

Evalueringsrapport

Taastrup modellen



April 1999

Denne rapport indeholder en beskrivelse og evaluering af den differentierede behandling af alkoholmisbrugere på Blå Kors Behandlingshjem og Ambulatorium, Taastrup.

De medvirkende alkoholmisbrugere har haft behandlingsstart fra marts 1994 til september 1997

Taastrupmodellen

**Blå Kors Behandlingshjem og Ambulatorium
Jernbane Allé 11 A
2630 Taastrup**

**Tlf. 4399 0167
Fax. 4399 0584**

Indholdsfortegnelse

Forord	1
1 Undersøgelsermetode	3
2 Beskrivelse af behandlingshjemmets brugere	4
2.1 Henvendelse	4
2.2 Erhverv	4
2.3 Forsørgelsesgrundlag og tilknytning til arbejdsmarkedet	4
2.4 Køn og alder	5
2.5 Misbrugets varighed og tidligere behandling	6
2.6 Årsag til at søge behandling	7
2.7 Børn under 18 år	8
2.8 Samlivsforhold	9
2.9 Alkoholproblemer i familien	9
2.10 Alkoholmisbrugets karakter	9
2.11 Sammenfatning	10
3 Behandlingssystemet på Blå Kors Behandlingshjem og Ambulatorium i Taastrup	11
3.1 Institutionen	11
3.2 Pårørendearbejde	11
3.3 Behandlingsudvikling	12
3.4 Behandlingssammenhængen	12
3.4.1 Menneskesyn	12
3.4.2 Udgangspunkt for behandling af alkoholafhængighed	12
3.4.3 Psykisk genopretning og udvikling	12
3.4.4 Fysisk genopretning og udvikling	13
3.4.5 Social genopretning og udvikling	13
3.4.6 Åndelighed	13
3.4.7 Gennemgående behandlingsstrategier	14
3.4.8 Differentiering	14
3.4.8.1 Ressourceniiveau	14
3.4.8.2 Kontrolorientering	15
3.4.8.3 Gruppe 1 - Ydre styrede med mange ressourcer	15
3.4.8.4 Gruppe 2 - Ydre styrede med få ressourcer	15
3.4.8.5 Gruppe 3 - Indre styrede med få ressourcer	16
3.4.8.6 Gruppe 4 - Indre styrede og mange ressourcer	16
3.4.9 Ambulante tilbud	17
3.4.10 Brugerindflydelse	17
4 Behandlingsevaluering	18
4.1 Alkoholindtagelse efter afslutning af intensiv behandling	18
4.2 Alkoholindtagelse, delt op på grupper	20
4.3 Tilbagefald	21
4.4 Fysisk velbefindende	23
4.5 Psykisk velbefindende	23
4.6 Arbejdssituation	24
4.7 Børn	25
4.8 Samliv	25
4.9 Menneskesyn	25
4.10 Efterbehandling	26
4.11 Det samlede udbytte af behandlingen	26
5 Konklusion og anbefalinger	27

Diagrammer

Diagram 1 - erhvervsarbejde	5
Diagram 2 - alder	5
Diagram 3 - hvor længe har alkoholproblemet været	6
Diagram 4 - tidligere behandlet	6
Diagram 5 - årsag til at søge behandling	7
Diagram 6 - børn	8
Diagram 7 - samlivsforhold	9
Diagram 8 - drikkestatus	18
Diagram 9 - drikkestatus - afholdende - opdelt på svartidspunkt	19
Diagram 10 - drikkestatus - drikker sjældnere og mindre - opdelt på svartidspunkt	19
Diagram 11 - drikkestatus	20
Diagram 12 - tilbagefald	21
Diagram 13 - tilbagefalds varighed	22
Diagram 14 - forholdet til alkohol	22
Diagram 15 - fysisk velbefindende	23
Diagram 16 - psykisk velbefindende	23
Diagram 17 - arbejdssituation	24
Diagram 18 - børn/familie	25
Diagram 19 - udbytte af behandlingen	26

Forord

Blå Kors Behandlingshjem og Ambulatorium, Taastrup (BKT) er ejet af Blå Kors Danmark, og vi har driftsoverenskomst med Københavns Amt.

Vi hører under sygehuslovens § 16.

Vi er på BKT i den heldige situation, at vi på samme institution både har tilbud til alkoholmisbrugere, der har behov for en intensiv behandling under indlæggelse, og tilbud til brugere der kan profitere af ambulante behandling.

Dette giver os den store fordel, at vi allerede i visitationsleddet kan give det optimale tilbud, samt holde brugerne indenfor samme system, ved f. eks. at give et ambulante tilbud mens de er på venteliste til intensiv behandling.

Ligesom vi har rigtig gode muligheder for at følge den intensive behandling op med ambulante efterbehandling.

Gennem de sidste ti år, initieret af tidligere forstander Mogens Nielsen, har vi på BKT fokuseret på kvalitetssikring og behandlingsudvikling, hvilket primært forudsætter evaluering.

Den første strukturerede evalueringundersøgelse på BKT fandt sted fra foråret 1990 til foråret 1993. (Denne er udførligt beskrevet i rapporten "Behandlingsevaluering" fra BKT. Den er stadig tilgængelig i meget begrænset antal).

Dengang undersøgte vi både den intensive behandling og den ambulante behandling.

En af hovedkonklusionerne var, at vi ville udvikle struktureret differentierede behandlingsmetoder.

Den differentierede behandlingsmodel blev iværksat i starten af 1994.

Vi ønsker med denne rapport at belyse, om det tyder på, at der har været flest fordele eller ulemper ved den nye behandlingsform, primært målt ved vores målgruppes angivelse af forholdet til alkohol efter behandling.

Da vores ressourcer til evaluering har været begrænsede, (vi har ikke haft ekstrabevillinger af penge eller medarbejdere til evalueringen fra 1994 og frem), har vi valgt at fokusere på resultaterne af den intensive del af vores behandlingssystem, hvor forskellen på den gamle og den nye differentierede model er størst.

Vi har i denne rapport valgt at vise de registrerede svar med få tolkninger og korrelationer diagrammerne imellem, da vi ønsker at vise en tilstand, ikke bevise en teori. Da det er en selvevaluering og ikke en videnskabelig undersøgelse, skal vi være påpasselige med tolkningerne. Men selvfølgelig står vi inde for de viste tal og resultater.

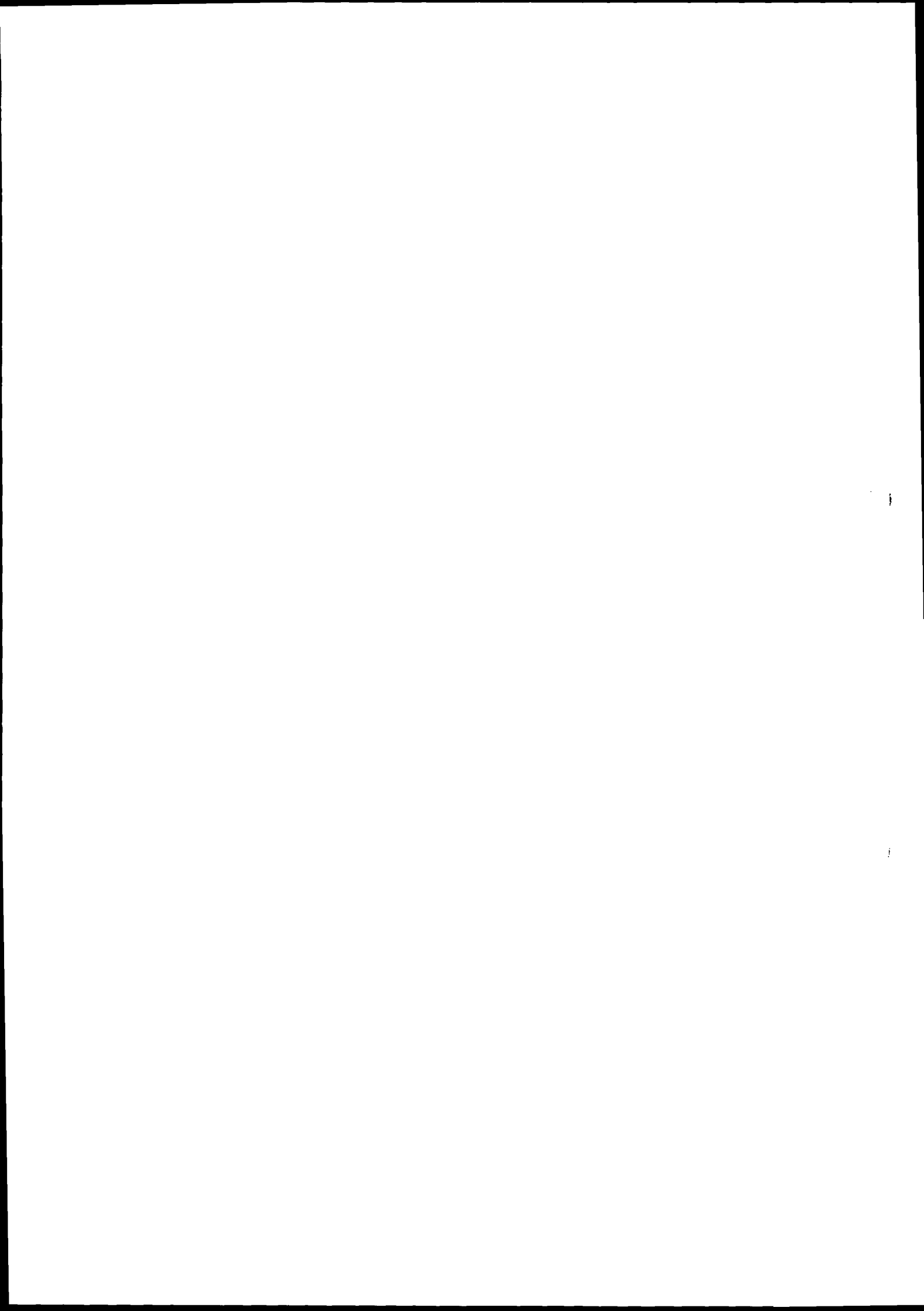
Skulle en interesseret læser ønske noget uddybet er dette naturligvis muligt, da vi ligger inde med ca. en kvart kubikmeter tal og diagrammer med et utal korrelationsmuligheder.

På initiativ af Mogens Nielsen blev oplægget til den differentierede behandlingsmodel udarbejdet af psykolog Finn Erichsen, ligesom denne siden 1995 har stået for hele evalueringen, selvfølgelig støttet af resten af personalet og frivillige medarbejdere.

Udviklingen af EDB-programmerne, opsætning af statistikker og diagrammer samt grafisk arbejde med rapporten er foretaget af Jesper Hauerslev.

Taastrup, april 1999.

Leder Finn Erichsen, cand. psych.



1 Undersøgelsesmetode

I undersøgelsen fra 1990 til 1993 (gammel undersøgelse) deltog ialt 200 brugere, hvoraf de 100 fik intensiv behandling. De udfyldte 4 spørgeskemaer. Et under visitationen og henholdsvis tre og seks mdr. efter behandlingsstart og for den intensive behandling i gennemsnit 15 mdr. efter behandlingsstart. Svarprocenten på disse sidste skemaer var 75.

Spørgeskemaerne blev enten sendt ud, eller udfyldt i samarbejde med en medarbejder, der opsøgte de brugere, der ikke i første omgang svarede.

Den gamle undersøgelse tog udgangspunkt i Socialforskningsinstituttets evalueringsskema "Evaluering af behandling for alkoholmisbrug". Blandt andet for at kunne sammenligne resultaterne er der stadig mange elementer herfra i vor nye evaluering.

I herværende undersøgelse med behandlingsstart fra marts 1994 til september 1997 (ny undersøgelse) deltog 256 alkoholmisbrugere, der alle havde fået intensiv behandling. De udfyldte et skema i forbindelse med visitationssamtalen, og gav positivt tilsagn om at ville udfylde et senere tilsendt evalueringsskema.

Nogle få procent angav allerede under visitationssamtalen, at de ikke ville deltage i undersøgelsen, hvorfor de ikke optræder i tallene.

Af 256 deltagende svarede de 180 på det tilsendte evalueringsskema, hvilket giver en svarprocent på 70.

De svarede på skemaet fra 6 mdr. efter behandlingsstart og op til over 22 mdr. efter behandlingsstart.

Ganske enkelte bad om hjælp til at udfylde evalueringsskemaet, mens langt de fleste udfyldte det selv.

Da svarandelen i den ny undersøgelse er lidt lavere end i den gamle, 70 % mod 75 %, vil vi for sammenlignelighedens skyld i det efterfølgende udelade tallene for dem, der ikke svarede.

(Det skal her bemærkes, at de henholdsvis 30 % og 25 % der ikke svarede, **absolut ikke** kan defineres som "intet udbytte af behandling".

Ved vores egen miniundersøgelse af 10 tilfældigt udvalgte "ikke-svarere", fandtes 3 alkoholafhøgende, 2 der drak væsentligt mindre end før behandling, 3 der var tilbage i nogenlunde samme misbrug som før behandling, og 2 det ikke var muligt at opnå kontakt med).

Som nævnt i forordet er dette en selvevaluering, og ikke en videnskabelig undersøgelse. Vi har f. eks. ikke undersøgt, om de oplysninger brugerne giver er helt i overensstemmelse med sandheden. Det skal dog nævnes, at den generelle erfaring er, at folk svarer forbavsende ærligt på spørgeskemaer.

Vi burde derfor konsekvent bruge vendinger som: "De, der svarer på undersøgelsen, angiver at...". Dette vil dog gøre teksten meget tung at læse, og forbeholdet forudsættes impliciteret.

2 Beskrivelse af behandlingshjemmets brugere

2.1 Henvendelse

Blå Kors Behandlingshjem og Ambulatorium i Taastrup er selvvisiterende, hvilket for os at se er en stor fordel, da vi i samarbejde med den enkelte alkoholmisbruger således selv kan definere det optimale behandlingstilbud.

Brugerne kan på eget initiativ bestille tid til en forsamtale, eller de kan henvises/opfordres af relevante instanser.

Knap halvdelen tager selv initiativet til at opsøge intensiv behandling hos os, mens resten gør det på (evt. kraftig) opfordring af f. eks. psykiatrisk institution i forbindelse med afrusning, egen læge, social institution, familie etc.

Behandlingen er gratis, idet den betales over amtsskatten.

BKT er en af landets tre alkoholbehandlingsinstitutioner, som er under loven for frit sygehusvalg. Det vil sige, at borgere, der bor udenfor Københavns Amt, kan søge gratis, intensiv behandling hos os, hvis de minimum har en henvisning fra egen læge.

Det er der et tiltagende antal udenamtslige borgere der benytter sig af, oftest med begrundelsen at der ikke er tilstrækkelige muligheder for intensiv behandling i deres hjem-amt, eller fordi de har fået specielt vores behandlingssystem anbefalet.

Dette medfører, at ca. hver fjerde bruger ikke er hjemmehørende i Københavns Amt, og meget tyder på, at andelen er stigende.

Det betyder selvfølgelig, at ventetiden til et intensivt behandlingsophold bliver længere.

Det skal dog bemærkes, at vi altid tilbyder ambulans behandling i ventetiden.

Desværre er det ikke altid tilstrækkeligt, og en del dropper ud af ventelisten og begynder drikkeriet igen.

2.2 Erhverv

Overordnet kan nævnes, at vore brugere med hensyn til erhvervsuddannelse ikke adskiller sig væsentligt fra gennemsnittet af Københavns Amts befolkning i den relevante aldersgruppe, 35 - 54 år.

Dette støtter andre undersøgelser, der konkluderer, at alkoholproblemer ikke er knyttet til specielle grupper, men rammer bredt.

Eller sagt mere direkte. Oftest er kvalifikationen til at erhverve sig et alkoholproblem, et spørgsmål om at drikke tilstrækkeligt meget i tilstrækkelig lang tid.

2.3 Forsørgelsesgrundlag og tilknytning til arbejdsmarkedet

Diagram 1 viser, at 23 % har lønindkomst/erhvervsarbejde ved visitationen. 25 % får arbejdsløshedsunderstøttelse og 25 % bistandshjælp.

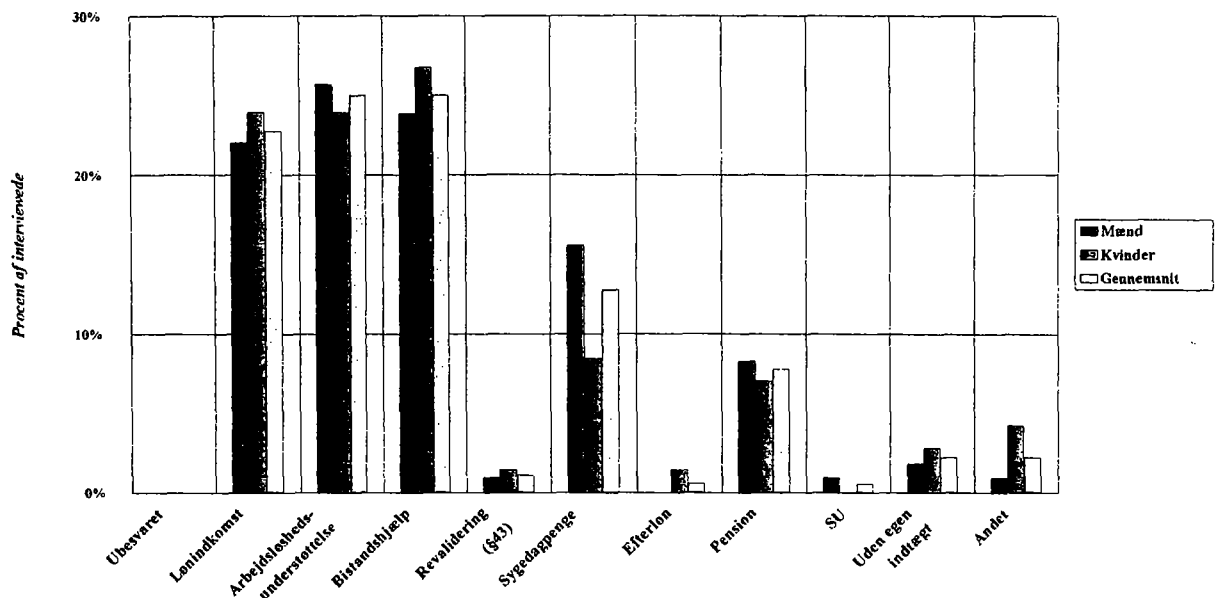
De 13 %, der får sygedagpenge ved visitationen, dækker både over brugere, der er i arbejde og brugere på bistandshjælp.

På et andet spørgsmål svarer 37 % (de, der har arbejde, svarer ikke på spørgsmålet, men regnes med i undersøgelsespopulationen), at de har haft minimum 6 måneders arbejde indenfor det sidste år inden visitationen.

Diagram 1 - erhvervsarbejde

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

1. interview spørgsmål 13 - Hvad er dit vigtigste forsørgelsesgrundlag / indkomst ?



Ovenstående tal indikerer, at over 60 % (23 + 37 + en del af 13) af vore brugere har en rimelig tæt tilknytning til arbejdsmarkedet.

2.4 Køn og alder

Som det ses af diagram 2, er 75 % af brugerne mellem 35 og 54 år ved behandlingsstart. 109 mænd og 71 kvinder svarer på evalueringsskemaet. Denne kønsfordeling svarer nogenlunde til den normale kønsfordeling i vores intensive behandling (Behandlingshjettet).

Diagram 2 - alder

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

1. interview spørgsmål 2 - Alder ?
Gennemsnit

