

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 Undersøgelsesmetode	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 evalueringsundersøgelse 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.

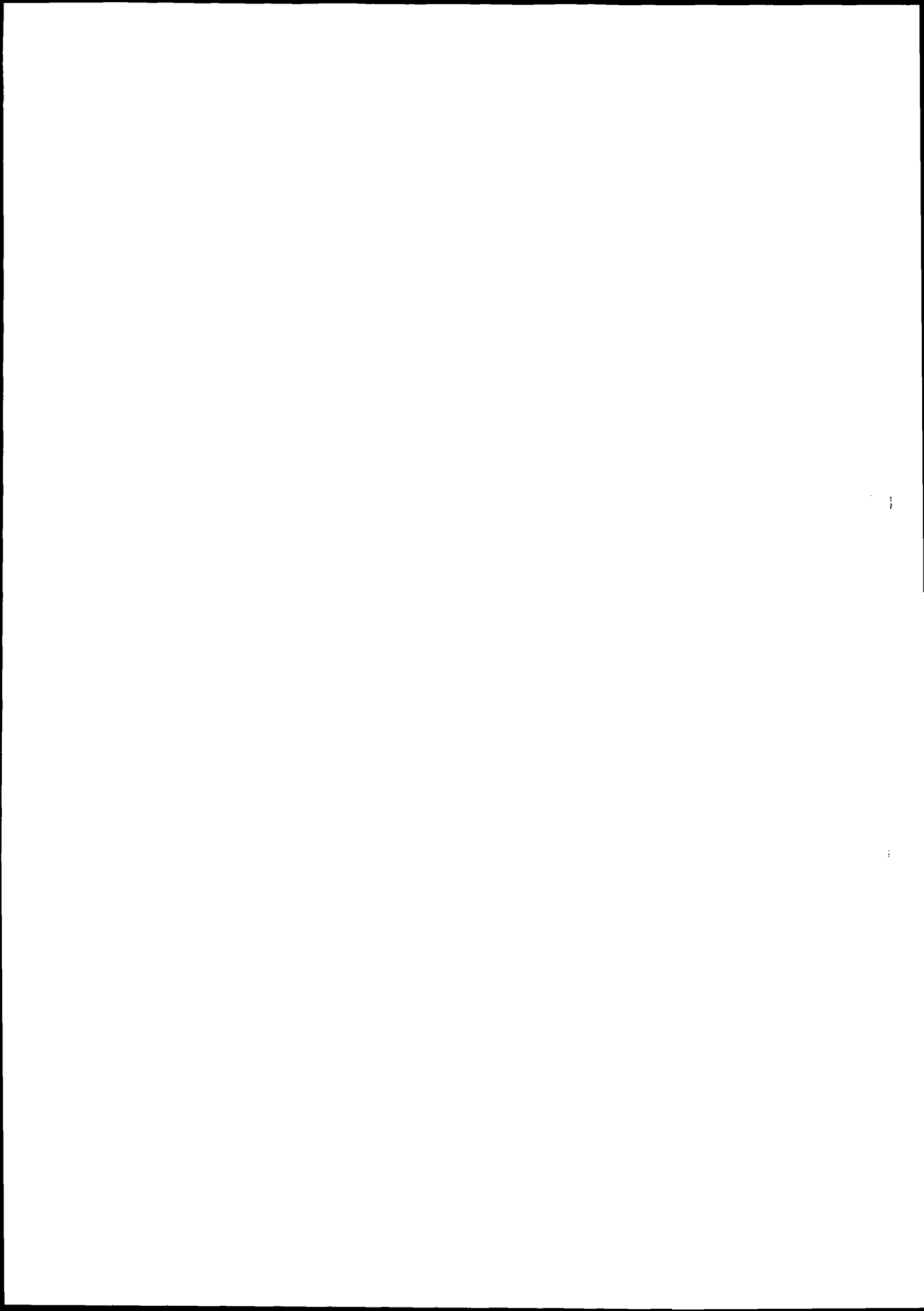
Skulle en interesseret læser ønske noget uddybet er dette naturligvis muligt, da vi ligger inde med ca. en kvart kubikmeter tal og diagrammer med et utal korrelationsmuligheder.

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 alkoholafhængende, 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.

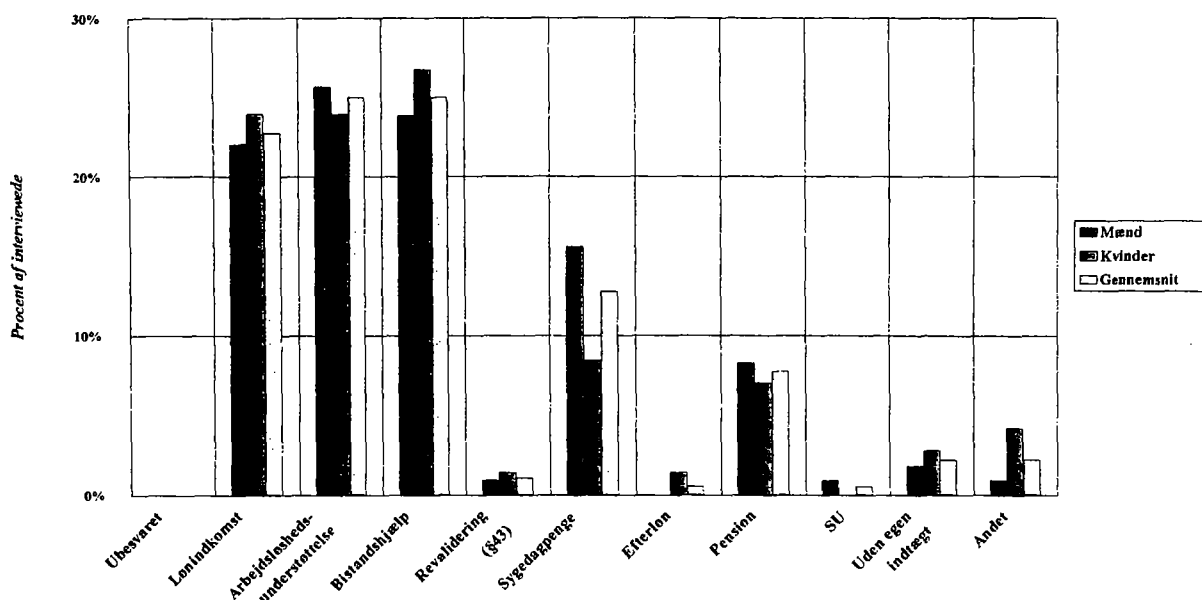
De 13 %, der får sygedagpenge ved visitationen, dækker både over brugere, der er i arbejde og brugere på bistandshjælp.

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.

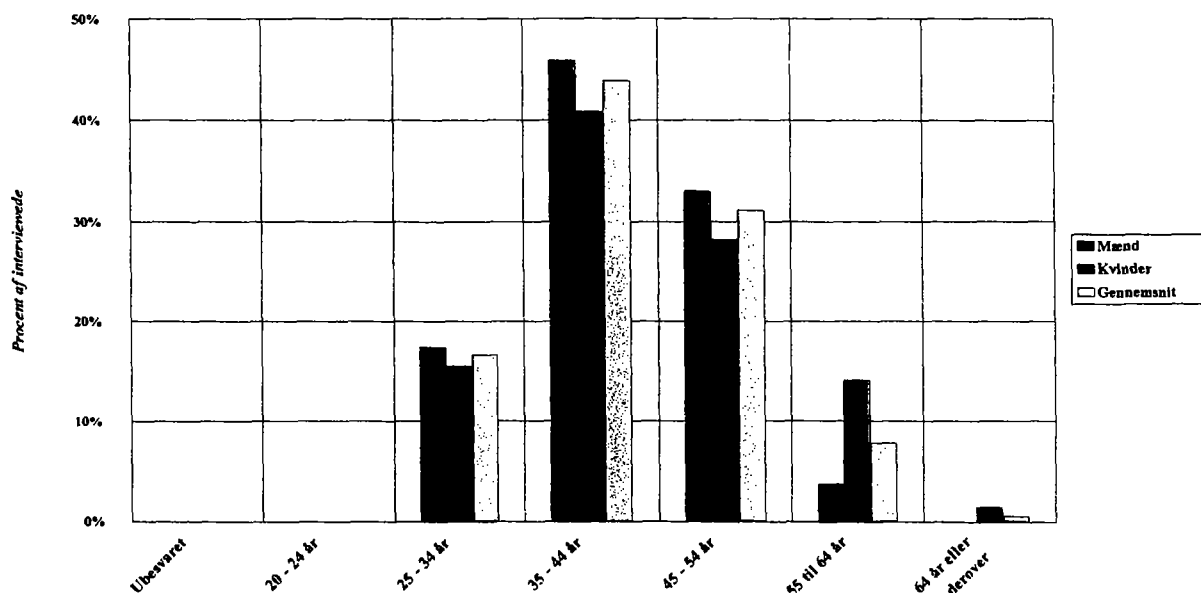
2.4 Køn og alder

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 (Behandlingsjernet).

Diagram 2 - alder

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

1. interview spørgsmål 2 - Alder ?
Gennemsnit



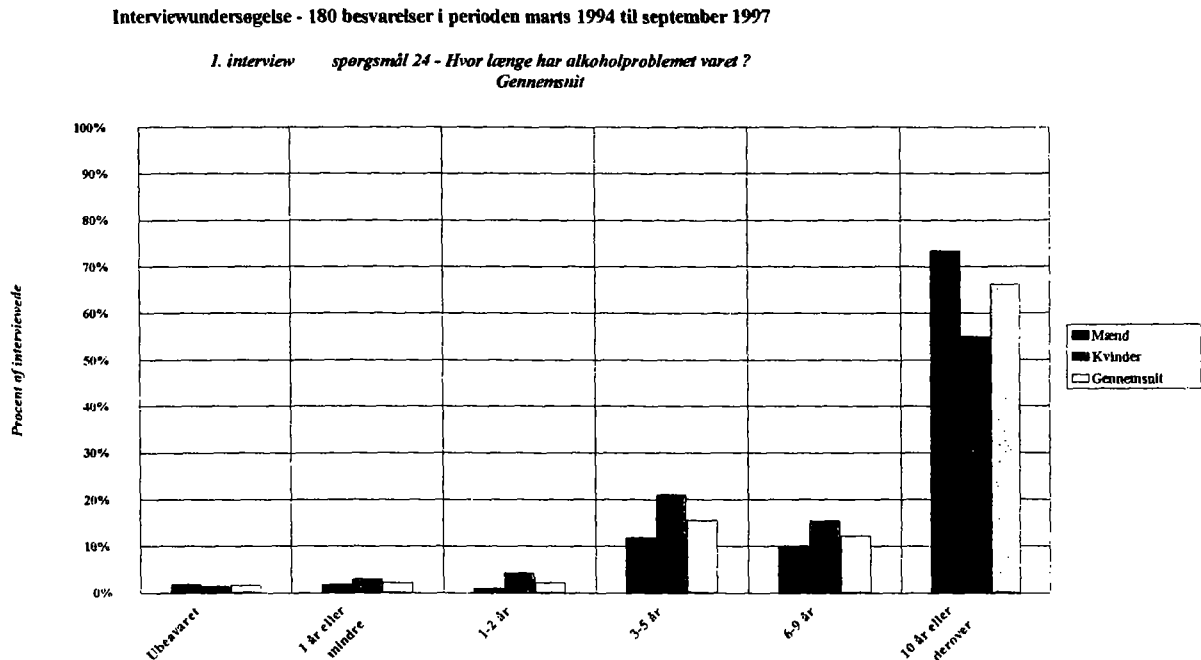
2.5 Misbrugets varighed og tidligere behandling

Som det ses af det næste diagram (3), har de fleste en lang alkoholmisbrugskarriere bag sig, inden de søger intensiv behandling, hvilket kan være en medvirkende årsag til, at gennemsnitsalderen for vore brugere er så forholdsvis høj.

Vi vil i diagram 4 vise, hvor mange af brugerne der er i behandling første gang.

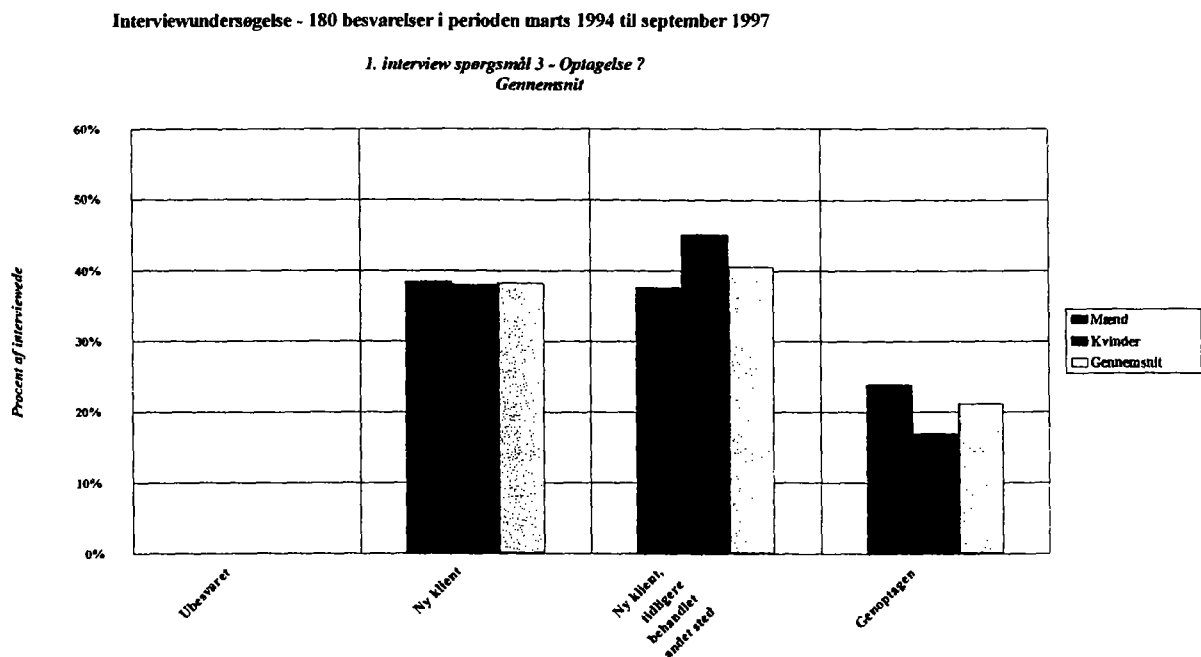
66 % har et misbrug, der rækker mere end 10 år tilbage i tiden.

Diagram 3 - hvor længe har alkoholproblemet været



Her synes det, som kvinder har et korterevarende misbrug, inden de søger vores behandling end mænd. Det kan skyldes, at mændene har søgt anden behandling før i større omfang end kvinderne, men det afklares i diagram 4.

Diagram 4 - tidligere behandlet



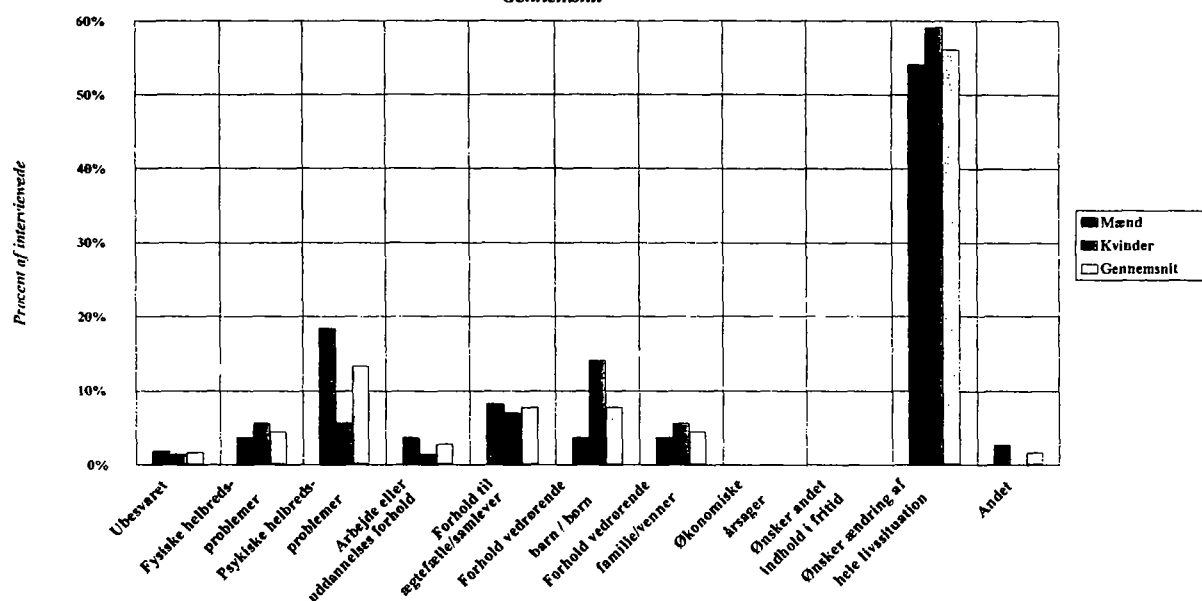
Her ses, at 38 % ikke tidligere har været i behandling for et alkoholmisbrug. 41 % har været i behandling udenfor vort system tidligere. Det kan være hos egen læge eller f. eks. behandling efter Minnesota-modellen. 21 % har tidligere været i vores system, hvor den største del har ønsket ambulans behandling, har stoppet behandlingen og derefter erfaret, at dette ikke var tilstrækkeligt til at få bugt med misbruget. Det skal bemærkes, at der er procentvis ca. lige mange mænd og kvinder der er i førstegangsbehandling, hvilket relateret til diagram 2 indikerer, at kvinder søger behandling tidligere i misbrugsforløbet end mænd.

2.6 Årsag til at søge behandling

Diagram 5 - årsag til at søge behandling

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

1. interview spørgsmål 5
Hvad vil du angive som vigtigste årsag til, at du ønsker at standse eller mindske dit alkoholforbrug?
Gennemsnit



Diagrammet viser, at 56 % af vore brugere angiver, at de ønsker en ændring af hele deres livssituation, hvilket antyder, at et langvarigt alkoholmisbrug har indvirkning på hele livssituationen.

Der er stor kønsforskel i angivelsen af psykiske problemer som vigtigste årsag til at søge behandling, idet 18 % af mændene, mens kun 6 % af kvinderne noterer det.

Det skal samtidig bemærkes, at der ikke er væsentlige kønsforskelle i angivelser af psykiske gener, bortset fra at mændene signifikant oftere angiver at have hukommelses- og koncentrationsproblemer.

Endvidere angiver 8 % forhold vedrørende børn og 8 % forhold til samlever/ægtefælle som vigtigste årsag til at søge behandling. Der er stor kønsforskel i forhold vedrørende børn, idet 14 % af kvinderne angiver, at dette var den vigtigste grund til at søge behandling, mens kun 4 % af mændene angiver dette.

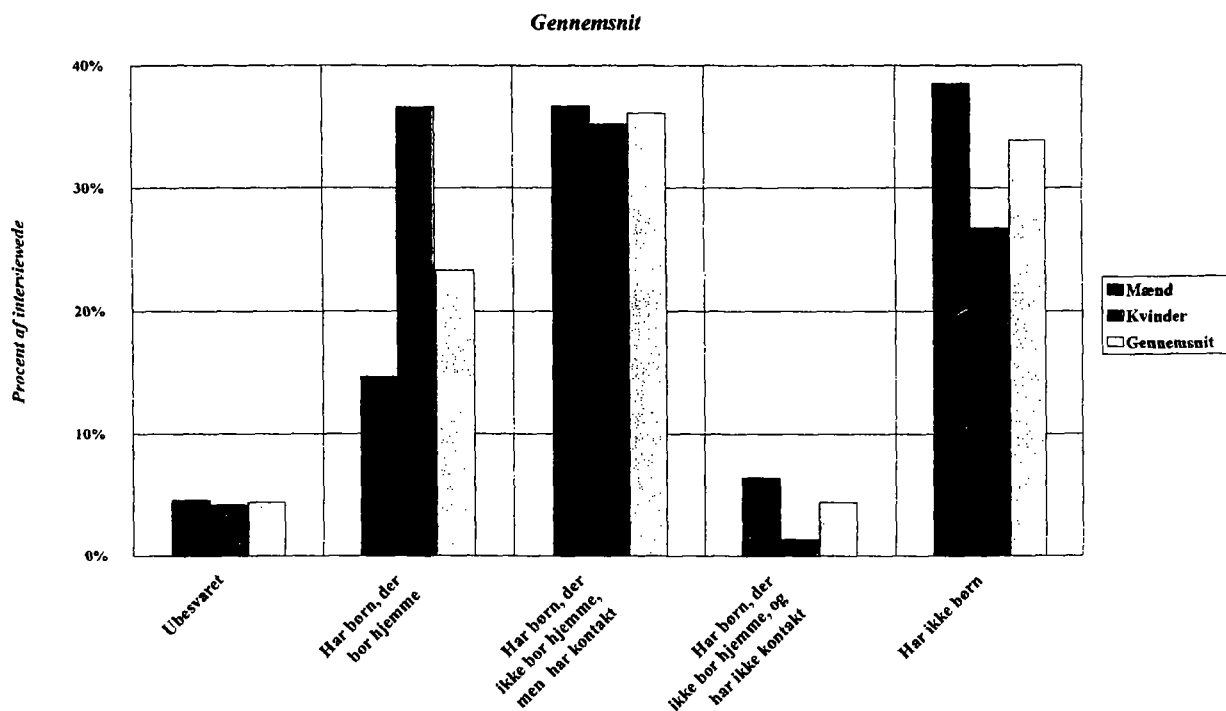
Ovenstående skal selvfølgelig relateres til hvor mange af vore brugere, der har børn og/eller samlever.

2.7 Børn under 18 år

Diagram 6 - børn

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

1. interview spørgsmål 23 - Har du børn under 18 år ?



63 % af vore brugere har børn under 18 år, hvoraf de 59 % har kontakt med børnene.

Ud af disse har de 23 % børnene boende i eget hjem. Ikke overraskende er andelen af kvinder langt højere end andelen af mænd, idet 37 % af kvinderne har hjemmeboende børn mod 15 % af mændene.

Sammenstillet med tallene fra diagram 5 ses det, at der er en forholdsvis større tendens blandt kvinder til at angive, at det er forhold vedrørende børn, der er vigtigste årsag til at søge behandling.

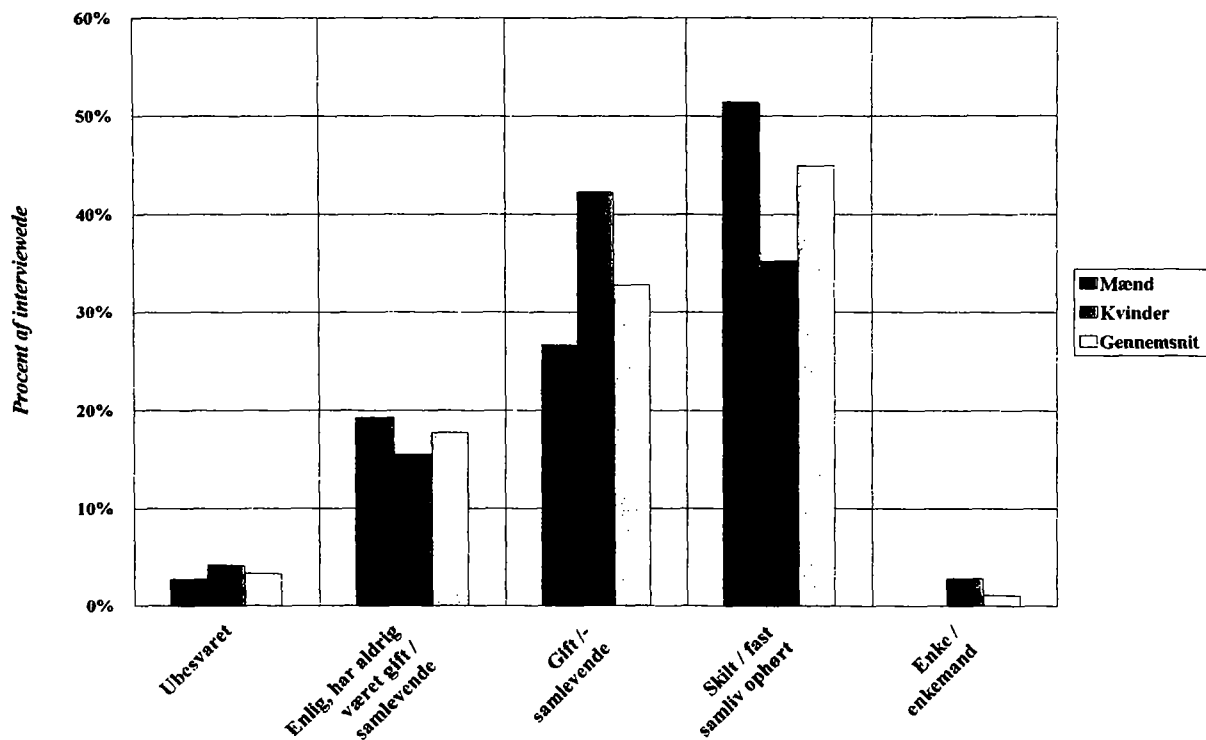
Disse tal viser også, at selvom alkoholproblemerne er langvarige og intensive, er der stadig en meget stor gruppe børn involveret i problematikkerne, enten i hverdagen, eller i forbindelse med samvær.

2.8 Samlivsforhold

Diagram 7 - samlivsforhold

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

1. interview spørgsmål 20 - Hvordan er dit nuværende samlivsforhold?
Gennemsnit



Her ses det, at 33 % af vore brugere har et samliv. Igen er andelen af kvinder væsentlig højere, 42 % mod mændenes 27 %.

Sammenholdt med tallene fra diagram 5 viser dette, at mændene i vores undersøgelse oftere end kvinderne angiver forhold i forbindelse med partner, som vigtigste grund til at søge behandling.

2.9 Alkoholproblemer i familien

På spørgsmålet "Er der nogen i din nærmeste familie, der har et problematisk forhold til alkohol" svarer 61 % ja. Der er ikke forskel mellem svarene fra mandlige og kvindelige brugere.

Dette viser, at størsteparten af vore brugere oplever, at der er en eller anden grad af alkoholproblem udover deres eget i familien.

I dette tilfælde er "nærmeste familie" ikke fast defineret, men tallene tyder på, at der er en genetisk eller social disposition for at "arve" alkoholproblemer.

Dette ligger helt i forlængelse af andre undersøgelser.

2.10 Alkoholmisbrugets karakter

91 % af vore brugere af det intensive behandlingssystem bliver af en psykiatrisk speciallæge diagnosticerede som alkoholafhængige.

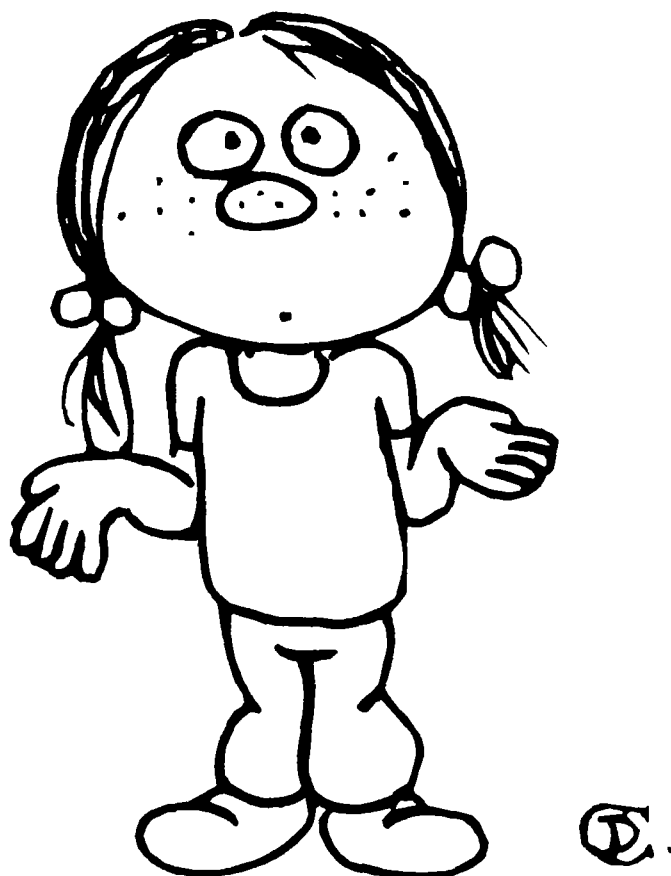
2.11 Sammenfatning

Vi kan konkludere, at størsteparten af vore brugere har et langvarigt og seriøst alkoholproblem at bearbejde, når de søger behandling hos os.

Over 60 % har en direkte eller ikke så fjern tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette skal sammenholdes med at mange, især mænd søger behandling kort efter, at de bliver fyret fra arbejdet pga. alkoholproblemer.

Senere vil vi vise en opgørelse over, hvorledes arbejdssituationen udvikler sig efter behandling.

Størsteparten har kontakt til/ansvar for egne børn, hvilket må give overvejelser om, på hvilken måde disse børn kan støttes. Især i lyset af, at børn af forældre med et alkoholproblem har en forstørret risiko for senere selv at udvikle et alkoholproblem.



3 Behandlingssystemet på Blå Kors Behandlingshjem og Ambulatorium i Taastrup

3.1 Institutionen

BKT er normeret til at have 25 brugere i intensiv behandling. Vi har 18 enkeltværelser og dermed 7 dagpladser, hvor brugere på dagplads får samme daglige behandling som de indlagte, dog sover de hjemme.

Derudover har vi omkring 90 (x 2) besøg af ambulante brugere mandag og torsdag fra kl. 15.30 til 19.00, hvor ambulatoriet har åbent. (Dette tal varierer fra år til år).

Mandag og torsdag fra 19.00 til 21.00 er der gruppeterapi for nogle af disse.

Derudover kommer en del ambulante brugere i løbet af ugen til forskellige tilbud, f. eks. individuel psykoterapi.

Vi har 3 gruppelokaler, 4 kontorlokaler, en reception, et medicinrum, et venteværelse/café til de ambulante brugere, et lille motionsrum, et rum til de frivillige medarbejdere, et miniværksted, et medarbejderrum samt tekøkken, opholdsstue og fjernsynsrum til beboerne.

Vi er 18 medarbejdere, hvoraf de 12 er behandlere, 2 administrative medarbejdere, 2 i køkkenet og 2 i ledelsen. Derudover har vi 2 i puljejob og ca. 20 frivillige medarbejdere, der tager sig af praktiske opgaver (have, rengøring, håndværk etc), lettere administration, telefonpasning, informations- og undervisningsopgaver, modtagelse af ambulante brugere (ikke visitationssamtaler) og EDB-arbejde.

Alle behandlingsmedarbejderne beskæftiger sig med både intensiv- og ambulante behandling.

3.2 Pårørendearbejde

Vi er bevidste om, at der er et stort behov for støtte blandt pårørende til alkoholmisbrugere, specielt børn og partnere.

Vi vil gerne kunne tilbyde disse grupper nogle flere relevante støttemuligheder, men det ville selvfølgelig betyde, at vi måtte tage ressourcer fra arbejdet med misbrugerne. Da vi har en belægningsprocent på ca. 100, og for det meste venteliste til intensiv behandling, har vi besluttet at bruge flest mulige ressourcer på at få alkoholmisbrugerne til at vælge at blive afholdende.

Så med mindre vi tilføres ressourcer specielt rettet til de pårørende, kan vi ikke tilbyde mere end det nedenfor skitserede.

Vi har fire gange årligt tre-dages pårørendekurser, hvor den sædvanlige behandling indstilles, og brugere og pårørende arbejder sammen.

Disse kurser åbenbarer altid et stort behov for mere viden og evt. støtte fra en del pårørende, som vi ikke altid kan opfylde.

Dog har vi i tre år haft den mulighed at henvise til et projekt, PAM, der er målrettet til at tage sig af pårørendes behov.

Dette har vi selvfølgelig været taknemmelige for, men det er uvist, om projektet videreføres i år 2000.

Derudover har vi i mindre grad mulighed for at tilbyde parterapi og -samtaler, når det skønnes meget oplagt for behandlingens succes, samt begrænset mulighed for familiesamtaler.

3.3 Behandlingsudvikling

Idet vi konstant indsamler evalueringsresultater, har vi muligheden for løbende at følge behandlingseffekten, og dermed kvaliteten af vort arbejde. Dette medfører selvfølgelig, at vi indfører ændringer og justeringer i behandlingstiltagenes sammensætning, for at afsøge mulighederne for at opnå endnu bedre resultater.

Disse ændringer fremgår senere.

3.4 Behandlingssammenhængen

3.4.1 Menneskesyn

Som Blå Kors institution tager vores menneskesyn udgangspunkt i den kristne tro, hvilket konkret giver sig udslag i, at vi gør meget ud af at alle behandler hinanden med respekt. Vi prøver så vidt muligt også at udvise næstekærlighed.

3.4.2 Udgangspunkt for behandling af alkoholafhængighed

Da stort set alle vore brugere af den intensive behandling (91%) har et afhængighedsforhold til alkohol, arbejder vi målrettet på at motivere til total afholdenhed. Vores erfaringer peger mod, at det er uhyre svært at få et kontrolleret forhold til alkohol, når først man har udviklet afhængighed. (Hvorimod det ikke er umuligt for storforbrugere af alkohol).

Da et langvarigt og ofte intensivt alkoholmisbrug indvirker på hele menneskets tilværelse, sætter vi bredt ind med støtte.

Vores behandlingssystemer hviler derfor på fire grundpiller.

Vi arbejder med psykisk, fysisk og social genopretning og udvikling samt med støtte og evt. vejledning i åndelige spørgsmål.

Denne behandlingssammenhæng er ens for de fire behandlingsmodeller, der ligger til grund for differentieringen.

3.4.3 Psykisk genopretning og udvikling

Ved at brugerne arbejder psykisk, opnår de større selvindsigt, får mere styrke til at overkomme alkoholproblemet og ofte også mere mod på livets generelle udfordringer og muligheder.

Alle brugere, der ønsker intensiv behandling, tilknyttes en gruppe, hvor der bl. a. arbejdes psykoterapeutisk.

Gruppen er typisk på 8 brugere og to psykoterapeuter. De samles to dage ugentligt, formiddag og eftermiddag.

Mange får endvidere tilbudt individuel psykoterapi eller støttende samtaler, hvis en del af deres problematik ikke er egnet til gruppearbejde.

I forlængelse af afspændingsøvelser arbejder vi med mental træning en time ugentligt.

Mental træning kan f. eks. have til formål at øge selvværdet, eller brugeren kan visualisere situationer, hvor den enkelte erfaringsmæssigt ved, at der er stor risiko for at få trang til at drikke alkohol. I visualiseringen "afprøves" så alternative strategier til at klare situationen.

Disse alternative strategier er selvfølgelig individuelle, og forinden beskrevet af den enkelte i gruppen. Desuden tilbydes som før omtalt i mindre omfang parterapi.

3.4.4 Fysisk genopretning og udvikling

Alle hverdage er der minimum en times motion, overordnet fordi god fysik har en tendens til at øge muligheden for at arbejde psykisk.

Det består af gang/løb, som har den fordel, at brugeren umiddelbart kan fortsætte den gode vane efter behandlingens ophør. Cirkeltræning - hvor alle kroppens hovedgrupper af muskler aktiveres. Boldspil - hvor motion og social leg blandes. Samt svømning og styrketræning.

Vi arbejder med fysisk/psykisk afspænding ud fra en erfaring for, at alkoholikere ofte drikker for at få ro. Ved afspændingsøvelser tilføres de redskaber til at opnå ro uden tilsætning af alkohol.

Som noget nyt, som ikke er med i resultaterne i denne rapport, har vi en gang ugentligt indført øvelser, der skal give øget kropsbevidsthed. Tidligere lå dette arbejde i de enkelte grupper, når det forekom relevant, men vi opprioriterer det nu, ud fra en betragtning om, at da langvarig, overdreven alkoholindtagelse skader kroppen, har de fleste alkoholikere en tendens til at undertrykke kroppens signaler.

Endvidere har vi en formodning om, at denne slags fysisk træning vil tiltale specielt kvinder.

Ved at dyrke motion, afspænding og øge kropsbevidstheden skal brugeren gerne få en oplevelse af, at kroppen rummer mange muligheder og behagelige fornemmelser.

3.4.5 Social genopretning og udvikling

Et alkoholproblem vil næsten altid medføre svigt af aftaler, rod i økonomien og ustabilitet i forhold til venner og familie. Derfor har de fleste alkoholikere brug for at arbejde meget med sig selv som socialt væsen.

Ved konkrete sociale problemer tilbydes samarbejde med en af vores socialrådgivere.

Derudover tages mange sociale problemer, såsom utilstrækkelig kontakt med børnene, partnerens oplevelse af svigt og dermed manglende tillid etc. op til bearbejdelse i grupperne.

Men virkelig meget af det sociale arbejde foregår mellem brugerne i fritiden, hvor de selvfølgelig udveksler erfaringer og støtter hinanden.

Som tidligere nævnt gør vi meget ud af at atmosfæren præges af gensidig respekt, og dermed gøder grunden for, at man kan have udbytterige samtaler på kryds og tværs af grupper, alder, køn, tro og nationalitet.

3.4.6 Åndelighed

De fleste mennesker er i større eller mindre grad optaget af åndelige værdier.

Nogle alkoholmisbrugere oplever, at de via deres misbrug svigter de idealer, de gerne vil leve op til.

Vi har derfor et stående tilbud om samtaler om åndelige værdier.

Hvis brugeren er troende kristen, og har et problem med sit forhold til Gud, er der også mulighed for sjælesorgsamtaler, idet et par af vores medarbejdere har erfaringer med dette område.

I hverdagen starter alle vore morgenmøder med, at en medarbejder læser og eventuelt kommenterer en tekst med et åndeligt emne. Teksten vil oftest tage udgangspunkt i den kristne tro, eller den kan være religiøst neutral.

Ved måltiderne samles alle, hvorefter vi typisk takker for livet, maden og samværet med hinanden, inden vi går igang.

Vi tror på, at det er godt i hverdagen at sætte tingene i større perspektiv.

3.4.7 Gennemgående behandlingsstrategier

Som tidligere nævnt arbejder vi målrettet på at motivere alle i intensiv behandling til total afholdenhed, idet det er langt nemmere at administrere at undlade at indtage alkohol end at skulle administrere at indtage en smule en gang imellem. Forsøg med kontrolleret indtagelse af alkohol vil for vores gruppe oftest medføre kontroltab og tilbagefald.

Det er dog i sidste ende den enkelte bruger, der beslutter sig for total afholdenhed eller forsøg med kontrolleret indtagelse af alkohol efter intensiv behandling. Vi opmuntrer bare ikke til det sidste, selvom vi selvfølgelig støtter brugerne, når de kommer igen efter et kortere eller længere tilbagefald. Tilbagefald i forbindelse med forsøg på kontrolleret drikning vil ofte også på længere sigt kunne føre til en beslutning om total afholdenhed.

I alle grupper arbejder vi også med, at den enkelte bruger skal beskrive de situationer, hvor der er/var størst risiko for at begynde ukontrolleret alkoholindtagelse. Disse beskrivelser giver blandt andet stof til at arbejde med, hvad den enkelte generelt skal lære at kunne uden tilsætning af alkohol (f. eks. at have det rart i større sociale sammenhænge), samt et katalog over situationer, hvor brugeren skal indarbejde nogle alternative løsningsstrategier.

3.4.8 Differentiering

Vi har fire forskellige grundbehandlingsmodeller.

Brugerne visiteres til de forskellige modeller via et spørgeskema og det personlige interview i visitationssamtalen. Det skal bemærkes, at resultatet fra spørgeskemaet er vejledende. Den endelige visitation til en bestemt gruppe sker på en konference, hvor alt behandlingspersonalet er til stede. Af og til er der argumentation for, at en bruger kommer i en anden gruppe end visitationsskemaet pegede på. Det kan f. eks. være, at det vurderes, at brugeren har brug for længere intensiv behandling end skemaet viser.

De to parametre, der differentieres efter, er ressourceniveau og kontrolorientering.

3.4.8.1 Ressourceniveau

Dette måles ud fra faktorer, vi mener har betydning for behandlingen:

Skoleuddannelse.

Erhvervsuddannelse.

Forsørgelsesgrundlag.

Fritidsaktiviteter.

Handlemåde i et par konkrete skitserede situationer.

Psykisk helbred.

Fysisk helbred, her tæller kun skavanker, der med stor sikkerhed kan henføres til alkoholindtagelse, og som herved siger noget om kroppens belastning af selve misbruget, såsom leverskader, åreknuder på spiserøret og betændelse i bugspytkirtlen.

Overordnet er ressourceniveauet afgørende for den intensive behandlings længde, for undervisningens og rådgivningens kompleksitet, og for om psykoterapien primært skal være støttende, eller om den også med fordel kan være afdækkende og konfronterende.

3.4.8.2 Kontrolorientering

Dette begreb dækker over, om brugeren overordnet er indre eller ydre styret. Dette kan meget forenklet udtrykkes således:

En stærkt indre styret person mener at have stor indflydelse på eget liv og tager ansvaret for eventuelle fejl.

Denne navigerer i forhold til egen moral og lyst og har svært ved at modtage råd og vejledning fra andre.

En stærkt ydre styret person mener at meget i livet er styret af tilfældigheder/chance/skæbnen og har tendens til at fralægge sig ansvaret .

Denne navigerer i forhold til normer og regler og kan med udbytte lytte til andres erfaringer.

Kontrolorienteringen måles ud fra følgende:

Er brugeren henvist eller mødt på eget initiativ.

Hvorledes ser brugeren egen indflydelse på behandlingen.

Samt valgene mellem forskellige udsagn, som parvis er typiske repræsentanter for indre- og ydre styret tankegang.

Overordnet har kontrolorienteringen betydning for valget af pædagogik i grupperne, idet gruppeledere for indre styrede nærmest skal underspille autoriteten, mens man for de ydre styrede grupper godt må komme med direkte råd og vejledning. Dermed har det også betydning for valget af psykoterapeutisk retning.

Endvidere indvirker kontrolorienteringen på længden af den intensive behandling, idet vi bruger ekstra tid på at få de ydre styrede til at tage ansvaret for deres alkoholmisbrug.

Vi vil nu kort skitsere forskellene i de fire grundgrupper.

3.4.8.3 Gruppe 1 - Ydre styrede med mange ressourcer

Intensiv behandling: 2 måneders indlæggelse og 1 måned som dagbruger.

Psykoterapi: Udgangspunkt i gestaltterapi med inddragelse af elementer fra Kempler og Lowen (krop - psyke - dynamik).

Først støttende, siden konfronterende og afdækkende psykoterapi, hvor der især lægges vægt på sammenhængen mellem personligt liv - misbrug - familie, især inddrages problematikkerne med børn i misbrugsfamilier.

Efterbehandling: Ambulant aftengruppe en gang ugentligt.

Derudover inviteres "gamle" færdigbehandlede brugere sammen med brugere i intensiv behandling til fællesmøde hver anden måned. Det virker effektivt, når de "nye" kan opleve "gamle" fortælle, at de har haft tilsvarende store alkoholproblemer og nu er afholdende gennem et antal år, og hvad det betyder for deres liv.

3.4.8.4 Gruppe 2 - Ydre styrede med få ressourcer

Intensiv behandling: 5 måneders indlæggelse og 1 måned som dagbruger.

Psykoterapi: Ingen fast retning, men elementer fra gestaltterapi, Kempler, tegneterapi og

psykodynamisk forståelse.

Det sidste års tid har vi opprioriteret det krop-psyke-dynamiske arbejde som nyt tiltag, ud fra en betragtning om, at et afdækkende arbejde her skal foregå på en ikke-intellektuel måde.

Arbejdet i gruppen er altovervejende støttende, men kan også være afdækkende, når det findes relevant.

I denne gruppe arbejdes der meget med gruppeidentiteten, og individets plads i større systemer. Derfor tager gruppen flere gange månedligt på ture ud af huset, for at styrke sammenholdet og øge den enkeltes oplevelse af at kunne overkomme nye udfordringer.

Arbejdet med selvkompetancen er centralt i denne gruppe.

Efterbehandling: Der er mulighed for at følge en ambulante eftergruppe hveranden lørdag. Derudover opfordres alle til at følge elementer af den ambulante behandling efter samtaler med gruppelederne.

3.4.8.5 Gruppe 3 - Indre styrede med få ressourcer

Intensiv behandling: 3 måneders indlæggelse og 1 måned som dagbruger.

For nylig har vi ændret det til 2 måneders indlæggelse og 2 måneder som dagbruger, idet vi ønskede at opprioritere arbejdet med at brugeren integrerer de tilegnede teknikker og tankegange i sit liv, også efter behandling.

Psykoterapi: Psykodynamisk med elementer af gestaltterapi og krop-psyke-dynamik.

Det sidste halve års tid er hovedvægten skiftet til løsningsfocuseret psykoterapi inspireret af Insoo Kim Berg og Steve de Shazer, idet vi vurderede, at det ville være godt for denne gruppe at arbejde mere konkret med problemstillingerne.

Samtidig tilbydes alle i denne gruppe individuelle samtaleforløb med deres psykoterapeuter, sideløbende med arbejdet i gruppen, idet vores erfaring har været, at brugerne her vurderer gruppearbejdet lavere end de andre grupper.

Også i denne gruppe har det støttende arbejde stor vægt. Endvidere har mange her behov for at arbejde med egen funktion i sociale sammenhænge, og som i gruppe 2 arbejdes der her med sociale arrangementer.

En typisk problemstilling er skiftevis selv-overvurdering og -undervurdering.

Efterbehandling: En gang ugentligt er der en ambulante efterbehandlingsgruppe. Derudover tilrettelægges individuelle forløb som for gruppe 2.

3.4.8.6 Gruppe 4 - Indre styrede og mange ressourcer

Intensiv behandling: 5 uger som dagbrugere.

Psykoterapi: Psykodynamisk med elementer af krop-psyke-dynamik.

Vi vil oftest arbejde afdækkende og konfronterende.

Behandlingen er blandt andet tilrettelagt efter, at de fleste i denne gruppe har erhvervsarbejde.

Der arbejdes her meget med intellektuel holdningsbearbejdelse via oplæg og diskussioner. Specielt rettet mod muligheden af at fortrænge virkningerne af alkoholindtagelsen, idet brugerne har en udpræget tendens til kun (på længere sigt) at huske de positive aspekter ved alkoholen. Dette gør, at det er nemmere at gå igang med at drikke igen.

Når drikkelysten kombineres med deres overvejende dårlige erfaringer med alkoholindtagelse, er det sværere at give sig lov til at følge den umiddelbare lyst.

Vi kan tale om fortrængningens forudsætning for muligheden for at vedligeholde et alkoholproblem.

Ud over de 5 ugers intensiv behandling, er en del af strukturen at gruppen samles en aften ugentligt i ca. 5 måneder med gruppeterapeuter, hvorefter gruppen samles hveranden uge i ca. 1,5 år uden gruppeterapeuter. Altså som selvhjælpsgruppe idet disse brugere på det tidspunkt har tilegnet sig redskaber til at støtte hinanden, samt at de har ressourcer og struktur der gør, at de kan være selvstyrende.

Efterbehandling: Denne ligger implicit i strukturen, men der er selvfølgelig mulighed for at følge relevante ambulante tilbud.

3.4.9 Ambulante tilbud

Den ambulante behandling består, udover det ovenfor beskrevne, i dele af vort system.

Individuelle samtaler/rådgivning/psykoterapi.

Parsamtaler/-terapi.

Familiesamtaler.

Motion.

Afspænding.

Styrketræning.

Mental træning.

Socialrådgivning.

Psykiatrisk konsultation.

Deltagelse i de sociale aktiviteter.

Derudover er alle vore frivillige medarbejdere tidligere brugere, der profiterer af et alkoholfrit miljø, samt muligheden af at udføre relevant arbejde.

3.4.10 Brugerindflydelse

Brugerne har som beskrevet stor indflydelse på deres eget behandlingstilbud.

Brugerne i intensiv behandling vælger repræsentanter til en styregruppe, der har eget budget og indflydelse på institutionens hverdag. (Men ikke på selve behandlingen).

Ca. en gang månedligt arrangerer brugerne selv en dags social aktivitet ud af huset.

Der er stor indflydelse i arbejdet i de enkelte grupper.

4 Behandlingsevaluering

Brugernes angivne oplevelse af behandlingsresultaterne.

I det følgende vil vi beskrive hvilke resultater brugerne har angivet på evalueringsskemaet, og vi vil sammenholde det overordnede resultat med undersøgelsen før differentieringen, samt angive sandsynlige konklusioner.

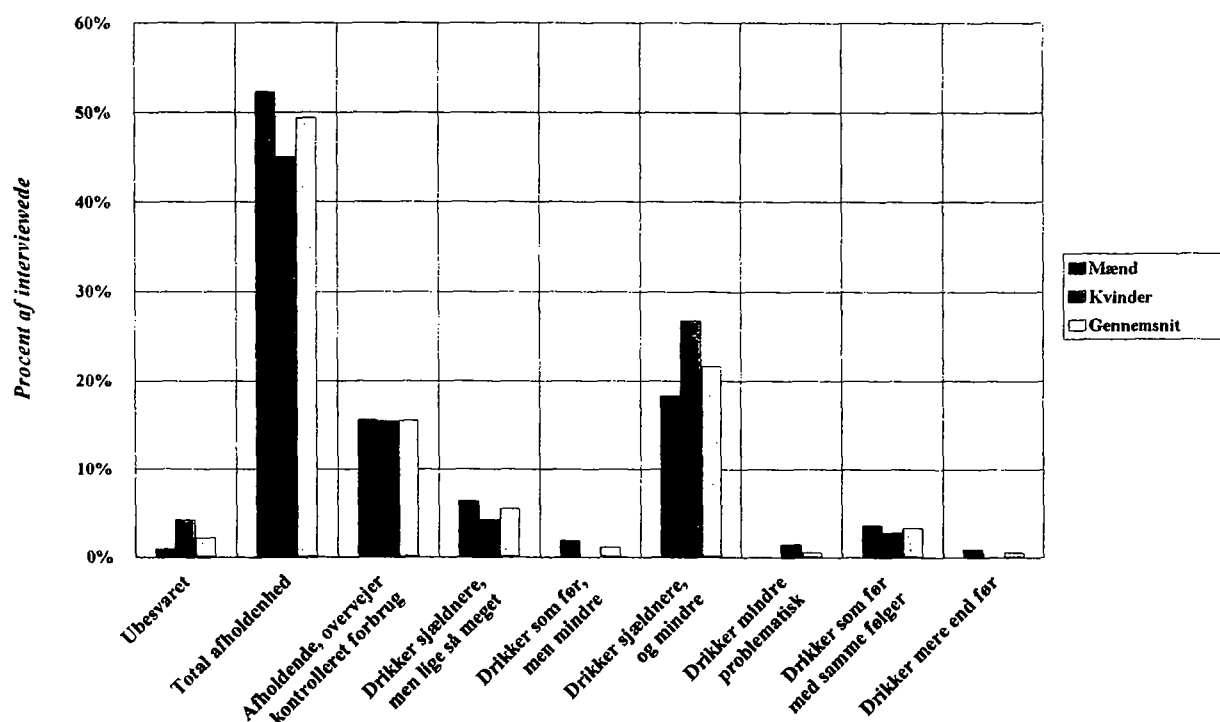
4.1 Alkoholindtagelse efter afslutning af intensiv behandling

Da vort behandlingssystem bygger på at motivere til total afholdenhed, er det mest spændende selvfølgelig, i hvor stor udstrækning det lykkes.

Diagram 8 - drikkestatus

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

Spørgsmål 1 - Hvad er din drikkestatus efter behandlingens start?
Gennemsnit

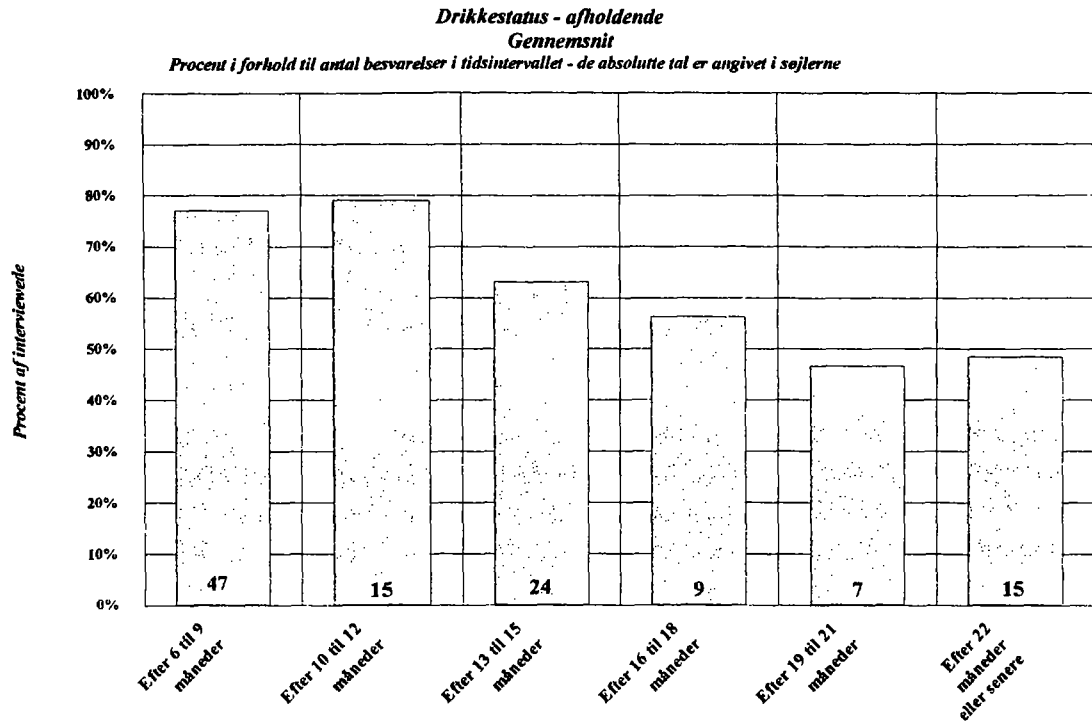


Her ses det, at i alt 65 % angiver at være afholdende efter intensiv behandling, samt at 22 % angiver at drikke både sjældnere og mindre hver gang.

I den gamle evaluering angav 59 % at være afholdende, samt 8 % at drikke sjældnere og mindre.

Men da spørgetidspunktet varierer meget i den nye evaluering, og gennemsnitsspørgetidspunktet i den gamle var 15 måneder efter behandlingsstart, må vi for sammenlignelighedens skyld se på svarene korreleret med svartidspunkt.

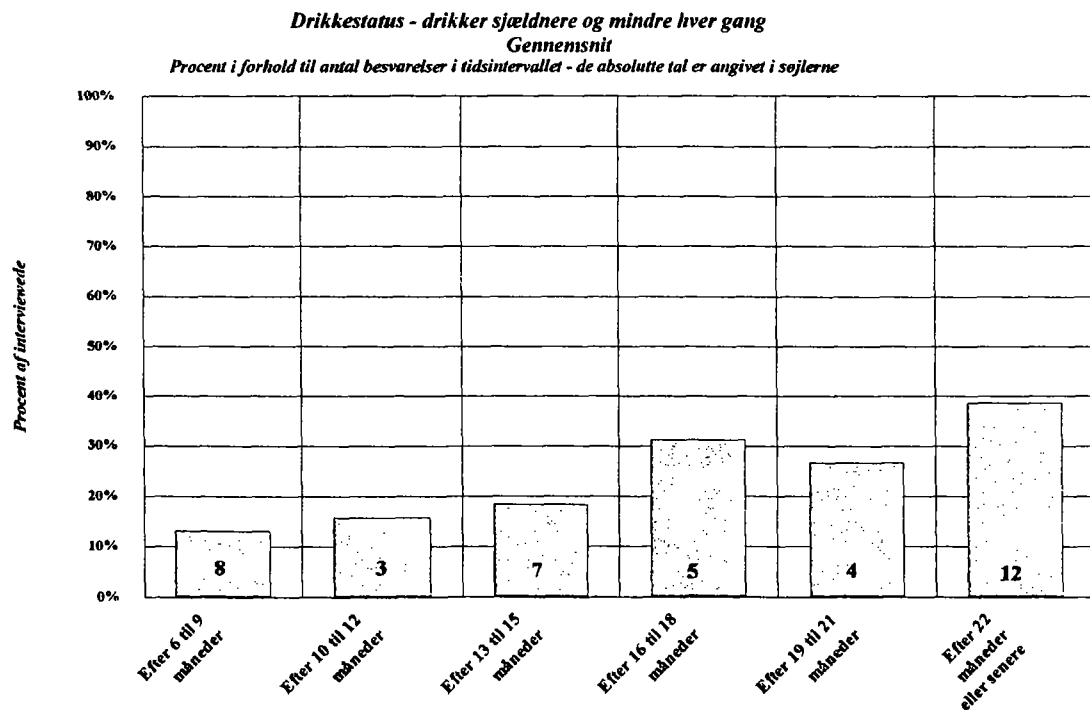
Diagram 9 - drikkestatus - afholdende - opdelt på svartidspunkt



Vi kan her se, at på sammenligneligt svartidspunkt angiver 63 % at være afholdende. 63 % sammenlignet med 59 % giver ingen signifikant forskel, det kan skyldes statistisk usikkerhed.

Derfor må vi se på det næste diagram over brugere der angiver at drikke både sjældnere og mindre hver gang.

Diagram 10 - drikkestatus - drikker sjældnere og mindre - opdelt på svartidspunkt



Her kan vi se, at på sammenligneligt tidspunkt svarer 18 % i den nye evaluering mod 8 % i den gamle. Dette er en signifikant forskel. Der er dog det problem at kun 7 personer svarer i

tidsrummet hvilket gør resultatet statistisk usikkert.

Men da tendensen i dette diagram er meget tydelig, sammenlignet med diagram 9, hvor vi kan se, at når vores brugere ikke længere er totalt afholdende, så får de ikke tilbagefald til det oprindelige alkoholproblem, men drikker både sjældnere og mindre, tillader vi os at konkludere, at vi har fået en effektøgelse efter differentieringen.

Vi kan også af diagram 9 se, at andelen af afholdende falder med tiden efter intensiv behandling. Dog tyder det på, at andelen stabiliserer sig på ca 47 %. Vores undersøgelse rækker ikke til helt håndfast at konkludere, at langtidseffekten af vort behandlingssystem er 47 % totalt afholdende, da vi så skulle spørge senere end vi har gjort, men en ekstrapolation af diagrammet tyder i den retning.

Det ses også af diagram 8, at mændene i større grad end kvinder angiver at være afholdende. Dette er i overensstemmelse med resultaterne fra de fleste andre behandlingssystemer, hvor man finder, at mænd profiterer mere af behandlingen end kvinder. Men det får os også til at overveje, hvilke tiltag vi kan indføre for at gøre vores behandlingssystem mere velegnet for kvinder.

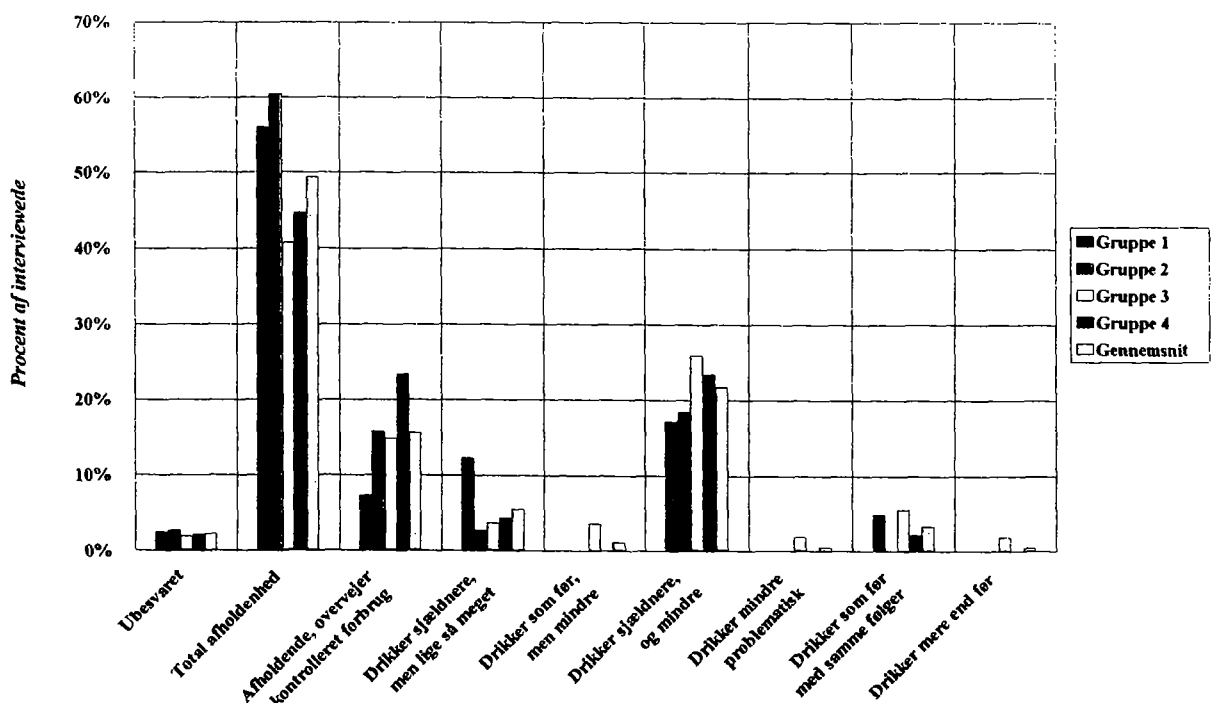
4.2 Alkoholindtagelse, delt op på grupper

Et andet stort spørgsmål var, om differentieringen ville medføre stor forskel i effekten af behandling for de forskellige grupper.

Diagram 11 - drikkestatus

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

Spørgsmål 1 - Hvad er din drikkestatus efter behandlingens start?



Overordnet er der ikke de helt store forskelle, men der er en tendens til, at gruppe 2 klarer sig bedre end gennemsnittet, mens gruppe 3 klarer sig lidt dårligere.

Da vi løbende har fulgt evalueringsresultaterne internt, har dette fået os til at foretage nogle justeringer for gruppe 3, som tidligere er beskrevet.

Fremtidig evaluering vil vise, om de nye tiltag er effektfulde.

4.3 Tilbagefald

For at kunne se, i hvilken grad de af vores brugere, der ikke er afholdende, er ramt af alkoholproblemet, spurgte vi til tilbagefald.

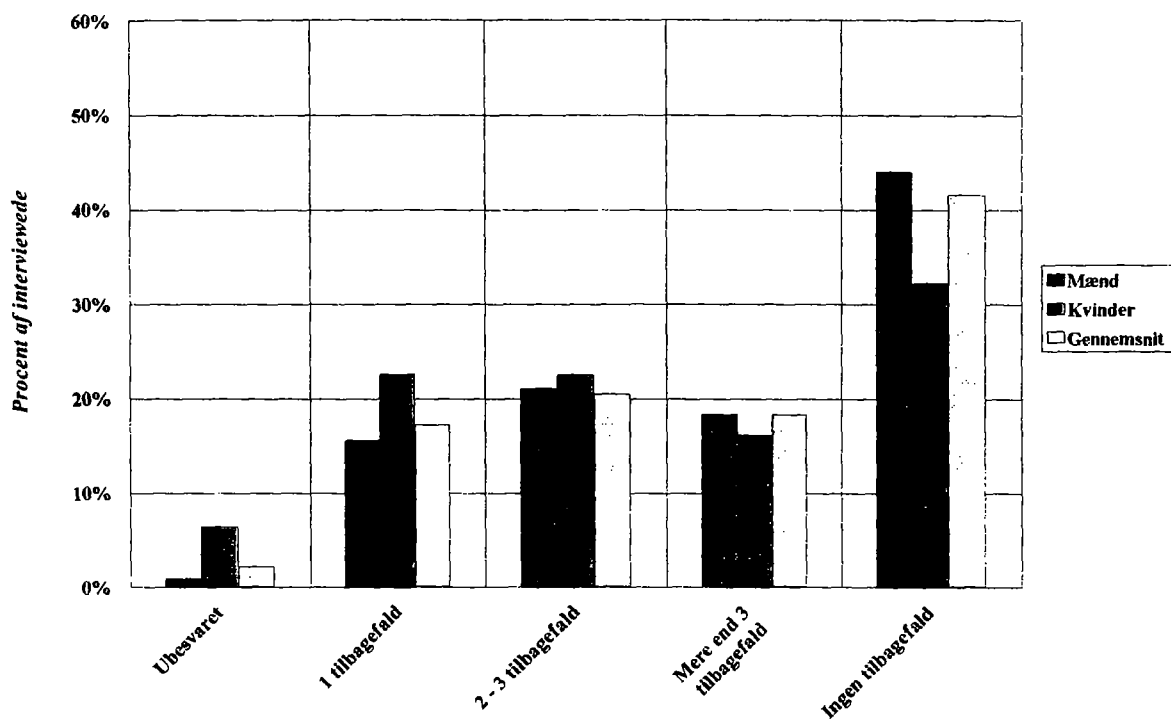
Det er her en svaghed ved undersøgelsen, at det ikke defineres om tilbagefald er indtagelse af en enkelt genstand eller heftig indtagelse med f. eks. kontroltab.

Diagram 12 - tilbagefald

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

Spørgsmål 2 - Har du haft tilbagefald efter endt behandling?

gennemsnit



Hvis man sammenligner med diagram 8, ses det, at der er færre brugere, der angiver ikke at have haft tilbagefald end de, der angiver at være afholdende.

Dette kan forklares med, at vi i behandlingen opererer med begrebet "terapeutisk tilbagefald". Dette henviser til, at da brugerne efter behandling oftest oplever at få styr på det meste af deres liv, er der nogle, der lige skal checke, om det nu også er rigtigt, at de stadig ikke kan styre alkoholen.

Når det så viser sig, at det kan de ikke, får de et tilbagefald, der overbeviser dem om, at det eneste holdbare er total afholdenhed.

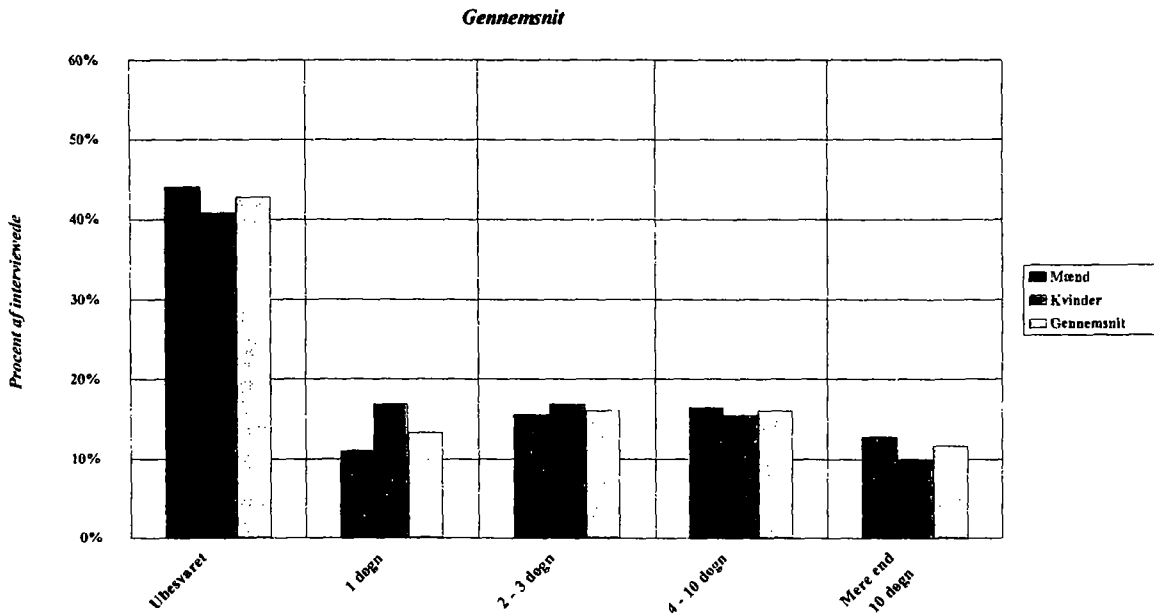
De opfatter sig derfor som afholdende, selvom de har haft et enkelt tilbagefald.

Det ses, at 18 % har haft mere end tre tilbagefald. Dette skal sammenholdes med varigheden af tilbagefald.

Diagram 13 - tilbagefalds varighed

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

Spørgsmål 3 - Hvis du har haft tilbagefald - hvilken varighed ?



Her ses det, at 16 % oplever lange tilbagefald på mellem 4 og 10 døgn.

Og 12 % oplever tilbagefald på over 10 døgn, så vi må konkludere, at 28 % af vore brugere oplever alvorlige tilbagefald i spørgeperioden efter behandling.

Dette skal sammenlignes med diagram 8, hvor 4 % angiver at drikke som før eller mere end før behandling.

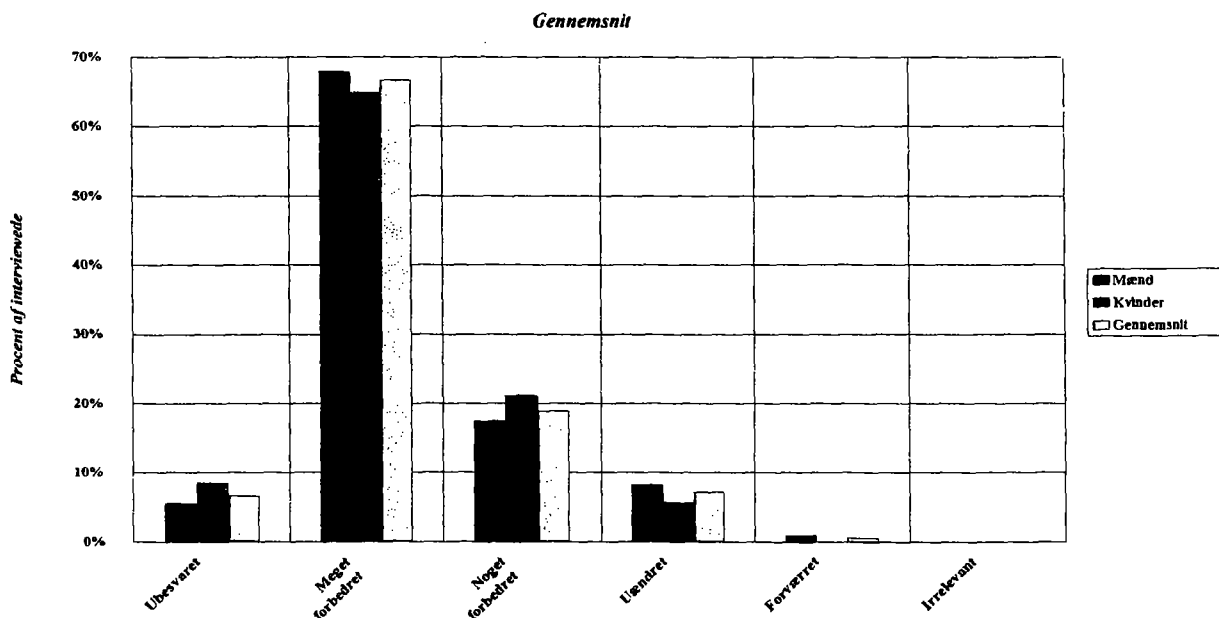
Så selvom 28 % har alvorlige tilbagefald, oplever de 24 % det som mindre end før behandling.

Denne tendens bekræftes af næste diagram, hvor vi har spurgt til deres forhold til alkohol efter behandling.

Diagram 14 - forholdet til alkohol

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

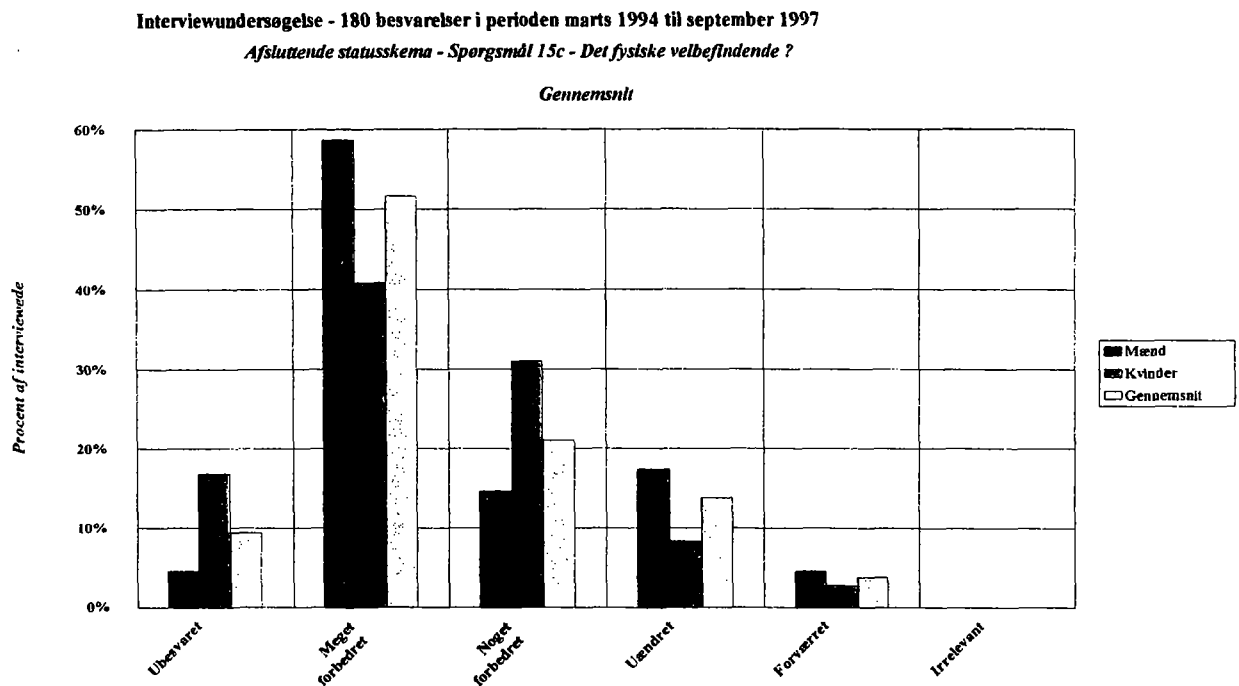
Afsluttende statusskema - Spørgsmål 15a - Forholdet til alkohol ?



4.4 Fysisk velbefindende

Da vi i vort behandlingssystem arbejder frem mod at brugerne skal opnå forbedringer i hele deres livssfære, har vi spurgt til en række områder, hvor vi her vil nævne de vigtigste.

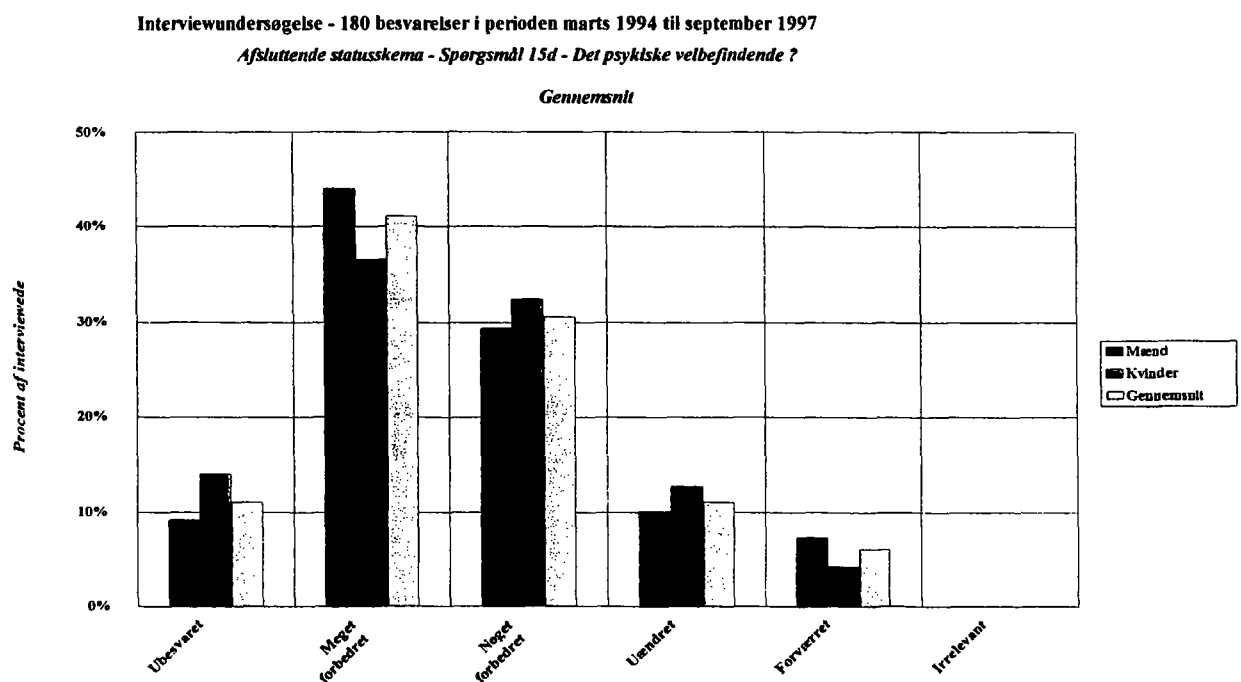
Diagram 15 - fysisk velbefindende



73 % oplever en forbedring af deres fysiske velbefindende. Vi vil gerne øge denne procentandel ved at indføre tiltag der er mere tiltalende for kvinder, såsom øvelser der skal øge kropsbevidstheden.

4.5 Psykisk velbefindende

Diagram 16 - psykisk velbefindende



72 % angiver at det psykiske velbefindende er forbedret efter behandling.

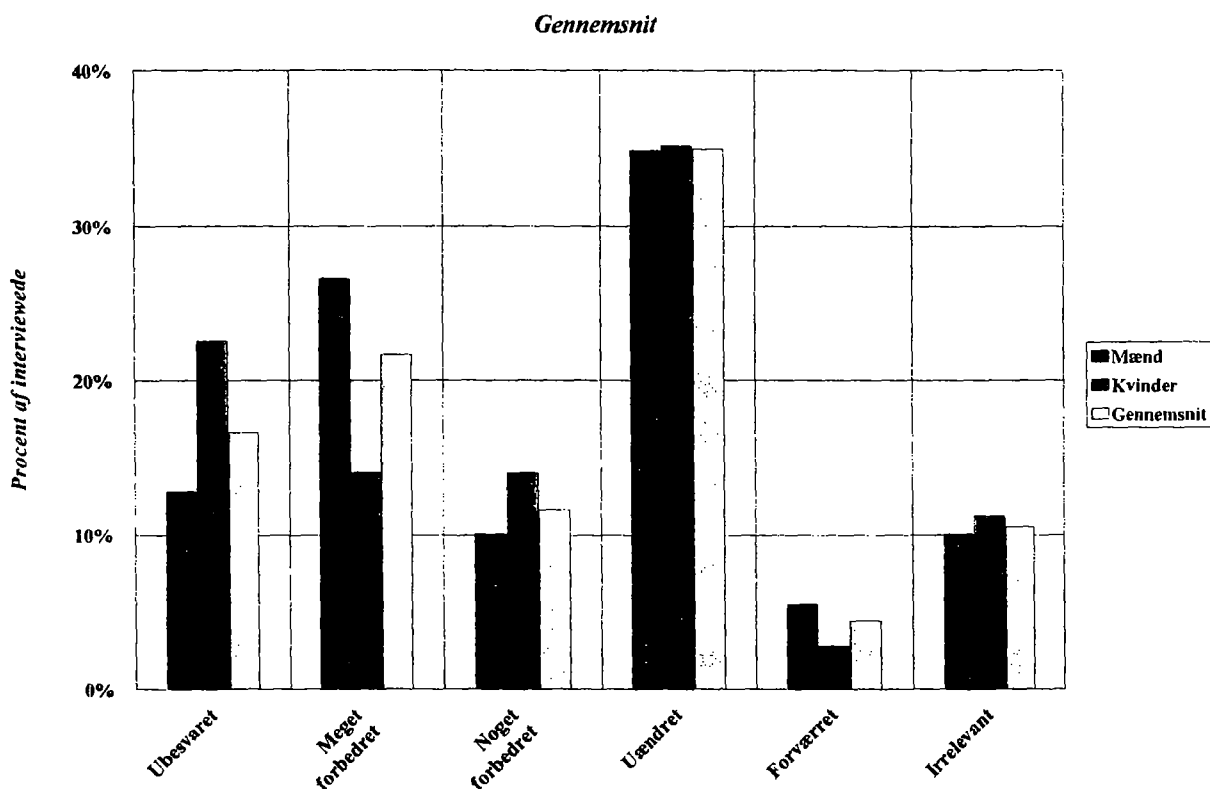
6 % mener, at det er forværret. Dette tal tilskrives vi bl. a. de brugere, der oplever, at behandlingen ikke har hjulpet på deres alkoholproblem, og som derfor får et nyt nederlag.

I diagram 1 viste vi, at 23 % havde erhvervsarbejde/lønindkomst ved visitationen, mens 25 % havde arbejdsløshedsunderstøttelse.

4.6 Arbejdssituation

Diagram 17 - arbejdssituation

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997
Afsluttende statusskema - Spørgsmål 15e - Forhold vedr. arbejde/arbejdssituation ?



Her ses, at 34 % har en forbedring i arbejdssituationen, hvoraf 22 % oplever deres arbejdssituation meget forbedret. Disse tal tilskrives vi brugere, der vender tilbage til arbejdet med fornyet energi og overblik, samt de, der efter behandling har fået arbejde eller udsigt til at få det.

Man kan sige, at man ved at give alkoholmisbrugere relevant behandling reproducerer arbejdskraft og dermed skatteborgere.

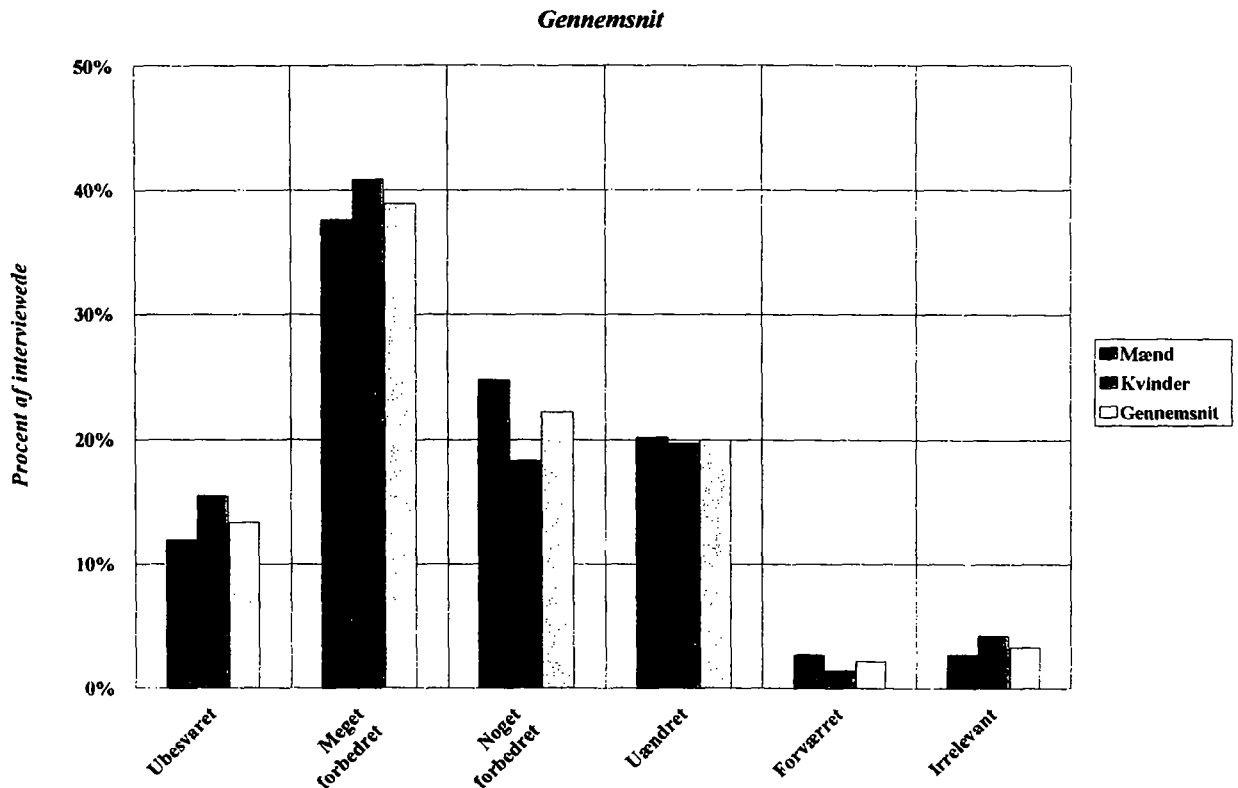
Økonomer må foretage de nærmere beregninger, men vi mener, at dette sandsynliggør, at det, udover de individuelle og mellem menneskelige gevinster tyder på, at det også kan betale sig rent økonomisk at behandle alkoholproblemer.

4.7 Børn

I diagram 6 så vi, at 63 % af vore brugere har børn under 18 år. Vi har i evalueringen desværre ikke stillet et spørgsmål rettet specifikt mod forholdet til egne børn, men blandet det sammen med forholdet til forældre og nærmeste familie, så det er svært at konkludere præcist.

Diagram 18 - børn/familie

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997
Afsluttende statusskema - Spørgsmål 15m - Forholdet til barn/børn/forældre/nær familie ?



4.8 Samliv

I diagram 7 oplyste 33 % af brugerne, at de havde et samliv. I evalueringen angiver 6 % at samlivet er forværret. Dette kan skyldes, at samlivet er ophørt eller forværret i forbindelse med, at alkoholmisbruget ikke er stoppet efter behandling.

Modsat oplyser 35 % at forholdet til partneren er forbedret, hvoraf 19 % angiver "meget forbedret".

Dette viser, at en del af vore brugere, som ikke havde et samliv ved visitationen, får et efter behandling.

4.9 Menneskesyn

Vi beskrev tidligere, at vi gør meget ud af, at alle i vort system behandler hinanden med respekt, og at vi så vidt muligt udviser næstekærlighed.

88 % af vore brugere angiver, at de følte sig velkomne på BKT, og 77 % har følt sig respekteret.

Ideelt skulle disse tal være 100 %, men det er selvfølgelig urealistisk. Vi vil dog fremover være ekstra opmærksomme på, om vi kan gøre yderligere for at endnu flere føler sig respekterede.

4.10 Efterbehandling

58 % af brugerne angiver, at de følger en efterbehandling på institutionen.

Derudover er der en uoplyst del, der følger en efterbehandling andre steder, f. eks. på Lænken eller i AA.

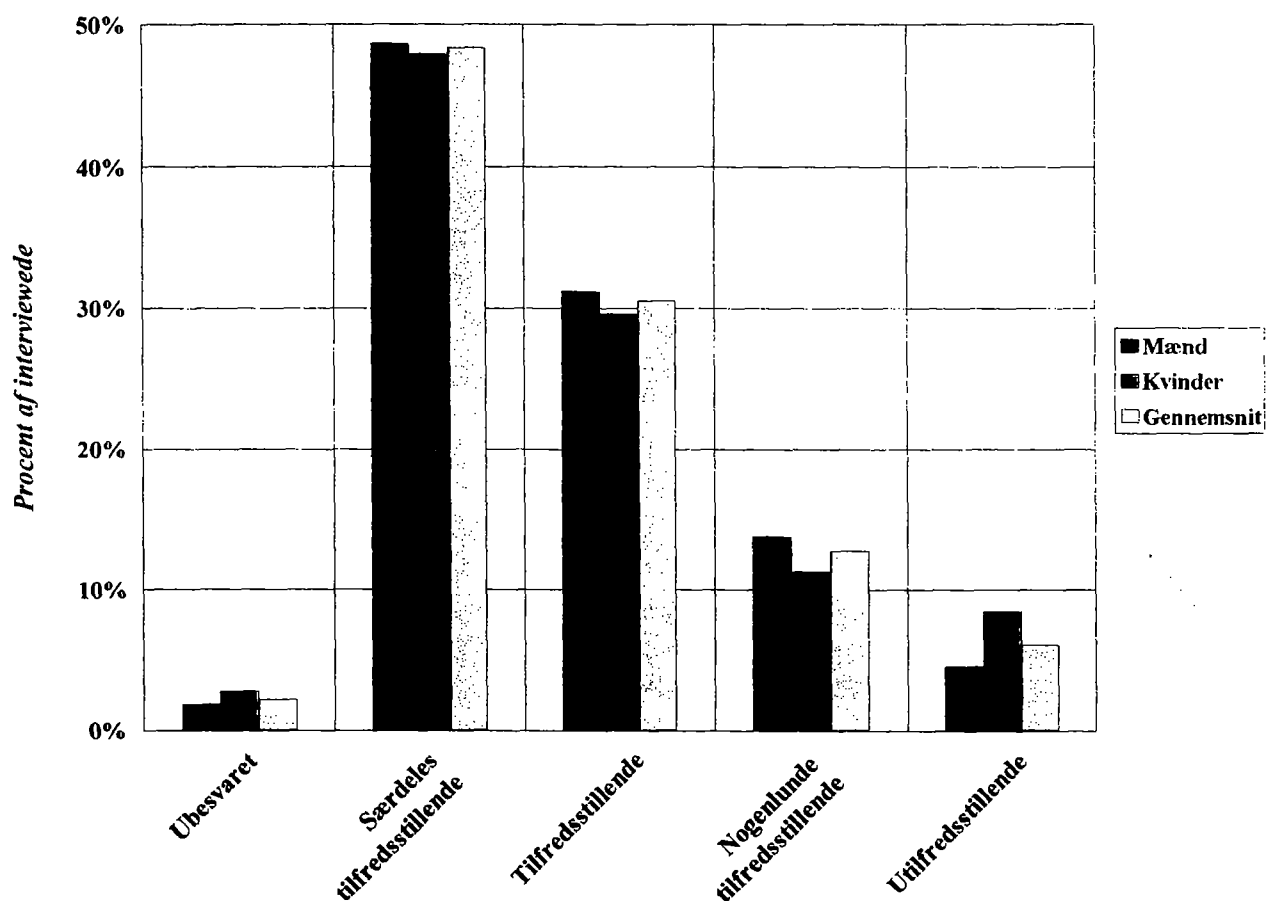
4.11 Det samlede udbytte af behandlingen

Diagram 19 - udbytte af behandlingen

Interviewundersøgelse - 180 besvarelser i perioden marts 1994 til september 1997

Spørgsmål 11 - Hvordan oplever du det samlede udbytte af behandlingen ?

Gennemsnit



5 Konklusion og anbefalinger

Vores behandlingssystem er blevet mere effektivt, efter vi har indført målrettet differentiering.

Korttidseffekten af intensiv behandling er 77 - 79 % afholdende, mens langtidseffekten (målt 22 måneder eller senere efter behandlingsstart) er 47 - 48 % afholdende. En ekstrapolation af diagrammet tyder på, at dette sidste resultat holder også på længere sigt.

Udover den absolutte succes med brugere der bliver totalt afholdende, er der en stor gruppe brugere som drikker både sjældnere og mindre hver gang.

I gruppen, der svarer 22 måneder eller senere efter behandlingsstart, angiver 39 % dette mønster.

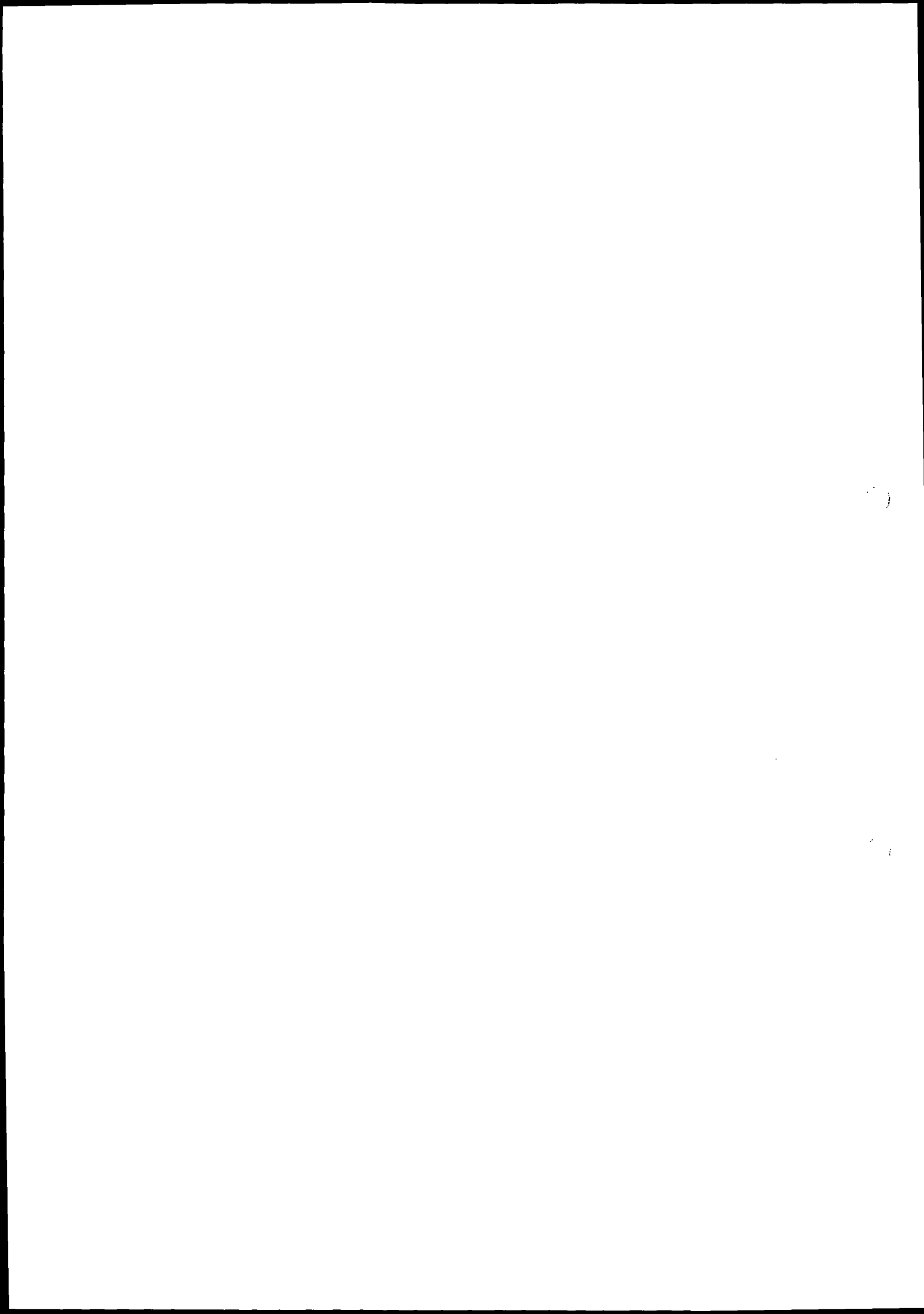
Det kan betale sig at behandle alkoholafhængige i et intensivt system, ikke kun personligt og mellem menneskeligt, men sandsynligvis også økonomisk.

Langt den største del af brugerne af det intensive behandlingssystem har et langvarigt og massivt alkoholproblem bag sig, når de søger behandling hos os.

Vi anbefaler, at der tilføres ressourcer til intensiv behandling af alkoholmisbrugere, idet vi ofte oplever, at brugere, der er motiverede for at yde en indsats for at stoppe misbruget, skal vente så længe på den relevante behandling, at de får tilbagefald, og i værste fald dropper ud af ventelisten.

Da størstedelen af vore brugere har børn, der i forskellig grad er berørt af alkoholmisbruget, må vi anbefale, at det fra politisk hold overvejes, at give ressourcer til mere relevant støtte til pårørende, især børn. Især i betragtning af at børn, der er opvokset i familier med alkoholproblemer, har en væsentligt øget risiko for selv at få alkoholproblemer.

Endelig anbefaler vi, at der gives ressourcer til en udefra kommende videnskabeligt holdbar undersøgelse og evaluering af vort behandlingssystem, således vore tilsyneladende gode resultater med større effekt kan inspirere andre.



Evaluering af klientsituation

og

behandling



1. Interview

Fuldmagt

Med denne fuldmagt giver undertegnede

Kommune		
Klientens navn		Erhverv
Cpr.	Tlf.	Arb. tlf.
Adresse		

Mit samtykke til, at institutionen genoptager kontakten med mig ca. 1 år efter behandlingens start med henblik på en efterfølgende samtale eller udfyldelse af et spørgeskema.

Accept af at egen læge vil blive underrettet om behandlingen på Blå Kors.

Min accept af at Blå Kors Behandlingshjem & Ambulatorium højst gemmer evt. efterladte personlige ting i en måned, hvorefter de destrueres eller genbruges.

Dato	Klientens underskrift
------	-----------------------

Undertegnede giver hermed personalet på Blå Kors Behandlingshjem & Ambulatorium, Jernbane Alle 11A, 2630 Tåstrup, tilladelse til at indhente oplysninger hos følgende myndigheder og institutioner mv. når det er nødvendigt og har relevans for min behandling på Blå Kors Behandlingshjem & Ambulatorium.

1.
2.

Samtidig giver jeg personalet ret til at udtale sig om mit behandlingsforløb / fremmøde til følgende personer/institutioner:

1.
2.

Undertegnede giver personalet på Blå Kors Behandlingshjem & Ambulatorium, Jernbane Alle 11A, 2630 Tåstrup, tilladelse til, i relevante tilfælde, at udveksle oplysninger med Blå Kors Pensionat, Ludvig Hegners Allé 2, 2630 Tåstrup.

Dato	Klientens underskrift
------	-----------------------

Klienten

Evt. kontaktperson	Tlf.
--------------------	------

Egen læge

Navn
Adresse
Tlf.

Registrering / klientinterview er foretaget af:

Dato	Behandlers underskrift
------	------------------------

1. Køn

Mand	1
Kvinde	2

2. Alder

20 - 24 år	1
25 - 34 år	2
35 - 44 år	3
45 - 54 år	4
55 - 64 år	5
64 år eller derover	6

3. Optagelse

Ny klient, ikke tidligere behandlet for alkoholmisbrug noget sted	1
Ny klient, tidligere behandlet for alkoholmisbrug andet sted (egen læge, andet ambulatorium, psykiatrisk afd. o.l.)	2
Genoptagen - genbesøg af udgået klient	3

4. Hvem har taget initiativ til at du skulle i behandling eller opfordret dig til at komme til institutionen ?

Anfør den vigtigste kilde til klientens henvendelse.

(kun ét svar)

Praktiserende læge	1
Psykiatrisk institution	2
Alkoholbehandlingsinstitution	3
Somatisk hospitalsafdeling	4
Sociale institutioner	5
Retslige institutioner (f.eks. kriminalforsorgen)	6
Uddannelsesinstitution	7
Arbejdsformidling	8

Arbejdssted	9
Ægtefælle / partner	10
Andre familiemedlemmer	11
Venner / bekendte	12
Tog selv initiativ	13
Tog selv initiativ i samarbejde med andre	14
Tidligere bruger	15

5. Hvad vil du angive som vigtigste årsag til, at du ønsker at standse eller mindske dit alkoholforbrug ?

(kun ét svar)

Fysiske helbredsproblemer	1
Psykiske helbredsproblemer	2
Arbejde eller uddannelses forhold	3
Samlivssituation / forhold til ægtefælle / samlever	4
Forhold vedrørende barn / børn	5
Forhold vedrørende familie eller venner	6
Økonomiske årsager	7
Ønsker andet indhold i fritid	8
Ønsker ændring / forbedring af hele livssituation	9
andet, skriv:	10

6. Har du en forestilling om, hvem der bestemmer hvilken form for behandling du vil få noget ud af ?

(kun ét svar)

Behandleren alene	1
Dig og behandleren	2
Dig alene	3
Ved ikke	4

7. Kontrolorientering

(kun ét svar)

Mange af de ubehagelige situationer, jeg kommer ud for skyldes først og fremmest uheld.	1
De fleste ubehagelige situationer, jeg kommer ud for stammer fra mine egne fejltagelser.	2

8. Kontrolorientering

(kun ét svar)

Det er ofte et tilfælde, hvorvidt mine planer lykkes eller ej.	1
Når jeg lægger planer, er jeg rimelig sikker på, hvorvidt jeg kan gennemføre dem.	2

9. Kontrolorientering

(kun ét svar)

Hvis du har set en film som din omgangskreds syntes er fantastisk god, og du syntes den er dårlig:	
Giver du så oftest udtryk for, at du syntes den er dårlig ?	1
Giver du så oftest udtryk for, at du er enig med de andre, for f.eks. at vise imødekommenhed ?	2
Undlader du at udtale dig ?	3

10. Kontrolorientering

(kun ét svar)

Jeg føler ofte, at jeg kun har lidt indflydelse på, hvad der sker med mig.	1
Jeg mener ikke, at tilfældigheder spiller en afgørende rolle i mit liv.	2

11. Hvilken skoleuddannelse har du fuldført ?

(kun ét svar)

7. kl. eller mindre	1
8. -9. kl. e. l.	2
10. kl., realeksamen, eller lignende	3
Studentereksamen, HF eller lignende	4
Supplerende skoleuddannelse (vurdering - kan erstatte de andre)	5

12. Længste erhvervsuddannelse

(kun ét svar)

Ingen erhvervsuddannelse	1
Ingen erhvervsuddannelse, men er under uddannelse	2
Specialarbejder / tillært	3
Kortvarig uddannelse (op til 1 år)	4
Faglært (med lærlinge- / efg-uddannelse eller tilsvarende erhvervsrettet uddannelse)	5
Kort videregående uddannelse 1-3 år, f.eks.. maskinteknikker, korrespondent mv.	6
Akademisk og længerevarende teoretisk uddannelse (over 3 år)	7

13. Hvad er dit vigtigste forsørgelsesgrundlag / indkomst ?

(kun ét svar)

Lønindkomst		1
Arbejdsløshedsunderstøttelse	(vurdering 0 til 1)	2
Bistandshjælp (kontant hjælp)	(vurdering -2 til 1)	3
Revalidering (§43)	(vurdering -1 til 0)	4
Sygedagpenge	(vurdering -1 til 1)	5
Efterløn		6
Pension (førtidspension / folkepension)		7
Statens uddannelsesstøtte		8
Uden egen indtægt	(vurdering -2 til 2)	9
Andet	(vurdering -2 til 2, se evt. sp. 14)	10

14. Hvor længe er det siden, du sidst havde arbejde / var under uddannelse i en længere periode (mindst 6 mdr.) ?

(kun ét svar)

Mindre end et år siden	1
1-2 år siden	2
Mere end 2 år siden	3
Har aldrig været i beskæftigelse / under uddannelse	4

15. Fritidsressourcer

(Point gives efter, hvorledes interviewereren vurderer fritidsinteresserne som ressourcer)

(kun ét svar)

Begrænsende	1
Neutral	2
Udviklende	3
Meget udviklende	4

Situationsressourcer

16. Hvis du en dag er meget ked af det, er de så almindeligt at du:

(kun ét svar)

Opsøger nogen for at fortælle om det, evt. prøver at få dem til at hjælpe ?	1
Klarer du det selv ved at gøre et eller andet aktivt (ikke drikke) ?	2
Lader du det være og venter på at det går over af sig selv ?	3
Andet (vurdering, -1 til 1)	4

17. Hvis du føler dig dårligt behandlet f.eks. i en butik, hos lægen eller i banken, vil du så oftest:

(kun ét svar)

Holde din reaktion for dig selv ?	1
Fortælle om uretfærdigheden til venner / bekendte ?	2
Klage over behandlingen på stedet eller til den overordnede instans ?	3
Andet (vurdering, -1 til 1)	4

18. Beskriv hvordan du har fået bolig de sidste par gange du har flyttet:

(kun ét svar)

Har selv medvirket aktivt (også gennem ejendomsmægler)	1
Har hovedsageligt overladt det til andre	2
Er ikke flyttet	3

19. Hvordan er din boligsituation

(kun ét svar)

Ejer selv bolig	1
Ejer selv privat andelslejlighed	2
Lejer selv lejlighed	3
Boligfællesskab (kollektiv, ungdomspension, ungdomsbolig, kollegium)	4
Lejet værelse	5
Herberg / pensionat	6
Institution	7
Bor hos forældre, familie, eller bekendte	8
Ingen fast folkeregisteradresse	9
Andet	10

20. Hvordan er dit nuværende samlivsforhold

(kun ét svar)

Enlig, har aldrig været gift/samlevende	1
Gift/samlevende/fast partner	2
Separeret/skilt/fast samliv ophørt	3
Enke/enkemand	4

21. Hvordan vil du betegne alkoholforbruget hos de personer du omgås. Kun dem du rent faktisk omgås. Hvis 1 ud af familie eller venner har et problematisk forhold til alkohol, må denne prioriteres højest.

1 = Afholdende

2 = Almindeligt

3 = Problematisk

4 = Ses ikke, eller jeg har ingen relationer

(kun ét svar i hver linie)

Ægtefælle/samlever/fast partner	1	2	3	4
Forældre/søskende/bedsteforældre	1	2	3	4
Venner/omgangskreds	1	2	3	4

22.

Er der nogen i din nærmeste familie (forældre, søskende, bedsteforældre), der har et problematisk forhold til alkohol ?	Ja
	Nej

23. Har du børn under 18 år

(gerne flere svar)

Har barn/børn, der bor i klientens hjem	1
Har barn/børn, der ikke bor i klientens hjem, men med hvem klienten har samkvem/kontakt	2
Har barn/børn, der ikke bor i klientens hjem, og med hvem klienten ikke har samkvem/kontakt	3
Har ikke børn	4

24. Hvor længe har alkoholproblemet været

(kun ét svar)

1 år eller mindre	1
1-2 år	2
3-5 år	3
6-9 år	4
10 år eller derover	5

25. Hvad er efter din mening den vigtigste årsag til, at du er begyndt at misbruge alkohol

(kun ét svar)

Medfødt tilbøjelighed	1
Forhold i opvæksten	2
Krisesituation som følge af en eller flere akutte begivenheder (skilsmisse, dødsfald, mistet arbejdet, sygdom)	3
Længerevarende sociale problemer (arbejdsbelastninger, arbejdsløshed, dårlig økonomi mv.)	4
Længerevarende problemer i relation til ægtefælle/samlever	5
Længerevarende problemer i relation til børn og/eller nær familie	6
Længerevarende problemer i relation til venner	7
Vanskeligheder ved at skabe nye kontakter	8
Indflydelse/pres fra omgivelser (kollegaer, venner, familie)	9
Brugte alkohol som angstdæmpende middel mod indre uro, eller på anden måde som en slags medicin	10
Andet skriv:	11

Har du i løbet af de sidste 6 måneder ofte lidt af en eller flere af følgende gener

26. Fysiske gener (gerne flere svar)

Hyppig hovedpine	1
Mavesmerter, fordøjelsesproblemer, mavesår, tarmforstyrrelser mv.	2
Åndedrætsproblemer	3
Hjerte-/karproblemer (højt blodtryk, angina pectoris mv.)	4
Lever-skader (nedsat leverfunktion)	5
Infektioner (urinvejsinfektioner, hudinfektioner)	6
Gener i ryg og bevægelsesapparat (ischias, gigt, mv.)	7
Kvindespecifikke gener (fx gynækologiske problemer)	8
Åreknuder på spiserøret	9
Betændelse i bugspytkirtlen	10
Sukkersyge	11
Epilepsi	12
Nervebetændelse	13

27. Psykiske gener (gerne flere svar)

Depression	1
Selvsikkerhed, nervøsitet	2
Stærk træthed	3
Søvnløshed	4
Hukommelses-/koncentrationsproblemer	5
Angstanfald	6
Hallucinationer	7
Andre gener af fysisk eller psykisk art. skriv hvilke:	8

28. Har du i løbet af de sidste 6 måneder inden interviewet haft nogle af følgende oplevelser

1 = Aldrig

2 = Af og til (mindre end en gang om måneden)

3 = Ofte (mere end en gang om måneden)

4 = Dagligt eller næsten dagligt

(kun ét svar i hver linie)

Har du oplevet, at du ikke kan holde op med at drikke, når først du er begyndt ?	1	2	3	4
Har du haft behov for at drikke alkohol om morgenen efter at have drukket meget dagen før ?	1	2	3	4
Har du oplevet abstinenser (rysten på hænder, kvalme, der er blevet afhjulpet ved at drikke) efter formindsket forbrug ?	1	2	3	4
Har du forvoldt skade på dig selv eller andre under beruselse ?	1	2	3	4
Har du forsøgt at nedsætte alkoholforbruget, uden det er lykket ?	1	2	3	4
Har måttet drikke mere alkohol end før, for at få den ønskede effekt ?	1	2	3	4
Har du fået råd eller henstilling fra andre om at drikke mindre ?	1	2	3	4

Beregning af kontrolorientering og ressourcer

Kontrolorientering. Spørgeskemaets spørgsmål 4,6,7,8,9 & 10.

4. Hvem har henvist klienten?

Sp. nr.	Score
1	-1
2	-1
3	0
4	-1
5	-2
6	-2
7	0
8	-1
9	-2
10	0
11	1
12	1
13	2
14	1
15	0

6. Hvem bestemmer arten af behandlingen

Sp. nr.	Score
1	-2
2	1
3	2
4	-1

7. Kontrolorientering

Sp. nr.	Score
1	-2
2	2

8. Kontrolorientering

Sp. nr.	Score
1	-2
2	2

9. Kontrolorientering

Sp. nr.	Score
1	2
2	-2
3	0

10. Kontrolorientering

Sp. nr.	Score
1	-2
2	2

Kontrolorientering (total)

(-12 til 12)

--

Ressourcer Spørgeskemaets spørgsmål 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 26 & 27.

11. Hvilken skoleuddannelse har klienten fuldført.

Sp. nr.	Score
1	-2
2	-1
3	0
4	2
5	(-2 til 2)

12. Længste erhvervsuddannelse.

Sp. nr.	Score
1	-2
2	1
3	0
4	1
5	2
6	2
7	2

13. Forsorgelsesgrundlag

Sp. nr.	Score
1	2
2	(0 til 1)
3	(-2 til 1)
4	(-1 til 0)
5	(-1 til 1)
6	0
7	-1
8	1
9	(-2 til 2)
10	(-2 til 2)

15. Fritidsressourcer

Sp. nr.	Score
1	-1
2	0
3	1
4	2

16. Situationsressourcer

Sp. nr.	Score
1	0
2	1
3	-1
4	(-1 til 1)

17. Situationsressourcer

Sp. nr.	Score
1	-1
2	0
3	1
4	(-1 til 1)

18. Situationsressourcer

Sp. nr.	Score
1	1
2	-1
3	0

26. Fysisk helbred.

Kun spørgsmål 5, 9, 10 & 13

Antal	Score
0 gener	0
1 gene	0
2 gener	-1
3 gener	-2

27. Psykisk helbred

Antal	Score
0 gener	2
1 gene	1
2 gener	-1
3 gener	-2

Ressourcer (total)	(-14 til 15)	
--------------------	--------------	--

Klientens placering i grupperne

