

Evaluering: Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: servicestyrelsen@servicestyrelsen.dk
www.servicestyrelsen.dk

Forfatter: Mette Lauridsen og Jette Nyboe
1. oplag.
Indhold udarbejdet af Socialstyrelsen.
Udgivet 1-07-2013

Download eller se til rapporten på www.servicestyrelsen.dk.
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93052-60-4

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Indledning	5
Tilgang til evaluering og rapportens opbygning	5
Konklusion	8
Kapitel 1: Karakteristik af deltagerne	10
Alders- og kønsfordeling	12
Uddannelse og arbejde	14
Bolig og familie	15
Hovedstof.....	15
Latenstid.....	17
Belastningsprofil.....	20
Årsager til at ønske anonymitet	22
Differentieret hvor stor vægt anonymitet tillægges	25
Opsamling/delkonklusion	27
Kapitel 2: Rekruttering	29
Formidlingsstrategi	29
Hvordan har borgerne hørt om tilbuddet	30
Procedure ved henvendelse	31
Motivation for at opsøge behandling.....	32
Anonymitetens betydning for rekruttering.....	32
Opsamling/delkonklusion	34
Kapitel 3: Behandlingstilbuddet - resultater, struktur og indhold	36
Deltagernes udbytte af behandlingen	36
Væsentlige faktorer for fastholdelse i behandling.....	39
Udfordringer ved implementering af anonymitet i stofmisbrugsbehandlingen.....	44
Opsamling/delkonklusion	46
Kapitel 4: Antagelser om konsekvenser ved ikke at iværksætte behandling målrettet målgruppen	47
Bilag 1: Dataindsamling	51
Beskrivelse af datakilder	51
Bilag 2: Beskrivelse af behandlingstilbud	55
PAS Odense.....	55
PAS København	56
Bilag 3: Omkostningsanalyse	58

Forord

Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling (PAS) blev igangsat af satspuljepartierne som et forsøgsprojekt. København og Odense har gennemført forsøg med anonym ambulant stofmisbrugsbehandling i perioden 1. januar 2011 – 31. december 2012. Projekterne er blevet forlænget, så de drives videre i 2013.

Formålet var at skabe viden om, hvorvidt der er en gruppe af borgere med stofmisbrug uden for behandlingssystemet, som det er muligt at få i behandling, når tilbudet kan gives anonymt. Forsøget giver mulighed for at yde anonym social stofmisbrugsbehandling efter Servicelovens § 101, men ikke substitutionsbehandling (fx behandling med metadon) efter Sundhedsloven.

I forbindelse af udarbejdelsen af evalueringsrapporten er foretaget en række interviews med deltagere og medarbejdere i projekt anonym stofmisbrugsbehandling. I den forbindelse vil vi gerne takke deltagerne for, at de har bidraget med deres erfaringer og oplevelser om PAS, og medarbejderne for at de gennem hele forløbet har medvirket aktivt til at levere input til evalueringen.

Socialstyrelsen, juni 2013

Indledning

Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling (herefter PAS) er målrettet borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug, der har en forholdsvis tæt tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. Til indikation for matching til forsøget er sat en belastningsgrad ved ASI-score¹ på max 0,3 på indskrivningstidspunktet. Disse krav betyder, at målgruppen for projektet er personer, der er relativt lavt belastede på andre sociale parametre end deres stofmisbrug. Det er en målgruppe, som traditionelt ikke har henvendt sig til stofmisbrugsbehandlingssystemet.

PAS i Odense og København er primært organiseret omkring gruppebehandling, hvor deltagerne kan deltage en gang ugentlig i ca. fire måneder. Derudover er tilknyttet et tilbud om at deltage i en stoffriggruppe efter endt behandlingsforløb. Ud over gruppebehandling har deltagerne mulighed for at modtage tilbud om fx: akupunktur og yoga. I den oprindelige projektperiode på to år har i alt 430 deltagere indgået i et behandlingsforløb. Målet for behandlingen er stoffrihed eller reduktion af rusmiddelbrug for de deltagere, der gennemfører behandlingen. I bilag 2 beskrives behandlingstilbuddene i PAS nærmere.

Tilgang til evaluering og rapportens opbygning

Evalueringen er tilrettelagt som en summativ evaluering men henblik på at indsamle og formidle viden og erfaringer fra forsøgsprojekterne. Det overordnede formål med evalueringen er at belyse betydningen af et anonymt behandlingstilbud med henblik på at rekruttere en målgruppe af ressourcestærke personer med misbrugsproblematik. Evalueringen er bygget op omkring en kvalitativ og en kvantitativ analyse af målgruppen. Herunder hvilke faktorer der påvirker rekruttering og fastholdelse i behandling, samt hvilke resultater der er opnået med det anonyme misbrugsbehandlingstilbud. Evalueringen bygger dels på registreringer knyttet til hver enkelt person, der har henvendt sig til PAS, og dels på interview med deltagere og medarbejdere i PAS.

I rapporten sammenlignes data fra PAS projekterne med andre behandlingstilbud målrettet personer med stofmisbrug. Det er særligt relevant at sammenligne PAS

¹ ASI-scoren udregnes ved brug af en standardiseret interviewemetode. Den samlede ASI-score er en samlet beregning af borgerens belastning inden for følgende områder: Stof, alkohol, kriminalitet, familie og netværk, sociale forhold, økonomi, arbejde og fysisk og psykisk helbred. Scoren kan være mellem 0 og 1

deltagerne med deltagerne i København kommunes Hash- og kokainprojekt². Her tilbydes ligeledes gruppeforløb til ressourcestærke borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug. Der er desuden foretaget sammenligning med klienterne i den traditionelle, ambulante stofmisbrugsbehandling³. I bilag 1 beskrives sammenligningsgrundlaget yderligere.

De centrale spørgsmål der er opstillet som udgangspunkt for evalueringen er knyttet til: rekruttering til projekterne, profil for borgere der indskrives i projekterne, anonymitetens betydning. Evalueringsrapporten er bygget op omkring tre kapitler, hvor betydningen af anonymitet behandles under alle kapitlerne. Evalueringen belyser anonymitetens betydning for en afgrænset målgruppe og forholder sig ikke til anonymitet i forhold til stofmisbrugere generelt. Derudover er der et kapitel med en økonomisk analyse af nogle af de konsekvenser, det kunne få, hvis målgruppen ikke modtager behandling i PAS.

Kapitel 1: Karakteristika af deltagerne

Indeholder en analyse af målgruppen. Dels karakteristika om: køn, alder, sociale variabler, rusmiddelmønster og belastningsgrad. Dels målgruppens behov for anonymitet i behandlingen.

Kapitel 2: Rekruttering af borgere til projekterne

Indeholder en beskrivelse af de rekrutteringsindsatser, der har været iværksat, hvem der har henvendt sig, hvordan de har oplevet rekrutteringen, og hvilken betydning muligheden for anonymitet har for deres henvendelse.

Kapitel 3: Centrale elementer i behandlingen

Kapitlet indeholder en analyse af deltagernes udbytte af behandling og de faktorer, der påvirker fastholdelse i misbrugsbehandling. Derudover ses på de udfordringer, der kan være forbundet med at implementere anonymitet i den sociale stofmisbrugsbehandling. Evalueringen indeholder ikke en vurdering af de konkrete behandlingsmodeller, der er anvendt⁴.

Kapitel 4: Antagelser om konsekvenser ved ikke at iværksætte misbrugsbehandling målrettet målgruppen

Kapitlet indeholder en sammenfatning af en omkostningsanalyse, der tilvejebringer en række beregninger over udgifter forbundet med et behandlingstilbud som PAS målrettet denne specifikke målgruppe. Kapitlet indeholder desuden en række

² Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune

³ Pedersen, Mads Uffe m.fl. (2012). *DanRIS 2011 – Stof. Dansk Registrerings- og Informationssystem, ambulant behandling*. Centre for Rusmiddelforskning

⁴ Projekterne bygger helt eller delvist på et koncept for behandling som Københavns kommune har udviklet. Dette er evalueret i rapporten: *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug – målgrupper, metode og resultater*. Dorrit Pedersen, Københavns kommuner 2010.

antagelser over de økonomiske konsekvenser, der på sigt kan knytte sig til målgruppen, hvis de ikke modtager behandling. Dette kobles med en forskningsbaseret antagelse om, at en del af målgruppen på et tidspunkt i deres liv ville ophøre med misbrug uden brug af misbrugsbehandling (self-change)

Bilag 1: Dataindsamling

Indeholder en nærmere beskrivelse af datakilder. Evalueringen bygger på tre primære datakilder:

- Et elektronisk spørgeskema, der er udfyldt af medarbejderne i projekterne for samtlige deltagere ved indskrivning og ved afslutning af behandling/udskrivning. Derudover er alle henvendelser registreret.
- Gruppeinterview og enkeltpersons interviews med i alt 14 personer, der har deltaget i gruppebehandlingen i enten København eller Odense.
- Et samlet gruppeinterview med medarbejdere fra Odense og København.

Bilag 2: Beskrivelse af behandlingstilbuddene

Indeholder en kort beskrivelse af PAS behandlingstilbuddene i Odense og København.

Bilag 3: Økonomisk analyse

I forbindelse med evalueringen har Rambøll Management Consulting foretaget en økonomisk analyse af de konsekvenser, det kan have, hvis deltagerne ikke får behandling for deres misbrug. I bilag 3 præsenteres den samlede analyse.

Centrale begreber

I rapporten benyttes en række termer til at beskrive målgruppen. Disse er oplistet herunder:

Henvender: Person, der har henvendt sig til PAS

Deltager: Person, der er eller har været i behandling i PAS

Deltagerinformant: Deltager i PAS, der er interviewet i forbindelse med evalueringen.

Borger: Person, der er i målgruppe for misbrugsbehandlingssystemet, men som ikke har henvendt sig til PAS.

Medarbejder: Medarbejder i PAS Odense eller København, der er interviewet i forbindelse med evalueringen

Konklusion

Med ”Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling” (PAS) er det lykkedes to projekter i København og Odense at rekruttere en målgruppe til misbrugsbehandling, der ikke tidligere har opsøgt behandlingssystemet. Målgruppen er karakteriseret ved at være ressourcestærke personer, der er i arbejde eller uddannelse, og som har en ASI-score⁵ ved indskrivning på maks. 0,3. De har et stort forbrug af rusmidler, som de oplever som problematisk, og lever et belastende dobbeltliv, hvor familie og arbejde ikke er klar over misbruget. Omkring halvdelen af deltagerne har en samlet ASI-score på max 0,15. Hovedparten har ikke tidligere været i kontakt med behandlingssystemet.

I alt er 430 personer blevet indskrevet til behandling i PAS i Odense eller København i perioden 1. januar 2011 til 31. december 2012. 59 % har gennemført behandlingen, og 30 % er udeblevet fra behandlingen, efter de er startet op. De resterende er udskrevet til anden behandling eller mod råd fra medarbejderne. Af de deltagere, der har gennemført behandlingen, har 39 % ikke brugt stoffer de sidste 30 dage inden udskrivning. De deltagere, der stadig bruger stoffer ved udskrivning, har kraftigt reduceret deres forbrug.

Gennemsnitsalderen er 31 år for deltagerne, en femtedel af deltagerne i PAS er dog mellem 18 og 24 år. De deltagere, der ikke gennemfører behandlingen, har en højere samlet ASI-score end dem, der udskrives planmæssigt. De udeblevne har en mindre stofbelastning, men er højere belastede på job og økonomi.

Projekterne har rekrutteret en ressourcestærk gruppe af borgere, hvor 61 % har en lønindkomst og 20 % modtager SU. De ser ikke sig selv som brugere af misbrugsbehandlingstilbud, og muligheden for at få behandling anonymt er afgørende for, at de henvender sig. Arbejde, uddannelse og fremtidige jobmuligheder er den væsentligste årsag til, at deltagerne ønsker anonym misbrugsbehandling. Andre vigtige årsager er frygten for, at misbruget kan have konsekvenser for deres børn, og at familien skal få kendskab til misbruget.

Besværighederne ved at leve et dobbeltliv, hvor misbruget holdes hemmeligt for familie og arbejde, er en vægtig årsag til at søge behandling. Formidlingen af PAS har appelleret til målgruppen. Formidlingen har lagt vægt på tre budskaber: at misbrug forekommer i alle samfundslag, at behandlingen er anonym, og at målet

⁵ ASI-scoren udregnes ved brug af en standardiseret interviewemetode. Den samlede ASI-score er en samlet beregning af borgerens belastning inden for følgende områder: Stof, alkohol, kriminalitet, familie og netværk, sociale forhold, økonomi, arbejde og fysisk og psykisk helbred. Scoren kan være mellem 0 og 1.

er stoffrihed eller reduktion af forbrug. Formidlingen er nået bredt ud til målgruppen via bl.a. pjecer hos praktiserende læger, Tv- og radiospots og artikler i lokalblade. Hjemmesiden har fungeret som indgangsportal for mange henvendelser.

Muligheden for anonymitet kan dog ikke alene tiltrække og fastholde målgruppen i behandlingen. En anden afgørende faktor er, at behandlingen er fysisk adskilt fra anden social misbrugsbehandling og har en diskret indgang, der ikke kan identificeres som indgangen til et misbrugsbehandlingssted.

En tredje afgørende faktor for deltagerne er, at de i behandlingen har mødt personer, de har kunnet identificere sig med i forhold til deres samlede situation – og derved ikke personer, der er stærkt socialt belastet.

En del af de borgere, som et PAS behandlingstilbud er målrettet, vil formentlig selv kunne komme ud af misbruget. Forskningsresultater peger på at mellem 20 og 50 % af de mere ressourcestærke alkohol- og stofmisbrugere stopper misbruget uden brug af misbrugsbehandlingssystemet. Andelen er dog størst inden for alkoholområdet. En anden del af målgruppen for PAS vil formentlig opleve en række konsekvenser af misbruget over tid, som ud fra et økonomisk perspektiv kan være forbundet med samfundsmæssige omkostninger. De mest sandsynlige konsekvenser er arbejdsløshed, forlængelse af eller afbrudt studie og somatiske eller psykiatriske indlæggelser, som alle vil medføre øgede udgifter både på det kommunale og statslige niveau.

Kapitel 1: Karakteristik af deltagerne

Et af målene med evalueringen af PAS har været at skaffe viden om de borgere, som kan profitere af et behandlingstilbud som PAS, og på hvilken måde denne gruppe adskiller sig fra andre i misbrugsbehandlingen.

”Vi har identificeret en målgruppe, som bare er langt bedre kørende end den, vi traditionelt har set. Det er jo alt fra sygeplejersker til sosu-assistenter til skolelærere til taxachauffører. De kommer ind og får hjælp til lige nøjagtig den problematik[misbrugsproblematikken], og så er de hurtigt videre. De har slet ikke behov for den samme hjælp som den traditionelle stofmisbruger. Og det tænker jeg, det er noget af det vigtigste. Vi har et anonymt tilbud, men vi har også fået et tilbud, der er skabt til en målgruppe, man ikke har set før. Det er de bedst fungerende, og dem har man bare ikke haft et tilbud til før. Det kræver en lavere grad af behandlingsintensitet og mere målrettet i en afgrænset periode.” (Medarbejder)

Dette kapitel bygger dels på data indsamlet gennem monitorering af samtlige deltagere, dels på interviews med udvalgte deltagere og medarbejdere. På baggrund af disse data er det muligt at give en karakteristik af deltagerne, og hvilke forskelle der er i henholdsvis København og Odense og mellem deltagere, der har gennemført behandlingen eller er udeblevet undervejs. I boksen nedenfor er der tegnet en profil af den typiske deltager i PAS – denne beskrivelse er baseret på de kvantitative data, der er indsamlet i forbindelse med evalueringen.

Profil af den typiske deltager i PAS

Den typiske deltager i anonym stofmisbrugsbehandling er en mand mellem 24 og 30 år. Han er dansk statsborger, har en videregående uddannelse og er i arbejde. Han har sin egen bolig, lever formentlig alene og har ikke børn. Han har kontakt med både familie og venner mindst en gang om måneden, og han har mulighed for at få hjælp fra begge parter. Han er ikke blevet dømt for kriminelle handlinger.

Den typiske deltager har hash som hovedstof. Han røg hash første gang, da han var mellem 14 og 17 år. Han har et dagligt hashforbrug, og han har oplevet forbruget som problematisk i op til fem år før, han kontaktede det anonyme behandlingstilbud. Han har ikke tidligere været i behandling for sit stofmisbrug. Hvis han har en partner, er partneren ikke misbrugende, men han har både misbrugende og ikke misbrugende venner. Hans samlede ASI-score ligger under 0,3, hvilket har været et krav til deltagerne i projekterne. Der er dog stor sandsynlighed for, at den samlede ASI-score ligger på 0,15 eller derunder. Det er især hans ASI-stof, der er høj. Hans ASI-score for økonomi, job og familie viser, at han kan have begyndende problemer inden for disse områder.

Tabel 1. Udvalgte karakteristika for deltagere indskrevet i PAS i 2011 - 2012

Antal borgere indskrevet i anonym behandling	430
Andel indskrevne i København/Odense (%)	71/29
Andel indskrevne mænd/kvinder (%)	72/28
Andel gennemførte forløb (%)	59
Andel udeblevne (%)	30
Gennemsnitsalder for alle deltagere	31 år
Andel med hash som hovedstof (%)	72
Andel med kokain som hovedstof (%)	18
Andel med amfetamin som hovedstof (%)	8
Gennemsnitlig latenstid fra førstegangsb brug til behandlingsstart	14 år
Gennemsnitlig ASI-score	0,22
Andel med samlet ASI-score på 0,3 og derunder (%)	86
Andel med samlet ASI-score på 0,15g derunder (%)	50
Andel uden uddannelse udover grundskole/ungdomsuddannelse (%)	28
Andel med kort videregående uddannelse (%)	21
Andel med mellemlang og lang videregående uddannelse (%)	47
Andel med lønindtægt (%)	61
Andel med S.U. (%)	20
Andel med arbejdsløshedsdagpenge (%)	7
Andel med sygedagpenge (%)	4
Andel med kontanthjælp (%)	3
Andel med selvstændig bolig (%)	87
Andel med ægtefælle eller partner (%)	42
Andel med biologiske børn (%)	34

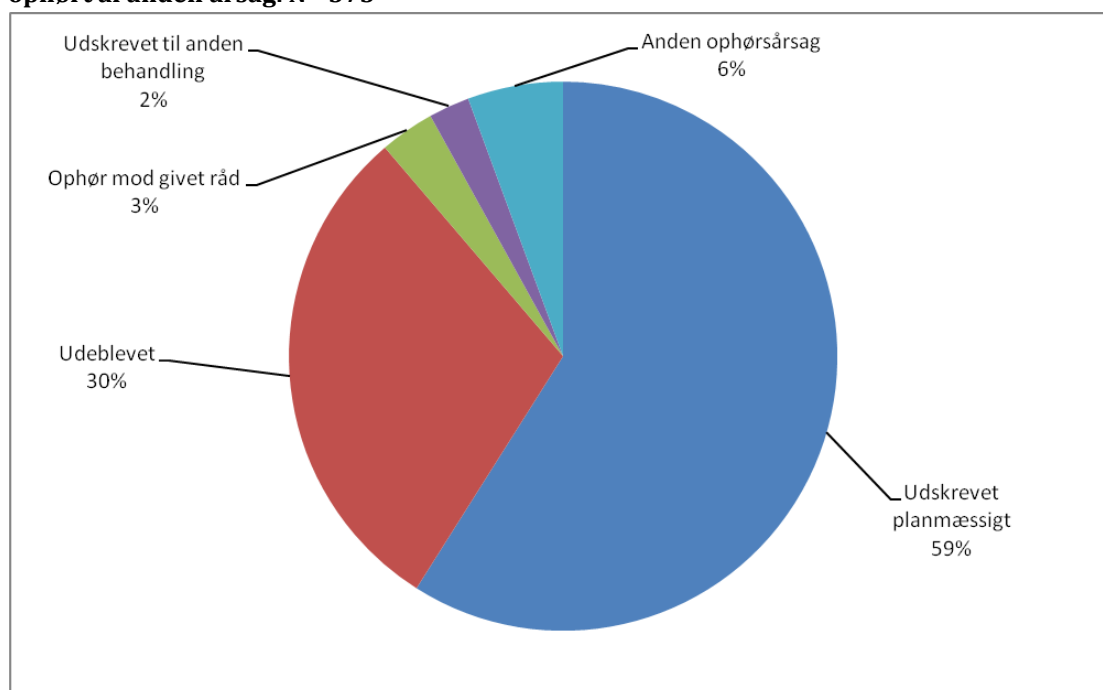
Både i København og Odense overstiger det faktiske antal deltagere projekternes estimerede mål. I Odense er der blevet indskrevet ca. 25 % flere end målet, og i København er det faktiske tal mere end dobbelt så stort som målet. I København har man derfor været nødt til at have en venteliste. Dette er kort beskrevet i kapitel 3, Rekruttering.

Som det ses af tabel 1, er mere end halvdelen af deltagerne blevet udskrevet planmæssigt. Det betyder, at andelen af gennemførte forløb er betydeligt større i PAS end i den ambulante behandling generelt, hvor 25 % af klienterne med hash som hovedstof og 27 % af kokainbrugerne udskrives som færdigbehandlede⁶. Figur 1 neden for viser, hvordan deltagerne fordeler sig i forhold til ophør i

⁶ Pedersen, Mads Uffe m.fl. (2012). *DanRIS 2011 – Stof. Dansk Registrerings- og Informationssystem, ambulant behandling*. Centre for Rusmiddelforskning. Si 13

behandlingen.

Figur 1. Fordeling af deltagere, der er udskrevet planmæssigt, udeblevet undervejs eller ophørt af anden årsag. N= 373



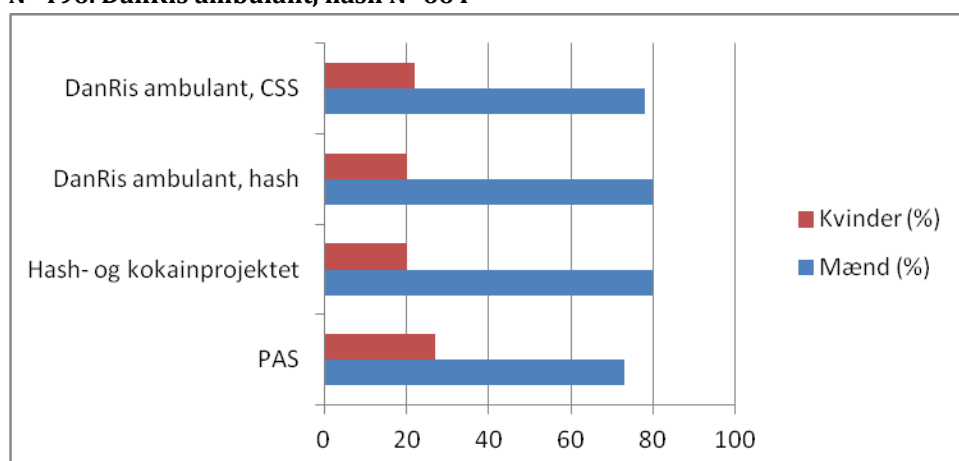
Alders- og kønsfordeling

Der er en markant overvægt af mænd i stofmisbrugsbehandlingen generelt⁷, og PAS er ingen undtagelse. Det er dog værd at bemærke, at PAS har rekrutteret lidt flere kvinder end både Hash- og kokainprojektet⁸ og den ambulante stofmisbrugsbehandling. Se figur 2 nedenfor.

⁷ Narkotikasituationen i Danmark 2011 (2011). Sundhedsstyrelsen. Si 37

⁸ Pedersen, Dorrit (2010). Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug.

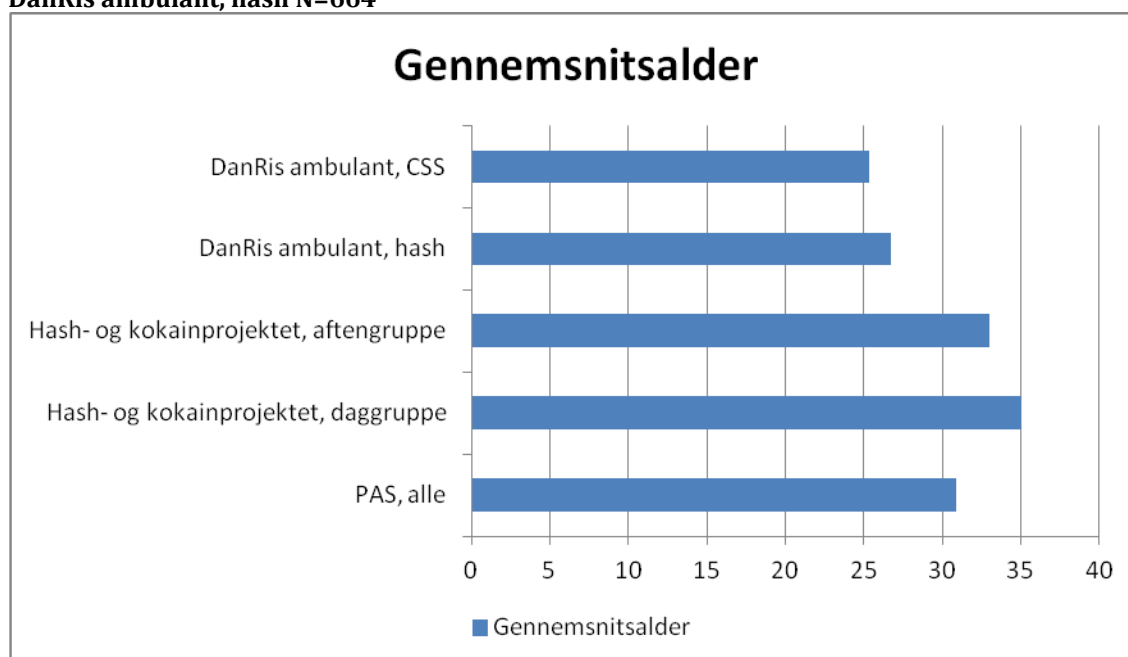
Figur 2. Kønsfordeling i PAS sammenlignet med Hash- og kokainprojektet⁹ og DanRis ambulant¹⁰. Procent. PAS N=416. Hash- og kokainprojektet N=189. DanRis ambulant, CSS N=496. DanRis ambulant, hash N=664



Note: CSS = centralstimulerende stoffer

Deltagerne i PAS er gennemsnitlig yngre end deltagerne i Hash- og kokainprojektet, men ældre end deltagerne i den ambulante behandling generelt, se figur 3 nedenfor.

Figur 3. Gennemsnitsalder i PAS sammenlignet med Hash- og kokainprojektet¹¹ og DanRis ambulant¹². PAS N=412. Hash- og kokainprojektet N=189. DanRis ambulant, CSS N=496. DanRis ambulant, hash N=664



⁹ Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune. Si 23

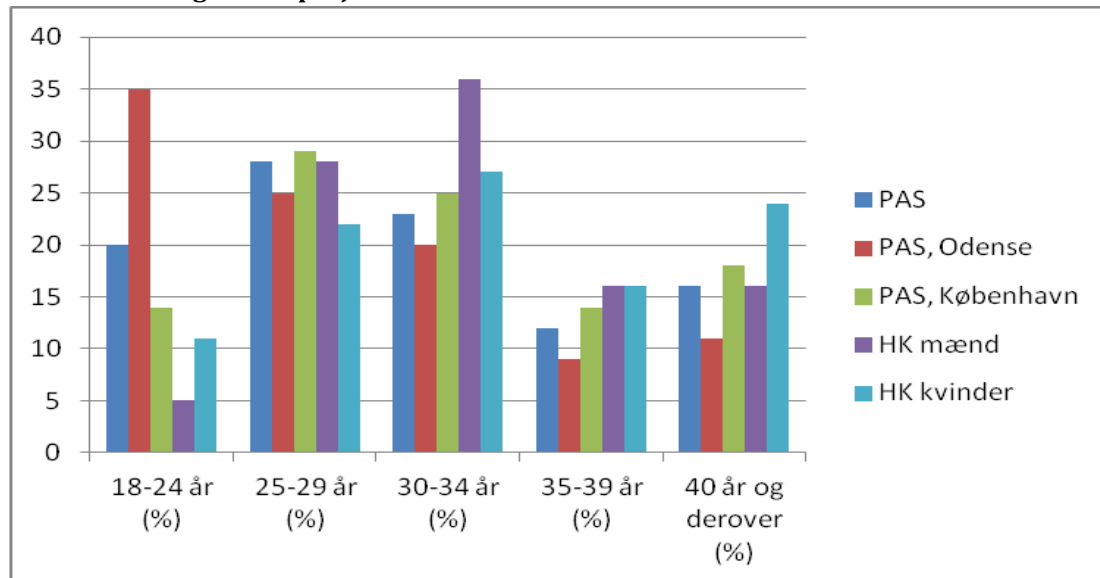
¹⁰ Pedersen, Mads Uffe m.fl. (2012). *DanRIS 2011 – Stof. Dansk Registrerings- og Informationssystem, ambulant behandling*. Centre for Rusmiddelforskning. Si 12

¹¹ Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune. Si 23

¹² Pedersen, Mads Uffe m.fl. (2012). *DanRIS 2011 – Stof. Dansk Registrerings- og Informationssystem, ambulant behandling*. Centre for Rusmiddelforskning. Si 12

PAS har tiltrukket flere helt unge mellem 18 og 24 år end Hash og kokainprojektet, se figur 4 nedenfor.

Figur 4. Aldersfordeling sammenlignet med Hash- og kokainprojektet¹³. Procent. PAS N=412. Hash- og kokainprojektet N=189.

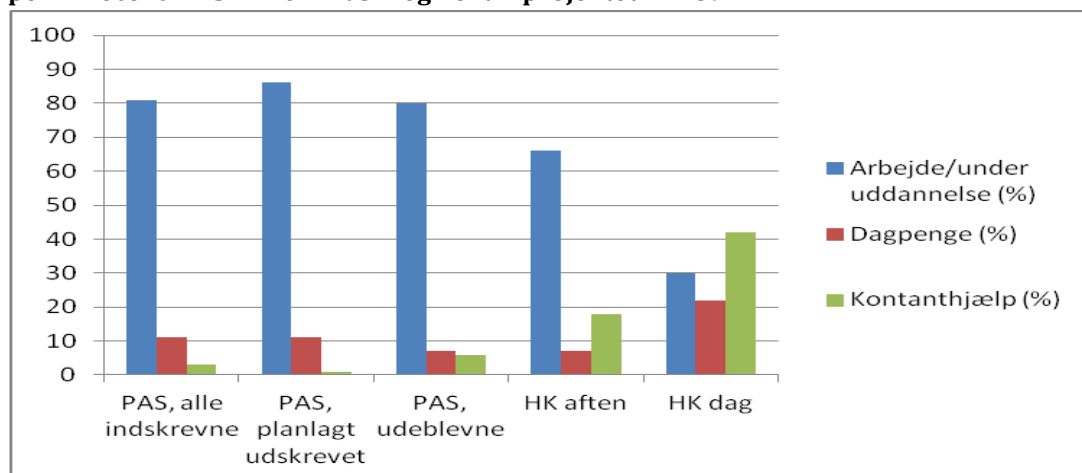


Odense har haft en større andel af de unge under 25 år og færre i aldersgruppen 35 år og opefter.

Uddannelse og arbejde

Et af inklusionskravene til behandling i PAS har været, at deltagerne skulle have en relativ tæt tilknytning til enten arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet, hvilket må siges at være opfyldt, se figur 5.

Figur 5. Fordeling på beskæftigelse. PAS og Hash- og kokainprojektets dag- og aften-gruppe¹⁴. Procent. PAS N=401. Hash- og kokainprojektet N=189.



¹³ Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune. Si 23

Der er en lidt større andel af PAS deltagere, der har et arbejde eller er under uddannelse, som gennemfører behandlingsforløbet planmæssigt, end dem der er på kontanthjælp. Dette stemmer overens med den klare tendens, der ses i undersøgelsen "Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark" om, at brugere, der får løn, SU eller revalidering, har større sandsynlighed for at blive stoffri end brugere, der modtager overførselsindkomster eller førtidspension¹⁵. I både dag- og aften gruppen i Hash- og kokainprojektet er der en betydelig større andel af deltagerne end i PAS, der modtager kontanthjælp, også selv om der i disse tilbud har været krav om tæt arbejdsmarkedstilknytning i aften gruppen.

Det er bemærkelsesværdigt, at PAS deltagerne hører til den mere veluddannede del af befolkningen. Hovedparten (68 %) har en videregående uddannelse. Til sammenligning har 30 % af den danske befolkning mellem 20 og 59 år en videregående uddannelse¹⁶. PAS deltagerne er også markant bedre uddannede end deltagerne i anden form for stofmisbrugsbehandling, hvor 25 % har en færdiggjort uddannelse ud over folkeskolen¹⁷.

Bolig og familie

PAS deltagerne adskiller sig fra hovedparten af borgere i stofmisbrugsbehandling i forhold til deres bolig- og familiesituation. 90 % af PAS deltagerne har egen bolig, og for 88 % af dem, der har en ægtefælle eller samlever, har ægtefælle/samlever ikke et misbrug. Ifølge deltagerinterviews er problemerne med at hemmeligholde misbruget for blandt andet familien en vigtig motivationsfaktor for at gå i behandling. PAS deltagerne har jævnligt kontakt med familie og venner, og de fleste har både misbrugende og ikke misbrugende venner. En tredjedel af deltagerne har børn under 18 år, og langt de fleste har også kontakt med børnene.

Hovedstof

Hash er langt det mest udbredte hovedstof blandt deltagerne i PAS og dernæst følger kokain og amfetamin. Der er kun meget få deltagere med andre hovedstoffer. Figur 6 nedenfor viser fordelingen på de tre mest udbredte hovedstoffer blandt alle deltagere i PAS generelt og deltagerne i hhv. København og Odense.

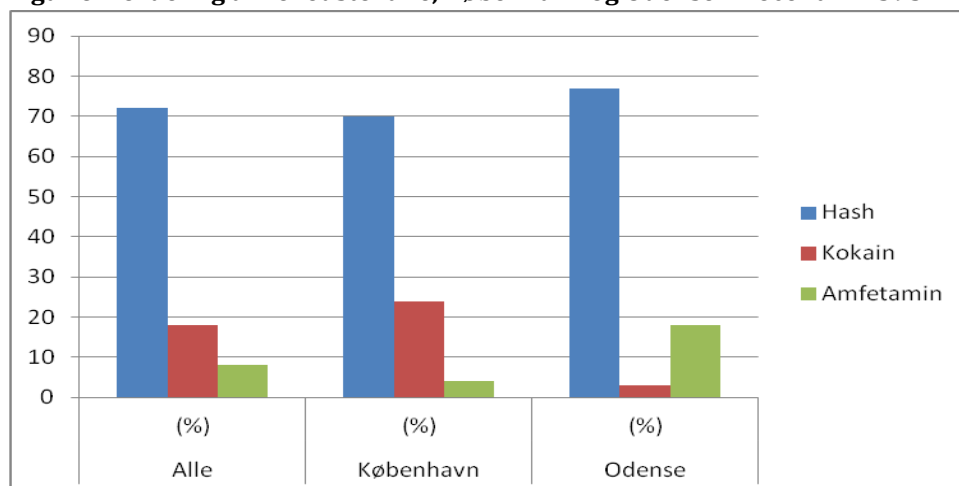
¹⁴ Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune. Si 23

¹⁵ Benjaminsen, Lars m.fl. (2009). *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. SFI. Si 233

¹⁶ Danmarks Statistik

¹⁷ *Narkotikasituationen i Danmark 2011* (2011). Sundhedsstyrelsen. Si 37

Figur 6. Fordeling af hovedstof alle, København og Odense. Procent. N=393



Fordelingen af deltagere med henholdsvis kokain og amfetamin som hovedstof er forskellig i København og Odense. Dette harmonerer med de regionale forskelle, der er på hvor mange, der bruger de forskellige stoffer. Ifølge SUSY 2010 er andelen af de 16-64 årige, der har brugt kokain det seneste år, størst i hovedstaden¹⁸. Denne sammenhæng kan dog ikke ses ved fordelingen af amfetaminbrugere, hvor andelen, der bruger amfetamin ifølge SUSY 2010 er mindre i region Syddanmark, hvor Odense ligger, end i region Hovedstaden.

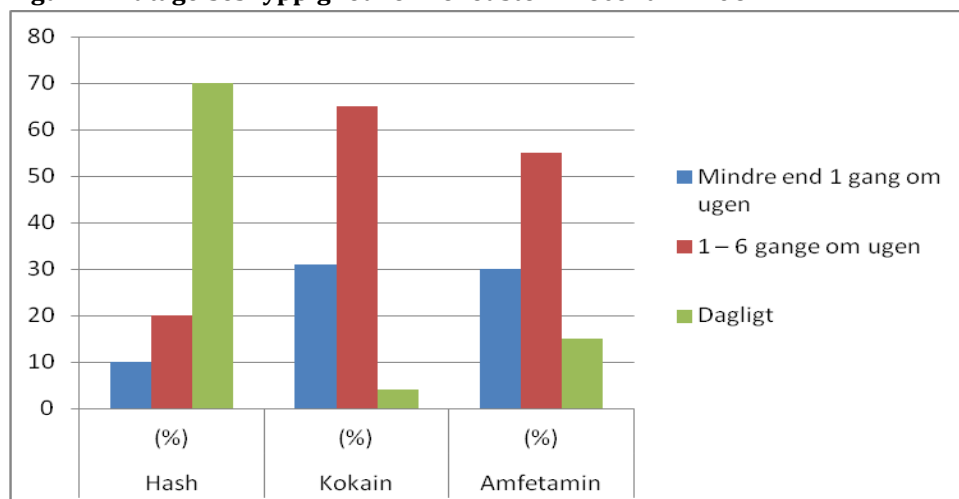
I Hash- og kokainprojektets aftengruppe ses samme fordeling mellem deltagere med hash og kokain/amfetamin som hovedstof. I daggruppen er andelen med hash som hovedstof derimod en del større. Dette harmonerer med resultatet fra SUSY 2010, hvor der er påvist en sammenhæng mellem brug af hash og det at være uden for arbejdsmarkedet¹⁹.

Der er en tydelig sammenhæng mellem hovedstof og hyppighed i indtagelse. Nedenstående figur 7 viser dette.

¹⁸ Christensen, Anne Illemann m.fl. (2010). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet.

¹⁹ ibid

Figur 7. Indtagelsehyppighed for hovedstof. Procent. N=406.

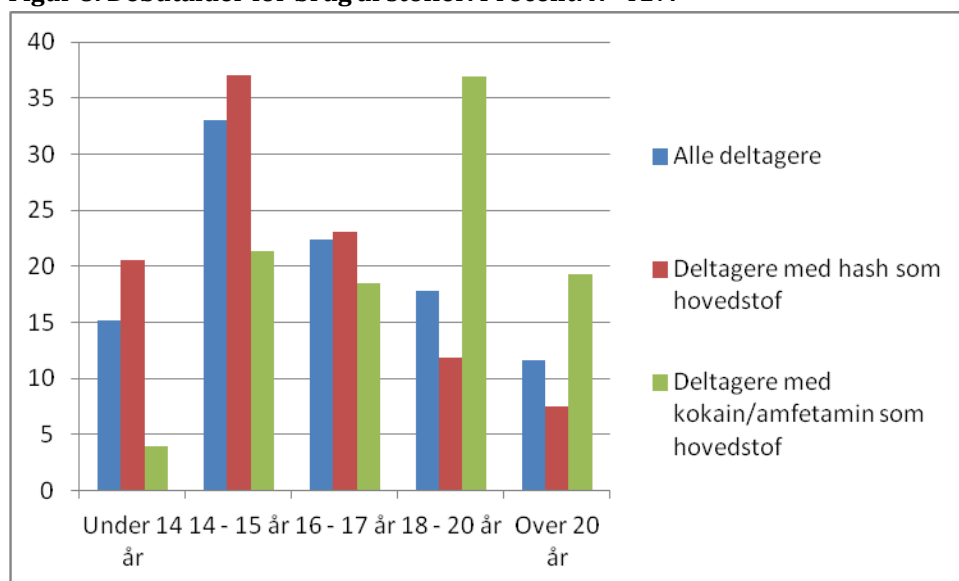


Forskellen mellem forbrug af hash og kokain/amfetamin skal ses i stoffernes egenskaber og den sociale sammenhæng, som stofferne indtages i. Hash er et sløvende rusmiddel, som forstærker den følelsesmæssige tilstand, man var i inden rusen, og et jævnt forbrug giver en konstant rusvirkning. Kokain og amfetamin er hurtigtvirkende stoffer, som giver en intens eufori efterfulgt af en tilstand af psykisk velvære.

Latenstid

Som det ses i nedenstående figur 8 har deltagerne med hash som hovedstof prøvet stoffer (ikke nødvendigvis deres hovedstof) første gang i en yngre alder end deltagerne med kokain og amfetamin som hovedstof.

Figur 8. Debutalder for brug af stoffer. Procent. N=417.

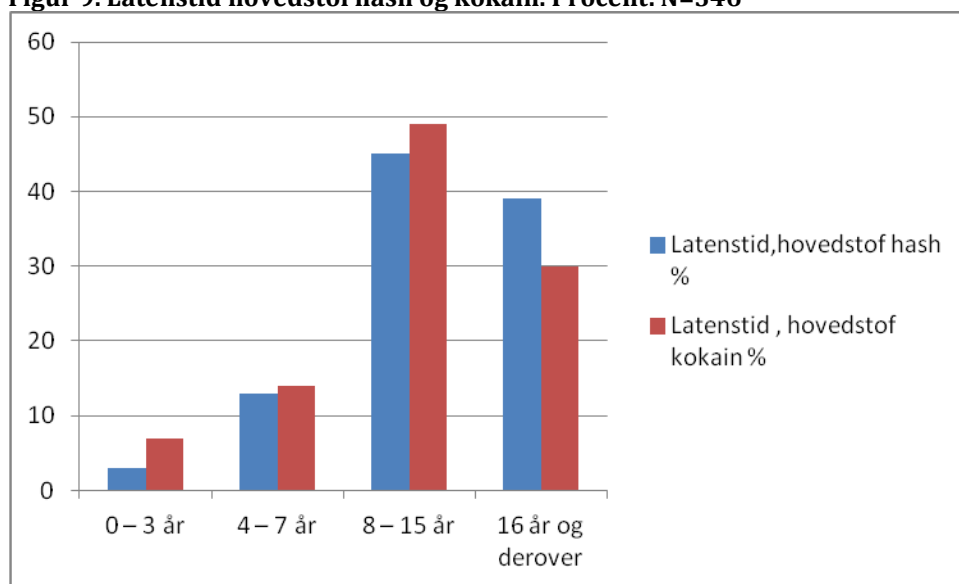


Debutalderen toppe i 14 - 15 års alderen for deltagere med hash som hovedstof. For deltagere med kokain og amfetamin som hovedstof toppe debutalderen for

førstegangsb brug af stoffer i 18 – 20 års alderen, det vil sige fire til fem år senere end deltagerne med hash som hovedstof. I "Den Nationale Sundhedsprofil Unge 2011" topper debutalderen for brug af stoffer for de 16 – 20 årige ca. et år senere end for PAS deltagerne²⁰. Der er altså ingen markant forskel i alder for stofdebut mellem PAS deltagerne og andre, der prøver stoffer.

Latenstiden, det vil sige tiden fra stofdebut til henvendelse til PAS, er over 7 år for langt hovedparten af deltagerne, og forskellen mellem dem, der har henholdsvis hash og kokain som hovedstof, er minimal. Se figur 9 nedenfor.

Figur 9. Latenstid hovedstof hash og kokain. Procent. N=346

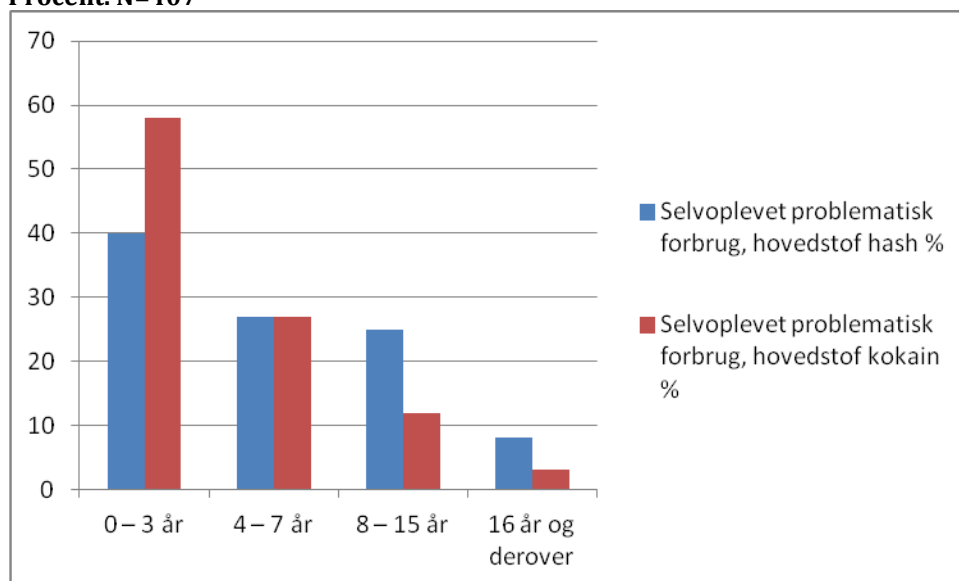


Der er kun minimal forskel på latenstiden for dem, der har gennemført behandlingen planmæssigt og dem, der er udeblevet undervejs.

Figur 10 nedenfor viser hvor mange år, deltagerne selv har oplevet at have problemer med deres forbrug af hash eller kokain. Mellem 40 og 60 % har kun oplevet at have problemer med stofbruget i op til tre år. Sammenlignet med latenstiden har de fleste deltagere kun oplevet problemer med stofforbruget i en forholdsvis kort tid af den tid, de har brugt stoffer. Dette bekræftes af deltagerinterviewene, hvor flere nævner, at de først inden for den seneste tid har oplevet problemer relateret til stofforbruget.

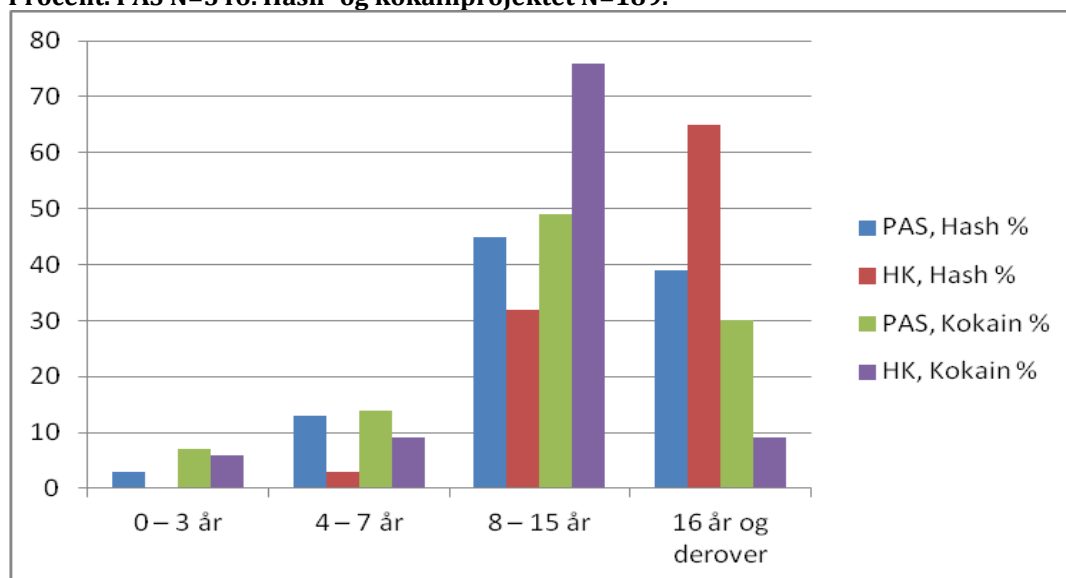
²⁰ National Sundhedsprofil Unge 2011 (2011). Sundhedsstyrelsen

Figur 10. Antal år med selvoplevet problematisk forbrug for hovedstof hash og kokain. Procent. N=407



Latenstiden for deltagerne i PAS kan sammenlignes med latenstiden for deltagerne i Hash- og kokainprojektet. Se figur 11 nedenfor.

Figur 11. Latenstid for PAS deltagere sammenlignet med Hash- og kokainprojektet (HK)²¹. Procent. PAS N=346. Hash- og kokainprojektet N=189.

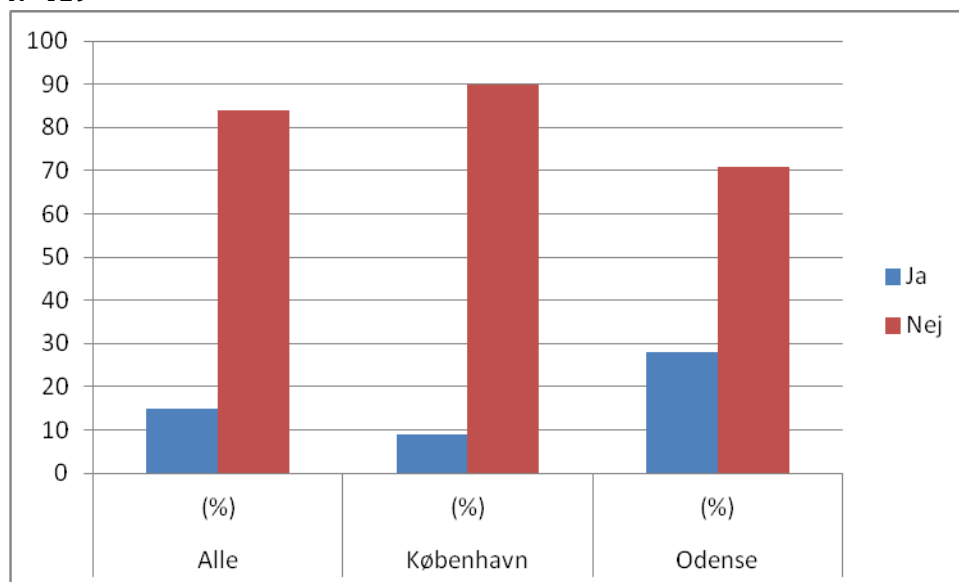


Latenstiden for deltagerne med hash som hovedstof er længere i hash- og kokainprojektet end i PAS. For deltagere med kokain som hovedstof ses ikke helt den samme tendens. Her er der flere med latenstid 8-15 år i Hash- og kokainprojektet end i PAS, og flere deltagere med latenstid over 15 år i PAS end i hash- og kokainprojektet.

²¹ Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune. Si 25

Hovedparten af deltagerne i PAS har ikke været i behandling før, hvilket ses i nedenstående figur 12.

Figur 12. Andel af deltagere, der tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. Procent. N=419



Som det ses, er der en markant forskel mellem København og Odense på andelen, der tidligere har været i behandling. Dette på trods af, at der siden 2007 har været et tilbud om gruppebehandling for hash- og kokainmisbrugere i København, som PAS er bygget op over.

I Hash- og kokainprojektet er det også kun en mindre del af deltagerne, der tidligere har været i misbrugsbehandling. Både hash- og kokainprojektet og PAS afviger til gengæld markant fra klienterne i anden form for stofmisbrugsbehandling, hvor det i 2010 kun var godt en tredjedel af klienterne, der var nye i behandlingssystemet²². Denne gruppe omfatter dog også klienter med heroinmisbrug, og disse er typisk betydeligt mere belastede end deltagerne i både PAS og Hash- og kokainprojektet.

Belastningsprofil

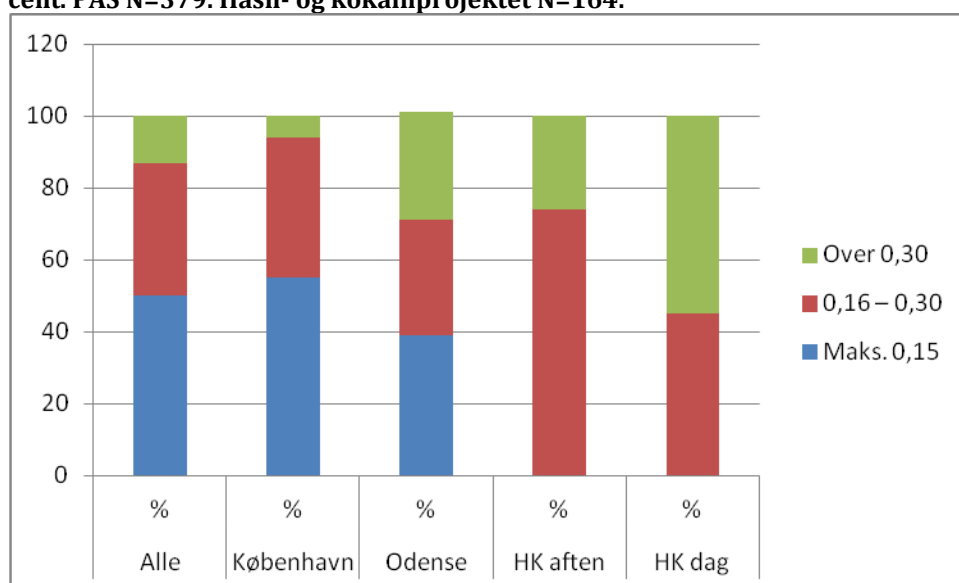
Et inklusionskriterium til PAS behandlingen har været, at den samlede ASI-score for en deltager højst må være 0,3 ved indskrivningstidspunktet. Målgruppen for PAS er således betydelig mere ressourcestærk end deltagerne i andre former for stofmisbrugsbehandling bortset fra Hash- og kokainprojektet, der har samme inklusionskriterium til aften gruppen.

PAS deltagernes belastningsprofil vurderes på baggrund af deres ASI-score ved indskrivningstidspunktet. ASI-score er baseret på deltagernes egne vurdering af

²² Narkotikasituationen i Danmark 2011 (2011). Sundhedsstyrelsen

problemer og behov for støtte i forhold til stof- og alkoholforbrug, sociale relationer, fysiske og psykiske problemer, arbejde og økonomi. ASI-interviewet er gennemført efter den første visitationssamtale, men inden deltagerne starter i behandlingen. I figur 13 nedenfor ses en sammenligning af ASI-score for deltagerne i PAS og Hash- og kokainprojektet.

Figur 13. Deltagernes ASI-score mål ved indskrivningstidspunkt for alle deltagere og deltagere i København og Odense samt Hash- og kokainprojektets dag- og aftengruppe²³. Procent. PAS N=379. Hash- og kokainprojektet N=164.



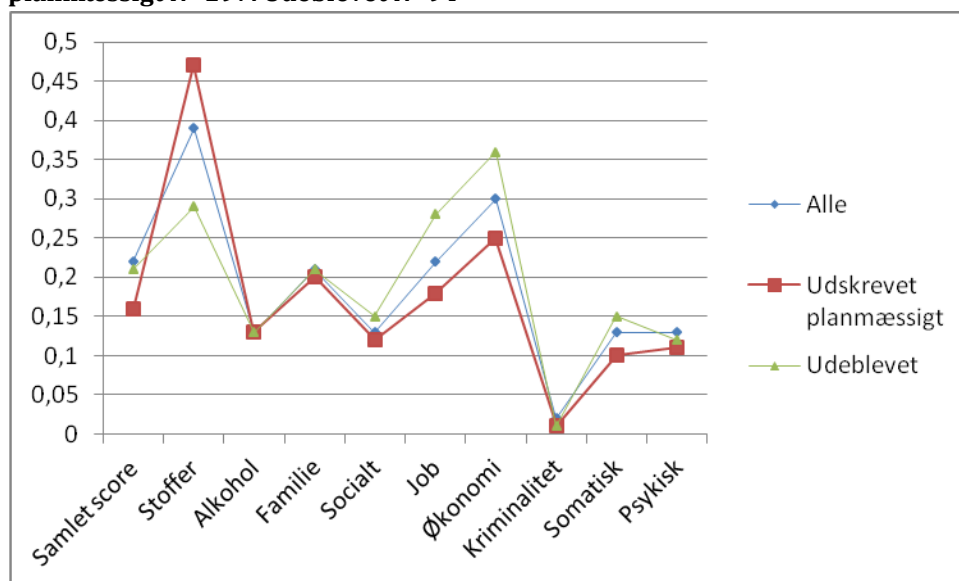
Målt med ASI-score er deltagerne i Odense betydeligt mere belastede end deltagerne i København. Det kan hænge sammen med, at de mere belastede borgere i København, hvor Hash- og kokainprojektet er beliggende, er blevet henvist dertil i stedet for til PAS. I København bliver en lidt større andel end i Odense henvist til andet tilbud, men der er ikke oplysninger om hvilke specifikke tilbud, der henvises til.

Belastningen for alle PAS deltagere er mindre end for Hash- og kokainprojektets deltagere. Der er især forskel på belastningen mellem PAS og daggruppen i Hash og Kokainprojektet, hvis deltagere hovedsagelig er modtagere af kontanthjælp og derfor har en høj økonomisk belastning.

Lidt mindre end en tredjedel af deltagerne er udeblevet undervejs i behandlingen. Figur 14 nedenfor viser, at der er betydelig forskel mellem de udeblevne og dem, der har gennemført behandlingen på nogle af de områder, der indgår i ASI profilen.

²³ Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune. Si 27

Figur 14. Belastningsgrad for PAS deltagerne samlet og fordelt på deltagere, der er udskrevet planmæssigt og deltagere, der er udeblevet undervejs. Alle N=379. Udskrevet planmæssigt N=197. Udeblevet N=94



Som det ses, er den samlede ASI-score lidt større for deltagere, der er udeblevet undervejs i behandlingen. Det er især den økonomiske og jobmæssige belastning, der er højere for de udeblevne, men også den sociale ASI-score er lidt højere for denne gruppe. Dette harmonerer med, at hovedparten af de deltagere, der modtager kontanthjælp, findes blandt dem, der er udeblevet fra behandlingen. De udeblevne deltageres stofbelastning er betydeligt lavere end den er for dem, der gennemfører behandlingen.

En sammenligning af ASI profilen for PAS deltagerne med ASI profilen for deltagerne i Hash- og kokainprojektet²⁴ og klienter med hovedstof hash eller centralstimulerende stoffer i den ambulante behandling²⁵, viser flere forskelle. PAS deltagerne har en betydelig lavere ASI-score for den økonomiske, somatiske og psykiske belastning. Selv om de interviewede PAS deltagere fortæller om, at de oplever begyndende belastninger, kan dette endnu ikke aflæses i deres ASI-score.

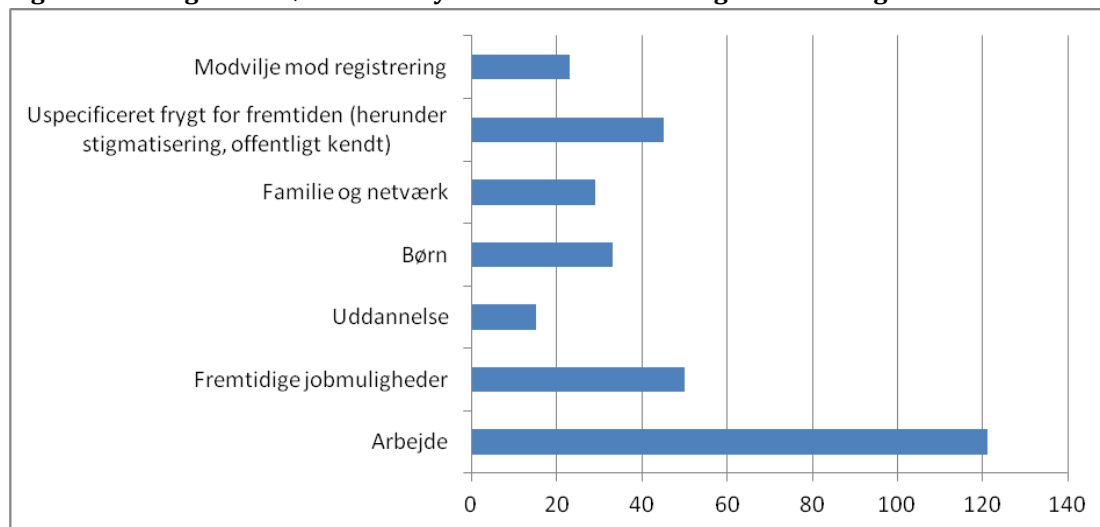
Årsager til at ønske anonymitet

Anonymitet bliver af 97 % af deltagerne angivet som afgørende ved indskrivning. Ved afslutning af behandling er dette faldet til 85 %. Figur 15 viser de hyppigst nævnte årsager til ønsket om anonymitet. På baggrund af deltagernes kvalitative svar er årsagerne til ønske om anonymitet opdelt i de kategorier, figuren omfatter. Flere af kategorierne lapper over hinanden, fx uddannelse og fremtidig jobmulighed.

²⁴ Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune. Si 26.

²⁵ Pedersen, Mads Uffe m.fl. (2012). *DanRIS 2011 – Stof. Dansk Registrerings- og Informationssystem, ambulante behandling*. Centre for Rusmiddelforskning. Si 13

Figur 15. Årsager til at ønske anonymitet ved indskrivning. Antal deltagere N=377



Note. Figuren bygger på en gruppering af deltagernes kvalitative besvarelser fra spørgeskemaerne.

I de følgende afsnit er nogle af årsagerne foldet ud gennem interviewmaterialet.

Arbejde og uddannelse

"Ville på ingen måde løbe en risiko for at ødelægge min fremtid, så ville jeg nærmest hellere fortsætte mit misbrug". (Deltager)

Ved indskrivning i behandlingen har deltagerne oplyst en række gennemgående årsager til at ønske anonymitet. Som vist i figur 15 er langt den hyppigste årsag de konsekvenser, deltagerne frygter, en registrering vil kunne have i forhold til deres arbejdsmæssige situation.

"Det var et problem, hvis min chef nu fandt ud af, at jeg gik her, så ville det være et problem, han ville fyre mig lige med det samme". (Deltager)

I deltagerinterviewene kommer det til udtryk, at et par af informanterne har den opfattelse, at deres arbejdsplads kan få oplysning om, at de er i misbrugsbehandling, hvis dette ikke sker anonymt. De er bange for, at denne viden kan føre til en fyring. En informant er inde på, at hun har overvejet at gå til sin arbejdsgiver og fortælle om sit misbrug, men har fravalgt dette på grund af de konsekvenser, hun frygter, det kan have.

"Jeg tror også at min arbejdsplads ville have hjulpet, hvis det var, men jeg kan bare ikke lide tanken om, at det også kan misbruges". (Deltager)

Som illustreret i figur 15 er det ikke kun konsekvenser for deltagernes nuværende arbejdssituation, der spiller ind på deres behov for anonymitet. Der er ligeledes en udbredt forsigtighed i forhold til, om det kan begrænse deres fremtidige

jobmuligheder – dette gælder både for deltagere, der er under uddannelse, og deltagere, der allerede er på arbejdsmarkedet.

”Man er stadig ung og der kan ske meget i ens karriere. Man kan blive klandret for det....Jeg har den frygt, at det kan falde tilbage på en 10 år ude i fremtiden”. (Deltager)

Fremtiden

Der er 19 personer der ved registreringen oplyser, at de frygter, hvilke konsekvenser en registrering vil kunne have i fremtiden, uden af dette er nærmere defineret. Interviewene viser, at ønsket om anonymitet for nogle er forbundet med et ”forsigtighedsprincip” ud fra tanken om at ”man jo aldrig ved hvad der sker i ens liv”, og at det derfor er bedre ikke at være registreret i et system som stofmisbruger i behandling. Flere deltagerinformanter tilkendegiver, at de selv ønsker fuld kontrol over hvem, der skal kende til deres misbrug, samt hvornår og i hvilke sammenhænge, denne viden skal anvendes.

”Konsekvenser [ved registrering] i forhold til alt muligt. Det kunne også være kommunen, man ved jo aldrig hvad der sker i ens liv. Det kunne sagtens få nogle konsekvenser i ens liv – jeg ved ikke om det er sådan – men det er noget, jeg forestiller mig, at det altid kunne blive hevet frem og brugt i mod mig. Det er sådan nogle ting, jeg har tænkt over. Så for mig var det rigtig befriende og ringe op og sige, hvad jeg hedder, og så var det det, og kunne få hjælp alligevel.” (Deltager)

Medarbejderne giver ligeledes udtryk for, at fremtiden og frygten for det uvisse betyder meget for deltagerens ønske om anonymitet. Medarbejderne ser det som et udtryk for, at der er en generel samfundsmæssig tendens til, at folk ønsker at holde alle muligheder åbne og ikke vil begrænses af noget – heller ikke i fremtiden.

Børn og familie

Som det ses i figur 15, er der en relativ stor andel af deltagerne, der frygter hvilke konsekvenser, en registrering af deres misbrug kan få i forhold til deres børn, fx i forbindelse med samvær i forbindelse med skilsmissesager (nuværende eller eventuelt i fremtiden). I interviewene kommer det til udtryk, at dette for informanterne er knyttet til en mere generel frygt for, at en registrering kan betyde en kommunal indblanding i forhold til børn.

”Specielt det der med når man har delebørn og sådan noget indover kommunen, og så er der en sur ekskone og et eller andet..du kan sgu altid få det smidt i hovedet” (Deltager)

Der er 29 personer, der har angivet, at de ønsker anonymitet, så deres familie og/eller øvrige netværk ikke kan få kendskab til deres misbrug (Jf. figur 15).

"For mig der var det familiemæssigt anonymitet, fordi jeg har voksne døtre og tidligere har været gået helt ned med flaget med alkohol og hash, hvor det virkelig gik hårdt ud over mine piger. De tror ikke, jeg har noget misbrug mere, så derfor skal de heller ikke vide det". (Deltager)

Informanterne giver udtryk for en følelse af, at de har "noget at miste" ved at søge behandling for deres misbrugsproblematik, hvis de skal oplyse deres cpr-nummer. Registrering i et misbrugsbehandlingstilbud bliver koblet sammen med muligheden for, at andre kan få oplysning om misbruget, og det frygter de konsekvenserne af. En informant opfatter det som en personlig frihed ikke at blive registreret. Hvis behandlingen ikke opleves som attraktiv, kan man stoppe, uden at det får konsekvenser. Hvis familien eller arbejdet ved, at man er i behandling, kan de have en forventning om, at man gennemfører den, en forventning man så skal leve op til.

"Jeg synes også ligesom det der med, at man fortæller nogen, at nu gør jeg det her, hvis det så ikke går og man bliver ved med at falde tilbage i det gamle trummerum, så bliver det sådan lidt pinligt, og det synes jeg egentlig også, det gør, hvis man er registreret, så vil der stå i ens papirer, så holdte hun ikke det, så startede hun forfra eller også udeblev hun...her har man kun sig selv, man svigter, det bliver ikke registreret nogen steder " (Deltager)

En anden baggrund for ønsket om anonymitet er frygten for at blive stemplet eller stigmatiseret på baggrund af et tidligere misbrug, og dermed blive fastholdt i en situation, som man har lagt bag sig.

"Også noget med at man klipper et bånd til fortiden. Og så om 10 år, når man er kommet ud af det, så var det ikke rart, hvis man skulle blive mindet om det igen. " (Deltager)

Differentieret hvor stor vægt anonymitet tillægges

Anonymitet er som nævnt afgørende for langt hovedparten de personer, der har modtaget behandling i PAS, og ifølge registreringerne er der en meget lille udvikling i betydningen af anonymitet i løbet af behandlingsperioden. Der er således kun et fald på 12 % i de personer, der angiver anonymitet som afgørende ved henholdsvis indskrivning og afslutning. Interview med deltagere og medarbejdere indikerer dog, at anonymiteten for en lidt større del end de 12 % af deltagerne ikke har den samme afgørende betydning ved afslutning som ved indskrivning.

En informant fortæller, at for ham hænger dette sammen med, at den skam, han har haft på grund af misbruget, er forsvundet, og han har derfor meldt det åbent ud til sin omgangskreds. Dette bakkes op af flere af de andre informanter i interviewet.

"Det er først, når man kan sige det til sig selv. Det er sådan her, du er, det er sådan her, dit liv er, det er sådan her, du har levet dit liv, så det skal du ikke være flov over, så må du give en skid for, hvad andre folk siger. Når jeg har affundet mig med den tanke, så er anonymiteten ikke længere vigtig" (Deltager)

I interviewene fortæller en mindre del af informanterne (omkring en femtedel), at anonymitet ikke har været den afgørende faktor for at opsøge PAS. De sætter generelt pris på anonymiteten, men det er ikke det, der har fået dem i behandling. Det afgørende har været, at behandlingen er adskilt for øvrig misbrugsbehandling, og at den er målrettet en ressourcestærk målgruppe. De har ved indskrivning oplyst anonymitet som afgørende, da de var klar over, at det var et kriterium for at blive visiteret til behandling. Selv om dette ikke nødvendigvis er repræsentativt for den samlede deltagergruppe, giver det en indikation om, at betydningen af anonymitet ikke er så entydig afgørende for alle, som registreringen indikerer.

"Det var rart nok, at det var anonymt. Jeg har også børn, og man ved jo aldrig, hvor tingene bliver skrevet op henne. Men det var egentlig ikke det, der var det motiverende, det var mere, at jeg følte, jeg passede bedre ind her end nede på det almindelige misbrugscenter sammen med alle narkomanerne" (Deltager)

De deltagere, der i interviewene giver udtryk for at, anonymitet har været afgørende, lægger også vægt på, at behandlingen er målrettet mere ressourcestærke mennesker, men de ville ikke have valgt at gå i behandling, hvis det ikke var muligt at være anonym.

En mindre del af PAS deltagerne har været i misbrugsbehandling før. De ville muligvis have søgt behandling igen, selv om det ikke havde været anonymt. Men nu hvor muligheden er der, foretrækker de anonymitet.

"Det er også nogen, som har været registreret tidligere, som har været i ordinær behandling, som siger, at når vi har muligheden for at komme i behandling uden at blive registreret, så vil jeg selvfølgelig det" (Medarbejder)

Opsamling/delkonklusion

- Den typiske PAS deltager er en ressourcestærk mand, der har et arbejde eller er under uddannelse, og hvor et dagligt forbrug af hash er begyndt at give problemer. Han lever et dobbeltliv, hvor familie og arbejde ikke er klar over misbruget. Han har ikke tidligere været i behandling. Hans samlede ASI-score er under 0,3, muligvis endda under 0,15. Ud over stofproblemer har han begyndende problemer med familie, arbejde og økonomi.
- Mere end halvdelen af deltagerne i PAS gennemfører behandlingen som planlagt, modsat den ambulante behandling generelt, hvor gennemførelsesprocenten for klienter med hash- eller kokainmisbrug ligger mellem 25 % og 27 %.
- Gennemsnitsalderen for deltagere i behandling er 31 år, hvilket er lidt højere end i den generelle, ambulante behandling. Dette kan hænge sammen med, at PAS deltagerne er betydeligt mindre belastede, og at de derfor har kunnet klare at have et misbrug i længere tid uden at opleve behov for støtte. En anden forklaring kan være, at der først nu er mulighed for at få behandling anonymt.
- En femtedel af deltagerne i PAS er mellem 18 og 24 år. Muligheden for anonymitet kan have spillet en rolle for, at flere blandt de yngste er gået i behandling i PAS. Det kan også hænge sammen med den formidlingsform, der er benyttet til at gøre opmærksom på behandlingstilbuddet (se Kapitel 2).
- De deltagere, der ikke gennemfører behandlingen, har en højere samlet ASI-score end dem, der udskrives planmæssigt. De udeblevne har en mindre stofbelastning, men er højere belastede på job og økonomi. Andelen af kontanthjælpsmodtagere er forholdsvis større blandt de deltagere, der dropper ud undervejs.
- Latenstiden er for hovedparten af deltagerne på 8 år og derover. Latenstiden er lidt kortere end for deltagerne i Hash- og kokainprojektet. Det kan ikke med sikkerhed fastslås, hvorfor dette er tilfældet, men en antagelse er, at det kan skyldes muligheden for at få behandling anonymt i PAS. Antal år med selvoplevet forbrug ligger for en stor del af PAS deltagere på under fire år.

- Hovedparten af deltagerne i PAS har ikke været i behandling før. Dette kan muligvis hænge sammen med, at deltagerne har oplevet stofbruget problematisk i relativt kort tid, og i øvrigt først har tænkt behandling som en mulighed, da de hørte om PAS.
- Konsekvenser i forhold til deltagernes nuværende og/eller fremtidige arbejdssituation er den hyppigst angivne årsag til at ønske anonymitet i PAS. Deltagerne er nervøse for, om arbejdsgivere kan skaffe sig oplysninger om, at de har været i misbrugsbehandling. Baggrunden for dette kan være manglende kendskab til gældende regler om fortrolighed ved deltagelse i misbrugsbehandling. Det kan også hænge sammen med en manglende tro på, at fortroligheden overholdes.

I PAS er der betydeligt færre deltagere, der modtager kontanthjælp end i Hash- og kokainprojektet, der lige som PAS har haft et visitationskrav om tæt arbejdsmarkedstilknytning. En af forklaringerne på denne forskel kan være, at anonymitet er en væsentlig faktor for at tiltrække borgere, der er i arbejde eller under uddannelse.

- De udeblevne deltageres stofbelastning er betydeligt lavere end den er for dem, der gennemfører behandlingen.
- Muligheden for at få behandling anonymt har været afgørende for langt de fleste deltagere. Undervejs i behandlingen er der en mindre gruppe, for hvem anonymiteten ikke længere er så vigtig.
- Ud over arbejdet er uddannelse og fremtidige jobmuligheder de væsentligste årsager til, at deltagerne ønsker anonym misbrugsbehandling. Andre vigtige årsager er frygten for, at misbruget kan have konsekvenser for ens børn, og at familien skal få kendskab til misbruget. Desuden er der en del der har modvilje mod registrering.

Kapitel 2: Rekruttering

Dette kapitel beskriver, hvilke rekrutteringsaktiviteter der har været iværksat, hvem der har henvendt sig, hvordan de har oplevet rekrutteringen, og hvilken betydning muligheden for anonymitet har haft for deres henvendelse.

Da PAS blev igangsat, var der ingen fyldestgørende viden om, hvorvidt der fandtes en gruppe af ressourcestærke borgere med misbrug, der ikke opsøger misbrugsbehandlingen pga. de registreringskrav, der er. Erfaringerne fra Hash- og kokainprojektet har vist, at man gennem en målrettet informationskampagne har fået kontakt med en gruppe relativt velfungerende borgere med familie og arbejde, hvor misbruget har udviklet sig, så de potentielt er i risiko for at miste arbejde mv. På baggrund af disse erfaringer blev det besluttet, at PAS projekterne skulle sætte særlig fokus på, at formidlingen af tilbuddet både nåede ud i mainstreamkulturen, og til professionelle (fx praktiserende læger), der kunne tænkes at have kontakt med målgruppen. Projekterne har samarbejdet om en fælles formidlingsstrategi, som er blevet tilpasset de lokale forhold. Data fra registrering af henvendelser og interview med deltagerne viser, at formidlingsstrategien har været en succes i forhold til at nå en målgruppe, som har et misbrug af hash eller centralstimulerende stoffer, men som ikke ser den eksisterende misbrugsbehandling som et tilbud for dem.

Formidlingsstrategi

Projekterne vurderede, at det var vigtigt, at henvendelsesformen i formidlingen var i et sprog, som appellerede til mange forskellige mennesker, at sproget var forståeligt af alle, uden at nogen oplevede, at der blev talt ned til dem. Det fælles slogan blev "Har festen været for længe?". Det skulle signalere, at stofmisbrug er udbredt i alle samfundslag, og at det er muligt at gøre noget ved det. To andre vigtige budskaber i formidlingen har været muligheden for at få behandling anonymt, og at målet med behandlingen ikke nødvendigvis skal være stoffrihed, men at et reduceret forbrug også kan være et mål.

Projekterne har benyttet sig af forskellige kommunikationsstrategier afhængig af hvem, de ville have i tale. Der er oprettet en hjemmeside for hvert projekt, trykt plakater, pjecer og gocards, der er lavet reklamefilm, bus- og togreklamer og annoncer i aviser og blade. Der har desuden været artikler om behandlingstilbudene i flere lokale såvel som landsdækkende aviser, i fagblade og indslag i forskellige radio- og Tv-programmer. Desuden har projekterne skriftligt eller personligt kontaktet praktiserende læger, biblioteker, supermarkeder, sygehuse, apoteker, borgerservice, gymnasier, VUC, erhvervsskoler, forskellige mellemlange uddannelser, universiteter, studievejledning, kollegier, kriminalforsorgen,

retshjælpen mv. for at få dem til at hænge plakater op og lægge pjecer og gocards synligt for brugerne. Det er projekternes erfaring, at den personlige kontakt til forskellige fagpersoner i højere grad sikrer, at materiale er synligt og let tilgængeligt for den potentielle målgruppe. Via den personlige kontakt har projekterne dog også mødt modstand. Nogle uddannelsesinstitutioner, kollegier, fredagsbarer og lignende synes initiativet er godt, men ikke relevant for deres elever, beboere eller gæster. Disse steder synes også, at det ville sende et forkert signal til eleverne, beboerne eller gæsterne at have pjecer om behandling for stofmisbrug liggende.

Projekterne har haft kontinuerlig kontakt med de lokale misbrugsbehandlings-tilbud, både for at orientere om udviklingen i PAS og for at sikre, at disse tilbud henviser til PAS, hvis de får henvendelse fra en borger, der ønsker behandling, men som ikke vil opgive sit cpr-nummer.

Alle deltagerinformanterne giver i interviewene udtryk for, at formidlingsformen har appelleret til dem. Flere fortæller, at budskabet ”Har festen varet for længe?” har fået dem til at reflektere over, hvorvidt deres brug af rusmidler var ved at tage overhånd. Informanterne tillægger det samtidig stor værdi, at de gennem formidlingen har kunnet identificere sig med målgruppen for behandlingstilbudet.

”Det var nok det der med, at jeg hørte [via et radiospot], at det var ganske almindelige mennesker som mig selv, der passer arbejde og alt det der, som har misbrugsproblemer. Når der er en skuespiller med, så tænkte jeg, ja, så kan jeg fandme også gøre det”. (Deltager)

Hvordan har borgerne hørt om tilbuddet

Ved alle henvendelser er det registreret, hvordan borgerne har fået kendskab til tilbuddet. Som det ses i figur 16 nedenfor bliver hjemmesiden nævnt flest gange. Interview med deltagere indikerer, at vejen til hjemmesiden formentligt er sket via oplysning i mainstreamkulturen - busreklame, radiospot, plakater og pjecer placeret mange forskellige steder.

Figur 16. Hvordan har henvenderne fået kendskab til PAS. Antal.



Note. Deltagerne kunne angive flere svar.

”Andet” dækker over mange forskellige former for formidling, hvor Google og misbrugsbehandlingstilbud er nævnt hyppigst.

Medarbejderne nævner i interviewet, at rygtet om behandlingstilbuddet har spredt sig i løbet af den tid, PAS har eksisteret, og at mange personer, der henvender sig til PAS, fortæller, at de har hørt om PAS fra nogen, der kender nogen, der har været i behandling. Det er desuden medarbejdernes indtryk, at de fleste har fundet tilbuddet via internettet eller læst om det i folderne hos de praktiserende læger.

Procedure ved henvendelse

Størstedelen af henvendelserne har ført til, at der bliver aftalt tid til en afklaringsamtale inden for en uge, hvor det afgøres, om borgeren hører til målgruppen for PAS. En mindre del bliver allerede ved den første henvendelse henvist til et andet tilbud. Det drejer sig om borgere for hvem, anonymitet ikke er afgørende, borgere der har psykiske problemer og behov for lægefaglig vurdering, eller borgere der enten er i substitutionsbehandling eller har et heroinmisbrug, hvor der typisk indgår substitutionsbehandling i behandlingsforløbet. Kun en enkelt borger har selv afvist tilbuddet om anonym behandling efter den første henvendelse.

Deltagerinformanterne har oplevet det som positivt, at de har fået den første samtale hurtigt efter de kontaktede PAS. I interviewene bliver det diskuteret, hvorledes den motivation, deltagerne føler i det øjeblik, de ringer til PAS, er skrøbelig, og hurtigt kan forsvinde igen, hvis de oplever lang ventetid.

København har fået flere henvendelser, end det var muligt at skaffe plads til i behandlingen, og man har derfor set sig nødsaget til at oprette en venteliste. For at fastholde motivationen hos dem, der var på venteliste, blev de tilbudt individuelle ugentlige samtaler i venteperioden, hvilket flere har benyttet sig af. Borgere på venteliste fik desuden tilbud om at deltage i behandlingstilbuddets tilbud om fx yoga og meditation i venteperioden. Projektledelsen skønner, at der årligt er sket et frafald på 20 – 25 borgere på grund af ventetid. De borgere, der har taget imod tilbuddet om individuelle samtaler, er typisk ikke faldet fra. På grund af ventelisten har projektet øget antallet i gruppebehandlingen fra 8 – 10 deltagere til 12 – 13 deltagere.

Motivation for at opsøge behandling

Et fællestræk, der går igen i interviewene, er en oplevelse af at leve et dobbeltliv. På den ene side har de et forbrug af rusmidler, de oplever (eller begynder at opleve) som problematisk, og på den anden side har de arbejde og familie, som ikke har kendskab til deres misbrug. Dette dobbeltliv er en af de afgørende motivationsfaktorer for at opsøge behandling for misbruget.

"Jeg har levet et fuldstændigt dobbeltliv. Den ene time så står jeg...altså jeg kommer på direktionsgangene ved nogle af landets største virksomheder, og jeg har prøvet at køre i en kæmpe koger af masser af coke osv. Tog ud og holdt et møde med de mennesker der, lige slappe lidt af og så tage et møde til, og så ud og tage flere stoffer på toilettet." (Deltager)

Alle deltagerinformanter fortæller, at de oplever, at deres misbrug i stigende grad får konsekvenser for dem, og derfor har de søgt behandling. Det kan fx være en fornemmelse af at præstere dårligere på arbejdet, at de i øget grad isolerer sig socialt og begyndende økonomiske vanskeligheder. Derudover beskriver ca. halvdelen, at de i stigende grad oplever fysiske og/eller psykiske konsekvenser af deres rusmiddelbrug. De oplever at være inde i en negativ spiral, som de har brug for hjælp til at bryde. En deltagerinformant midt i 30'erne fortæller, at hun oplever sig fanget i et ungdomsliv, hvor fester og rusmiddelbrug er i centrum frem for et voksenliv med familie og karriere. Hun oplever livet passere forbi, og at hun ikke har nået det samme som sine jævnaldrene ikke-misbrugende venner.

Anonymitetens betydning for rekruttering

"Det gør bare skridtet så meget mindre – fra at være misbruger til at gå i behandling, at det er anonymt" (Deltager).

Igennem interviewene er det tydeligt, at anonymiteten har haft en stor betydning for motivationen til at deltagerne har opsøgt PAS. Hovedparten af informanterne

understreger, at hvis det ikke var fremgået af reklamerne for tilbuddet, at det var anonymt, så havde de aldrig fundet interesse for det.

”Det var hvert fald det[anonymiteten] der gjorde, at jeg ringede. Jeg ville ikke registreres nogen steder med hensyn til at være weekend far og sådan nogle ting. De kan altid bruge et eller andet imod en. Det var egentlig det der gjorde, at jeg synes, det var et godt tilbud”. (Deltager)

Som tidligere nævnt angiver 97 % af deltagerne, at anonymitet er afgørende for at de overhovedet har kontaktet PAS. Et par af deltagerinformanterne giver udtryk for, at deres modstand mod at gå i ikke anonym behandling er større end den motivation, de har for at få hjælp til at håndtere deres misbrugsproblematik. Dette underbygges af, at der er deltagerinformanter, der tidligere har overvejet at gå i behandling, men har afholdt sig fra det, fordi det ville indbefatte, at de skulle registreres. Medarbejderne fortæller ligeledes, at de har fået en del henvendelser fra borgere, der ikke har ønsket at oplyse deres cpr-nummer, henvist fra kommunens modtagerenheder. Medarbejderne i PAS oplever, at muligheden for anonymitet medfører, at deltagerne henvender sig tidligere til behandling end de ellers ville have gjort. De vurderer, at hvis det ikke var muligt at være anonym ville deltagerne først have opsøgt behandling, når konsekvenserne af deres misbrug var blevet langt mere omfattende. Der er dog også den mulighed, at flere af deltagerne ville have stoppet deres misbrug uden behandling. Dette er nærmere behandlet i kapitel 4.

I deltagerinterviewene kobles registrering generelt med, at arbejdsgivere (nuværende og kommende), familie og øvrige vil kunne få adgang til viden om, at man har modtaget misbrugsbehandling. I evalueringen af Københavns kommunes Hash- og kokainprojekt påpeges det, at der er brug for en oplysningskampagne i ”mainstream kulturen”, der afmystificere behandlingen, og oplyser om den fortrolighed og frivillighed, der er forbundet med at indgå i behandling²⁶. Men selv en solid oplysningsindsats må dog antages ikke at kunne ”overbevise” alle i målgruppen om, at det er sikkert at lade sig registrere med cpr-nummer.

Igennem deltagerinterviewene kommer det meget tydeligt frem, at deltagerinformanterne ikke har en opfattelse af at høre til i et misbrugsbehandlingssystem.

²⁶ Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune. Si 37.

"Det [PAS] lød egentlig meget interessant. Fordi jeg jo netop ikke betragter mig selv som en misbruger, og i hvert fald ikke en der vil i behandling i et system, og det skal stå alle mulige steder. Det ville jeg slet ikke kunne overskue, og jeg ville heller aldrig have gjort det, hvis ikke det var anonymt." (deltager)

Af deltagerinterviewene fremgår det, at størstedelen af deltagerinformanterne ingen forventning har om, at der er tilbud, der matcher deres behov, og derfor tager de ikke initiativ til at undersøge det nærmere.

"Jeg henvendte mig dels fordi det var anonymt. Og dels fordi jeg ikke vidste, hvad jeg ellers skulle gøre. Havde ikke lyst til at gå til mit arbejde og sige det. Og mit indtryk er, at når man nu i Danmark har et arbejde, så er der ikke så meget hjælp at få." (Deltager)

Anonimitetens betydning for rekruttering spiller også ind ved første kontakt med PAS. Der er blandt informanterne bred enighed om at oplevelsen af, at anonimiteten efterleves, er afgørende for, at man kommer igen. Der er fx vigtigt, at behandlingsstedet fremstår anonymt, så det ikke er tydeligt, at det er et misbrugsbehandlingstilbud.

Opsamling/delkonklusion

- Projekterne har rekrutteret en ressourcestærk gruppe af borgere, der er i arbejde eller uddannelse, og som har et behandlingskrævende misbrug. De ser ikke sig selv som brugere af misbrugsbehandlingstilbud, og muligheden for at få behandling anonymt er afgørende for, at de henvender sig.
- Formidlingen af PAS har appelleret til målgruppen. Formidlingen har lagt vægt på tre budskaber: at misbrug forekommer i alle samfundslag, at behandlingen er anonym, og at målet er stoffrihed eller reduktion af forbrug. Formidlingen har været bredt ud med henblik på at nå målgruppen, fx via praktiserende læge, busreklamer og radiospot. Hjemmesiden har fungeret som indgangsportal for mange henvendelser.
- Hovedparten af dem, der har kontaktet PAS, har selv et misbrug af rusmidler. Langt de fleste af disse er blevet visiteret til behandling. Besværlighederne ved at leve et dobbeltliv, hvor misbruget holdes hemmeligt for familie og arbejde, er en vægtig årsag til at søge behandling
- København har fået flere henvendelser end der var plads til, og de har derfor haft en venteliste. Et tilbud om egentlige individuelle samtaler har

vist sig effektivt til at fastholde motivationen i venteperioden for dem, der har taget imod dette tilbud.

Kapitel 3: Behandlingstilbuddet - resultater, struktur og indhold

Kapitlet indeholder en analyse af deltagernes udbytte af behandling og de faktorer, der påvirker fastholdelse i misbrugsbehandling. Derudover beskrives de udfordringer, der kan være forbundet med at implementere anonymitet i den sociale stofmisbrugsbehandling.

Deltagernes udbytte af behandlingen

Resultaterne fra international forskning²⁷ viser, at social stofmisbrugsbehandling virker for de personer, der gennemfører behandlingen. I PAS har der været indskrevet 430 deltagere. 220 har gennemført behandlingen, hvilket svarer til 59 % af deltagerne. Det skal dog nævnes, at i 59 af besvarelsene er årsag til udskrivning uoplyst. I PAS er gennemførelsesprocenten lidt højere end i aftengruppen i Hash- og kokainprojektet (55 %) ²⁸. I den ambulante behandling er andelen af færdigbehandlede klienter betydeligt lavere både for klienter med hashmisbrug (25 %) og klienter med misbrug af centralstimulerende stoffer (27 %) ²⁹.

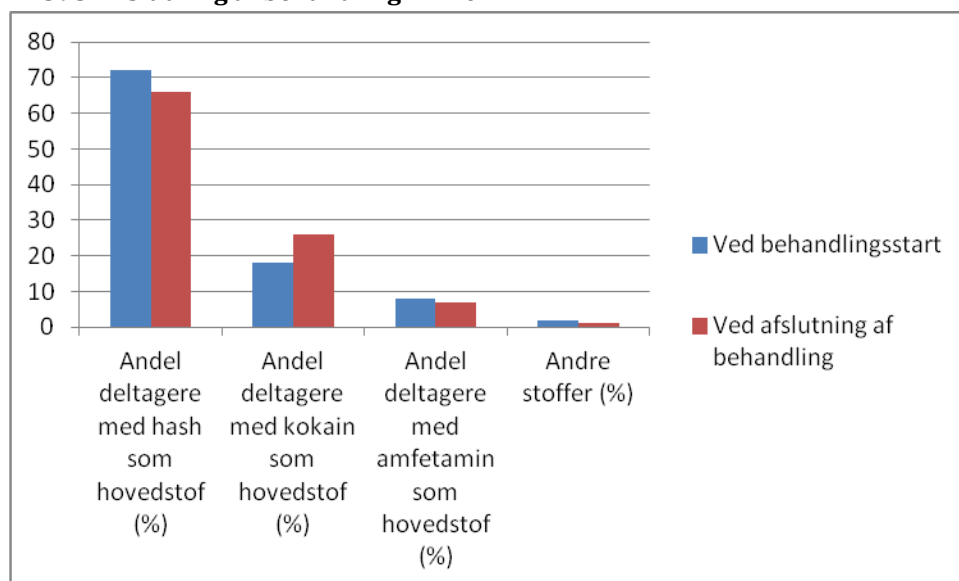
Målet med behandlingen i PAS er, at deltagere bliver stoffrie eller får nedsat deres stofforbrug. Ved afslutningen af primærbehandlingen oplyser 85 ud af 220 færdigbehandlede deltagere, at de ikke har taget stoffer de sidste 30 dage. Dette svarer til 39 % af de deltagere, der har gennemført behandlingen. 50 deltagere (23 %) oplyser, at de bruger stoffer ved udskrivning, og 85 besvarelser (39 %) er uoplyste om forbrug af stoffer. Som nedenstående figur illustrerer, er der sket en ændring siden indskrivning i fordeling af hovedstof.

²⁷ McLellan et al. (2005). *Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring*. *Addiction*, 100(4). Si 447-458.

²⁸ Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune. Si 80.

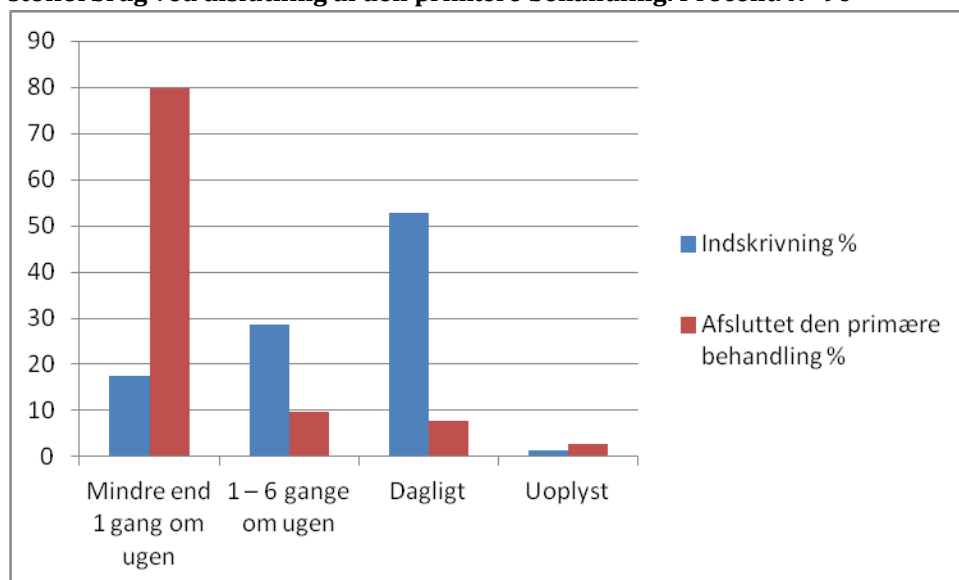
²⁹ Pedersen, Mads Uffe m.fl. (2012). *DanRIS 2011 – Stof. Dansk Registrerings- og Informationssystem, ambulant behandling*. Centre for Rusmiddelforskning. Si. 13.

Figur 17. Fordeling af hovedstof ved behandlingsstart og -slut. Procent. Behandlingsstart N=393. Afslutning af behandling N= 101



Der er sket en betydelig ændring i forbrugsmønstret fra indskrivning til afslutning af behandlingen, som det ses i figur 18. Andelen af deltagere med et dagligt forbrug er faldet markant i løbet af behandlingen, så stofforbruget er blevet reduceret for de deltagere, der stadig har et forbrug af stoffer ved afslutningen af behandlingen.

Figur 18. Indtageshyppighed ved indskrivning og afslutning for deltagere, som har et stofforbrug ved afslutning af den primære behandling. Procent. N=90



Ved afslutningen af behandlingen har deltagerne oplyst status for tilknytning til arbejdsmarkedet, hovedindtægtskilde, bolig og familieforhold, og her er der kun sket marginale ændringer. Dette hænger formentlig sammen med, at deltagerne i udgangspunktet var meget lidt belastet på disse områder. Den store ændring er sket i forhold til andelen af deltagere, der er stoppet med at bruge stoffer og

hyppigheden af stofbruget blandt dem, der stadig bruger stoffer ved afslutningen af behandlingen. Deltagerne vurderer dog selv, at der er sket en udvikling på flere parametre, og at denne udvikling skyldes behandlingen. Se nedenstående tabel 2.

Tabel 2. Deltagernes vurdering af personlig udbytte af behandlingen. Procent.

	Deltagernes vurdering af personlig udvikling				Ændringen skyldes behandlingen (%)
	Forbedret (%)	Uændret (%)	Forværret (%)	Irrelevant (%)	
Stoffer (N=206/206)	96	3	0	0	96
Psykiske forhold (N=205/205)	86	8	3	2	86
Sociale forhold (N=205/204)	79	15	1	4	77
Økonomiske forhold (N=205/203)	72	19	1	6	71
Familiære forhold (N=205/202)	69	23	3	2	70
Jobtilfredshed (N=205/204)	56	29	3	9	53
Alkohol (N=206/203)	47	27	0	22	48
Somatiske forhold (N=205/202)	26	25	3	43	26
Kriminalitet (N=205/201)	5	9	1	82	7

Note. Tabellen viser besvarelse på to spørgsmål: 1) deltagerens vurdering af udbyttet af behandlingen og 2) om en ændring skyldes behandlingen. Antal for besvarelser af de to spørgsmål er angivet i parenteserne.

Stort set alle deltagere vurderer, at behandlingen har ført til en positiv udvikling af deres stofsituation. Hovedparten af deltagerne vurderer desuden, at behandlingen har ført til en positiv udvikling af deres psykiske, sociale og økonomiske forhold. De områder, som flere deltagere oplever som irrelevante i forhold til behandlingen, er også der, hvor færrest ser en positiv udvikling. Behandlerne er, bortset fra syv deltagere, enige i deltagerne vurderinger.

På trods af lave ASI-scoringer på ASI psykisk og ASI social ved indskrivning vurderer en væsentlig del af deltagerne, at behandlingen har medført en forbedring af deres psykiske og sociale forhold. Den gennemsnitlige ASI-score for begge disse områder på 0,13, og der er kun en mindre del af deltagerne, der scorer over 0,3. På denne baggrund kan det antages, at behandlingen ud over at afhjælpe stofproblematikken også har virkning i forhold til at tage psykiske og sociale problemer i opløbet.

Væsentlige faktorer for fastholdelse i behandling

Der er en række faktorer, som fremstår som særligt væsentlige for deltagerne i deres vurdering af behandlingstilbuddet i PAS. Disse har været afgørende for at fastholde deltagerne i behandlingen.

"Tilbuddet passede bare på mig, og det var grunden til, at jeg opsøgte det og gjorde alvor af det. Det er klart, man står ikke til en døgnbehandling eller sådan noget, for det er ikke der, man hører til. Man bliver nødt til at vælge noget, man føler sig tilpas i. Jeg ser så sådan på det, at hvis der ikke var noget tilbud til mig, så er det nok i virkeligheden ikke et problem, det jeg har".
(Deltager)

Anonymitets betydning

Ved indskrivning i behandlingen er deltagerne blevet registreret ved fiktivt cpr-nummer og navn. Medarbejderne fortæller, at de har forsøgt at afmystificere registrering i de tilfælde, hvor de har fået henvendelser fra personer, der ikke er i målgruppe for projektet, og som derfor skal henvises til anden behandling, hvor der er registreringskrav. Men i de tilfælde, hvor det er personer i målgruppen, der har udtrykt et behov for anonymitet, er der ikke blevet informeret yderligere. Dette begrundes med, at de ikke ønsker at sende et signal om, at deltagerne ikke er velkomne.

Et par deltagerinformanter fortæller, at de har oplyst et fiktivt efternavn. Generelt er der blandt informanterne en oplevelse af, at der ved indskrivning er blevet taget godt hånd om anonymiteten. De personer, hvor anonymitet har været altafgørende, har i løbet af behandlingen fastholdt en opmærksomhed på aldrig at oplyse fuldt navn, bopælsadresse, telefonnummer eller andet. Opmærksomheden på, at anonymiteten efterleves i hele behandlingsforløbet, viser sig bl.a. ved, at der er en informant, der har undret sig over, at behandlere på et tidspunkt i gruppeforløbet lagde op til at oprette telefonlister (frivilligt at skrive sig på).

Da anonymitet er en central faktor for deltagerne, er det relevant, om dette ønske harmonerer med det vilkår, at behandlingen hovedsageligt er foregået som gruppebehandling. Generelt er der blandt de interviewede deltagere bred enighed om, at de har følt sig trygge i grupperne, og de har haft tillid til, at de ikke vil blive "afsløret" af andre fra gruppen, hvis de fx møder dem på gaden. Anonymitet er en samlende faktor, og der er således en oplevelse af, at behovet for anonymitet har været fuldt respekteret både af behandlere og af de øvrige deltagere i gruppen.

"Jeg fornemmer også, at det har en betydning i gruppen. Det har en betydning i gruppebehandlingen, at de ved, at de andre som de sidder sammen med også sidder der, fordi de har et ønske om at være anonyme. Så den her sikkerhed og viden om, at der ikke er nogen, der går ud i byen og fortæller om, at de har mødt mig her, fordi de andre har et ligeså stort ønske om at være anonyme, som jeg selv har" (Medarbejder)

Adskillelse fra øvrig misbrugsbehandling

Projekterne har været tilknyttet misbrugsbehandlingen i kommunen men er blevet oprettet med en selvstændig fysisk placering, hvor der er en diskret indgang. Der har ikke været et tydeligt skilt på døren om, at der her var tale om et misbrugsbehandlingstilbud. Det, at behandlingen har været fysisk adskilt fra øvrige misbrugsbehandlingstilbud i kommunen, tillægges afgørende værdi af deltagerinformanterne. Størstedelen giver udtryk for, at de ikke ville henvende sig til et misbrugscenter. Dette hænger dels sammen med anonymitetsbehovet, men også med at målgruppen ikke har en selvopfattelse af at være "misbrugere", og derfor heller ikke ser sig selv som personer, der har brug for at opsøge et misbrugscenter.

Behandlingen i PAS har været fysisk adskilt fra anden ambulans behandling i de to kommuner. Derfor har der ikke været et naturligt "ejerskab" til PAS blandt de øvrige misbrugsbehandlere i kommunerne. I interviewet med medarbejderne fremhæver de vigtigheden af formidling af viden om PAS til den øvrige misbrugsindsats i kommunen. Der har internt i kommunen været brug for at tydeliggøre målgruppen for PAS, således at der ikke er opstået uklarheder om, hvorvidt det anonyme tilbud "tager kunder" fra de øvrige behandlingstilbud i kommunen.

Identifikation

I alle deltagerinterview bliver det fremført som en helt afgørende faktor for deltagerens vurdering af PAS, at de føler, de har kunnet identificere sig med øvrige deltagere i behandlingen. Dette understøttes af medarbejderne, som oplever, at identifikationen har været vigtigere for deltagerne end selve behandlingsmetoden. Ved første henvendelse er medarbejderne ofte blevet spurgt om hvilke typer af personer, henvenderen har kunnet forvente at møde i behandlingen og komme i gruppe med.

"Man er forskellige steder. Hvis man er tungt belastet og måske lever på gaden, det må jeg indrømme, det kan jeg ikke identificere mig med, det er ligesom en helt anden måde at være misbruger på. Det er nogle andre ting, der ligesom ligger til grund, nogle andre løsninger. Så det betyder meget, at man er sammen med nogen, hvor man kan sige, at man nogenlunde er i samme båd". (Deltager).

Blandt deltagerinformanterne tillægges det stor værdi, at de i grupperne har kunnet spejle sig i hinandens udvikling og fortællinger. Det at deltage i en gruppe har givet en følelse af "ikke at være alene". Både medarbejdere og deltagerinformanter fortæller, at en del gruppedeltagere undervejs har ændret målsætning fra at ville reducere rusmiddelbrug til at ville stoppe. Dette begrundes især med, at de via deltagelsen i gruppen har fået nye vinkler og indsigt i deres eget rusmiddelbrug, der har motiveret til rusmiddelophør.

I forlængelse af ovenstående beskriver deltagerinformanterne, at de har oplevet en meget stærk gruppedynamik. Deltagerne i grupperne har haft forventninger til hinanden, og informanterne har oplevet, at der i gruppen har været et positivt pres for at arbejde hen mod stoffrihed og for at leve op til hinandens forventninger. I et gruppeinterview kommer det dog frem, at der blandt informanterne er en oplevelse af, at der er personer, der er udeblevet fra behandlingen, fordi de har haft en følelse af ikke at leve op til gruppens forventninger. Dette understøttes af erfaringerne fra Hash- og kokainprojektet. Her beskrives det, hvorledes det bliver sværere for den enkelte at deltage i gruppen, hvis de ikke holder de målsætninger, de har sat i forhold til stofreduktion. For nogle bliver gruppepresset det, som holder dem fast på målet eller øge ambitionen på målsætningen, og for andre bliver det en eksklusionsmekanisme³⁰. Der er et indbygget dilemma i den måde gruppedynamikken i nogle tilfælde har påvirket deltagernes målsætninger, da der i rekrutteringen til behandlingen er blevet lagt vægt på, at behandlingen har kunnet sigte mod reduktion – og der så i selve behandlingen har været et pres i forhold til stoffrihed.

"I grupperne bliver der spillet tilbage til én selv [fra de andre deltagere], hvor man selv bliver tvunget til at reflektere over det. Du bliver ikke dømt, men du får et spørgsmål retur som gør, at du lige bliver nødt til at vende den en gang". (Deltager)

Grupperne er delvist blevet sammensat ud fra et hensyn til køn, alder, stof mv. Men medarbejderne har samtidig fået positive tilbagemeldinger fra deltagere i grupper, der har været differentieret på disse parametre. Forskelligheden har skabt dynamik i gruppen. Både i Odense og København var der i det første halve år en gruppe for unge under 25 år. Denne blev begge steder nedlagt, dels pga. manglende deltagergrundlag, dels fordi medarbejderne oplevede, at aldersspredning gav god dynamik i grupperne.

"Og så er der en på 46, der siger til ham på 18 år: "Sådan som du siger lige nu, at du siger, du bare vil ryge engang om måneden, det sagde jeg også den

³⁰ Dorrit Pedersen, 2010: Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug.

gang, jeg var 18 år. Nu er jeg 46 år, og jeg kommer først nu". Der bliver sagt nogle ting i den her gruppe med den synergi, der er, som vi som behandlere ikke kan komme godt af sted med. Der er nogle ting, man kan gøre i en gruppe bare næsten ved at læne sig tilbage. Vores fornemmeste opgave, det er faktisk at sige så lidt som overhovedet muligt fordi det, de leverer til hinanden, det rykker helt vildt". (Medarbejder)

Vigtige elementer i tilrettelæggelse af behandlingen

Målgruppens relativt høje homogenitet har haft stor betydning for tilrettelæggelse af behandlingen. Der har ikke været brug at tage hånd om problematikker, som spiller ind på misbruget fx omkring bolig og forsørgelse i samme omfang som i traditionel behandling. Medarbejderne fremhæver, at deltagerne skal kunne indgå i en gruppe og have evnen til at reflektere for at kunne profitere af behandlingen, som den har været konstrueret i PAS. Deltagerens problematik skal have en sådan karakter i forhold til stofmisbruget, at det på fire måneder vil være muligt at ændre ved det. Hvis disse faktorer er opfyldt, vurderer medarbejderne, at det er mindre vigtigt, hvordan deltagerens tilknytning til arbejdsmarkedet er.

Målgruppen bliver af medarbejderne beskrevet som personer, der har brug for, at behandlerne indtager en tilbagesluttet rolle. Samtidig er det personer, der stiller høje krav til behandlingen – herunder til medarbejdernes kompetencer.

"Det der med at gå op og tegne en kognitiv model på tavlen og sige, det er det, vi arbejder med i dag, det var nærmest umuligt [i en gruppe for unge med større belastningsgrad]. Fordi der altid var en helt masse kaos, der skulle styr på først, og når der så var kommet styr på det, så var der et kvarter tilbage. Hvor man kan sige her [i PAS] kommer de ikke ind med alt det der kaos, så jeg synes det, at der sidder sådan en homogen gruppe, gør, at det er meget lettere at lave et stykke fagligt velfunderet arbejde, fordi de kommer med et vist funktionsniveau, som gør, at de kan modtage og reflektere over tingene, og de kan give hinanden spejling" (Medarbejder).

Deltagerinformanterne giver i interviewene udtryk for, at de er blevet mødt med respekt og tillid fra medarbejderne i PAS. Flere informanter tilkendegiver, at det for dem har været helt afgørende, at de ikke er blevet mødt med krav om stoffrihed og kontrol via fx urinprøver. De føler, at de i PAS har fået "hjælp til selvhjælp". En informant stiller dette op mod erfaringer, han har fra NA (Narcotics Anonymous), hvor han har en oplevelse af at være blevet placeret i en offerrolle.

Informanter fra både Odense og København giver udtryk for, at det har været vigtigt for dem, at de i PAS har fået konkrete redskaber og viden, som de kan anvende i deres eget arbejde med at reducere/ophøre med misbrug.

Derudover anses det som positivt, at der har været mulighed for at deltage i flere aktiviteter udover gruppebehandlingen, som akupunktur, yoga, Breathe S.M.A.R.T. Det har givet en følelse af sammenhæng og en fornemmelse af at kunne "gøre noget ekstra" for sig selv. For flere har det at være startet i misbrugsbehandling åbnet op for, at de selv har opsøgt hjælp hos psykolog for at gøre noget ved bagvedliggende problematikker.

Åbne grupper

Både i Odense og København er der blevet arbejdet med åbent optag i grupperne. Deltagerinformanterne oplever, at der både er fordele og ulemper forbundet med dette. På den ene side har de oplevet det som positivt, at der med nye deltagere er kommet nye input til gruppen, det har været med til at holde gruppedynamikken i gang. De giver udtryk for, at det som ny i en gruppe har givet håb at se andre, der har opnået resultater, man selv sigter mod. På den anden side opleves det også som frustrerende, hvis der har været for mange udskiftninger på en gang, eller gruppens størrelse har oversteget det planlagte antal på 10-15 deltagere.

Behandlernes rolle

I Odense har de arbejdet med behandlerrotation, hvorved der ikke har været en gennemgående behandler tilknyttet hver gruppe, mens der i København har været faste behandlere tilknyttet den enkelte gruppe. Deltagerinformanter ser det som en fordel, at nye behandlere har kunnet give ny input til refleksion. Der er dog to, der giver udtryk for, at udskiftningen af behandlere har været for stor, og særligt i tilfælde, hvor begge behandlere er blevet udskiftet på én gang, har det skabt uro³¹. Deltagerinformanterne fremhæver, at en ulempe ved behandlerrudskiftningen er, at viden om, hvad der er foregået den ene gang, ikke nødvendigvis er blevet videreført til næste gang.

Medarbejderne fra begge projekter vurderer, at målgruppen ikke har "knyttet" sig til behandlerne på samme måde, som deltagere i traditionel misbrugsbehandling. De oplever, at deltagerne søger hjælp til deres misbrugsproblematik, og det ikke er den specifikke behandler/klient-relation, der har været afgørende for deltagerne. I deltager interviewene er der dog flere, der forholder sig til specifikke behandlere og deres relation til vedkommende, og deltagerne giver klart udtryk for, at de har haft deres "favoritter". Selv om gruppedynamikken i interviewene med deltagerne tillægges større vægt end relationen til en specifik behandler, vægtes relationen stadig hos deltagerne. En lignende erfaring om be-

³¹ Som udgangspunkt har de i Odense arbejdet ud fra en struktur, hvor en behandler har været gennemgående over flere gange, og én er blevet udskiftet. Informanterne forholder sig til tilfælde, hvor dette ikke er blevet håndhævet.

tydningen af behandleralliancen blev gjort i forbindelse med Hash- og kokainprojektet³².

Efterbehandling

Efterbehandlingen har i begge projekter som udgangspunkt været bygget op om en mindfulness baseret tilbagefaldsforebyggelse, som tager udgangspunkt i, at man er stoffri. Medarbejderne vurderer, at det har en stærkt motiverende effekt, at der er en stoffri efterbehandlingsgruppe. Det er blevet udmeldt til deltagerne helt fra starten, at det var en del af forløbet i PAS, og det er de færreste, der ikke har ønsket at komme i stoffrigruppen. Det har således virket som en motiverende faktor i forhold til at arbejde mod stoffrihed frem for reduktion. Medarbejderne har oplevet eksempler på deltagere, som ikke har ønsket at ophøre med rusmidler, men som gerne har villet være stoffri det halve år, de deltager i stoffrigruppen. Det gør dog også, at der ikke har været noget reelt tilbud til de personer, som ikke er stoffri, men har reduceret deres misbrug (og måske har holdt fast i en målsætning, de har haft fra starten). Der er således et dilemma i, at behandlingstilbuddet er rettet mod såvel personer, der ønsker at ophøre med brug af rusmidler, som personer, der ønsker at reducere deres forbrug – hvilket har været en væsentlig faktor for rekrutteringen. På den ene side har den stoffri efterbehandlingsgruppe fungeret som en motiverende faktor for deltagerne til at arbejde hen mod stoffrihed, på den anden side har det efterladt deltagere, der har reduceret deres rusmiddelbrug, uden efterbehandlingstilbud.

I København er det undervejs i projektperioden blevet indført, at efterbehandlingen gennemføres efter SMART Recovery konceptet³³. Det er brugerdrevne selvhjælpsgrupper, hvor nogle af deltagerne får et kort uddannelsesforløb med henblik på at kunne fungere som moderatorer i grupperne. Dvs. der er tale om et efterværnstilbud frem for decideret efterbehandling.

Udfordringer ved implementering af anonymitet i stofmisbrugsbehandlingen

I det nedenstående beskrives de centrale udfordringer, der kan være forbundet med at implementere anonymitet i den sociale stofmisbrugsbehandling. Udfordringerne er beskrevet med udgangspunkt i den specifikke målgruppe for PAS dvs. relativt ressourcestærke personer.

Problematisk at lave en helhedsorienteret indsats

Medarbejderne i PAS oplyser i interviewet, at de har haft deltagere, som har afsluttet et behandlingsforløb og er blevet stoffri. Men efterfølgende har det vist sig, at deltageren har behov for psykologhjælp pga. underliggende problemstil-

³² Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune. Si. 58f

³³ www.smartrecovery.org.

linger (fx social angst). Det anonyme tilbud udgør en barriere i forhold til at yde en tværfaglig og helhedsorienteret indsats, da det ikke er muligt at inddrage andre eventuelt relevante fagpersoner og etablere et koordineret samarbejde om den konkrete borger – fx i forbindelse med jobcenter eller børnefamilieafdelingen. Medarbejderne i PAS har guidet de enkelte deltagere til, hvor de kan få yderligere støtte. Dette forudsætter et bredt kendskab blandt misbrugsbehandlerne til de tilbud og muligheder, der er for støtte og yderligere indsats, da de ikke har mulighed for et direkte samarbejde med øvrige indsatser omkring den enkelte borger. Det skal understreges, at der i PAS er tale om en ressourcestærk deltagergruppe, som selv kan henvende sig om yderligere behandling, hvis de har brug for det (og i et vist omfang også selv finansiere dette).

Underretninger

Hvis der er brug for at lave en underretning, er det en udfordring, at medarbejderne ikke har cpr-nummer på deltagerne. I PAS er deltagerne blevet informeret om den skærpede underretningspligt ved indskrivning. Medarbejderne fortæller i interviewet, at de i projektperioden samlet set har vurderet, at der har været brug for (og sendt) en underretning én gang vedrørende en person, der ikke blev indskrevet i behandling. Dette skal igen ses i lyset af den ressourcestærke målgruppe.

Finansiering

Anonymitet kan give en udfordring omkring finansiering, da det uden cpr-nummer ikke er muligt at fastlægge bopælskommunen og dermed betalingskommunen. På andre områder, hvor anonymitet er muligt, løses dette fx ved, at borgeren alene oplyser bopælskommune uden at oplyse cpr-nummer, og regningen sendes til den oplyste kommune. Der vil være en særlig udfordring omkring finansiering, hvis der arbejdes målrettet med at rekruttere målgruppen for PAS til behandling. Ud fra erfaringerne fra PAS vil en del af denne gruppe ikke henvende sig til misbrugsbehandlingscenteret, heller ikke selv om der er et tilbud om anonym behandling. Det er afgørende for målgruppen, at behandlingen er adskilt for øvrig misbrugsbehandling, og at der er et tilbud, der er målrettet målgruppen. Alle kommuner vil antageligvis ikke have deltagergrundlag til at oprette særlige tilbud til denne målgruppe fx i form af gruppeforløb (som i PAS) med en homogen sammensat deltagergruppe i forhold til belastningsgrad. Det må derfor være sandsynligt, at de kommuner, der opretter tilbud målrettet denne målgruppe, vil tiltrække deltagere fra andre kommuner, der ikke har et tilsvarende tilbud. Det vil kunne skabe uklarhed omkring finansieringen af den enkelte borgers behandling.

Opsamling/delkonklusion

- Gennemførelsesprocenten i PAS er 59 % hvilket er nogenlunde på niveau med hash- og kokainprojektet og væsentlig højere end almen ambulant behandling.
- 39 % af de deltagere, der gennemfører behandlingen, har ikke brugt stoffer de sidste 30 dage inden afslutning af behandlingen. Blandt dem, der tager stoffer ved afslutning af behandling, er andelen med et dagligt forbrug faldet fra godt 50 % til mindre end 10 %
- 96 % af de deltagere, der har gennemført behandlingsforløbet, vurderer ved udskrivning, at der er sket forbedringer i deres rusmiddelforbrug – og at dette skyldes behandlingen.
- Hovedparten af deltagerne vurderer ved udskrivning, at behandlingen har medført en forbedring af deres psykiske og sociale forhold, selvom den gennemsnitlige ASI-score ved indskrivning er lav på disse parametre. Dette må ses som udtryk for, at behandlingen kan have en virkning i forhold til at tage psykiske og sociale problemer i opløbet.
- Deltagerne tillægger det stor betydning, at behandlingsstedet er fysisk adskilt fra øvrig misbrugsbehandling. De har behov for en anonym indgang, hvor det ikke fremgår, at der er tale om et misbrugsbehandlingssted. Derudover identificerer målgruppen sig ikke med at være "misbrugere" og ser derfor heller ikke sig selv som personer, der frekventerer et misbrugsbehandlingscenter.
- Det har afgørende værdi for deltagerne, at de i behandlingen har mødt personer, de har kunnet identificere sig med i deres samlede situation – og dermed ikke personer, der er stærkt socialt belastet.
- Deltagerne vægter, at de i behandlingen har fået redskaber, som de kan anvende til rusmiddelophør/reduktion. Det anses som positivt af deltagerne, at de har haft mulighed for supplerende tilbud som akupunktur, yoga og mindfulness. Det bidrager til en oplevelse af en sammenhængende behandling.
- Anonymitet i den sociale stofmisbrugsbehandling kan gøre det vanskeligt at lave en helhedsorienteret indsats i de tilfælde, hvor en deltager har behov, der rækker ud over selve behandlingen af en misbrugsproblemstilling. I sager hvor der er brug for en underretning er anonymiteten en væsentlig barriere.

Kapitel 4: Antagelser om konsekvenser ved ikke at iværksætte behandling målrettet målgruppen

I evalueringsrapporten fokuseres der på de personer, der har henvendt sig til PAS for at indgå i misbrugsbehandling. Projekterne har haft en høj gennemførelsesprocent og gode resultater i forhold til rusmiddelforbrug, når der sammenlignes med almen ambulantbehandling. PAS har været iværksat som et forsøgs- og udviklingsprojekt. Det gør, at der har været en del udviklings- og opstarts omkostninger forbundet med PAS. Dette betyder, at selv om behandlingen i PAS er baseret på et relativt lavintensivt tilbud bestående primært af en ugentlig gruppebehandlingssession over 4 mdr., er de udgifter, der er forbundet med PAS forholdsvis høje (Jf. bilag 3 tabel 5.1). For at få et mere realistisk billede af de reelle udgifter der vil være forbundet med at iværksætte et tilbud som PAS integreret i den kommunale misbrugsindsats, har Rambøll estimeret de direkte omkostninger pr. deltager³⁴. Den estimerede pris pr. deltagerforløb er omkring 7.950 kr. Estimatet er illustreret og uddybet i bilag 3 tabel 5.2.

Størstedelen af de personer, der har deltaget i PAS, ville med al sandsynlighed ikke (på nuværende tidspunkt) have opsøgt misbrugsbehandlingen, hvis det anonyme tilbud ikke havde været tilgængeligt. Den økonomiske analyse, der er foretaget i forbindelse med evalueringen af PAS, bygger på en antagelse om, at nogle af deltagerne på sigt ville udvikle yderligere problemstillinger socialt, psykisk og fysisk som følge af deres misbrug, hvis de ikke havde fået hjælp til deres misbrugsproblemstilling nu via PAS. Ud over de menneskelige omkostninger der er forbundet med dette for den enkelte og dennes netværk, vil det også kunne få en række samfundsøkonomiske konsekvenser. Rambøll har som en del af omkostningsanalysen opstillet fire potentielle scenarier, der i et samarbejde med projekternes medarbejdere er vurderet som mest sandsynlige, at PAS-indsatsen forebygger. Dette er: mistet arbejde, afbrudt/eller forlænget uddannelse, ambulant stofmisbrugsbehandling eller indlæggelse (somatisk eller psykiatrisk). De økonomiske omkostninger der er forbundet med disse scenarier er kort illustreret herunder og uddybet i bilag 3.

³⁴ Socialstyrelsen har som en del af evalueringen af PAS tilkøbt en omkostningsanalyse fra Rambøll.

Tabel 3: Økonomiske omkostninger (fra Bilag 3, tabel 5.3)

	Mistet arbejde i et år	Forlænget uddannelse i et år - mand	Ambulant misbrugsbehandling	Indlæggelse - afgiftning	Indlæggelse - psykose	Indlæggelse - psykiske lidelser
Pris kr.	133.245 [85.270]	133.245 [85.270]	31.030 (48.848)	9.941	18.749	27.118
Samlede statslige omkostninger kr.	90.168 [63.356]	90.168 [63.365]	-	2.485	4.687	6.780
Kommunale omkostninger kr.	43.077 [21.914]	43.077 [21.914]	31.030 (48.848)	7.456	14.062	20.339

Note: Udgiften til misbrugsbehandling i parentes angiver de gennemsnitlige udgifter i København mens tallene uden parentes angiver de gennemsnitlige udgifter i Odense

Note: Omkostningerne ved mistet arbejde og forlænget uddannelse i klammer angiver de gennemsnitlige omkostninger, hvis en kvinde mister arbejdet et år, mens tallene uden for klammerne angiver de gennemsnitlige omkostninger for en mand.

Note: ved indlæggelse af psykiatriske lidelser menes adfærdsmæssige forstyrrelser pga. rusmidler inkl. Alkohol

Ud fra en økonomisk betragtning er en antagelse således, at målrettet misbrugsbehandling til målgruppen kan forebygge en række omkostninger på sigt til anden indsats. Det må dog antages, at en del af de deltagere, der gennemfører et PAS behandlingsforløb, vil få tilbagefald. Hvor stor en del det drejer sig om, findes der ikke viden om.

En anden relevant antagelse er, at en del af målgruppen på et tidspunkt i deres liv formodentlig ville være kommet ud af deres misbrug uden hjælp fra misbrugsbehandling. Begrebet self-change dækker over, at der er personer, der selv formår at holde op med at bruge/misbruge rusmidler uden hjælp fra behandlingssystemet eller etablerede selvhjælpsgrupper. Der er endnu ikke i Danmark lavet systematiske undersøgelser af self-change i relation til misbrug. Internationalt eksisterer der forskning om emnet, dette er dog hovedsageligt relateret til alkoholmisbrug. Undersøgelsesresultater knyttet til en gruppe af stof- og alkoholmisbrugere har vist, at et sted mellem en femtedel og halvdelen formåede at holde op eller signifikant reducere deres misbrug ved egen hjælp. Andelen er størst inden for alkoholområdet³⁵.

Sammenlignet med personer, der modtager behandling, har gruppen af personer der kommer sig uden behandling typisk flere ressourcer socialt og økonomisk, og derudover er de mindre psykisk belastede. I forskningen om self-change fremhæves den stabilitet, en person er i stand til at udvise under et misbrug, som en faktor med afgørende betydning for muligheden for self-change. Dette dækker over evnen til at fastholde betydningsfulde sociale relationer med ikke-misbrugende netværk, at kunne fastholde en normal hverdag, samt at de har et godt helbred. De har ofte adgang til netværk, der kan give støtte på kritiske tidspunkter i processen. Forskning viser, at der er en lang række forhold, der danner

³⁵ Hecksher 2007: Når misbrug og afhængighed går over. Stof 8. Center for Rusmiddelforskning.

baggrund for, at personer ophører med misbrug uden brug af behandlingssystemet. Den væsentligst årsag er fysisk og psykisk belastninger på baggrund af misbruget. Derudover er pres fra netværk og skift i værdier hyppigt angivne årsager³⁶.

International forskning viser, at der overordnet set kan udpeges tre grupper inden for self-change³⁷:

1. De personer, der ikke mener, de har brug for det etablerede behandlingssystem, og som har valgt at stoppe misbruget "på deres egen måde".
2. De personer, der ikke har haft lyst til at kontakte det etablerede behandlingssystem, da de finder det stigmatiserende. Denne gruppe har følt sig tvunget til at agere på egen hånd.
3. En kombination af 1 og 2 - med forskellig vægtning.

Netop de nævnte karakteristika samt årsager til at gøre noget ved misbruget, gør begrebet self-change yderst relevant i forbindelse med målgruppen for PAS. Her er netop tale om en målgruppe, som ikke umiddelbart vil henvende sig til det etablerede behandlingssystem. Hvis PAS ikke havde været et tilgængeligt tilbud, er det sandsynligt, at en del af målgruppen på et tidspunkt ville være ophørt med misbrug af sig selv. Men hvor stor en procentdel det er, og hvilke konsekvenser misbruget inden ophøret ville få for den individuelle borger samt samfundet, er ikke til at vide.

Opsamling/delkonklusion

- Den estimerede omkostning pr. deltager i et PAS behandlingsforløb ligger på omkring 7.950 kr.
- Målgruppen for et PAS behandlingstilbud vil sandsynligvis ikke søge anden form misbrugsbehandling. Uden muligheden for et PAS behandlingstilbud vil en del formentlig fortsætte misbruget. På sigt vil dette kunne give konsekvenser med samfundsøkonomiske tab i form af arbejdsløshed, afbrudt eller forlænget uddannelse, fysiske og psykiske problemer.
- Forskning peger på, at en del af de mere ressourcestærke misbrugere selv vil komme ud af deres misbrug – self-change. Der er ingen sikre tal på, hvor stor en del af de mere ressourcestærke personer med stofmisbrug,

³⁶ Walters 2000: Spontaneous Remission from Alcohol, Tobacco, and other Drug Abuse: Seeking Quantitative Answers to Qualitative Questions. AM. J. Drug Alcohol Abuse, 26(3). Si. 443-460.

³⁷ Elmeland og Hecksher 2010: Forandring uden behandling. Stof 14. Center for Rusmiddelforskning.

der selv kommer ud af misbruget. Undersøgelsesresultater om alkohol- og stofmisbrugere peger på mellem 20 og 50 %, hvor andelen er størst inden for alkoholområdet.

Bilag 1: Dataindsamling

Beskrivelse af datakilder

Evalueringen bygger på kvantitative og kvalitative datakilder.

Registrering

Der er oprettet et registreringssystem i Socialstyrelsen i forbindelse med etableringen af PAS. Projekterne har været forpligtede til at registrere på individniveau. Registreringerne er udfyldt af medarbejderne i PAS. Registreringen er anonym og er oprettet med fiktivt cpr-nummer. Der er registreret ved følgende punkter:

- Alle henvendelser er registreret (i alt 797)
- Registrering ved indskrivning (i alt 430)
- Registrering ved udskrivning/afslutning af behandling (i alt 220)

Socialstyrelsen har trukket data fra registreringerne løbende i projektperioden. Dataudtræk er brugt til at følge projekternes udvikling i rekrutteringen af målgruppen. Data har indgået i forbindelse med afholdelse af følgegruppemøder, således at projekterne her har fået tilført viden generet på baggrund af registreringerne. Derudover er registreringsdata i projektperioden blevet brugt til statusnotater til Social- og Integrationsministeriet.

Registreringerne er blevet brugt til at give data om de borgere, der er skabt kontakt til i forsøgsprojekterne. I et henvendelseskema har fokus været på, hvordan de har fundet frem til projektet, hvad årsagen er til, at de henvender sig, og videre visitering til behandling.

Registreringen ved indskrivning er blevet brugt til at genere data til belysning af deltagerens profil, og de problemstillinger de har forud for opstart i behandling. Der har været fokus på almene baggrundsdata herunder uddannelse, arbejde, familie- og boforhold og misbrugssituation. Herudover er der blevet spurgt til betydningen af anonymitet.

Ved afslutning af den primære behandling har der været fokus på borgerens oplevede udvikling i løbet af behandlingen og anonymitetens fortsatte betydning. Ved udskrivning er det registreret, hvorvidt udskrivningen har været planlagt, deltageren er udeblevet undervejs eller er stoppet af anden årsag.

Interviews

Der er i forbindelse med evalueringen foretaget følgende interviews:

- Fire enkeltperson interviews med personer, der har deltaget i behandlingen – fordelt på to personer i henholdsvis København og Odense. Enkeltperson interviewene er foretaget med personer, der på interviewtidspunktet var i gang med et primærbehandlingsforløb.
- Tre fokusgruppeinterviews med deltagere – fordel på et i Odense med 5 deltagere og to i København med henholdsvis 2 og 3 deltagere. I fokusgruppen har det været personer, der havde afsluttet primær behandling og var i efterbehandling/Smart Recovery gruppe.
- Et samlet fokusgruppeinterview med medarbejdere i PAS fra København og Odense. I alt 5 personer. I interviewet deltog projektledere fra begge byer samt yderligere en behandler fra Odense samt 2 behandlere fra København.

Interviewene er blevet kodet ud fra de emner, som de enkelte kapitler repræsenterer, samt et særligt fokus på anonymitet. Data indsamlet i forbindelse med registreringerne har dannet baggrund for underkategorier.

Deltagerinterview: Som beskrevet i det ovenstående er der i forbindelse med evalueringen interviewet i alt 14 personer. Deltagerinformanterne er blevet spurgt af projekternes medarbejdere, om de ville deltage i et interview, og er efterfølgende blevet kontaktet af Socialstyrelsen. Baggrunden for udvælgelsen af informanterne var en række kriterier, som projekterne blev bedt om at sikre en spredning i forhold til:

- Både kvinder og mænd
- Aldersmæssig spredning
- Personer, der har børn/ikke har børn
- Personer, der er i arbejde/uddannelse
- Personer, der er offentlig/privat ansat
- Personer, der bor tæt på/længere fra tilbuddet
- Personer, der tidligere har begået kriminalitet/ikke begået kriminalitet
- Spredning i stofbrug i forhold til hvilke rusmidler, der har været brugt
- Spredning i forhold til længden af problematisk stofbrug
- Spredning i forhold til intensiteten af stofbruget

Alle informanter har modtaget gruppebehandling, nogle af dem kendte hinanden fra behandlingen.

Kriterierne for udvælgelse er opstillet for så vidt muligt at sikre en repræsentativitet, da der i evalueringen har været kontakt med et begrænset antal deltagere i projekterne. På trods af dette kan de 14 informanter ikke ses som repræsentative for den samlede deltagergruppe.

Det har ikke været muligt at få et interview med en eller flere, der er udeblevet fra behandlingen. Dette kunne have styrket viden om den del af deltagerne, der ikke har gennemført behandlingen, og muligvis nuanceret billedet af behandlingen, som nu udelukkende tegnes af deltagere, der har gennemført og medarbejdere, der er ansat i projektet.

Deltagerinterviewene er blevet gennemført som semistrukturerede interviews bygget op omkring temaerne: rekruttering, motivation for at starte i behandling, anonymitet, behandling.

Medarbejderinterview: Baggrunden for at afholde et samlet medarbejderinterview var, at det ikke er selve behandlingsmetoden og de enkelte projekters forvaltning af denne, der er i fokus i evalueringen. Ved at afholde et samlet interview blev der skabt synergi mellem de forskellige vinkler projekterne i de to byer repræsenterer.

Medarbejderinterviewet er gennemført som semistruktureret interview bygget op omkring temaerne: rekruttering, målgruppe, anonymitet, behandling.

Øvrige datakilder

Statusrapporter: Projekterne har indsendt en skriftlig status to gange årligt til Socialstyrelsen. Dette er sket i en fast statusskabelon, som er udarbejdet i forbindelse med projektet. Informationerne fra status har primært indgået i tilrettelæggelse og afholdelse af følgegruppemøder, og i begrænset omfang til selve evalueringen.

Følgegruppemøder: Til projektet har været tilknyttet en følgegruppe som har bestået af: Socialstyrelsen, projektlederne af PAS Odense og PAS København, ledere fra behandlingscentrene i henholdsvis Odense og København og eksterne eksperter på misbrugsområdet. Til enkelte møder har desuden deltaget repræsentanter fra Social- og Integrationsministeriets departement. Viden fra følgegruppemøderne indgår ikke i evalueringsrapporten, men har dannet baggrund for mindre justeringer af projekterne undervejs, samt bidraget til rammen for dataindsamlingen.

Data fra andre behandlingstilbud: Det er relevant at sammenligne PAS deltagerne med deltagerne i Hash- og kokainprojektets³⁸ dag- og aftengrupper. Begge projekter tilbyder gruppeforløb til borgere med misbrug af hash eller centralstimulerende stoffer, hovedsagelig kokain og amfetamin. Målgruppen i både PAS og Hash- og kokainprojektet er ressourcestærke borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug. I PAS og for aftengruppen i Hash- og kokainprojektet er der krav om tæt tilknytning arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet, og inklusionskriteriet har været en belastningsgrad i ASI-score på maks. 0,3 ved indskrivning. Hash- og kokainprojektets daggruppe er målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet og med en lidt tungere belastningsprofil. Det er relevant også at sammenligne PAS deltagerne med denne gruppe, da det kan antages, at en del PAS deltagere ville udvikle samme problemtængde, hvis de ikke var kommet i behandling.

Der er desuden foretaget sammenligning med klienterne i den traditionelle ambulante stofmisbrugsbehandling³⁹. DanRIS ambulans fra 2011 giver et overblik over klienter i ambulans stofmisbrugsbehandling. Klienterne fordeler sig ligeligt mellem misbrug af opioider, centralstimulerende stoffer (herunder kokain og amfetamin) og hash. Hovedparten af klienterne har modtaget en ydelse mellem to og otte gange i løbet af en måned. Til sammenligning har PAS deltagerne modtaget gruppebehandling ca. fire gange på en måned. Dertil kommer tilbud om individuelle samtaler, mindfulness, Breathe S.M.A.R.T mv. PAS deltagerne har formodentlig modtaget et lidt mere intensivt tilbud end det, den ambulante behandling omfatter. Behandlingstilbuddet i PAS og den ambulante behandling er ikke direkte sammenlignelig. Klienterne i den ambulante stofmisbrugsbehandling er formentlig også mere belastede end PAS deltagerne. Alligevel er det rimeligt at sammenligne de to tilbud, da den ambulante stofmisbrugsbehandling vil være det eneste alternativ til PAS for de deltagere, der af geografiske årsager ikke har mulighed for at benytte Hash- og kokainprojektet, der er beliggende i København.

I forbindelse med de sammenligninger, der i rapporten gøres mellem PAS og de øvrige behandlingstilbud, skal det nævnes, at rapporterne bygger på forskelligt datagrundlag i forhold til antal deltagere og dataindsamlingsmetode.

³⁸ Pedersen, Dorrit (2010). *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug*. Socialforvaltningen, Københavns kommune

³⁹ Pedersen, Mads Uffe m.fl. (2012). *DanRIS 2011 – Stof. Dansk Registrerings- og Informationssystem, ambulans behandling*. Centre for Rusmiddelforskning

Bilag 2: Beskrivelse af behandlingstilbud

Efter henvendelse til PAS er borgeren blevet inviteret til en visitationssamtale. Både i København og Odense har de forsøgt så vidt muligt at tilbyde alle, der har ønsket at komme i behandling, en samtale inden for den samme uge, som de har henvendt sig. Hvis borgeren har været i målgruppen og ønsket at komme i behandling, er der blevet aftalt tid til udfyldelse af ASI skema og indledende registrering.

PAS Odense

Organisering

PAS Odense er organisatorisk tilknyttet behandlingscenter Odense, men er fysisk adskilt fra behandlingscentret. Der er tre medarbejdere tilknyttet PAS Odense.

Odense har haft følgende typer gruppeforløb i projektperioden

- To grupper med aftenbehandling en gang ugentlig⁴⁰
- En gruppe med dagbehandling en gang ugentlig
- En efterbehandlingsgruppe for de stoffrie. Denne gruppe mødes hver 14. dag.

Der er ca. 15 personer i hver gruppe, og hver deltager kan som udgangspunkt gå i primærgruppen i 4 måneder. Hver gruppegang varer 2½ time. Et behandlingsforløb varer ca. fire måneder og efterbehandlingsforløbet seks måneder. Grupperne har løbende optagelse af nye deltagere. Der er to behandlere tilknyttet en gruppe. I Odense arbejder de med behandlerrotation, så en gruppe ikke har de samme behandlere gennem hele deres forløb. Hver behandler deltager dog i to gruppesessioner forskudt fra hinanden således at der altid er en gennemgående behandler fra gang til gang (se kapitel 3).

Der var i Odense fra starten lagt op til, at der skulle være mulighed for individuel rådgivning, men dette har kun været anvendt i meget begrænset omfang. Udover gruppebehandlingen er der i Odense tilbud om mindfulness og NADA akupunktur.

Behandlingsmetode

Behandlingen bygger på kognitive og systemiske/løsningsfokuserede metoder og principper. Odense har som udgangspunkt arbejdet ud fra Hash- og kokain-

⁴⁰ Indtil sommeren 2011 var de to grupper aldersopdelt i henholdsvis 18-25 år og 25 år og op.

projektets⁴¹ manual, men har justeret denne undervejs, og udarbejdet deres egen behandlingsmanual.

Odense arbejder ud fra en fast temastruktur for gruppeforløbene. Gruppegangene er bygget op over 16 emner, som har en kronologi i forhold til rækkefølgen. Første tema er stofedukation. Dernæst følger temaer som forandring og ambivalens, løsningsfokuseret, håndtering af trang og de sidste gange har fokus på tilbagefaldsforebyggelse. Da grupperne har løbende optag starter den enkelte deltager ikke nødvendigvis med det første tema.

Efterbehandlingen er i Odense baseret på et Mindfulness-based Relapse Prevention program. Programmet er udformet til at forebygge tilbagefald hos personer i behandling for misbrug af rusmidler.

PAS København

Organisering

PAS København er organisatorisk tilknyttet Rådgivningscenter København, men er fysisk adskilt fra behandlingscentret. Der er fem medarbejdere tilknyttet PAS København.

I København har haft følgende typer gruppeforløb:

- Tre grupper med aftenbehandling en gang ugentlig⁴²
- To grupper dagbehandling en gang ugentlig
- En efterbehandlingsgruppe for de stoffrie. Denne gruppe mødes hver 14. dag.

Hver gruppegang varer 2½ time, og som udgangspunkt kan hver deltager gå i primærgruppen i 4 måneder. Der kan være maks. 10 deltagere i en gruppe. Grupperne har løbende optagelse af nye deltagere. Der er to faste behandlere tilknyttet en gruppe.

I starten af projektperioden var der tilbud om efterbehandlingsgruppe hver uge. Men målgruppen viste sig at have vanskeligt ved at komme hver uge pga. arbejde osv. Hyppigheden blev derfor sat ned.

Der er anvendt individuelle samtaler i de tilfælde hvor en deltager har udtrykt behov for det, fx fordi der er forhold han/hun ikke ønsker at diskutere i gruppen.

⁴¹ "Hash- og kokainprojektet" er et ikke anonymt tilbud til hash og kokainmisbrugere i København. Projektet startede som et forsøgsprojekt i 2007 finansieret af Social- og Integrationsministeriet. Efter projektophør er det videreført i Københavns kommune

⁴² Indtil sommeren 2011 var de to grupper aldersopdelt i henholdsvis 18-25 år og 25 år og op.

I København har de ud over behandlingen tilbud med Breathe S.M.A.R.T. kursus (som omfatter yoga, meditation og åndedrætsteknikker), Body-sds (massage og træning) og NADA akupunktur.

Behandlingsmetode

Behandlingen bygger på kognitive og systemiske/løsningsfokuserede metoder og principper.

I København arbejder de ud fra et arbejdskatalog/model, der er udviklet i forbindelse med Hash- og kokainprojektet. Her er der en overordnet struktur for en gruppesession med temaer som motivation, ambivalens, stofidentitet, trangs-håndtering, irrationelle tanker, psykoedukation, stofedukation, højrisiko håndtering, stop tanker tilladende tanker, tilbagefaldsforebyggelse, accept og egenomsorg, mål arbejde, selværdsarbejde, følelshåndtering. Ved start af hver gruppesession vurderer gruppelederne stemningen i gruppen og gruppens behov, og på den baggrund sammensættes temaerne for dagens program.

København er undervejs i projektperioden gået over til at tilbyde efterbehandling som SMART Recovery grupper. Det er brugerdrevne selvhjælpsgrupper, hvor nogle af deltagerne får et kort uddannelsesforløb med henblik på at kunne fungere som moderatorer i grupperne.

Bilag 3: Omkostningsanalyse