færreste, omkring en ud af ti, giver sanktioner eller advarsler om sanktioner i tilfælde af sidemisbrug blandt substitutionsmodtagere. Behandlingslederne afviser over en bred kam forestillinger om, at heroinafhængighed er en 'uhelbredelig' tilstand, samt at stoffri døgnbehandling ofte skader psykisk og fysisk svage brugere, mens der er forskelligt syn på, om stoffrihed bør være målsætning for alle misbrugere i behandling, og om alle misbrugere *kan* blive stoffri, hvis de får det rigtige tilbud. Forestillingerne om, hvorvidt misbrugere kan blive stoffri, og hvorvidt stoffrihed skal være målsætningen for alle brugere, hænger sammen med, i hvilken udstrækning behandlingsstedet er orienteret mod skadesreduktion, således at behandlingsledere på steder med skadesreduktionstilbud oftere er uenige i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere, og at alle misbrugere kan blive stoffri.

Surveyen viser, at skadesreduktionstilbud oftest er ambulante, offentlige behandlingssteder med et stort antal brugere, hvoraf en relativt stor andel får en lav behandlingsintensitet (ad hoc-ydelser), og hvor der er relativt mange brugere pr. behandler. Omvendt er der flere brugere med stoffrihed som målsætning på private behandlingssteder, på døgnbehandlingssteder, på små behandlingssteder og på behandlingssteder med en relativt høj intensitet i behandlingen.

Tilbud om efterbehandling ser ud til at være generelt hyppigt forekommende i behandlingssystemet. På 74 af de 110 behandlingssteder (svarende til 67 pct.) tilbyder man en eller anden form for efterbehandling. I de kvalitative interview var efterbehandlingen dog ét af de tilbud,

som blev fremhævet som særdeles vigtigt – og i nogle tilfælde underprioriteret. Denne uoverensstemmelse mellem det kvantitative surveymateriale og det kvalitative interviewmateriale kan skyldes, at behandlingsstederne på den ene side har efterbehandlingstilbud (jf. survey), men på den anden side ikke er omfattende nok eller ikke kan rumme tilstrækkelig mange brugere (jf. interview). Særligt udarbejdelsen af en god plan for fremtiden samt samarbejde med jobcenter blev fremhævet i de kvalitative interview med behandlingslederne som vigtige elementer af efterbehandling og udslusning.

SUCCESKRITERIER OG EVALUERINGSPRAKSIS

Kapitel 6 handler om succeskriterier og evalueringspraksis.

Succeskriterier kan have forskellige former. De kan være implícite i behandlingsarbejdet, som ikke-italesatte pejlemærker for vurderingen af behandlingsindsatsen, eller de kan være eksplicit formulerede i form af nedskrevne og præcise punkter. I behandlingssteds-surveyen har vi valgt at sætte fokus på den sidstnævnte form. Behandlingslederne er blevet spurgt, om behandlingsstedet *skriftligt* har formuleret specifikke succeskriterier. Det har den ene halvdel af de 108 behandlingssteder, mens den anden halvdel ikke har.

Ifølge behandlingssteds-surveyen er medarbejdernes efteruddannelse det område, der oftest er skriftlige, specifikke succeskriterier for. Det er i god tråd med kapitel 4, som også viser, at behandlernes kvalificering blev vægtet højt. 32 pct. af behandlingsstederne har skriftlige, specifikke succeskriterier om netop behandlernes efteruddannelse, mens 29 pct. har skriftlige, specifikke succeskriterier vedrørende henholdsvis medarbejdertilfredshed, og hvor mange brugere der opnår stof-frihed. Til sammenligning er det værd at bemærke, at kun 18 pct. af behandlingsstederne har skriftlige, specifikke succeskriterier i forhold til brugertilfredshed.

Det er forskelligt, hvor behandlingsstederne har nedskrevet deres succeskriterier. Det mest almindelige sted er i en eller anden form for virksomhedsplan, hvori 16 pct. af behandlingsstederne har nedskrevet deres succeskriterier.

Når det gælder evalueringspraksis, bliver en tredjedel af behandlingsstederne evalueret skriftligt og regelmæssigt efter specifikke succes-

kriterier, mens to tredjedele ikke gør. De skriftlige evalueringer har hyppigst form af et evalueringsdokument med tilknytning til en virksomhedsplan, årsplan eller lignende.

I de kvalitative interview præsenterede behandlingslederne en del refleksioner vedrørende stoffrihed som succeskriterium. Stoffrihed er det overordnede succeskriterium for alle brugere på nogle behandlingssteder, mens man på andre arbejder med differentierede succeskriterier for forskellige brugergrupper. På andre behandlingssteder igen er det et selvstændigt succeskriterium, at man sammen med brugerne får formuleret andre målsætninger end stoffrihed. Alternative målsætninger kan handle om stabilisering, livskvalitet og ro i tilværelsen.

Et af argumenterne for, at stoffrihed ikke må blive et dominerende succeskriterium, er, at det ikke er realistisk at opnå for alle brugergrupper. Et andet argument er, at dette succeskriterium kan påvirke behandlingsstedernes praksis på en uheldig måde. For eksempel kan behandlingsstederne få en modvilje mod at indskrive de brugere, hvor chancen for, at de bidrager positivt i statistikken over opnåelse af stoffrihed, er minimal. Behandlingslederne forklarer også, at succeskriterierne skal være nuancerede nok til at indfange, at selvom brugeren ikke opnår stoffrihed, så kan brugeren godt have profiteret af behandlingen. Endelig skal det også være succeskriterier, som det er praktisk muligt at evaluere. Succeskriterier om, at brugere, der udskrives stoffri, også skal holde sig stoffri, kan være umuligt at evaluere, hvis man ikke har redskaber og ressourcer til at monitorere brugere efter udskrivningen. Disse krav til succeskriterier om, at de skal være nuancerede og procesorienterede, gør det svært både at formulere dem helt præcist og finde ud af, hvordan man kan måle dem samt få implementeret målinger med regelmæssige mellemrum. Der lyder en kritik fra et par af behandlingslederne af, at tidligere evalueringer og kvalitetskontroller har fokuseret på kvantitative og målbare ting, såsom den økonomiske situation og overholdelse af regler, frem for det væsentlige, som handler om fagligheden og det rent behandlingsmæssige. Et forslag lyder derfor, at man måske kunne få hjælp til disse udfordringer fra et fagligt evalueringsteam.

SAMARBEJDE, UDFORDRINGER OG VISIONER

Kapitel 7 handler om behandlingsstedernes samarbejde med andre instanser samt nogle af de udfordringer, stofmisbrugsbehandlingen står over for. Det handler også om behandlingsledernes prioriteringer og nogle af deres visioner for fremtiden.

Behandlingsstederne har mange samarbejdspartnere. For det første skal behandlingsstederne samarbejde med hinanden og de kommunale myndighedsafdelinger i forbindelse med visitation af brugerne. Behandlingsstederne kan have forskellige roller i forbindelse med visitation afhængig af deres visitationskompetence. De kan enten være 'modtagere' af brugere, som andre enheder visiterer, eller de kan være 'afsendere' af brugere, som de visiterer til andre behandlingssteder. Surveyen viser, at 45 pct. af behandlingsstederne ikke har nogen form for visitationskompetence og derfor er afhængig af at samarbejde med andre enheder (behandlingssteder eller myndighedsafdelinger), som visiterer brugere til dem. 25 pct. af behandlingsstederne har visitationskompetence til eget behandlingstilbud og skal kun samarbejde med eksterne parter i forbindelse med visitation, hvis deres brugere skal have andre behandlingstilbud end dem, de selv kan tilbyde, mens 31 pct. af behandlingsstederne både har visitationskompetence til eget og andre behandlingstilbud.

For det andet skal behandlingsstederne samarbejde med andre instanser, fordi stofmisbrugere ofte har andre problemer end stofmisbrug. Surveyen viser, at psykiske problemer er det problemområde, som flest behandlingssteder 'i høj grad' er involveret i. 92 pct. af behandlingsstederne er således 'i høj grad' eller 'i nogen grad' involveret i indsatsen over for psykiske problemer. Over halvdelen af behandlingsstederne er endvidere 'i høj grad' eller 'i nogen grad' involveret i indsatser over for brugernes fysiske problemer, boligproblemer, problemstillinger vedrørende beskæftigelse eller uddannelse, problemstillinger vedrørende forsørgelse og problemstillinger vedrørende kriminalitet.

I forhold til organisering af samarbejdet viser surveyen, at hvert tiende behandlingscenter har en sagsbehandler placeret på stedet, som kan visitere til andre ydelser end stofmisbrugsbehandling såsom sociale ydelser eller bolig. Det vil sige, at samarbejdet og koordinationen mellem en social- eller boligindsats kan foregå internt på behandlingsstedet. Surveyen viser, at de fleste steder, der ikke har denne form for 'integreret

løsning', følger med brugerne til nogle, de fleste eller alle møder uden for behandlingsstedet i kommunalt regi. I gennemsnit diskuterer personalet den enkelte brugers behandling eller sociale situation med en ekstern kommunal sagsbehandler med 2 til 3 måneders mellemrum på de fleste behandlingssteder (57 pct.). Når det gælder møder mellem de forskellige instanser, er der primært tale om ad hoc-møder. Kun når det gælder de ikke-kommunale behandlingssteders møder med kommunale misbrugscentre, ligger de oftere i faste rammer (35 pct.), end de er ad hoc (30 pct.). De ikke-kommunale behandlingssteder er regionale eller privatejede behandlingssteder.

I forhold til tilfredshed med samarbejde finder vi den største tilfredshed netop hos de ikke-kommunale behandlingssteder i forhold til samarbejdet med de kommunale misbrugscentre, dvs. der, hvor samarbejdet oftest er i faste rammer. 60 pct. af lederne fra ikke-kommunale behandlingssteder synes, at samarbejdet med de kommunale misbrugscentre fungerer godt, mens 27 pct. synes, at det fungerer meget godt. Der er også overvejende tilfredshed hos de offentlige behandlingssteder mht. samarbejdet med de private behandlingssteder, ligesom der er overvejende tilfredshed blandt behandlingsstederne generelt med hensyn til samarbejdet med socialafdelingen og Kriminalforsorgen. Mest forbeholdne er behandlingslederne i forhold til jobcentrene og psykiatrien. I de kvalitative interview samt skriftlige kommentarer i forbindelse med surveyen forklarer behandlingslederne, at problemerne i forhold til jobcentrene kan være, at behandlere mangler kontakt og information, samt at jobcentrene kan stille krav og lægge jobplaner, som ikke er hensigtsmæssige i forhold til stofmisbrugsbehandlingen. I forhold til psykiatrien kan det handle om, at de afviser personer med psykiatriske problemstillinger, hvis de er stofmisbrugere, eller at der er for lidt information, for vanskelige visitationsprocedurer eller dårlig koordination i forbindelse med udskrivning. Det skal dog understreges, at der også er behandlingsledere, som beskriver et godt samarbejde med både jobcentre og psykiatri.

Surveyen viser, at der er forskel på, hvilke barrierer behandlingslederne oplever i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet på henholdsvis de ambulante behandlingssteder og døgnbehandlingsstederne. Manglende tid til brugerkontakt, brugernes udeblivelser samt manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien bliver 'i høj grad' eller 'i nogen grad' oplevet som en barriere for over halvdelen af de am-

bulante behandlingsledere, hvilket ikke er tilfældet blandt døgnbehandlingslederne. Omvendt oplever over halvdelen af døgnbehandlingsstederne, at usikkerhed om fremtidige budgetter samt manglende økonomiske ressourcer 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' udgør en barriere for den gode kvalitet, hvilket ikke er tilfældet blandt behandlingslederne på de ambulante behandlingssteder.

Et forhold, som både behandlingsledere fra de ambulante behandlingssteder og døgnstederne er enige om udgør en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, er tidskrævende dokumentationskrav. Ligeledes er manglende koordination af forskellige indsatser over for brugere et forhold, forholdsvis mange behandlingsledere oplever, der udgør en barriere blandt både de ambulante behandlingssteder og døgnstederne.

Øgning af behandlingsintensiteten, dvs. mere kontakt mellem brugere og behandlere er det område, flest behandlingsledere gerne ville bruge ressourcer på i fremtiden. På anden- og tredjepladsen prioriterer behandlingsledere mere uddannelse af behandlere samt mere evaluering af behandlingen. Delrapport 2 viste, at når vi spurgte brugerne, var der flere, som ønskede psykologsamtaler. Surveyen viser, at det imidlertid ikke er det, behandlingslederne vil prioritere. Brugerrapporten viser dog også, at brugerne efterlyser flere samtaler med deres kontaktpersoner, dvs. behandlere, og dette ønske ser ud til at imødekommes af behandlingsledernes prioritering af en øgning af behandlingsintensiteten. Det ser altså ud til, at brugere og behandlingsledere er enige om, at der skal være hyppigere kontakt mellem behandlere og brugere i stofmisbrugsbehandling.

LITTERATUR

- Alkohol- og Narkotikarådet (1984): *At møde mennesket hvor det er ... Om behandlingen af stofmisbrugere*. København: Alkohol- og Narkotikarådet.
- Andersen, D. & Järvinen, M. (2006): "Harm reduction – Ideals and paradoxes". *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*. Vol. 23. 2006.5.
- Andersen, D. (2007): *Stofmisbrugeres behandlingsansvar – Personlige målsætninger i en institutionel kontekst*. København: Sociologisk Institut, Københavns Universitet, Det Samfundsvidenskabelige Fakultets Reprocenter.
- Asmussen, V. & Jøhncke, S. (red.) (2004): *Brugerperspektiver - fra stofmisbrug til socialpolitik?* Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Asmussen, V. & Dahl, H. (2002): "Skadesreduktion som forebyggelse på stofmisbrugsområdet". *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, Helsingfors; 19(4), 249-261.
- Asmussen, V. & Kolind, T. (2005): *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993): *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J.S. (2008): *Kognitiv Terapi – teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk forlag.

- Berg, I.K. & Reuss, N. (1998): *Solutions step by step: a substance abuse treatment manual*. New York: W. W. Norton & Company.
- Berg, I.K. & Miller, S.D. (2002): *Rusbehandling – En løsningsfokuseret tilnærming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S 2000.
- Bjerger, B. & Selmer, B. (2007): *Det sociale arbejdes daglige praksis- Perspektiver på brugerinddragelse og retssikkerhed*. Århus: Aarhus Universitetsforlag/Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation og Aarhus Universitets Forskningsfond.
- Center for Rusmiddelforskning/DanRIS (2008): *DanRIS 2007 – STOF*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Ege, P. (2003): "Urinkontrol i behandlingen af opioidmisbrugere". *Ugeskrift for læger*, 165/13.
- Grytnes, R., Villumsen, S. & Pedersen, M. U. (2002): *Væresteder for stofmisbrugere og tidligere stofmisbrugere i Danmark*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Grytnes, R. (2004): "Hygge med hensigt: Væresteder for stofmisbrugere" i Asmussen, V. & Jöhncke, S. (red.): *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik*. Århus: Aarhus Universitetsforlag: 147-169
- Gustle, L. (2006): *Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi*. Lund: Institutionen för Psykologi Lunds Universitet.
- Hesse, M. (2000): "Hvad er kognitiv adfærdsterapi for misbrug". *Misbrugsnet, Dansk Psykolog Forenings Selskab for Misbrugspsykologi*. Artikel til kursus i kognitiv misbrugspsykologi 11./12. maj 2000, tilgængelig på www.misbrugsnet.dk, fagligt stof.
- Houborg, Esben 2006: *Stofmisbrug, metadon, subjektivering – Historiske og aktuelle fremstillinger af stofmisbrug*. København: Ph.d.-afhandling, Sociologisk Institut: 7-18, 175-230, 277-294
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Järvinen, M. (2008): "Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice". *Sociology of Health & Illness*. Vol. 30 Issue 7, p975-991
- Järvinen, Margaretha & Ditte Andersen (2009): "The Making of the Chronic Addict" i *Substance Use & Misuse*. 44: 6, 865-885

- Jöhncke, S. (1997): *Brugererfaringer. Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktcentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97*. København: Socialdirektoratet.
- Laursen, L. (1995). Harm reduction strategy and the drug problem: definitions and applications in Denmark. In: *Nordic Alcohol Studies*, 12, 97-107.
- Marlatt, G.A. (1996): *Harm reduction. Pragmatic strategies for managing harmful behaviours*. New York: The Guilford Press.
- Mehlbye, J. (1997): *De samfundsmæssige konsekvenser af stofmisbrug*. København: AKF Forlaget.
- O'Hare, P. (1992): *The Reduction of Drug-related Harm*. Liverpool: Routledge
- Pedersen, M.U. & Nielsen, M.K. (2007): *Behandlingsgaranti og ydelser i dansk stofmisbrugsbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, M.U. (2001): Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, MU (2005): *Heroin-afhængige i metadonbehandling – den medicinske og psykosociale indsats*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet
- Poulsen, S. (2006): *Psykoterapi – en introduktion*. København: Frydenlund.
- Riley D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., Room, R., Single, E. & Topp, J. (1999): "Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper" in: *Substance Use and Abuse*, 34, 1, 9-24.
- Rindom, H. (2000): *Rusmidlernes biologi*. København: Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen (2009): *Brug af khat blandt personer med somalisk oprindelse – En undersøgelse af omfang og holdning*. Udarbejdet af ALS Research for Sundhedsstyrelsen. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tammi, T. (2004): The harm reduction school of thought: Three fractions. *Contemporary drug problems* 31 (3): 381- 400.
- Thisen, Henrik 2003: *Benzodiazepiner*. Tilgængelig på: www.misbrugsnet.dk/fagligt/benzoartikel.pdf
- Thorsager, L., Børjesson, E., Christensen, I. & Pihl, V. (2007): *Metoder i socialt arbejde. Begreber og problematikker*. København: Socialforskningsinstituttet 07:11.

Winsløw, J.H. (1984): *Narreskibet*. København: Forlaget SocPol.

Hjemmesider, der er henvist til:
www.socialebegreber.dk/wm143985
www.tilbudsportalen.dk

BILAG 1: RAPPORTER I SERIEN

09:13

Den sociale stofmisbrugsbehandling
De frivillige organisationers perspektiv
Delrapport 1

09:14

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Brugernes og de pårørendes perspektiv
Delrapport 2

09:15

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Behandlingstilbud og metoder
Delrapport 3

09:16

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder

Delrapport 4

09:17

Den sociale stofmisbrugsbehandling

Visitation og sagsbehandling

Delrapport 5

09:18

Den sociale stofmisbrugsbehandling

Resultater af behandlingen

Delrapport 6

09:19

Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark

Hovedrapport

BILAG 2: SPØRGESKEMA TIL AMBULANTE BEHANDLINGSSTEDER

I første del af spørgeskemaet vil vi stille dig nogle spørgsmål om jeres behandlingstilbud.

Hvad er behandlingstilbuddets ejerform?

- Kommunalt tilbud
 - Regionstilbud
 - Selvejende/fondsejet
 - Anpartsselskab
 - Enkeltmandsvirksomhed
 - Andet. Hvad?
-

Hvilken kommune er jeres behandlingstilbud geografisk placeret i?

Kommune:

Hvilke af følgende stofgrupper er jeres behandlingstilbud målrettet? - (Mulighed for flere svar)

- Opiatmisbrugere
 - Misbrugere af stimulanter (kokain, amfetamin, ecstasy o.lign.)
 - Hashmisbrugere
 - Blandingsmisbrugere af stof og alkohol
 - Vores tilbud er ikke særligt målrettet nogen typer misbrugere
 - Misbrugere af andre stofgrupper. Hvilke:
-

Hvor mange behandlingspladser er stedet normeret til? - Vejledning: Hvis du ikke kan trykke dig videre i spørgeskemaet, kan det være fordi, du ikke har markeret en af svarkategorierne. Hvis der er et fast antal pladser, så markér først det og notér derefter hvor mange.

- Fast antal. Hvor mange?
-
- Ikke fast antal pladser
 - Ved ikke

Har I haft overbelægning i år 2008? - (Dvs. flere brugere indskrevet end antal normerede pladser)

- Ja

- Nej
 Ved ikke

Hvor mange brugere er dags dato indskrevet i jeres behandlingstilbud? -

Antal:

Hvor mange brugere i ren alkoholbehandling har I dags dato indskrevet? - Vejledning: Hvis I ikke har brugere i alkoholbehandling, så notér 0 (hvis du ikke har noteret noget, kan du ikke klikke videre i spørgeskemaet).

Antal brugere i ren alkoholbehandling:

Hvor mange brugere under 18 år har I dags dato indskrevet? - Vejledning: Hvis I ikke har brugere under 18 år, så notér 0 (hvis du ikke har noteret noget, kan du ikke klikke videre i spørgeskemaet).

Antal brugere under 18 år:

På nogle behandlingssteder er der indskrevet brugere, som primært får social stofmisbrugsbehandling (dvs. individuelle behandlingssamtaler og/eller gruppebehandling) et andet sted. Det kan fx være et kommunalt misbrugscenter, hvor nogle af de indskrevne aktuelt er i døgnbehandling eller får behandlingssamtaler på et andet kommunalt eller privat behandlingssted. Vi vil bede dig oplyse, hvordan jeres indskrevne brugere fordeler sig mellem følgende to kategorier. Du skal ikke tælle eventuelle brugere i alkoholbehandling og brugere under 18 år med. -
Vejledning: Hvis I ikke har brugere i en kategori, så notér 0 (hvis du ikke skriver 0, kan du ikke klikke dig videre i spørgeskemaet).

Kategori 1: Antal indskrevne brugere, som primært får social stofmisbrugsbehandling her på denne adresse (inkl. brugere, hvis medicinske behandling varetages andetsteds, fx hos privatpraktiserende læge):

Kategori 2: Antal indskrevne brugere, som primært får social stofmisbrugsbehandling et andet sted (fx dag- eller døgnbehandling, ambulatorier, anden kommunal enhed):

Når vi i det følgende skriver ”brugere, som primært får social behandling hos jer”, bedes du være opmærksom på ikke at tælle brugere med, som er visiteret videre til andre behandlingssteder. Det er fordi, dette spørgeskema går ud til alle behandlingssteder og brugere ikke skal tælles med to steder. Du skal heller ikke tælle eventuelle brugere i ren alkoholbehandling samt brugere under 18 år med.

Hvordan fordeler brugere, som primært får social behandling hos jer, sig aktuelt mellem disse forskellige behandlingstyper?

Vejledning: Markér først om antallet du skriver, er baseret på en optælling eller et skøn og notér derefter antal. Hvis I ikke har brugere i fx dagbehandling, så skriv 0 i antal brugere (du skal stadig markere, om det er baseret på en optælling eller skøn, ellers kan du ikke klikke dig videre i spørgeskemaet).

	Antal er base- ret på en optælling	Antal er base- ret på en skøn, da op- tælling ikke er mulig
Antal brugere i dagbehandling. Dvs. brugere på dette behandlingssted som modtager individuelle behandlingssamtaler og/eller gruppebehandling 3-5 gange om ugen. Vær opmærksom på, at udlevering af medicin ikke skal tælles med her.	○	○
Antal brugere i ambulans behandling. Dvs. brugere på dette behandlingssted som modtager individuelle behandlingssamtaler og/eller gruppebehandling mindst 2 og højst 8 gange om måneden. Vær opmærksom på, at udlevering af medicin ikke skal tælles med her.	○	○
Antal brugere som får ad hoc-ydelser. Dvs. brugere på	○	○

dette behandlings- sted som modtager individuelle be- handlingssamtaler og/eller gruppebe- handling sjældnere end hver 14. dag. Vær opmærksom på, at udlevering af medicin ikke skal tælles med her.		
--	--	--

Hvor mange af de brugere, som primært får social behandling hos jer, er dags dato i gruppebehandlingsforløb?

Antal (hvis optælling er mulig):

Skønnet antal (hvis optælling ikke er mulig):

Hvor mange af de brugere, som primært får social behandling hos jer, har indenfor den sidste måned modtaget samtaler med psykolog eller psykiater? -

Antal (hvis optælling er mulig):

Skønnet antal (hvis optælling ikke er mulig):

Hvor mange af jeres brugere har fået udarbejdet en skriftlig plan (fx en social handleplan) for deres stofmisbrugsbehandling indenfor det seneste år? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym. -

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

I hvor høj grad er kvaliteten i de skriftlige planer for brugernes stofmisbrugsbehandling tilfredsstillende efter din vurdering? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad fornys de skriftlige planer for brugernes behandling med en til-

fredsstillende hyppighed efter din vurdering? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Hvilke af følgende tilbud indgår i jeres behandling? - (Mulighed for flere svar)

- Udredning/afklaringsforløb
- Socialrådgivning
- Individuelle samtaler med psykolog
- Individuelle samtaler med psykiater
- Individuelle samtaler med læge
- Individuelle samtaler med anden uddannet behandler (fx socialpædagogisk uddannet)
- Individuelle samtaler med anden sundhedsfaglig person (fx sygeplejerske, sundhedsplejerske eller sosu-assistent)
- Individuelle samtaler med andre (fx terapeuter med anden baggrund end de ovennævnte)
- Afrusning/afgiftning
- Gruppebehandling
- Parsamtaler
- Familiebehandling
- Akupunktur
- Sundhedstilbud, såsom sårpleje og vaccinationer
- Sprøjtebytteordninger
- Skadesreducerende undervisning (fx hepatitis foredrag, undervisning i god fixeteknik)
- Social færdighedstræning (støtte i tilegnelse af basale færdigheder såsom personlig hygiejne, rengøring, indkøb)
- Værested/café

- Opsøgende, udegående medarbejder(e)
 - Botilbud
 - Halvvejshus
 - Efterbehandling
 - Fritidstilbud som sport, udflugter og kreativ udfoldelse
 - Andet. Hvad?
-

Skal brugere indskrevet i dette behandlingstilbud visiteres, hvis de skal have psykologsamtaler?

- Brugere skal altid visiteres til psykologsamtaler
 - Brugere skal visiteres til psykologsamtaler, men der er mulighed for akutte samtaler uden forudgående visitation
 - Brugerne har fri adgang til psykologsamtaler
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

Tager behandlingsstedet urinprøver af brugere ud over, hvad der er påkrævet af Kriminalforsorgen eller andre eksterne myndigheder?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Har jeres behandlingssted særligt specialiserede tilbud til nogle af de følgende grupper? - (Mulighed for flere svar)

- Unge under 25 år
 - Ældre (erfarne og/eller nedslidte)
 - Kvinder
 - Gravide
 - Prostituerede
 - Kriminelle
 - Par
 - Stofmisbrugere med børn
 - Etniske minoriteter
 - Hjemløse
 - Psykisk syge stofmisbrugere (dobbeltdiagnosticerede eller dobbeltbelastede)
 - Aggressive/udadreagerende
 - HIV/AIDS syge
 - Intellektuelt/kognitivt forstyrrede (fx ADHD, hjerneskadede, demente)
 - Andet. Hvad?
-

Får nogen af de brugere, som primært får social behandling hos jer, substitutionsbehandling?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor mange af de brugere, som primært får social behandling hos jer, får dags dato substitutionsbehandling? -

Antal (hvis optælling er mulig):

Skønnet antal (hvis optælling ikke er mulig):

Hvad er behandlingsstedets typiske reaktion på sidemisbrug blandt modtagere af substitutionsmedicin? - (Mulighed for flere kryds)

- Ingen reaktion
 - Udtrappe brugeren af substitutionsmedicinen og/eller anden medicin
 - Nedtrappe brugeren af substitutionsmedicin og/eller anden medicin
 - Give advarsel om ud- eller nedtrapning af substitutionsmedicin og/eller anden medicin
 - Benytte andre sanktionsmidler (fx udelukkelse fra fælles aktiviteter)
 - Optrappe substitutionsmedicin og/eller anden medicin
 - Indkalde brugeren til ekstra samtaler om sidemisbrug
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

Har I skriftlige standarder for, hvor hyppigt, brugere i substitutionsbehandling, minimum skal have en behandlingssamtale?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor hyppigt skal brugere i substitutionsbehandling minimum have behandlingssamtaler?

Minimum (fx hver 3. måned):

Hvor er det nedskrevet, at brugere i substitutionsbehandling som minimum skal have behandlingssamtaler med denne hyppighed?

Det er nedskrevet i (fx virksomhedsbeskrivelse):

Står dette behandlingssted for udredning af brugeres behandlingsbehov?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor mange samtaler får en bruger typisk, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have? - Vejledning: Sæt først kryds ved antal og noter derefter antallet .

- Antal:
 - Ved ikke
-

Har behandlingsstedet regler for, at brugeren udskrives, hvis vedkommende ikke møder op til et antal samtaler i udredningsfasen? -

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor mange på hinanden følgende gange skal brugeren ikke have mødt op til en samtale i forbindelse med udredning til behandling før vedkommende udskrives?
- - Vejledning: Sæt først kryds ved antal gange og noter derefter antallet.

- Antal gange:

- Ved ikke

Har I faste procedurer, skemaer eller lignende som gennemføres i forbindelse med udredning(eksempelvis ASI-skema)? - -

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvilke procedurer, skemaer eller lignende gennemfører I som en fast del af udredningen?

(Eksempelvis ASI-skema):

I hvor høj grad bruges samme procedure i alle udredningsforløb her på stedet? - -

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

De næste spørgsmål handler om jeres tilgang, metoder og behandlingsform.

En behandlingssamtale mellem bruger og behandler kan foregå på et aftalt tidspunkt eller uden en foregående aftale. Hvordan vil du vurdere, at behandlingssamtalerne foregår på jeres behandlingssted? - Behandlingssamtaler foregår: -

- Altid eller næsten altid på et aftalt tidspunkt
- Oftest på et aftalt tidspunkt
- Lige ofte på aftalte tidspunkter og uden foregående aftale
- Oftest uden foregående aftale
- Altid eller næsten altid uden foregående aftale

- Ved ikke

En behandlingssamtale kan finde sted fordi behandleren uopfordret har henvendt sig til brugeren og tilbudt/indledt en samtale. Den kan også finde sted, fordi brugeren har bedt om en samtale. Hvad vil du vurdere, er tilfældet på jeres behandlingssted?

- Det er altid eller næsten altid behandlerne, som uopfordret kontakter brugerne og indleder/tilbyder en behandlingssamtale
- Det er oftest behandlerne, som uopfordret kontakter brugerne og indleder/tilbyder en behandlingssamtale
- Det er lige ofte behandlere og brugere, som tager initiativ til en behandlingssamtale
- Det er oftest brugere, som tager kontakt til behandlere og beder om en samtale
- Det er altid eller næsten altid brugere, som tager kontakt til behandlere og beder om en samtale
- Ved ikke

Nedenfor er oplyst en række overskrifter på behandlingstilgange. Hvilke(n) er mest dækkende i forhold til behandlingstilgangen på dette sted? - Vejledning: Du kan vælge en, to eller tre overskrifter. Hvis ingen af overskrifterne passer, så notér andet. Uddyb evt. i kommentarfeltet. -

- Kognitiv
- Systemisk
- Løsningsfokuseret
- Socialpædagogisk
- Psykodynamisk

- 12-trin, Minnesota
- Gorski, Cenaps-model
- Eksistentialistisk
- Terapeutisk samfund (demokratisk eller hierarkisk)
- Andet. Hvad?

Andet. Hvad?

Andet. Hvad?

Kommentar til stedets behandlingstilgang(e).

Kommentar:

Ville en udefrakommende person med bredt kendskab til metoder indenfor stofmisbrugsbehandling kunne identificere jeres metode ved at iagttage jeres behandlingsarbejde?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

I hvor høj grad behandler I afhængighed som en sygdom?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad bliver stofmisbrug behandlet som et symptom på andre sociale, psykiske eller fysiske problemer?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad inddrages brugerens sociale kontekst (fx familierelationer) i behandlingen?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Skadesreduktion kan defineres, som en tilgang, hvor man søger at reducere sociale, psykiske og fysiske skader af misbrug uden at sigte på stoffrihed. Ud fra denne definition, i hvor høj grad vil du da beskrive dette steds behandlingstilbud som skadesreduktion?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Er der en eller flere sagsbehandlere placeret på dette behandlingssted med kompetence til at visitere til behandlingsstedets eget behandlingstilbud og/eller andre behandlingstilbud?

- Ja, visitation til eget behandlingstilbud
- Ja, visitation til andre behandlingstilbud
- Ja, både visitation til eget og andre behandlingstilbud
- Nej, her er ingen sagsbehandlere med visitationskompetence
- Ved ikke

Er der en eller flere sagsbehandlere placeret på dette behandlingssted med kompetence til at træffe beslutninger om ydelser, der ikke handler om stofmisbrugsbehandling? (Fx sociale ydelser, bolig)

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor ofte følger I med jeres brugere til møder i kommunal regi? (udenfor behandlingssteds regi, fx møder med kommunal sagsbehandler fra jobcenteret)

- Vi følger med brugerne til alle eller næsten alle møder
- Vi følger med brugerne til de fleste møder
- Vi følger med brugerne til nogle møder
- Vi følger med brugerne til få møder
- Vi følger aldrig eller næsten aldrig med brugerne til møder
- Ved ikke

Hvor ofte diskuterer personalet i gennemsnit den enkelte brugers behandling eller sociale situation med en ekstern kommunal sagsbehandler? (fx en sagsbehandler fra jobcenteret)

- Hver måned eller oftere
- Med 2-3 måneders mellemrum
- Med 4-6 måneders mellemrum
- Hver 7-12 måneders mellemrum
- Sjældnere
- Aldrig
- Ved ikke

Inddrages pårørende i brugernes behandling?

- Altid, hvis det er muligt

- Ofte
- Nogle gange
- Sjældent
- Aldrig
- Ved ikke

Har I særskilte tilbud til de pårørende? - (Mulighed for flere svar)

- Pårørendekurser eller pårørendegrupper
 - Individuelle samtaler
 - Andet. Hvad?
-
- Nej
 - Ved ikke

Bruger I nogle af følgende tilbud til at støtte brugere i overgangen fra behandlingens afslutning og til brugeren kan klare sig selv? - (Mulighed for flere svar)

- Halvvejshus (§107 boformer el.lign.)
 - Individuelle opfølgingsmøder minimum hver 3. måned
 - Individuelle opfølgingsmøder sjældnere end hver 3. måned
 - Gruppebehandling
 - Selvhjælpsgrupper i behandlingsstedets regi
 - Henvielse til NA eller lignende selvhjælpsgrupper
 - Henvielse til væresteder
 - Koordinerende møder i forbindelse med kommunale indsatser (fx beskæftigelse)
 - Udegående/opsøgende social støtte (fx bostøtte)
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

Har I tilbud til brugere, der er udskrevet af behandlingen?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvis ja, hvilke?

Tilbud til udskrevne:

Hvilket af følgende udsagn er du mest enig i? - A siger, at behandleren skal være styrende, når behandlingsplanen skal lægges. Behandleren har en faglig indsigt og erfaring, som brugeren ikke har. - B siger, at brugeren skal være styrende, når behandlingsplanen skal lægges. Brugeren kender sig selv bedst, skal selv bestemme og dermed tage ansvar. - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Mest enig med A
- Mest enig med B
- Lige enig med A og B
- Ved ikke

I hvor høj grad har brugerne indflydelse på følgende aspekter af deres egen behandling?

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Hvilket behandlingstilbud de får?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor ofte de mødes med behandlere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvad målet er med behandlingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har brugergruppen indflydelse på nogle af følgende forhold?

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Nyansættelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlingstilbuddenes indhold (fx hvilke metoder der anvendes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysisk indretning af behandlingsstedet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husregler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planlægning af aktiviteter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Er der et brugerråd tilknyttet behandlingsstedet?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Holder brugerrådet regelmæssige møder med flere deltagende brugere?

- Ja, hver uge
- Ja, hver anden uge
- Ja, hver måned
- Ja, hver anden måned
- Ja, hver tredje måned
- Sjældnere
- Aldrig
- Ved ikke

Får en bruger karantæne fra behandlingstilbuddet (permanent eller midlertidigt) som følge af en eller flere nedenstående handlinger? - (Mulighed for flere svar)

- Vold eller trusler mod personale
- Vold eller trusler mod andre brugere
- Stofsalg på behandlingsstedet
- Stofindtag på behandlingsstedet

- Stofpåvirkethed (udover substitution) på behandlingsstedet
 - Gentagne udeblivelser uden afbud
 - Andet. Hvad?
-
- Vi giver aldrig brugere karantæne

Hvilke tilbud har I til brugere i karantæne? - (Mulighed for flere svar)

- Udlevering af medicin på andet behandlingssted
 - Udlevering af medicin ved bil/bus
 - Udlevering af medicin ved politi
 - Udlevering af medicin i brugerens hjem
 - Opsøgende, udegående medarbejdere (Støtte- og kontaktpersoner ell. lign.)
 - Samtaler på andet behandlingssted
 - Samtaler ved bil
 - Samtaler ved politi
 - Samtaler i brugerens hjem
 - Andet. Hvad?
-
- Ingen tilbud

Hvor mange brugere er på nuværende tidspunkt i karantæne? - Vejledning: Hvis I ikke har brugere i karantæne på nuværende tidspunkt, så notér 0.

Antal (hvis optælling er mulig):

Skønnet antal (hvis optælling ikke er mulig):

I det følgende kommer en række spørgsmål om jeres succeskriterier, opfattelse af kvalitet, samarbejde med andre instanser og visioner for fremtiden.

Har behandlingsstedet skriftligt formuleret specifikke succeskriterier?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Har behandlingsstedet skriftligt formuleret specifikke succeskriterier på nogle af nedenstående områder?

	Ja	Nej	Ved ikke
Hvor mange brugere, der opnår stoffrihed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der reducerer deres forbrug af stoffer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der opnår en forbedret sundhedstilstand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der opnår et forbedret socialt/psykisk funktionsniveau?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der kommer ud af kri-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

minimalitet?			
Hvor mange brugere, der kommer ud af prostitution?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der kommer ud af hjemløshed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der kommer i beskæftigelse/uddannelse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brugertilfredshed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastholdelse af brugere i behandling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medarbejdertilfredshed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastholdelse af medarbejdere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efteruddannelse af medarbejdere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvor er succeskriterierne nedskrevet? -

(Fx virksomhedsplanen):

Bliver behandlingsstedet regelmæssigt skriftligt evalueret efter disse succeskriterier?

- Ja
 Nej

Ved ikke

Hvor er evalueringen nedskrevet?

(Fx årsplanen)

I hvor høj grad oplever du, at nogle af de følgende forhold er en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet? -

Hvis du vil uddybe dit svar er der en kommentarbox nederst.

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Manglende tid til brugerkontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende økonomiske ressourcer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usikkerhed om fremtidige budgetter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidskrævende dokumentationskrav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilstrækkelig uddannelse af personale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vanskeligheder med at finde og	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

fastholde kvalificeret personale					
Manglende koordination af forskellige indsatser overfor brugere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende evaluering af faglig kvalitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Udeblivelser (at brugerne ikke møder op til deres aftaler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende evidens/viden om, hvad der virker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentar til eventuelle barrierer for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet:

Kommentar:

Kender du den kommunes/de kommuners kvalitetsstandard, hvor dine brugere kommer fra? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Ja
- Nej

I hvor høj grad stemmer kvalitetsstandarderne/standarderne overens med din personlige opfattelse af kvalitet i behandling af stofmisbrug? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Her er to spørgsmål om hhv. hvad kommunale kvalitetsstandarder generelt kan bruges til og hvad de faktisk bliver brugt til i dag.

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

Spørgsmålet i det hvide felt: *I hvor høj grad mener du, at en kommunes kvalitetsstandard generelt kan være et brugbart redskab ift. nedenstående opgaver?*

Spørgsmålet i det grå felt: *I hvor høj grad vurderer du, at kommunale kvalitetsstandarder faktisk bruges her på stedet til følgende opgaver?*

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Information til brugere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information til pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politisk styringsredskab (politikere får information om hvad der foregår, og kan øve indflydelse på, hvad der skal ske fremover)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Værdigrundlag for området	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejledning til behandlere om det daglige behandlingsarbejde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejledning til behandlere i forhold til valg af professionelle tilgange/metoder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

r

Et behandlingssted kan have en eller flere vigtige samarbejdspartnere. Hvis det er tilfældet her, bedes du oplyse, hvordan samarbejdet foregår og fungerer.

Vejledning: Hvis du samarbejder med mere end et sted indenfor hver enkelt kategori bedes du svare ud fra, hvordan det oftest foregår.

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

Spørgsmålet i det hvide felt: *Samarbejdet foregår som..*

Spørgsmålet i det grå felt: *Samarbejdet fungerer..*

	Faste møder	Ad hoc-møder	Både faste og ad hoc-møder	Ikke vigtig samarbejdspartner	Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Dårligt	Meget dårligt	Ikke vigtig samarbejdspartner
Kommunale misbrugscentre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Private behandlingstilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jobcentret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socialafdeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kriminalforsorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frivillige organisationer (fx Kirkens Korshær, pårørendeorganisationer osv.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har du indtryk af, at der generelt er for mange eller for få brugere som får tilbudt døgnbehandling i din kommune? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Alt for mange brugere får tilbudt døgnbehandling
- Lidt for mange brugere får tilbudt døgnbehandling
- Et tilpas antal brugere får tilbudt døgnbehandling
- Lidt for få brugere får tilbudt døgnbehandling
- Alt for få brugere får tilbudt døgnbehandling
- Ved ikke

Har du indtryk af, at der generelt er for mange eller for få brugere som får tilbudt dagbehandling i din kommune? - (Dagbehandling defineres som en intensitet, hvor der leveres en ydelse 3-5 gange om ugen) - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Alt for mange brugere får tilbudt dagbehandling
- Lidt for mange brugere får tilbudt dagbehandling
- Et tilpas antal brugere får tilbudt dagbehandling
- Lidt for få brugere får tilbudt dagbehandling
- Alt for få brugere får tilbudt dagbehandling
- Ved ikke

Har du indtryk af, at der generelt er for mange eller for få brugere som får tilbudt substitutionsbehandling i din kommune? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Alt for mange brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Lidt for mange brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Et tilpas antal brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Lidt for få brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Alt for få brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Ved ikke

I hvor høj grad har du indtryk af, at der generelt er brug for et kvalitetsløft af den sociale behandlingsindsats for brugere i længerevarende substitutionsbehandling i din kommune? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad har du indtryk af, at der generelt mangler støttetilbud til brugere, som har afsluttet deres behandling i din kommune? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	Helt enig	Overvejende enig	Hverken enig eller uenig	Overvejende uenig	Helt uenig	Ved ikke
Alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffri døgnbehandling skader ofte fysisk og psykisk svage brugere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For mange brugere i Danmark får længerevarende substitutionsbehandling uden tilstrækkelig anden behandlingsindsats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroinafhængighed er i de fleste tilfælde en "uhelbredelig" tilstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvis dette behandlingstilbud pludselig fik ekstra ressourcer, hvad skulle de så bruges på? - Du må sætte op til tre krydser.

- Øge behandlingsintensiteten (dvs. mere kontakt mellem bruger og behandlere)
 - Give behandlerne mere uddannelse
 - Evaluere behandlingen mere
 - Inddrage pårørende mere
 - Forbedre samarbejdet med andre instanser
 - Forbedre fysiske faciliteter
 - Give flere brugere tilbud om psykologsamtaler
 - Andet. Hvad?
-

Her kommer nogle spørgsmål om forholdet mellem stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale indsatser over for brugerne

Spørgsmål i det hvide felt: *I hvor høj grad er behandlerne herfra involveret i indsatser over for..*

Spørgsmål i det grå felt: *I hvor høj grad oplever du, at der er problemer med koordination af stofmisbrugsbehandlingen og indsatser over for..*

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Fysiske problemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiske problemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boligproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemstillinger vedr. beskæftigelse ell. uddannelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Problemstillinger vedr. forsørgelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemstillinger vedr. børn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemstillinger vedr. kriminalitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De næste spørgsmål angår behandlingsstedets behandlere. Dvs. behandlere, der er ansat på denne adresse til stofmisbrugsbehandling (inkl. eventuelle udegående medarbejdere).

Hvor mange behandlere er der ansat på dette behandlingssted?

Antal:

Hvor mange af stedets behandlere har selv misbrugserfaring? - Hvis I ikke har behandlere med egen misbrugserfaring, så notér 0.

Antal:

Hvor mange personaletimer er tilknyttet behandlingsstedet indenfor hver af disse kategorier?

Vejledning: Markér først om besvarelsen er baseret på en optælling eller et skøn og notér derefter et antal. Hvis I ikke har behandlere indenfor en kategori, så notér 0 (du skal stadig markere, om det er baseret på en optælling eller skøn, ellers kan du ikke klikke dig videre i spørgeskemaet).

	Antal er baseret på en optælling	Antal er baseret på et skøn
Pædagogtimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socialrådgivertimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sygeplejersketimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykolog/psykiatertimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lægetimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre personaletimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvis du noterer andre personaletimer, hvad dækker det da over?

Andet personale:

Har nogle af de ansatte et diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed indenfor en specifik metoder, man bruger i stedets behandlingsarbejde?
- Vejledning: Her medregnes både uddannelse i metoder såsom kognitiv terapi som den ansatte har erhvervet sig i løbet af sin grunduddannelse som fx pædagog eller psykiater og uddannelse, der er taget i form af kurser og efteruddannelse.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor mange af de ansatte har et diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed indenfor en specifik metode, man bruger i stedets behandlingsarbejde? - Vejledning: Her medregnes både uddannelse i metoder såsom kognitiv terapi som den ansatte har erhvervet sig i løbet af sin grunduddannelse som fx pædagog eller psykiater og uddannelse, der er taget i form af kurser og efteruddannelse.

Antal (hvis optælling er muligt):

Skønnet antal (hvis optælling ikke er mulig):

Hvilke specifikke metoder har behandlere diplomer på for uddannelser af minimum 15 hele dages varighed? - Vejledning: Her medregnes både uddannelse i metoder såsom kognitiv terapi som den ansatte har erhvervet sig i løbet af sin grunduddannelse som fx pædagog eller psykiater og uddannelse, der er taget i form af kurser og efteruddannelse.

Metoder:

Når du skal ansætte en ny behandler, hvad vægter du så højest? Nedenfor er opstillet en liste over en række karakteristika. Man kan lægge vægt på alle, men vi beder dig sætte kryds ved de to, du finder allervigtigst.

- Personlig erfaring (Har personligt kendskab til livet som misbruger)
- Professionel erfaring (Har været på området i længere tid)
- Personlighed (Imødekommende, tillidsvækkende, respektfuld)
- Faglig uddannelse (Såsom socialrådgiver, socialpædagog, sygeplejerske eller lignende)
- Uddannelse i en af de metoder, stedet bruger i behandlingsarbejdet (fx systemisk, kognitiv)
- Andet. Hvad?

- Ved ikke

De sidste spørgsmål angår de aktuelt indskrevne brugere, som primært får social stofmisbrugsbehandling her på denne adresse (inkl. brugere, hvis medicinske behandling varetages andetsteds, fx hos privatpraktiserende læge). Du skal ikke medtænke brugere, som er visiteret videre til andre behandlingssteder. Det er fordi, dette spørgeskema går ud til alle behandlingssteder og brugere ikke skal tælles med to steder. Du må gerne basere svaret på et skøn. - Vejledning: Hvis I ikke har brugere indenfor en kategori, så notér 0 (hvis du ikke har noteret noget, kan du ikke klikke videre i spørgeskemaet). -

Hvor mange af jeres brugere er mellem 18-24 år?

Hvor mange af jeres brugere er mellem 25-34 år?

Hvor mange af jeres brugere er 35 år eller ældre?

Hvor mange af jeres brugere er kvinder?

Hvor mange af jeres nuværende brugere har en anden etnisk baggrund end dansk?

Hvordan vil du vurdere, at jeres aktuelt indskrevne brugere fordeler sig i følgende kategorier? Du må gerne basere svaret på et skøn. - Vejledning: Hvis I ikke har brugere indenfor en kategori, så notér 0 (hvis du ikke har noteret noget, kan du ikke klikke videre i spørgeskemaet).

Antal brugere som inden behandlingen hovedsageligt havde et opiatmisbrug:

Antal brugere som inden behandlingen hovedsageligt havde et misbrug af stimulanter (fx kokain, amfetamin, ecstasy):

Antal brugere som inden behandlingen hovedsageligt havde et hashmisbrug:

Antal brugere som ikke kan placeres i ovenstående kategorier:

Målsætningen i en brugers behandling ændres ofte over tid, men behandlingsarbejdet tager udgangspunkt i den målsætning, der på et givent tidspunkt er aktuel for en bruger. I nedenstående vil vi bede dig vurdere, hvilke behandlingsmålsætninger jeres brugere har aktuelt. Du må gerne basere svaret på et skøn.

Antal brugere med stoffrihed som målsætning (inkl. frihed fra substitutionsbehandling)

Antal brugere som aktuelt ikke har en målsætning om stoffrihed med fx reduktion af misbrug, stabilisering o.lign.

Hvor mange procent af de brugere I har haft indskrevet på dette behandlingssted i 2008, vil du skønne har afbrudt behandlingen i utide i årets løb? - (Her tælles brugere med, som har afbrudt behandlingen mod givet råd, men ikke brugere, som fx har afbrudt behandlingen dette sted, for at fortsætte behandlingen et andet sted). -

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Hvor mange procent af de brugere I har haft indskrevet på dette behandlingssted i 2008, vil du skønne er udskrevet til andre behandlingstilbud? - (Her tælles brugere med, som er udskrevet til andre behandlingssteder og brugere, som er udskrevet af et behandlingsmodul for at blive indskrevet i næste). -

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.

Ved ikke

Hvor mange procent af de brugere I har haft indskrevet på dette behandlingssted i 2008, vil du skønne er blevet udskrevet i årets løb som færdigbehandlede? - (Her tælles brugere med som er udskrevet helt af stofmisbrugsbehandling og brugere, som nu får en efterbehandlingsindsats). -

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Hvor mange procent af de brugere I har haft indskrevet på dette behandlingssted i 2008, vil du skønne udebliver hyppigt fra behandlingsaftaler? - (Hyppigt defineres her som, at brugerne udebliver fra mindst 25 pct. af behandlingsaftalerne) -

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.

- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Hvor mange procent af de brugere I indskrev i 2008 på dette behandlingssted, vil du skønne har været i behandling tidligere, enten her eller i et andet behandlings-tilbud?

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Tak for din besvarelse!

BILAG 3: SPØRGESKEMA TIL DØGNBEHANDLINGSSTEDER

I første del af spørgeskemaet vil vi stille dig nogle spørgsmål om jeres behandlingstilbud.

Hvad er behandlingstilbuddets ejerform?

- Kommunalt tilbud
 - Regionstilbud
 - Selvejende/fondsejet
 - Anpartsselskab
 - Enkeltmandsvirksomhed
 - Andet. Hvad?
-

Hvilken kommune er jeres behandlingstilbud geografisk placeret i?

Kommune:

Hvilke af følgende stofgrupper er jeres behandlingstilbud målrettet? - (Mulighed for flere svar)

- Opiatmisbrugere
 - Misbrugere af stimulanter (kokain, amfetamin, ecstasy o.lign.)
 - Hashmisbrugere
 - Blandingsmisbrugere af stof og alkohol
 - Vores tilbud er ikke særligt målrettet nogen typer misbrugere
 - Misbrugere af andre stofgrupper. Hvilke:
-

Hvor mange behandlingspladser er stedet normeret til? - Vejledning: Hvis du ikke kan trykke dig videre i spørgeskemaet, kan det være fordi, du ikke har markeret en af svarkategorierne. Hvis der er et fast antal pladser, så markér først det og notér derefter hvor mange.

- Fast antal. Hvor mange?
-
- Ikke fast antal pladser
 - Ved ikke

Har I haft overbelægning i år 2008? - (Dvs. flere brugere indskrevet end antal normerede pladser)

- Ja

- Nej
 Ved ikke

Hvor mange brugere er dags dato indskrevet i jeres stofmisbrugsbehandling?

Antal:

Hvor mange brugere i ren alkoholbehandling har I dags dato indskrevet? - Vejledning: Hvis I ikke har brugere i alkoholbehandling, så notér 0 (hvis du ikke har noteret noget, kan du ikke klikke videre i spørgeskemaet).

Antal brugere i ren alkoholbehandling:

Hvor mange brugere under 18 år har I dags dato indskrevet? - Vejledning: Hvis I ikke har brugere under 18 år, så notér 0 (hvis du ikke har noteret noget, kan du ikke klikke videre i spørgeskemaet).

Antal brugere under 18 år:

På nogle behandlingssteder er der indskrevet brugere, som primært får social stofmisbrugsbehandling (dvs. individuelle behandlingssamtaler og/eller gruppebehandling) et andet sted. Det kan fx være et kommunalt misbrugscenter, hvor nogle af de indskrevne aktuelt er i døgnbehandling eller får behandlingssamtaler på et andet kommunalt eller privat behandlingssted. Vi vil bede dig oplyse, hvordan jeres indskrevne brugere fordeler sig mellem følgende to kategorier. Du skal ikke tælle eventuelle brugere i alkoholbehandling og brugere under 18 år med. - -
Veiledning: Hvis I ikke har brugere i en kategori, så notér 0 (hvis du ikke skriver 0, kan du ikke klikke dig videre i spørgeskemaet).

Kategori 1: Antal indskrevne brugere, som primært får social stofmisbrugsbehandling her på denne adresse (inkl. brugere, hvis medicinske behandling varetages andetsteds, fx hos privatpraktiserende læge):

Kategori 2: Antal indskrevne brugere, som primært får social stofmisbrugsbehandling et andet sted (fx dag- eller døgnbehandling, ambulatorier, anden kommunal enhed):

Når vi i det følgende skriver ”brugere, som primært får social behandling hos jer”, bedes du være opmærksom på ikke at tælle brugere med, som er visiteret videre til andre behandlingssteder. Det er fordi, dette spørgeskema går ud til alle behandlingssteder og brugere ikke skal tælles med to steder. Du skal heller ikke tælle eventuelle brugere i ren alkoholbehandling samt brugere under 18 år med.

Er der nogen af de brugere, som primært får social behandling hos jer, der **IKKE** er i døgnbehandling?

- Ja
 Nej

Hvordan fordeler de brugere, der primært får social behandling hos jer, men som **IKKE** er i døgnbehandling sig aktuelt mellem disse forskellige behandlingstyper?
 Vejledning: Markér først om antallet du skriver, er baseret på en optælling eller et skøn og notér derefter antal. Hvis I ikke har brugere i fx dagbehandling, så skriv 0 i antal brugere.

	Antal er baseret på en optælling	Antal er baseret på en skøn, da optælling ikke er mulig
Antal brugere i dagbehandling. Dvs. brugere på dette behandlingssted som modtager individuelle behandlingssamtaler og/eller gruppebehandling 3-5 gange om ugen. Vær opmærksom på, at udlevering af medicin ikke skal tælles med her.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antal brugere i ambulans behandling. Dvs. brugere på dette behandlingssted som modtager individuelle behandlingssamtaler og/eller gruppebe-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

handling mindst 2 og højst 8 gange om måneden. Vær opmærksom på, at udlevering af medicin ikke skal tælles med her.		
Antal brugere som får ad hoc-ydelser. Dvs. brugere på dette behandlingssted som modtager individuelle behandlingssamtaler og/eller gruppebehandling sjældnere end hver 14. dag. Vær opmærksom på, at udlevering af medicin ikke skal tælles med her.	○	○

Hvor mange af de brugere, som primært får social behandling hos jer, er dags dato i gruppebehandlingsforløb?

Antal (hvis optælling er mulig):

Skønnet antal (hvis optælling ikke er mulig):

Hvor mange af de brugere, som primært får social behandling hos jer, har indenfor den sidste måned modtaget samtaler med psykolog eller psykiater? -

Antal (hvis optælling er mulig):

Skønnet antal (hvis optælling ikke er mulig):

Hvor mange af jeres brugere har fået udarbejdet en skriftlig plan (fx en social handleplan) for deres stofmisbrugsbehandling indenfor det seneste år? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym. -

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

I hvor høj grad er kvaliteten i de skriftlige planer for brugernes stofmisbrugsbehandling tilfredsstillende efter din vurdering? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad

- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad fornys de skriftlige planer for brugernes behandling med en tilfredsstillende hyppighed efter din vurdering? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Hvilke af følgende tilbud indgår i jeres behandling? - (Mulighed for flere svar)

- Udredning/afklaringsforløb
- Socialrådgivning
- Individuelle samtaler med psykolog
- Individuelle samtaler med psykiater
- Individuelle samtaler med læge
- Individuelle samtaler med anden uddannet behandler (fx socialpædagogisk uddannet)
- Individuelle samtaler med anden sundhedsfaglig person (fx sygeplejerske, sundhedsplejerske eller sosu-assistent)
- Individuelle samtaler med andre (fx terapeuter med anden baggrund end de ovennævnte)
- Afrusning/afgiftning
- Gruppebehandling

- Parsamtaler
 - Familiebehandling
 - Akupunktur
 - Sundhedstilbud, såsom sårpleje og vaccinationer
 - Sprøjtebytteordninger
 - Skadesreducerende undervisning (fx hepatitis foredrag, undervisning i god fixeteknik)
 - Social færdighedstræning (støtte i tilegnelse af basale færdigheder såsom personlig hygiejne, rengøring, indkøb)
 - Værested/café
 - Opsøgende, udegående medarbejder(e)
 - Botilbud
 - Halvvejshus
 - Efterbehandling
 - Fritidstilbud som sport, udflugter og kreativ udfoldelse
 - Andet. Hvad?
-

Skal brugere indskrevet i dette behandlingstilbud visiteres, hvis de skal have psykologsamtaler?

- Brugere skal altid visiteres til psykologsamtaler
 - Brugere skal visiteres til psykologsamtaler, men der er mulighed for akutte samtaler uden forudgående visitation
 - Brugere har fri adgang til psykologsamtaler
 - Andet. Hvad?
-

Tager behandlingsstedet urinprøver af brugere ud over, hvad der er påkrævet af Kriminalforsorgen eller andre eksterne myndigheder?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Har jeres behandlingssted særligt specialiserede tilbud til nogle af de følgende grupper? - (Mulighed for flere svar)

- Unge under 25 år
 - Ældre (erfarne og/eller nedslidte)
 - Kvinder
 - Gravide
 - Prostituerede
 - Kriminelle
 - Par
 - Stofmisbrugere med børn
 - Etniske minoriteter
 - Hjemløse
 - Psykisk syge stofmisbrugere (dobbeltdiagnosticerede eller dobbeltbelastede)
 - Aggressive/udadreagerende
 - HIV/AIDS syge
 - Intellektuelt/kognitivt forstyrrede (fx ADHD, hjerneskadede, demente)
 - Andet. Hvad?
-

Får nogen af de brugere, som primært får social behandling hos jer, substitu-
onsbehandling?

- Ja
- Nej

Ved ikke

Hvor mange af de brugere, som primært får social behandling hos jer, får dags dato substitutionsbehandling? -

Antal (hvis optælling er mulig):

Skønnet antal (hvis optælling ikke er mulig):

Hvad er behandlingsstedets typiske reaktion på sidemisbrug blandt modtagere af substitutionsmedicin? - (Mulighed for flere kryds)

- Ingen reaktion
 - Udtrappe brugeren af substitutionsmedicinen og/eller anden medicin
 - Nedtrappe brugeren af substitutionsmedicin og/eller anden medicin
 - Give advarsel om ud- eller nedtrapning af substitutionsmedicin og/eller anden medicin
 - Benytte andre sanktionsmidler (fx udelukkelse fra fælles aktiviteter)
 - Optrappe substitutionsmedicin og/eller anden medicin
 - Indkalde brugeren til ekstra samtaler om sidemisbrug
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

Står dette behandlingssted for udredning af brugeres behandlingsbehov?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor mange samtaler får en bruger typisk, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have? - Vejledning: Sæt først kryds ved antal og notér derefter antallet.

Antal:

Ved ikke

Har behandlingsstedet regler for, at brugeren udskrives, hvis vedkommende ikke møder op til et antal samtaler i udredningsfasen? -

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor mange på hinanden følgende gange skal brugeren ikke have mødt op til en samtale i forbindelse med udredning til behandling før vedkommende udskrives? - - Vejledning: Sæt først kryds ved antal gange og notér derefter antallet.

Antal gange:

Ved ikke

Har I faste procedurer, skemaer eller lignende som gennemføres i forbindelse med udredning(eksempelvis ASI-skema)? - -

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvilke procedurer, skemaer eller lignende gennemfører I som en fast del af udredningen?

(Eksempelvis ASI-skema):

I hvor høj grad bruges samme procedure i alle udredningsforløb her på stedet? - -

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

De næste spørgsmål handler om jeres tilgang, metoder og behandlingsform.

En behandlingssamtale mellem bruger og behandler kan foregå på et aftalt tidspunkt eller uden en foregående aftale. Hvordan vil du vurdere, at behandlingssamtalerne foregår på jeres behandlingssted? - Behandlingssamtaler foregår: -

- Altid eller næsten altid på et aftalt tidspunkt
- Oftest på et aftalt tidspunkt
- Lige ofte på aftalte tidspunkter og uden foregående aftale
- Oftest uden foregående aftale
- Altid eller næsten altid uden foregående aftale
- Ved ikke

En behandlingssamtale kan finde sted fordi behandleren uopfordret har henvendt sig til brugeren og tilbudt/indledt en samtale. Den kan også finde sted, fordi brugeren har bedt om en samtale. Hvad vil du vurdere, er tilfældet på jeres behandlingssted?

- Det er altid eller næsten altid behandlerne, som uopfordret kontakter brugerne og indleder/tilbyder en behandlingssamtale
- Det er oftest behandlerne, som uopfordret kontakter brugerne og indleder/tilbyder en behandlingssamtale
- Det er lige ofte behandlere og brugere, som tager initiativ til en behandlingssamtale
- Det er oftest brugere, som tager kontakt til behandlere og beder om en samtale
- Det er altid eller næsten altid brugere, som tager kontakt til behandlere og beder om en samtale

Ved ikke

Nedenfor er oplistet en række overskrifter på behandlingstilgange. Hvilke(n) er mest dækkende i forhold til behandlingstilgangen på dette sted? - Vejledning: Du kan vælge en, to eller tre overskrifter. Hvis ingen af overskrifterne passer, så notér andet. Uddyb evt. i kommentarfeltet. -

- Kognitiv
- Systemisk
- Løsningsfokuseret
- Socialpædagogisk
- Psykodynamisk
- 12-trin, Minnesota
- Gorski, Cenaps-model
- Eksistentialistisk
- Terapeutisk samfund (demokratisk eller hierarkisk)
- Andet. Hvad?

Andet. Hvad?

Andet. Hvad?

Kommentar til stedets behandlingstilgang(e).

Kommentar

Ville en udefrakommende person med bredt kendskab til metoder indenfor stofmisbrugsbehandling kunne identificere jeres metode ved at iagttage jeres behandlingsarbejde?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

I hvor høj grad behandler I afhængighed som en sygdom?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad bliver stofmisbrug behandlet som et symptom på andre sociale, psykiske eller fysiske problemer?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad inddrages brugerens sociale kontekst (fx familierelationer) i behandlingen?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Skadesreduktion kan defineres, som en tilgang, hvor man søger at reducere sociale, psykiske og fysiske skader af misbrug uden at sigte på stoffrihed. Ud fra denne definition, i hvor høj grad vil du da beskrive dette steds behandlingstilbud som skadesreduktion?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Er der en eller flere sagsbehandlere placeret på dette behandlingssted med kompetence til at visitere til behandlingsstedets eget behandlingstilbud og/eller andre behandlingstilbud?

- Ja, visitation til eget behandlingstilbud

- Ja, visitation til andre behandlingstilbud
- Ja, både visitation til eget og andre behandlingstilbud
- Nej, her er ingen sagsbehandlere med visitationskompetence
- Ved ikke

Er der en eller flere sagsbehandlere placeret på dette behandlingssted med kompetence til at træffe beslutninger om ydelser, der ikke handler om stofmisbrugsbehandling? (Fx sociale ydelser, bolig)

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor ofte følger I med jeres brugere til møder i kommunal regi? (udenfor behandlingssteds regi, fx møder med kommunal sagsbehandler fra jobcenteret)

- Vi følger med brugerne til alle eller næsten alle møder
- Vi følger med brugerne til de fleste møder
- Vi følger med brugerne til nogle møder
- Vi følger med brugerne til få møder
- Vi følger aldrig eller næsten aldrig med brugerne til møder
- Ved ikke

Hvor ofte diskuterer personalet i gennemsnit den enkelte brugers behandling eller sociale situation med en ekstern kommunal sagsbehandler? (fx en sagsbehandler fra jobcenteret)

- Hver måned eller oftere
- Med 2-3 måneders mellemrum
- Med 4-6 måneders mellemrum
- Hver 7-12 måneders mellemrum
- Sjældnere
- Aldrig
- Ved ikke

Inddrages pårørende i brugernes behandling?

- Altid, hvis det er muligt
- Ofte
- Nogle gange
- Sjældent
- Aldrig
- Ved ikke

Har I særskilte tilbud til de pårørende? - (Mulighed for flere svar)

- Pårørendekurser eller pårørendegrupper
- Individuelle samtaler
- Andet. Hvad?

-
- Nej
 - Ved ikke

Bruger I nogle af følgende tilbud til at støtte brugere i overgangen fra behandlingens afslutning og til brugeren kan klare sig selv? - (Mulighed for flere svar)

- Halvvejshus (§107 boformer el.lign.)
 - Individuelle opfølgningsmøder minimum hver 3. måned
 - Individuelle opfølgningsmøder sjældnere end hver 3. måned
 - Gruppebehandling
 - Selvhjælpsgrupper i behandlingsstedets regi
 - Henvisning til NA eller lignende selvhjælpsgrupper
 - Henvisning til væresteder
 - Koordinerende møder i forbindelse med kommunale indsatser (fx beskæftigelse)
 - Udegående/opsøgende social støtte (fx bostøtte)
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

Har I tilbud til brugere, der er udskrevet af behandlingen?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvis ja, hvilke?

Tilbud til udskrevne:

Hvilket af følgende udsagn er du mest enig i? - A siger, at behandleren skal være styrende, når behandlingsplanen skal lægges. Behandleren har en faglig indsigt og erfaring, som brugeren ikke har. - B siger, at brugeren skal være styrende, når behandlingsplanen skal lægges. Brugeren kender sig selv bedst, skal selv bestemme og dermed tage ansvar. - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym. -

- Mest enig med A
- Mest enig med B
- Lige enig med A og B
- Ved ikke

I hvor høj grad har brugerne indflydelse på følgende aspekter af deres egen behandling?

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Hvilket behandlingstilbud de får?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor ofte de mødes med behandlere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvad målet er med behandlingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har brugergruppen indflydelse på nogle af følgende forhold?

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Nyansættelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlingstilbuddenes indhold (fx hvilke metoder der anvendes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysisk indretning af behandlingsstedet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husregler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planlægning af aktiviteter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Er der et brugerråd tilknyttet behandlingsstedet?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Holder brugerrådet regelmæssige møder med flere deltagende brugere?

- Ja, hver uge
- Ja, hver anden uge
- Ja, hver måned

- Ja, hver anden måned
- Ja, hver tredje måned
- Sjældnere
- Aldrig
- Ved ikke

Får en bruger karantæne fra behandlingstilbuddet (midlertidigt eller permanent som udskrivning) som følge af en eller flere nedenstående handlinger? - (Mulighed for flere svar)

- Vold eller trusler mod personale
 - Vold eller trusler mod andre brugere
 - Stofsalg på behandlingsstedet
 - Stofindtag på behandlingsstedet
 - Stofpåvirkethed (udover substitution) på behandlingsstedet
 - Gentagne udeblivelser uden afbud
 - Andet. Hvad?
-
- Vi giver aldrig brugere karantæne

Har nogle af jeres brugere fået lavet tilbageholdelseskontrakter?

- Ja
- Nej

Hvis nej, hvorfor ikke? - (Mulighed for flere svar)

- Vi ønsker ikke at anvende tilbageholdelseskontrakter, da det strider mod vores værdier
 - De fysiske rammer for at tilbageholde brugere er ikke til stede
 - De personalemæssige ressourcer til at tilbageholde brugere er ikke til stede
 - Ingen brugere har ønsket det
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

I det følgende kommer en række spørgsmål om jeres succeskriterier, opfattelse af kvalitet, samarbejde med andre instanser og visioner for fremtiden.

Har behandlingsstedet skriftligt formuleret specifikke succeskriterier?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Har behandlingsstedet skriftligt formuleret specifikke succeskriterier på nogle af nedenstående områder?

	Ja	Nej	Ved ikke
Hvor mange brugere, der opnår stoffrihed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

der reducerer deres forbrug af stoffer?			
Hvor mange brugere, der opnår en forbedret sundhedstilstand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der opnår et forbedret socialt/psykisk funktionsniveau?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der kommer ud af kriminalitet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der kommer ud af prostitution?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der kommer ud af hjemløshed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor mange brugere, der kommer i beskæftigelse/uddannelse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brugertilfredshed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastholdelse af brugere i behandling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medarbejdertilfredshed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastholdelse af medarbejdere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efteruddannelse af medarbejdere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvor er succeskriterierne nedskrevet? -

(Fx virksomhedsplanen):

Bliver behandlingsstedet regelmæssigt skriftligt evalueret efter disse succeskriterier?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor er evalueringen nedskrevet?

(Fx årsplanen)

I hvor høj grad oplever du, at nogle af de følgende forhold er en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet? -

Hvis du vil uddybe dit svar er der en kommentarbox nederst.

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Manglende tid til brugerkontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende økonomiske res-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sourcer						
Usikkerhed om fremtidige budgetter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidskrævende dokumentationskrav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilstrækkelig uddannelse af personale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vanskeligheder med at finde og fastholde kvalificeret personale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende koordination af forskellige indsatser overfor brugere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende evaluering af faglig kvalitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Udeblivelser (at brugerne ikke møder op til deres aftaler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende evidens/viden om,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

hvad der virker						
-----------------	--	--	--	--	--	--

Kommentar til eventuelle barrierer for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet:

Kommentar:

Kender du den kommunes/de kommuners kvalitetsstandard, hvor dine brugere kommer fra? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Ja
- Nej

I hvor høj grad stemmer kvalitetsstandarderne/standarderne overens med din personlige opfattelse af kvalitet i behandling af stofmisbrug? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Her er to spørgsmål om hhv. hvad kommunale kvalitetsstandarder generelt kan bruges til og hvad de faktisk bliver brugt til i dag.

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

Spørgsmålet i det hvide felt: *I hvor høj grad mener du, at en kommunes kvalitetsstandard generelt kan være et brugbart redskab ift. nedenstående opgaver?*

Spørgsmålet i det grå felt: *I hvor høj grad vurderer du, at kommunale kvalitetsstandarder faktisk bruges her på stedet til følgende opgaver?*

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Information til brugere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information til pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politisk styringsredskab (politikere får information om hvad der foregår, og kan øve indflydelse på, hvad der skal ske fremover)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Værdigrundlag for området	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejledning til behandlere om det daglige behandlings-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

arbejde										
Vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejledning til behandlere i forhold til valg af professionelle tilgange/metoder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Et behandlingssted kan have en eller flere vigtige samarbejdspartnere. Hvis det er tilfældet her, bedes du oplyse, hvordan samarbejdet foregår og fungerer.

Vejledning: Hvis du samarbejder med mere end et sted indenfor hver enkelt kategori bedes du svare ud fra, hvordan det oftest foregår.

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

Spørgsmålet i det hvide felt: *Samarbejdet foregår som..*

Spørgsmålet i det grå felt: *Samarbejdet fungerer..*

	Faste møder	Ad hoc-møder	Både faste og ad hoc-møder	Ikke vigtig samarbejdspartner	Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Dårligt	Meget dårligt	Ikke vigtig samarbejdspartner
Kommunale misbrugscentre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Private behan-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

dlingstilbud										
Jobcentret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socialafdeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kriminalforsorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frivillige organisationer (fx Kirkens Korshær, pårørendeorganisationer osv.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har du indtryk af, at der generelt er for mange eller for få brugere som får tilbudt døgnbehandling i det danske behandlingssystem? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Alt for mange brugere får tilbudt døgnbehandling
- Lidt for mange brugere får tilbudt døgnbehandling
- Et tilpas antal brugere får tilbudt døgnbehandling
- Lidt for få brugere får tilbudt døgnbehandling
- Alt for få brugere får tilbudt døgnbehandling
- Ved ikke

Har du indtryk af, at der generelt er for mange eller for få brugere som får tilbudt dagbehandling i det danske behandlingssystem? - (Dagbehandling defineres som en intensitet, hvor der leveres en ydelse 3-5 gange om ugen) - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Alt for mange brugere får tilbudt dagbehandling

- Lidt for mange brugere får tilbudt dagbehandling
- Et tilpas antal brugere får tilbudt dagbehandling
- Lidt for få brugere får tilbudt dagbehandling
- Alt for få brugere får tilbudt dagbehandling
- Ved ikke

Har du indtryk af, at der generelt er for mange eller for få brugere som får tilbudt substitutionsbehandling i det danske behandlingssystem? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Alt for mange brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Lidt for mange brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Et tilpas antal brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Lidt for få brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Alt for få brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Ved ikke

I hvor høj grad har du indtryk af, at der generelt er brug for et kvalitetsløft af den sociale behandlingsindsats for brugere i længerevarende substitutionsbehandling i det danske behandlingssystem? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad har du indtryk af, at der generelt mangler støttetilbud til brugere, som har afsluttet deres behandling i det danske behandlingssystem? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	Helt enig	Overvejende enig	Hverken enig eller uenig	Overvejende uenig	Helt uenig	Ved ikke
Alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffri døgnbehandling skader ofte fysisk og psykisk svage brugere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For mange brugere i Danmark får længerevarende substitutionsbehandling uden tilstrækkelig anden behandlings-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

indsats						
Stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling	○	○	○	○	○	○
Heroinafhængighed er i de fleste tilfælde en "uhelbredelig" tilstand	○	○	○	○	○	○

Hvis dette behandlingstilbud pludselig fik ekstra ressourcer, hvad skulle de så bruges på? - Du må sætte op til tre krydser.

- Øge behandlingsintensiteten (dvs. mere kontakt mellem bruger og behandlere)
 - Give behandlerne mere uddannelse
 - Evaluere behandlingen mere
 - Inddrage pårørende mere
 - Forbedre samarbejdet med andre instanser
 - Forbedre fysiske faciliteter
 - Give flere brugere tilbud om psykologsamtaler
 - Andet. Hvad?
-

Her kommer nogle spørgsmål om forholdet mellem stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale indsatser over for brugerne

Spørgsmål i det hvide felt: *I hvor høj grad er behandlerne herfra involveret i indsatser over for..*

Spørgsmål i det grå felt: *I hvor høj grad oplever du, at der er problemer med koordination af stofmisbrugsbehandlingen og indsatser over for..*

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Fysiske problemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiske problemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boligproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemstillinger vedr. beskæftigelse ell. uddannelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemstillinger vedr. forsørgelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemstillinger vedr. børn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemstillinger vedr. kriminalitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De næste spørgsmål angår behandlingsstedets behandlere. Dvs. behandlere, der er ansat på denne adresse til stofmisbrugsbehandling (inkl. eventuelle udegående medarbejdere).

Hvor mange behandlere er der ansat på dette behandlingssted?

Antal:

Hvor mange af stedets behandlere har selv misbrugserfaring? - Hvis I ikke har behandlere med egen misbrugserfaring, så notér 0.

Antal:

Hvor mange personaletimer er tilknyttet behandlingsstedet indenfor hver af disse kategorier?

Vejledning: Markér først om besvarelsen er baseret på en optælling eller et skøn og notér derefter et antal. Hvis I ikke har behandlere indenfor en kategori, så notér 0.

	Antal er baseret på en optælling	Antal er baseret på et skøn
Pædagogtimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socialrådgivertimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sygeplejersketimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykolog/psykiatertimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lægetimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre personaletimer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvis du noterer andre personaletimer, hvad dækker det da over?

Andet personale:

Har nogle af de ansatte et diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed indenfor en specifik metoder, man bruger i stedets behandlingsarbejde? - Vejledning: Her medregnes både uddannelse i metoder såsom kognitiv terapi som den ansatte har erhvervet sig i løbet af sin grunduddannelse som fx pædagog eller psykiater og uddannelse, der er taget i form af kurser og efteruddannelse.

- Ja
 Nej
 Ved ikke

Hvor mange af de ansatte har et diplom på en uddannelse af minimum 15 hele dages varighed indenfor en specifik metode, man bruger i stedets behandlingsarbejde? - Vejledning: Her medregnes både uddannelse i metoder såsom kognitiv terapi som den ansatte har erhvervet sig i løbet af sin grunduddannelse som fx pædagog eller psykiater og uddannelse, der er taget i form af kurser og efteruddannelse.

Antal (hvis optælling er muligt):

Skønnet antal (hvis optælling ikke er mulig):

Hvilke specifikke metoder har behandlere diplomert på for uddannelser af minimum 15 hele dages varighed? - Vejledning: Her medregnes både uddannelse i metoder såsom kognitiv terapi som den ansatte har erhvervet sig i løbet af sin grunduddannelse som fx pædagog eller psykiater og uddannelse, der er taget i form af kurser og efteruddannelse.

Metoder:

Når du skal ansætte en ny behandler, hvad vægter du så højest? Nedenfor er opstillet en liste over en række karakteristika. Man kan lægge vægt på alle, men vi beder dig sætte kryds ved de to, du finder allervigtigst.

- Personlig erfaring (Har personligt kendskab til livet som misbruger)
 - Professionel erfaring (Har været på området i længere tid)
 - Personlighed (Imødekommende, tillidsvækkende, respektfuld)
 - Faglig uddannelse (Såsom socialrådgiver, socialpædagog, sygeplejerske eller lignende)
 - Uddannelse i en af de metoder, stedet bruger i behandlingsarbejdet (fx systemisk, kognitiv)
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

De sidste spørgsmål angår de aktuelt indskrevne brugere, som primært får social stofmisbrugsbehandling her på denne adresse (inkl. brugere, hvis medicinske behandling varetages andetsteds, fx hos privatpraktiserende læge). Du skal ikke medregne brugere, som er visiteret videre til andre behandlingssteder. Det er fordi, dette spørgeskema går ud til alle behandlingssteder og brugere ikke skal tælles med to steder. Du må gerne basere svaret på et skøn. - Vejledning: Hvis I

ikke har brugere indenfor en kategori, så notér 0 (hvis du ikke har noteret noget, kan du ikke klikke videre i spørgeskemaet). -

Hvor mange af jeres brugere er mellem 18-24 år?

Hvor mange af jeres brugere er mellem 25-34 år?

Hvor mange af jeres brugere er 35 år eller ældre?

Hvor mange af jeres brugere er kvinder?

Hvor mange af jeres nuværende brugere har en anden etnisk baggrund end dansk?

Hvordan vil du vurdere, at jeres aktuelt indskrevne brugere fordeler sig i følgende kategorier? Du må gerne basere svaret på et skøn. - Vejledning: Hvis I ikke har brugere indenfor en kategori, så notér 0 (hvis du ikke har noteret noget, kan du ikke klikke videre i spørgeskemaet).

Antal brugere som inden behandlingen hovedsageligt havde et opiatmisbrug:

Antal brugere som inden behandlingen hovedsageligt havde et misbrug af stimulanter (fx kokain, amfetamin, ecstasy):

Antal brugere som inden behandlingen hovedsageligt havde et hashmisbrug:

Antal brugere som ikke kan placeres i ovenstående kategorier:

Målsætningen i en brugers behandling ændres ofte over tid, men behandlingsar-

bejdet tager udgangspunkt i den målsætning, der på et givent tidspunkt er aktuel for en bruger. I nedenstående vil vi bede dig vurdere, hvilke behandlingsmålsætninger jeres brugere har aktuelt. Du må gerne basere svaret på et skøn.

Antal brugere med stoffrihed som målsætning (inkl. frihed fra substitutionsbehandling)

Antal brugere som aktuelt ikke har en målsætning om stoffrihed med fx reduktion af misbrug, stabilisering o.lign.

Hvor mange procent af de brugere I har haft indskrevet på dette behandlingssted i 2008, vil du skønne har afbrudt behandlingen i utide i årets løb? - (Her tælles brugere med, som har afbrudt behandlingen mod givet råd, men ikke brugere, som fx har afbrudt behandlingen dette sted, for at fortsætte behandlingen et andet sted). -

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Hvor mange procent af de brugere I har haft indskrevet på dette behandlingssted i 2008, vil du skønne er udskrevet til andre behandlingstilbud? - (Her tælles bru-

gere med, som er udskrevet til andre behandlingssteder og brugere, som er udskrevet af et behandlingsmodul for at blive indskrevet i næste). -

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Hvor mange procent af de brugere I har haft indskrevet på dette behandlingssted i 2008, vil du skønne er blevet udskrevet i årets løb som færdigbehandlede? - (Her tælles brugere med som er udskrevet helt af stofmisbrugsbehandling og brugere, som nu får en efterbehandlingsindsats). -

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Hvor mange procent af de brugere I har haft indskrevet på dette behandlingssted i 2008, vil du skønne udebliver hyppigt fra behandlingsaftaler? - (Hyppigt defineres her som, at brugerne udebliver fra mindst 25 pct. af behandlingsaftalerne) -

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Hvor mange procent af de brugere I indskrev i 2008 på dette behandlingssted, vil du skønne har været i behandling tidligere, enten her eller i et andet behandlingstilbud?

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Tak for din besvarelse!

DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING

BEHANDLINGSTILBUD OG METODER

Dette er den tredje 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 behandlingstilbud og metoder i den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

De øvrige delrapporter afdækker følgende emner: de frivillige organisationers perspektiv (del 1), brugernes og de pårørendes perspektiv (del 2), kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder (del 4), visitation og sagsbehandling (del 5) og resultater af behandlingen (del 6). Hovedkonklusionerne fra delrapporterne er sammenfattet i en hovedrapport.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Servicestyrelsen.