

Evaluering av Phoenix Haga
En døgninstitusjon for rusbehandling

Hovedrapport

Oslo 20. april 2006
Patrick Verde og Bente Vindedal

Forord

Evalueringen er gjennomført i perioden september 2005 – april 2006 på oppdrag fra Phoenix Haga. Helse Øst har bidratt med finansiell støtte til prosjektet.

Evalueringen er gjennomført av Patrick Verde og Bente Vindedal, med førstnevnte som prosjektleder. Administrativ nestleder Solfrid Finstad har vært prosjektansvarlig ved Phoenix Haga.

Vi vil takke ledelse, medarbeidere og beboere på Phoenix Haga for meget godt samarbeid i forbindelse med evalueringen. De har utvist stor tålmodighet med å få oss til å forstå behandlingsopplegg og –metodikk, slik at vi kunne utvikle en mest mulig relevant evalueringsmodell. Phoenix Haga har dessuten ytt en betydelig innsats med å systematisere egne inntaksdata om klientene, og å oppspore tidligere klienter med sikte på intervju.

Datainnsamlingen basert på intervjuer med 92 tidligere klienter er gjennomført av AIM uten innvirkning fra institusjonen. Når det gjelder rapporten har Phoenix Haga gitt verdifulle kommentarer og tilbakemeldinger. Rapportens vurderinger og konklusjoner står imidlertid helt ut for konsulentenes regning.

Oslo, 20. april 2006
Patrick Verde og Bente Vindedal

Kontaktinformasjon:
patrick.verde@aim.no 90 17 77 70
bente.vindedal@aim.no 91 86 98 25

Innholdsfortegnelse

0	Hovedkonklusjoner.....	s 4
1	Innledning.....	s 4
1.1	Kort omtale av Phoenix Haga	s 4
1.2	Fremgangsmåte ved evalueringen	s 5
2	Hvem begynner på PH?	s 6
2.1	Inntaksdata sammenliknet	s 6
2.2	Generasjonsforskjeller blant PH-klientene	s 9
2.3	Inntaksdata og prognose	s 10
2.4	Oppsummering og kommentar	s 11
3	Resultater	s 11
3.1	Behandlingsmål	s 11
3.2	Resultatopnåelse – Måle- og sammenligningsproblemer	s 12
3.3	Behandlingsgjennomføring	s 12
3.4	Rehabiliteringsresultater	s 13
3.5	Grad fullstendig rehabilitering	s 15
3.6	Oppsummering og utfordringer ved sammenligning	s 16
4	Den terapeutiske modell	s 17
4.1	Innledning	s 17
4.2	Beregningsmetoder og pålitelighet	s 18
4.3	Døgnopphold vs ettervern	s 18
4.4	Virkemidler i døgnoppholdet	s 19
4.5	Virkemidler i ettervernet	s 20
5	Virkningsmekanismer i døgnoppholdet.....	s 20
5.1	Virkning av enkeltelementer på samlet nytte	s 20
5.2	Viktighet av elementer i døgnoppholdet for rusfrihet	s 21
5.3	Hvorfor avbrytes behandlingen / døgnoppholdet	s 22
5.4	Samlet vurdering av døgnoppholdet	s 23
6	Virkningsmekanismer i ettervernet.....	s 24
6.1	Virkning av enkeltelementer på samlet nytte	s 24
6.2	Direkte virkninger av ettervernet for rehabilitering	s 25
6.3	Samlet vurdering av ettervernet	s 26
7	Avsluttende oppsummering.....	s 26
7.1	Phoenix Haga's behandlingsopplegg virker	s 26
7.2	Noen hendelsers betydning	s 27

Vedlegg 1 – Phoenix Haga - en beskrivelse

Vedlegg 2 – Modell og metode

0 Hovedkonklusjoner

Rehabiliteringsresultatene ved Phoenix Haga (PH) er gode. Dataene tyder på at de er langt bedre enn for norske døgnbehandlingsinstitusjoner i snitt, slik dette er presentert i den nasjonale kost/nytte-undersøkelsen¹. Vi har dessuten valgt å bruke Sollia-evalueringen² som referanseundersøkelse - den er etter vår vurdering den mest solide av sammenlignbare evalueringen som vi har hatt tilgang til. Vi finner at PH har rehabiliteringsresultater som er på samme nivå³ som Sollia.

Det er mange suksessfaktorer, hvorav høye krav til ”fungering”, systematisk arbeid med ”fellesskapet som metode”, anvendelse av ”behandlingsplan” og primærkontakt, mottakelse i ettervernet og overgangen mellom kollektivbolig og å bo for seg selv, utgjør noen av de viktigste. Den klart sterkeste suksessfaktor er nok at PH gjennomgående har lang behandlingstid; de holder lenge på klienten ved hjelp av et systematisk og integrert ettervern. Beregninger i dataene viser at økt innsats i ettervernet vil kunne ha ytterligere effekt med hensyn til rehabiliteringsgrad.

Utover det vil vi peke på omfanget av tidlige avbrudd i behandlingen, hvor PH ligger omtrent på landssnitt (60% slutter tidlig). I kost/nytte-forstand kan dette være effektivt – især når avbrudd, som hos PH, skjer tidlig. Etter vår vurdering bør PH imidlertid ha høyere ambisjoner når det gjelder behandlingsgjennomføring. Rapporten gir antydninger om hvor ressurs-innsatsen kan legges.

1 Innledning

1.1 Kort omtale av Phoenix Haga⁴

PH er et langtids behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere. Institusjonen ligger i landlige omgivelser i utkanten av Mysen. Bygninger og uteområde har tidligere huset en jordbruksskole. PH har vært i drift her siden 1990.

PH har 35 plasser, hvorav storparten er avtaleplasser for Helse Øst. De fleste klientene kommer fra Østlandsområdet og er i aldersgruppa 18-30 år.

Etter rusreformen defineres PH som 2.linjetjeneste og tilbyr ”tverrfaglig spesialisert rusbehandling”. Behandlingstiden er i dag⁵ ca 1 år + evt integrert ettervernstilbud i 2-4 år.

Som mange andre langtids rusbehandlingstilbud er PH et såkalt ”behandlingskollektiv”. Generelt innebærer det at klientene bor og lever sammen og at de i større eller mindre grad står for daglig drift knyttet til kjøkken, resepsjon, renhold, vedlikehold osv. og evt til annen,

¹ SIRUS-rapport 4 / 2003 av Hans O Melberg, Grethe Lauritzen, Edle Ravndal: ”Hvilken nytte for hvem og til hvilken kostnad”. Vi bruker heretter følgende referanser: ”kost/nytte-undersøkelsen” eller ”SIRUS 2003”.

² Halvor Fauske: ”Livet etter behandlingskollektivet”, Høgskolen i Lillehammer 2004. Dette er primært en resultatstudie av klienter i behandling på Sollia 1997-2004, basert på inntaksdata om 52 klienter og intervjudata om 32 av disse. Omtales heretter som ”Sollia-undersøkelsen” og lignende.

³ Jmf utfordringer omkring sammenligning i kap 3

⁴ En mer omfattende beskrivelse av PH finnes i Vedlegg 1, en kort systematisk beskrivelse av den terapeutiske modell følger i kapittel 3 og en utdypende redegjørelse for designprosessen i vedlegg 2

⁵ i den perioden som evalueres varierer tiden for fullført døgnopphold fra 1-2 år

ofte jordbruksrelatert aktivitet. Siden PH holder sauer, griser og gjess i beskjedent omfang, utgjør ”jordbruk” et av arbeidsområdene for klientene.

PH er dessuten et såkalt ”terapeutisk samfunn”, noe som henspeler på selve behandlingsmodellen. Denne blir grundig presentert og behandlet senere i rapporten og presenteres detaljert i vedlegg 1.

Behandlingen i døgnoppholdet (dvs før ettervernsfasen) kan i korthet beskrives som ...

- et systematisk arbeids- og ansvarssystem som er sterkt hierarkisk – kalt ”fungering”
- en rekke tiltak for utvikling av sosial kompetanse der mye av aktiviteten styres av beboerne selv – under veiledning av stab – dette kaller vi ”fellesskapsmetoden”
- systematisk utvikling og oppfølging av behandlingsplan og -mål – ”plan- mål aktiviteter”
- gruppeterapeutiske møter, seminarer osv

Ettervernet er delt i to perioder. Den første tilbringes i kollektiv like ved institusjonen, den andre i egen bolig i distriktet. Kjerneaktivitetene i ettervernet er rettet mot samfunnsmessig integrasjon. Alle beboere følges meget tett opp av en primærkontakt. Denne koordinerer samarbeidet med aktuelle etater i hjemkommune, domstoler osv i tillegg til å hjelpe og veilede beboeren i alle sammenhenger.

PH har 24 ansatte med sammensatt utdannings- og kompetansebakgrunn. Alt i alt er personalgruppa i liten grad preget av formell sosial- eller helsefaglig behandlerkompetanse. Staben består også av tidligere rusmisbrukere, noen av dem har gjennomgått behandling i TS.

1.2 Fremgangsmåte ved evalueringen - skissert⁶

Design og fremgangsmåte ved evaluering var omtrent slik:

- Vi intervjuet ansatte og eldre beboere og dannet oss et inntrykk av opplegget
- Vi konstruerte vår forståelse av den ”terapeutiske modell” og testet denne mot ansatte og eldre beboere
- Etter gjentatte rekonstruksjoner der vi også tok inn hensyn til sammenlignbarhet for resultater (bl.a. med inntaksdata), kom vi frem til et intervjuopplegg.
- Intervjuopplegget omfattet 25 spørsmål registrert på løpenummer ved inntak til PH, videre ca 65 spørsmål som ble stilt direkte til den forhenværende beboeren.
- Intervjuene er gjennomført på telefon, hvert av dem avtalt gjennom flere kontakter, og ed en varighet på 45-60 min.
- Formen på intervjuet, omfanget og muligheter for krysskjøring av svar både under intervjuet og etterpå, øker sikkerheten for funnenes pålitelighet.
- Det er totalt intervjuet 92 av 106 mulige respondenter; dvs de man hadde kontaktdata på - av de i alt 202 som begynte på PH i perioden 1997-2002.
- I tillegg til intervjudata om 92 klienter, omfatter datagrunnlaget inntaksdata om 202 klienter. (Siden PH i løpet av perioden 1997-2002 anvendte to litt forskjellige skjemaer for registrering av inntaksdata, var det nødvendig å ”omsette” en del av inntaksdataene til et felles format.)

⁶ En mer omfattende beskrivelse av design, datainnhentings og analysemetoder – heriblant en oversikt over hvordan validitet og reliabilitet er sikret - finnes i Vedlegg 2

- Dataene er analysert både ved bruk av vanlige deskriptive metoder og ved bruk av mer avanserte multivariate metoder. (SPSS er benyttet som programvare i arbeidet)
- Arbeidet med evalueringen startet august 2005. Datainnhenting ved hjelp av intervju ble gjort i desember 2005 og januar 2006

2 Hvem begynner på PH?

2.1 Inntaksdata sammenliknet

Her presenterer vi egenskaper ved de som starter i behandling på PH. I den grad det er mulig sammenligner vi med andre studier for å identifisere eventuelle likheter og ulikheter mellom klientgrupper. I tillegg foretar vi sammenstillinger av PH-populasjon (n=202), -utvalg (n=106) og -respondenter (n=92).

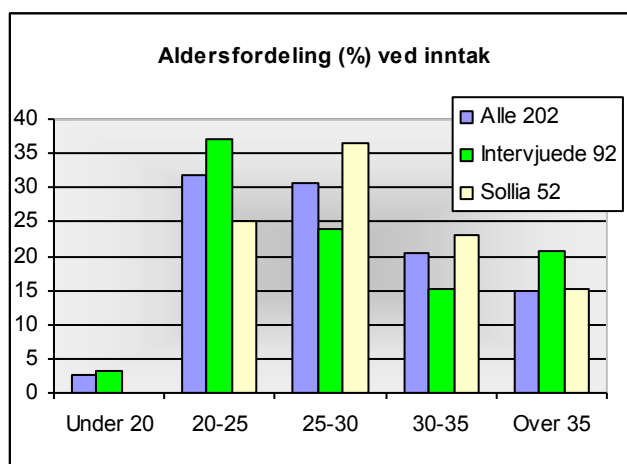
I perioden 1997- 2002 ble 202 personer tatt inn på PH. Vi har ”inntaksdata” om disse, basert på PHs egne inntaksintervjuer / registreringer⁷. For å effektivisere framstillingen og bruken av illustrasjoner, velger vi her en samlet presentasjon av nevnte grupper:

- De 202 som begynte på PH (behandlingspopulasjonen)
- De 92 som vi har intervjuet (våre respondenter), som er 87% av utvalget (dvs de 106 det kunne skaffes kontaktdata på)
- Sammenligningsdata – t.eks. de 52 som utgjør ”utvalget” i Sollia-undersøkelsen (dvs utskrevne i perioden 1997-2002) og tilgjengelige nasjonale data.

Den informasjonen vi har om klientene på inntakstidspunktet er knyttet til følgende variable: Alder ved inntak, kjønn, mest brukte rusmiddel, alder da ruskarriere startet, behandlingserfaring, utdanning, inntektskilde, straffeforfølgelse/soning og boligsituasjon. Informasjon om psykisk og somatisk helse har ikke latt seg rekonstruere.

2.1.2 Alder og kjønn

Fig 1



Hovedvekten av PH-klientene er yngre enn 30 år.

Sollia og kost/nytte-undersøkelsen om døgnbehandlingsklienter har en noe høyere gjennomsnittsalder enn PH; dvs ca 31 år

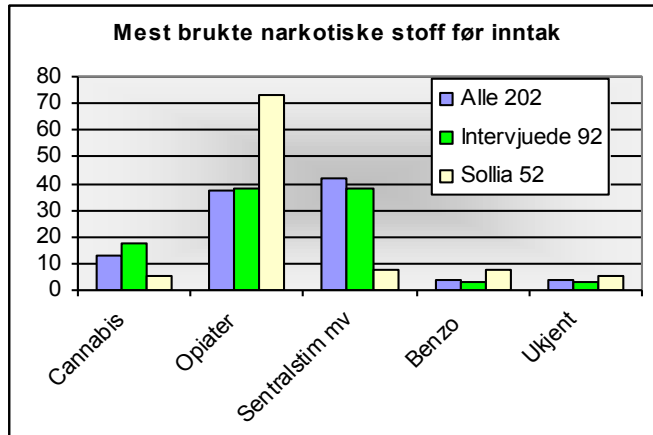
Både PH- og Sollia-utvalget har en kvinneandel på 22%. I døgninstitusjoner i kost/nytteundersøkelsen er kvinneandelen 30%.

⁷ PH har gjort et omfattende arbeid for å utvikle felles informasjon fra inntak over hele perioden, på tvers av at det er gjort en del endringer, og data i utgangspunktet var vanskelig sammenliknbare.

2.1.3 Rusmiddelmissbruk

Figur 2 viser prosentvis fordeling for de tre populasjonene mht hva som var mest brukte narkotiske stoff 4-24 uker før inntak.

Fig.2



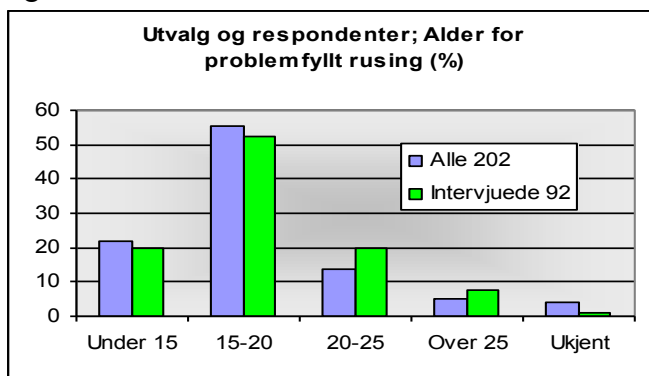
Vi ser en markant forskjell mellom Sollia- og PH-klientene: De første er primært heroinmisbrukere, mens det i PH-gruppene er omtrent like store andeler - ca 40% - som har hatt hhv heroin og sentralstimulerende stoffer som førstevalg, og 15-20 % som primært har brukt cannabis. ("Sentralstimulerende" omfatter her amfetamin, kokain, extacy og hallusinogener)

Det er velkjent at blandingsmisbruk etter hvert er langt mer vanlig enn misbruk av ett narkotisk stoff eller rusmiddel. Vi har ikke inntaksdata som belyser blandingsmisbruk.

Tidligere behandlingserfaring: Rundt halvparten av PH-klientene hadde vært i rusbehandling i døgningstasjon før de begynte på PH. Evt. poliklinisk behandlingserfaring er ikke kjent.

Helsesituasjon antas å si noe om grad av problembelastning og rehabiliteringspotensiale, og variable for psykisk helse kan dessuten anvendes for å undersøke behandlingsutfall eller – effekt. Vi har ikke inntaksdata om psykisk og somatisk helse hos PH-klientene. Basert på PHs inntaksintervjuer vet vi at vel halvparten var eller hadde vært i behandling (institusjon-, poliklinisk-, medikamentering-) for psykiske plager. Psykiatrisk behandlingserfaring i rusmisbrukerpopulasjonen er imidlertid en meget svak / usikker indikasjon på grad eller omfang av psykiatrisk sykkelighet.

Fig 3



Ruskarriere: I gjennomsnitt har både PH-utvalget og Sollia-utvalget en ruskarriere på ca. 10 år når de begynner i behandlingen.

Figur 3 viser at vel halvparten av PH-klientene fikk et rusproblem i 15-20 årsalderen. Ca 1 av 5 startet ruskarrieren før 15, og en omtrent like stor andel etter 20.

2.1.4 Utdanning og inntekt

Utdanningsstatus hos rusmisbrukere er generelt dårligere enn hos normalbefolkningen: Både for PH- og Sollia-klienter er det ca 1/2parten som kun har fullført grunnskolen. En liten andel, mellom 5-10% mangler fullført grunnskole.

Fig 4

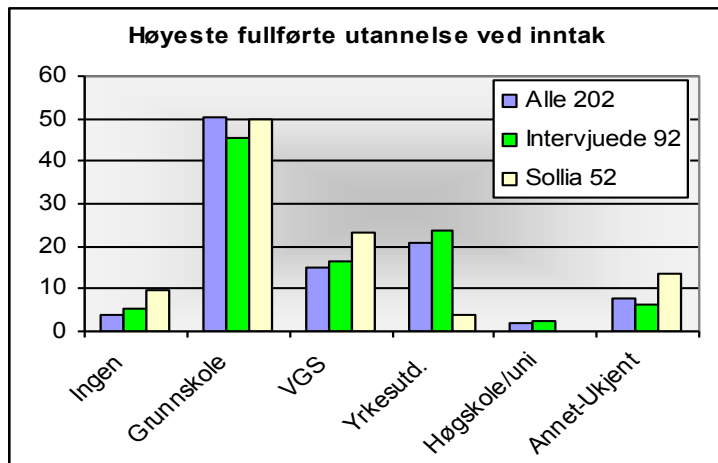
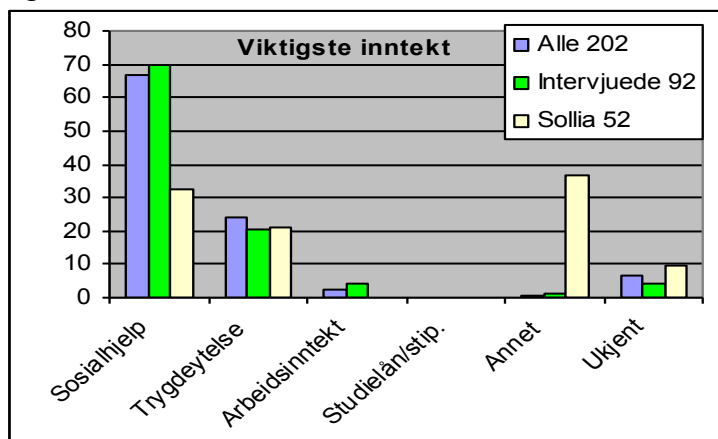


Fig 4 viser at det ikke ser ut til å være vesentlige forskjeller mellom PH- og Sollia-klienter når det gjelder hva de har av utdanning før inntak.

Forskjeller mht videregående/yrkesutdanning kan muligens forklares med at det er benyttet noe forskjellige svarkategorier i de to undersøkelsene.

Inntektskilder: Se figur 5 nedenfor. Nesten 70% av PH-klientene oppga sosialhjelp som viktigste inntektskilde, og vel 20% oppga en eller annen form for trygdeytelse (uføretrygd, attføring mv).

Fig 5



Blant Sollia-klientene er andelen som primært lever på sosialhjelp omtrent det halve. I Sollia-undersøkelsen har man imidlertid data om inntekt fra kriminalitet eller prostitusjon – her klassifisert som ”annet”. PH-klientene er ikke spurt om denne inntektskilden.

I kost/nytte-undersøkelsen er det ca 78% som primært lever på sosialhjelp ved inntak.

2.1.5 Kriminalitet. Boligsituasjon.

Inntaksdata indikerer at ca 35-50% av PH-klientene har sonet fengselsdommer før inntak. Gruppen fordeler seg nokså jevn ift soningsvarigheter på hhv 3 mnd eller mindre, 3-12 mnd og lengre enn 12 mnd.

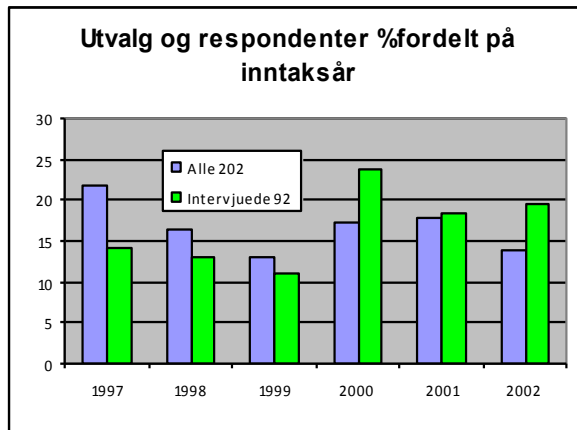
Anslagsvis 1/3 av de som begynner på PH har uoppgjorte saker eller dommer som ikke er sonet. PH tar inn klienter iht Fengselslovens §12 (ref redusert fengselsstraff hvis rusbehandling). Sammenligningsvis har døgninstitusjonsklientene (n=276) fra kost/nytte-undersøkelsen vært i fengsel i gjennomsnittlig 14 mnd.

PH-klientenes boligsituasjon ved inntak: Litt i underkant av halvparten bor i egen bolig (som de leier eller eier selv), og de aller fleste av disse bor alene. Ca ¼ bor sammen med foreldre el l, mens de øvrige bor enten på hospits el l (ca 15%), i fengsel eller i institusjon.

2.2 Periodisering og generasjonsforskjeller

Siden PH-utvalget består av en gruppe som har begynt i behandling over en periode på hele 6 år, og fordi inntaksdataene kan tyde på at klientgruppa har endret seg noe over tid, har vi undersøkt dette nærmere ved å dele hele utvalget ift inntaksår.

Fig 6



Som figur 6 viser, er det en overrepresentasjon i respondentgruppa av klienter som begynte i behandling de 3 siste årene av evalueringsperioden, og tilsvarende underrepresentasjon av klienter fra de første 3 årene.

Dette skyldes primært at PH i større grad hadde informasjon som gjorde det mulig å oppspore og komme i kontakt med klienter fra den seineste delen av perioden.

En nærmere undersøkelse av inntaksdata for hver av de to gruppene (inntak før og inntak etter 2000) viser også at det er innbyrdes forskjeller mellom dem. Tabell 1 nedenfor viser områder hvor gruppene er mest forskjellige:

Tabell 1 Egenskaper ved klienter som begynte i behandling hhv før og etter år 2000

Variable / egenskaper	"Generasjon I" Inn 1997-1999. n=103 Data=Ca %	"Generasjon II" Inn 2000-2002. n= 99 Data=Ca %
Alder ved inntak		
• Yngre enn 20 år	2 personer	3 personer
• Yngre enn 25	30	40
• Eldre enn 30	40	30
Alder da rus ble problem		
• Før 15 år	30	13
• Før 20	88	65
Type stoff mest brukt		
• Cannabis	7	20
• Opiater	50	25
• Sentralstimulerende	35	50
Har behandlingserfaring rus	48	53
Har / hatt behandling psykiatri	47	68
Har sonet fengselsdom	50	15-25
Har uoppgjort sak / usonet dom	22	33
Boligsituasjon		
• Egen bolig	35	55
• Hospits, fengsel, institusjon	24	4

Endringene hos PH-klientene kan være uttrykk for mulige endringer i rusmisbrukerpopulasjonen generelt og i (behandlings) tilbudet til rusmisbrukere - eksempelvis er mange opiatavhengige etter hvert i LAR.

De to gruppene kan ha forskjellige forutsetninger når det gjelder gjennomføring og utfall av behandlingen, (SIRUS 2003)). I forhold til dette er det fordelaktig at ”generasjon II” er yngre og har noe kortere misbrukskarriere. At de har mer behandlingserfaring kan gi kompetanse. Bedre boligsituasjon og mindre tid i fengsel indikerer mindre grad av problembelastning enn hva som kan være tilfelle for ”generasjon I”. Imidlertid finner vi at de to ”generasjonene” ikke er særlig forskjellige mht behandlingsgjennomføring (40,8% i generasjon I gjennomfører, mot 38,4% i generasjon II).

2.3 Inntaksdata og prognose

Basert på en etter hvert omfattende rusbehandlingsforskning er det mulig å identifisere noen forhold - dvs egenskaper ved klientene, som kan sies å predikere et positivt behandlingsutfall (SIRUS 2003).

Tabellen nedenfor gir en framstilling av kjente antatte sammenhenger mellom, på den ene siden forhold ved klientene og ved behandlingen og, på den andre siden positivt behandlingsutfall. Vanligste resultatparametre er også tatt med.

Tab 2

Klientegenskaper som predikerer positivt behandlingsutfall	Forhold ved behandlingen*	Vanlige resultatparametre
Alder; lav	Behandlingsvarighet; ”lengre behandlingstid gir bedre resultater”	Rusmisbruk
Ruskarriere; kort		Arbeid, beskjeftigelse
Psykisk helse; ”god”		(psykisk helse)
Grad av samfunnsmessig integrasjon re beskjeftigelse, inntektskilde, boligsituasjon, kriminalitet		Grad av samfunnsmessig integrasjon re (rehabilitering)

Når det gjelder PH-klientene viser våre data hvilke klientegenskaper ved inntak, som synes å ha en gunstig effekt på prognosen for rehabilitering. Uten å gå igjennom alle detaljer⁸ vil vi bare kort oppsummere klare tendenser:

- Det er en klar fordel å ha blitt tatt inn til PH etter 2000
- Å være kvinne skaper stort sett bedre prognoser, bortsett fra mht jobb og inntekt
- Alder over 30 ved inntakt bidrar til å svekke prognosen systematisk
- Rusdebut mellom 15 og 20 gir best prognose – både eldre og yngre debut svekker prognosen
- Misbruk av sentralstimulerende midler gir bedre prognose enn opiatmisbruk
- Å ha uoppgjorte dommer ved inntak (dvs behandlingsopphold jf Fengselslovens §12) er en fordel mht prognosen for rehabilitering

Vi har forsøkt å finne ut om det har skjedd endringer ved PHs tilbud og virkemiddelbruk som kan forklare forskjellen mellom behandlingsstart før og etter ca år 2000, men har ikke funnet entydige tegn på det – bortsett fra en viss neddemping av den hierarkiske disiplinen i ”fellesskapsmetoden” og en mer strukturert vektlegging på behandlingsplan og målarbeid. Begge forhold er som våre data viser, viktige behandlingsdimensjoner og bedre resultater kan muligens forklares med endringer her. Årsakene kan imidlertid også ligge andre steder – for

⁸ se vedlegg 3 med tabeller – kjøring 3 og 8

eksempel at utfallet svekkes med tiden – dvs at man har en del tilbakefall etter lang tid. Alternativt kan endret misbruk (færre opiatmisbrukere) bidra til endringer i prognosen.

Effekten av uoppgjorte dommer viser at bruk av behandling istedenfor fengsel må anses å gi en god motivasjonssetting.

Det er hittil er lite empirisk forskningsbasert kunnskap om funksjonsmåte og virkningsgrad for innsatsfaktorer i behandlingen. I kapittel 4-7 går denne evaluering inn på hva data fra PH viser i så måte.

2.4 Oppsummering og kommentar

Vi finner at PH-populasjonen og –respondentene i stor grad er sammenfallende med rusmiddelmisbrukere i døgnbehandling generelt (SIRUS 2003) når det gjelder egenskaper som alder og kjønn, misbrukskarriere, utdanning, inntektsforhold og boligsituasjon. I den grad PH-klientene som gruppe skiller seg fra (noenlunde) sammenlignbare undersøkelsesutvalg som Sollia (Fauske 2004), Samtun (Brandsberg-Dahl og Nøkleby 2004) og døgnbehandlingsutvalget i kost/nytte-undersøkelsen (SIRUS 2003), gjelder det særlig stoffpreferanse: PH-klienter misbruker i mindre grad opiater og i større grad sentralstimulerende stoffer og cannabis. PH-klientene er dessuten litt yngre og muligens noe mindre problembelastet enn døgnbehandlingsklientene i kost/nytte-undersøkelsen.

Sammenligning mot alle inntatte indikerer også at de 92 PH-klientene vi har intervjuet ikke er helt ut representative for de 202 personene som begynte på PH - mht egenskaper på inntakstidspunktet: Respondentgruppa er bl.a. litt yngre, de fikk rusproblemer litt seinere i livet, de har noe bedre utdanning og noe bedre boligsituasjon.

Alt i alt kan dette tyde på at PH-klientene vi har intervjuet bør ha noe bedre prognose enn snittet for døgnbehandling slik det presenteres i kost/nytte-undersøkelsen (SIRUS 2003).

3 Resultater

3.1 Behandlingsmål

I hvilken grad oppnår PH resultater iht målene for behandlingen? Og hva er så disse målene?

Helt enkelt kan vi si at behandlingsmålene er knyttet til samfunnsmessig integrasjon og rehabilitering av rusmisbrukeren.

En primær målsetting med rusbehandling er at klienten skal få bukt med sitt rusmisbruk. I tråd med sin forståelse av risikofaktorene i rehabilitering legger PH stor vekt på at målet på dette området bør være fullstendig rusmiddelfrihet, helst totalavhold. En viktig side ved det å avslutte sitt rusmisbruk er å komme ut av et ofte belastet rusmiljø. PH ser på det å (re)etablere og utvikle et rusfritt nettverk, som en forutsetning for å mestre selve rusmisbruket. Derfor legges det stor vekt på dette aspektet, ikke minst i ettervernsfasen.

PHs behandlingsmål og virkemiddelbruk har videre svært klar fokus på (re)habilitering rettet mot boligsituasjonen - etter oppholdet skal klienten ha sin egen bolig og han skal mestre ”det

å bo”. Likeledes vektlegger behandlingsopplegget utdanning og arbeid. Klienter som ikke har fullført grunnskole eller som ønsker å forbedre fag, kan få undervisning i institusjonen, mens klienter uten fullført eller med svak videregående utdanning, ved overgang til ettervernet kan starte med å følge undervisningen ved en lokal videregående skole. Både i behandlings- og i ettervernsfasen er det et krav at klientene skal være sysselsatt med skole og/eller arbeid. I ettervernet betyr det utstrakte kontaktmuligheter med nærmiljøet.

3.2 Resultatoppnåelse - Noen måle- og sammenligningsproblemer

Når vi i det følgende går igjennom resultatene vil vi først og fremst vektlegge rehabiliteringsgrad i forhold til situasjonen ved inntak. Utover det vil vi der det er mulig sammenligne med kost/nytte-undersøkelsen og med Sollia-undersøkelsen. Disse sammenligningene er ikke uproblematiske, fordi det ikke foreligger standardiserte resultat kategorier. Samtidig er sammenligning den eneste måten vi kan få en indikasjon på PH's relative effektivitet.

Vi har undersøkt situasjonen for respondentgruppa etter behandlingen ift følgende forhold; rus, nettverk/rus boligsituasjon, utdanning og inntektskilde – og sammenlignet med situasjonen på tilsvarende områder før behandlingen. Der det er mulig har vi sammenlignet med tilsvarende informasjon fra Sollia-undersøkelsen (ibid), og i begrenset grad med kost/nytte-undersøkelsens (ibid) gruppe av døgnbehandlingsklienter.

Definering av oppfølgingstidspunkt og periodisering av ”etter”-situasjon er viktig og utfordrende. Vi har hatt problemer med å finne relevante referansedata for vår undersøkelse, både mht avstand i tid mellom behandling og oppfølgingsintervju, og mht å tidsavgrense den perioden man spør om i oppfølgingsintervjuet. For eksempel er kost/nytte-undersøkelsen basert på oppfølgingsintervjuer hhv 1 og 2 år etter behandlingsstart, og med langt mer finmaskede kartleggingsverktøy enn hva vi har hatt mulighet for. Når det gjelder både PH- og Sollia-undersøkelsen er avstanden i tid mellom behandlingsstart oppfølgingsintervju, langt mer varierende - teoretisk dreier det seg om ca 1 – 9 år for Sollia, og ca 3 – 9 år for PH. Når det gjelder periodisering av ”situasjonen på oppfølgingstidspunktet” valgte vi å bruke samme definisjon som i Sollia-undersøkelsen, nemlig ”i dag / siste 6 mnd”.

3.3 Behandlingsgjennomføring - også et resultatmål

Behandlingsgjennomføring kan sees på som et resultat eller måloppnåelse i seg selv – samtidig er det en forutsetning for å oppnå de egentlige behandlingsmålene knyttet til rusmestring og rehabilitering. Retensjon – dvs. hvor lenge klienten er i behandling, kan sees på som en lignende ”resultatindikator”; også den en antatt forutsetning for positivt utfall.

I kost/nytte-undersøkelsen (SIRUS 2003) var fullføringsraten 41% for klienter i døgninstitusjon. Tilsvarende finner vi for de 202 som begynte på PH 1997-2002.

Begrenser vi utvalget til de som blir på PH utover de første ukene, viser PH en meget sterk retensjon – og meget sterkere enn for eksempel Sollia – med en behandlingsvarighet på over 2 år for mer enn 50% av PH-beboerne mot 30% for Sollia.

Fig 7

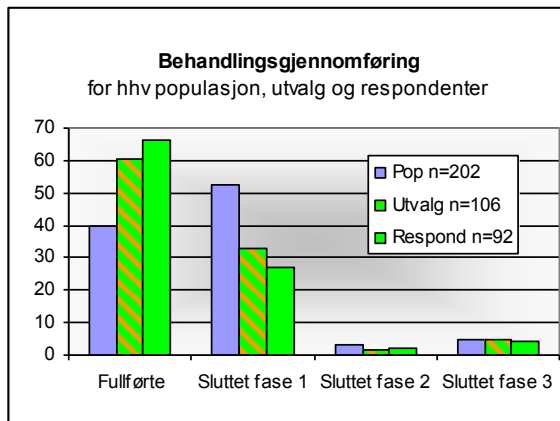
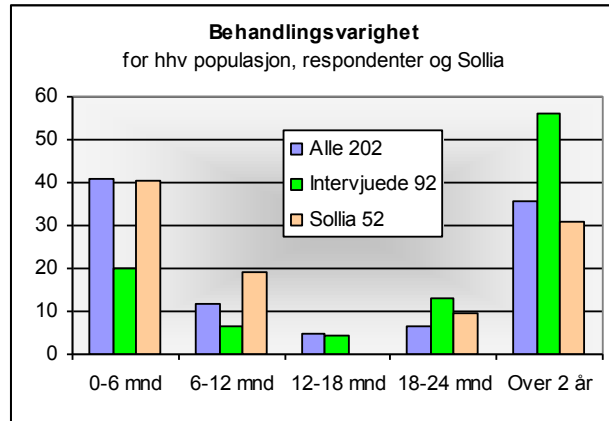


Fig 8



3.4 Rehabiliteringsresultater

3.4.1 Rus og omgangskrets

Figur 9 viser at nesten 80% av respondentene ikke bruker illegale rusmidler på oppfølgings-tidspunktet, inkl. de som er i substitusjons-behandling (LAR). Ca 68% er avholdende eller har moderat alkoholforbruk. Vel 40% er totalt avholdende, dvs at de heller ikke bruker alkohol.

Fig 9

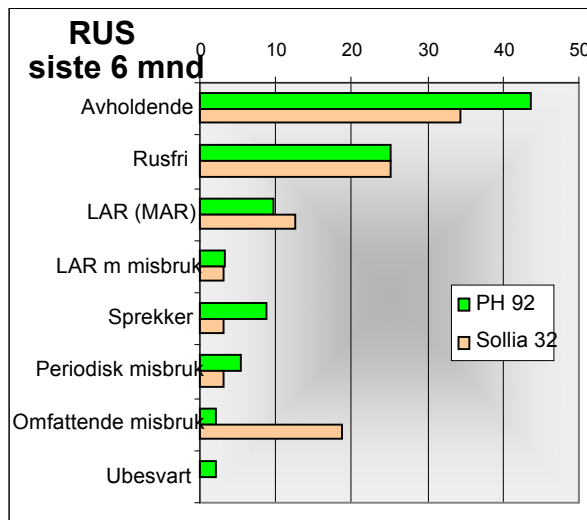
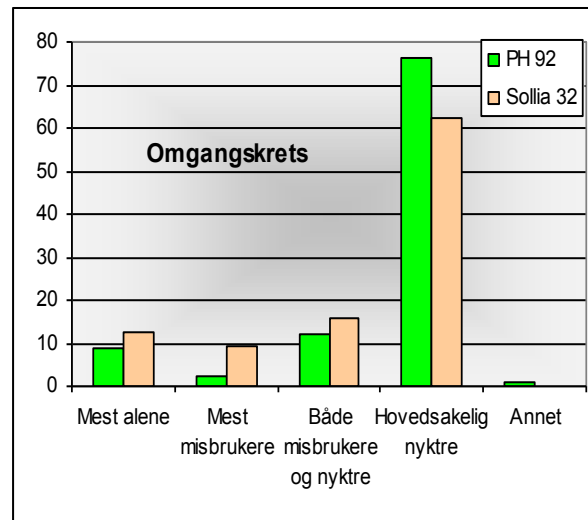


Fig 10



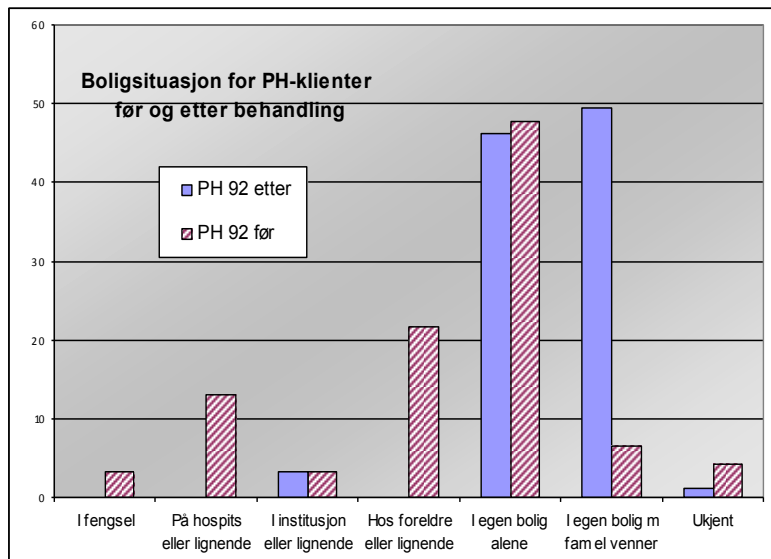
Når det gjelder omgangskrets ser vi av figur 10 at nesten 8 av 10 av de intervjuede PH-klientene stort sett er sammen med mennesker som ikke ruser seg. Tallene i seg selv tyder på en bedre utvikling enn i Sollia undersøkelsen. Det er imidlertid forskjeller i utvalg som muligens kan forklare en del av dette.

Kost/nytte-undersøkelsen viser at av den gruppa som var i døgntilrettelagt behandling, var 26% avholdende på oppfølgingstidspunktet. PHs resultatgrad ligger således langt over det som ut fra dette kan ansees for "vanlig", men også her bør en se på sammenlignbarhet før en konkluderer endelig.

Sammenlikner vi de som fullførte PH-behandlingen med de som avbrøt tidlig, finner vi at de som fullførte scorer langt bedre på alle resultatvariable. Samtidig viser det seg at av de som ikke gjennomførte, er en ganske høy andel i LAR/MAR (20% av de som avbrøt mot 6,5% av de som gjennomførte). Vi antar at de som avbrøt behandlingen tidlig, men som PH klarte å skaffe kontaktdata for, representerer et gruppe som i snitt klarer seg bedre enn de man ikke klarte å skaffe kontaktdata for.

3.4.2 Boligsituasjon, utdanning og inntekt

Fig 11

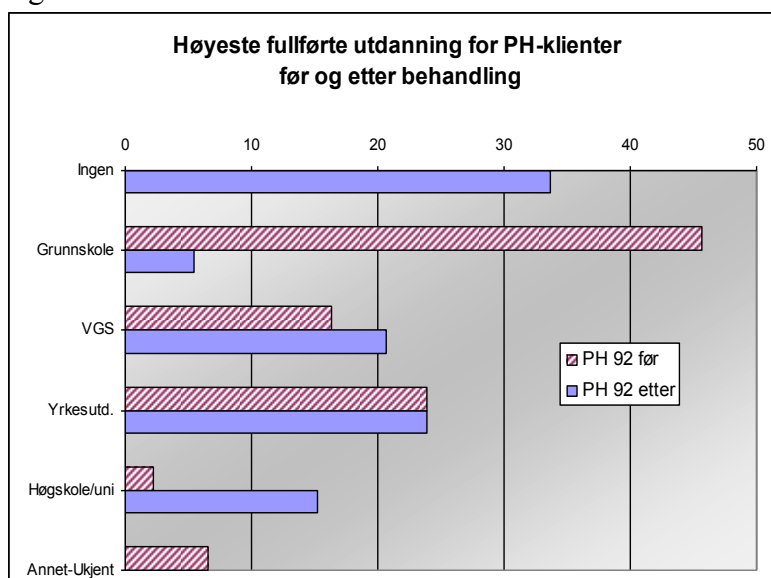


Figur 11 viser at de aller fleste i respondentgruppa bor i egen bolig etter PH-oppholdet, mens dette var tilfelle for ca halvparten før de begynte i behandling..

En annen tydelig endring fra før-situasjonen er at nesten halvparten ikke bor alene, men sammen med familie/samboer eller venner.

Over 60% av respondentene har tatt utdannelse etter at de begynte på PH. Som vi har påpekt er det mange som går på skole, mens de er på PH. I figur 12 nedenfor vises i hvilken grad og på hvilke nivåer respondentene har forbedret sin utdanning etter at de kom inn på PH. Sammenligningsvis har litt færre av Sollia-klientene forbedret sin utdanning.

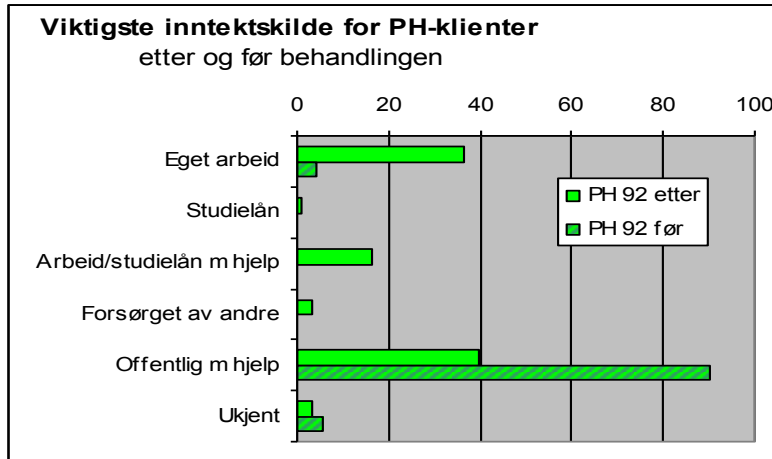
Fig 12



Dette bildet viser at PH-klientene som gruppe har høynet sin utdanningsstatus betydelig i perioden mellom inntaks- og oppfølgings-tidspunktet. Det gjelder både de ca 5 % som ikke hadde fullført grunnskole da de begynte på PH, og det gjelder de 60 % som har fullført videregående, tatt yrkesutdanning eller gått på høgskole etter behandlingsstart.

Også her gjentar den samme tendens seg, når vi sammenlikner de som har avbrutt og de som har gjennomført behandlingen: Nær dobbelt så mange av de som har gjennomført har tatt mer utdanning – sett i forhold til de som avbrøt.

Fig 13



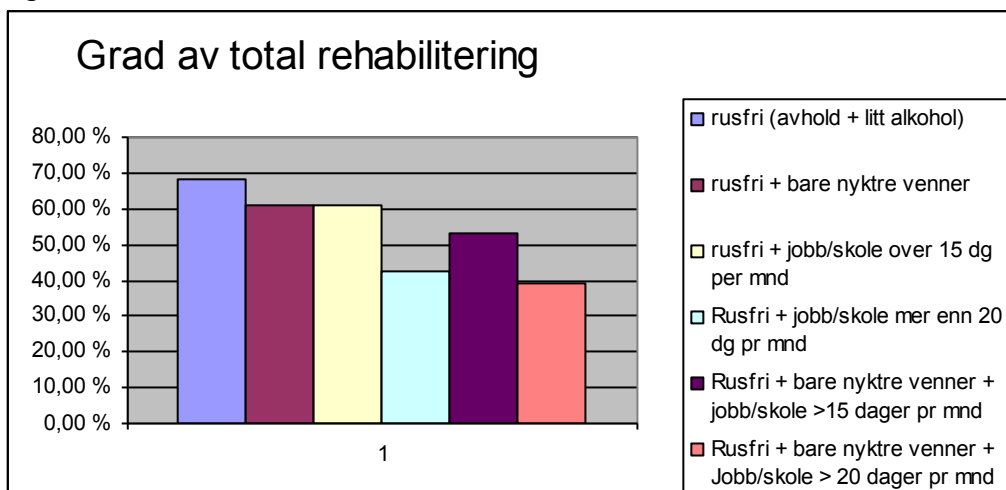
Som figur 13 viser endrer inntektgrunnlaget seg dramatisk før og etter oppholdet. Inntekt basert på eget arbeid, evt i kombinasjon med studielån og bidrag fra samboer (her hjelp fra familie) utgjør inntektsgrunnlaget for over 50% etter oppholdet, mens tilsvarende var under 10% før oppholdet.

Av de 61 som fullførte har nesten halvparten (47,5%) eget arbeid som viktigste inntektskilde, mens rundt 1/3 (31,1%) oppgir hjelp fra det offentlige/familien. Tilsvarende data om de 25 som ikke fullførte, viser hhv 16 og 56%.

3.5 Grad av fullstendig rehabilitering

Ved å koble datakategorier kan vi fremstille graden av total rehabilitering, se figur 14 nedenfor. Etter det strengeste krav – dvs rusfri, rusfrie venner og fulltids jobb og/eller skole – blir rehabiliteringsprosenten i underkant av 40% når vi tar utgangspunkt i alle som er intervjuet, og langt høyere dersom vi bare tar med de som har gjennomført PH.

Fig 14



3.6 Oppsummering og utfordringer mht objektiv sammenligning

Som tabell 4 nedenfor viser er utvalgene som er intervjuet i den foreliggende undersøkelsen og hhv Sollia og kost/nytte-undersøkelsen forskjellige. De andre undersøkelsene har intervjuet langt flere av den samlede andel som er registrert ved inntak. Dette kan forklare en del av forskjellene i resultater som registreres.

Tabell 4

	Populasjon: Alle som begynte i behandling	Kontaktinfo OK	Ble fulgt opp / intervjuet. Som andel av populasjon	Resultat; Fullført behandling (ekskl ettervern) Som %andel av populasjon	Resultat; Rusfrie Som %andel av oppfulgte, intervjuede
Phoenix	202	106	92 - 45,5%	40	68
Sollia	52	52	32 - 61,5%	39	59
K/N Døgn	276	204	204 - 73,9%	43	26

Vi har tillatt oss en noe spekulativ vurdering av den totale resultatgraden, ved å stipulere rusfrihetsgraden (rusfri og evt litt alkohol, men ikke LAR/MAR) for de som ikke har gjennomført og ikke er intervjuet. Vi stipulerer at ca 20% av disse er rusfrie mot sammenlignbart tall for både Sollia og PH på ca 40% rusfrie av de som ikke har gjennomført, men det var mulig å intervjuer. Ser vi på de som har gjennomført, er det 75% som er rusfrie av PH beboere og 72% av Sollia beboere som er rusfrie⁹.

Ut fra disse forutsetninger finner vi at den totale resultatgraden stipulert for hele populasjonen – dvs 202 for PH og 52 for Sollia ville ha ligget omkring 40%, mens den for kost/nytteundersøkelsen for snittet av alle døgninstitusjoner, ville ha blitt ca 20-25%.

Tabell 5

	Populasjon: Alle som begynte i behandling	intervjuet	Antall av intervjuede som er rusfrie	Stipulert antall rusfrie av Ikke intervjuede 10% - 20%	Stipulert total % andel Som er rusfrie
Phoenix	202	92	63	11 - 22	37-42% ¹⁰
Sollia	52	32	19	2-4	40-44%
K/N Døgn	276	204	53	7 - 14	22-24%

Den viktigste kritikk mot å blande sammen resultatene for de som har avbrutt og de som har gjennomført er at rusfrihet etter behandling og antall tidlige avbrudd bør ses som to forskjellige og delvis uavhengige mål.

⁹ tallene må anses for å være like pga det lille grunnlag og usikkerhet i beregningsmodell

¹⁰ Slik beregningene her er gjort bør en se på slike forskjeller som her – mellom Sollia og PH som likhet.

Det første er uttrykk for effektiviteten i behandlings-opplegget. Denne er uten tvil meget god på PH - like god som på Sollia og klart bedre enn for snittet av døgninstitusjoner. Det andre er uttrykk for evnen til å motivere i oppstarten av behandlingen eller alternativt evnen til å skille ut de som ikke er motivert. Hva det er – har ikke vi forutsetninger for å uttale oss om.

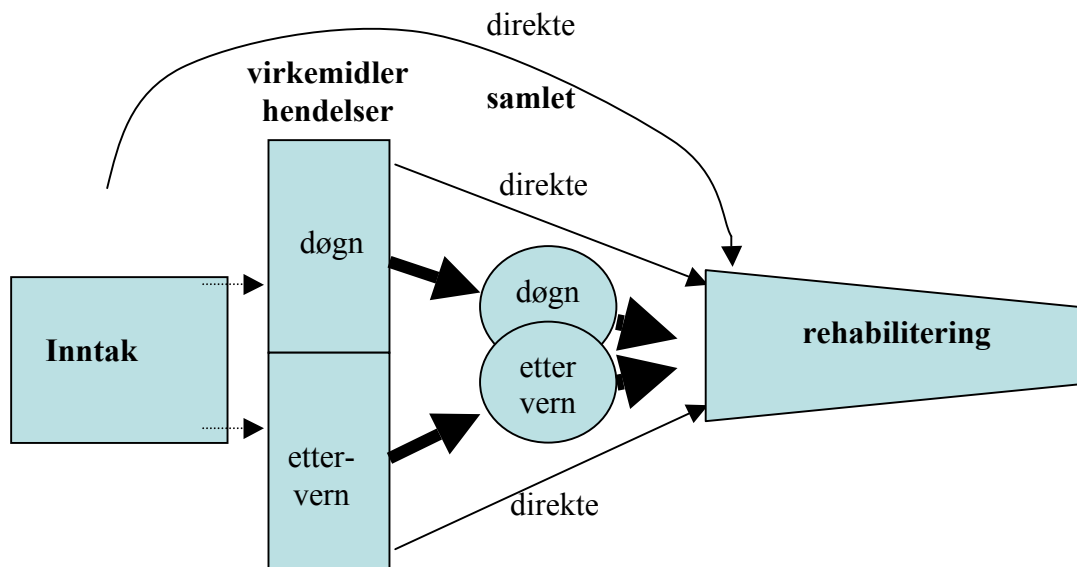
4 Den terapeutiske modell

4.1 Innledning – den terapeutiske modell¹¹

I det følgende analyserer vi klienters oppfatning av behandlingen og vurderer ut fra variasjon og sammenheng i dataene, betydningen av forskjellige deler av behandlingen. Analysen har to siktemål – hvor konsistent er sammenhengen sett i forhold til hypotesene som ligger i den terapeutiske modell og hvor bør en legge vekten i videre utviklingsarbeid.

Klientene har i utgangspunktet svart på spørsmål om tilfredshet med nytteverdi av behandlingselementer. Vi gjennomgår ikke disse data som sådan, idet de i seg selv har liten verdi, så lenge vi ikke kan sammenligne dem med tilsvarende data¹². Det vi gjør er derimot å analysere variasjonen i disse data og beregne betydningen denne variasjonen har hatt for rehabiliteringen.¹³ Ut fra dette kan vi bygge opp den i dataene ”iboende” terapeutiske modellen – slik den fungerer med klientenes øyne. Den terapeutiske modellen vi fant er illustrert nedenfor.

Fig 15 Den terapeutiske modellen



¹¹ for en mer detaljert gjennomgang av modellutvikling og metode se vedlegg 2

¹² slik man vil kunne gjøre ved gjentatt måling eller om flere går over til sammenliknbare standarder for oppfølgingsmåling

¹³ for en mer grundig metodisk gjennomgang se vedlegg 2

4.2 Beregningsmetoder og pålitelighet

Når vi beregner sammenhenger i modellen bruker vi vesentlig tre beregningsmåter. Den første er en faktoranalyse for å identifisere hvilke elementer som danner felles dimensjoner/virkemidler sett med klientens øyne. Så bruker vi to beregningsmåter for å finne ut av styrken i sammenhenger, mellom forskjellige dimensjoner – virkemidler og rehabilitering.

Den ene kaller vi her beregning av ”forbedringseffekt”, den andre beregning av ”viktighet”. Beregning av forbedringseffekt viser hvor sterkt forbedring av opplevelsen av det aktuelle element i behandlingen ville påvirke resultatene¹⁴. Effektberegningen tar hensyn til den relative optimalisering mellom virkemidlene – bare det området der forbedring gir effekt fremheves.

Beregning av ”viktighet” viser derimot hvor karakteristisk opplevelsen av dette elementet er helt generelt for utviklingen av for eksempel avholdenhet og rus¹⁵. Av grunner som har med feilkilder for slike beregninger og det begrensede tallmaterialet å gjøre, bør resultater av begge typer beregninger og flere beregninger vurderes i sammenheng. Beregningene bør også ses opp mot kompetente faglige vurderinger før en konkluderer med hva som eventuelt bør gjøres eller hva som med rimelig sikkerhet er viktig. Når vi kommer med konklusjoner og forslag her – må dette bare forstås som innspill til kompetent faglig diskusjon - ikke fullverdige og med sikkerhet holdbare vurderinger.

Sagt på en annen måte. Det som sies her bør grunnleggende sett forstås som hypoteser for videre utforskning. Etter vår oppfatning virker imidlertid en del av hypotesene beregningene viser til meget solide.

4.3 Døgnopphold vs ettervern

Faktoranalysen av samlet opplevelse av nytte av døgnopphold (Fase 1) og ettervern (Fase 2 og 3) viser at dette er to forhold som vurderes hver for seg, men samtidig har en betydelig overlapp– dvs døgnopphold og ettervern danner også en integrert helhet i klientens forståelse.

Fig 16

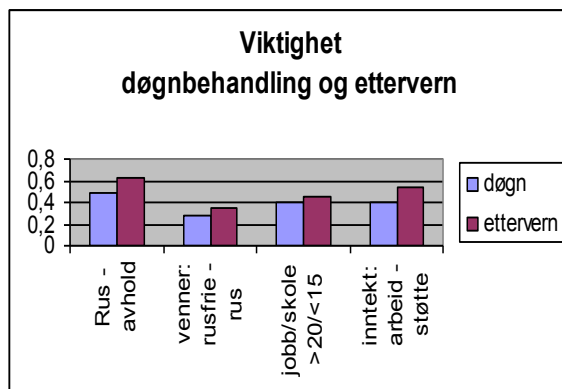
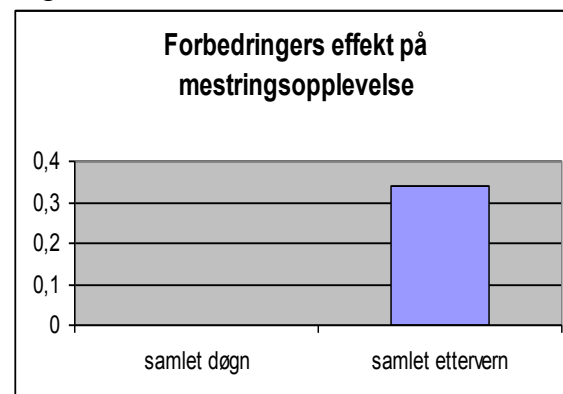


Fig 17



¹⁴ Multippel Regresjon

¹⁵ Diskriminant Analyse

Beregninger i dataene¹ - figur 16 - viser at hver av de to hoveddelene av behandlingen ved PH er nesten like viktige for rehabilitering. Ettervernet virker noe sterkere enn døgnoppholdet¹.

På den annen side viser beregninger av forbedringseffekter - se figur 17 - at en videre forbedring av ettervernet vil gi mest effekt for opplevelsen av mestring¹. I denne sammenheng får ikke døgnoppholdet betydning. Statistisk sett er dette begrunnet i overlapp. Tolket betyr det at årsaken er at døgnoppholdet først og fremst virker gjennom ettervernet. .

Døgnbehandling og ettervern danner slik sett en helhet. Døgnbehandlingen virker, men for at virkningen av den skal realiseres effektivt, er den avhengig av kvaliteten i ettervernet.

4.4 Virkemidler i døgnoppholdet

Ser vi på analysen av døgnoppholdet for seg, finner vi at klientene ser på virkemidlene eller behandlingselementene (som hver for seg har fått en klargjørende innledning og et spørsmål i spørreskjemaet) i helheter og grupperer dem i dimensjoner som vist i figur 18 nedenfor¹⁶.

Fig 18 Klientenes gruppering av virkemidler i Fase 1

spm15 - fungering
spm16 – eldst, ”søsken”, rådgivere, ledere
spm17 - lære tilbakemeldinger
spm18 - lære ros
spm19 - fase1 møtet – ”deling”
spm21 - problemoppfølging
spm26 – direkte stabskontakt
spm27 - plan,målgruppe,oppfølging
spm23 - seminarer

De tykke strekene viser til skillene mellom forskjellige helhetlige dimensjoner i behandlingen i fase 1 – slik klienten ”ser” dem. ”Fungering” viser til arbeidet som alle deltar i gjennom store deler av dagen. Dette foregår i grupper under tydelig hierarkisk ledelse av beboere med lengre botid. Kommandolinjene er strenge og mer rigide enn vi opplever i vanlig organisasjonsliv.

Spørsmål 16-18 viser til en gruppe elementer som alle dreier seg om relasjonelle forhold som bevisst bygges opp mellom beboerne. Spørsmål 16 referer til en ordning med et veldig strukturert ansvar som ”eldre” beboere (dvs de som har vært der lengre) tar for ”yngre” . For eksempel de første 6 uker der ”storesøsken” tar et stort ansvar for å lære de nye opp i systemet. Spørsmål 17 referer til en veldig strukturert prosess for å ordne opp i ”konflikter”. Konflikter så vel som arbeidet med deres løsning, oppfattes som et viktig behandlingselement ved PH. Til denne dimensjonen hører også opplevelsen av ros (spm 17) og måten denne blir gitt på og skal gis på – høyt og tydelig i alles nærvær.

Dimensjonen dreier seg samlet sett om sosiale forhold – i tråd med PH forståelsen kaller vi dimensjonen for ”fellesskapsmetoden” – metode fordi det ikke er tilfeldige, men regisserte sosiale forhold. Deltakerne agerer her i stor grad uten inngripen fra stab, men alt regisseres via samarbeidet mellom de ”eldste” og stab.

Fase 1-møtet dreier seg egentlig om flere møter – et for hvert trinn i fase 1. I vår utspørring har vi fokusert på en praksis som preger en periode i dette møteforløpet. I denne perioden brukes de i stor grad til at den enkelte ”deler” avgjørende og gjerne vonde opplevelser i sitt liv med de andre. Disse forholder seg til historien til den som er i fokus. Denne settingen ses av klientene som en egen og ganske uavhengig dimensjon i fase 1.

¹⁶ basert på faktoranalyse

Neste dimensjon dreier seg om elementer som åpenbart er knyttet til formålet med oppholdet. Målet er rehabilitering og dimensjonene dreier seg om målrettede aktiviteter i denne sammenheng; dvs kriserutiner som iverksettes når noen begynner å "gi opp", tenker på å dra eller har systematiske atferdsproblemer (spm 21). Det dreier seg om den direkte kontakten med stab (spm26), og om behandlingsplanen og oppfølging av denne i målgruppen (ledet av stab) (spm 27). Alt i alt vil vi omtale denne dimensjonen som "mål-handling".

I tillegg kommer seminarer som gir opplæring i elementer i den terapeutiske modell (spm 23).

4.5 Virkemidler i ettervernet

På samme måte som døgnoppholdet har vi gjort en faktoranalyse av opplevelsen av ettervernet. Denne viser sammenhenger som illustrert i figur 19 nedenfor.

Figur 19 Klientenes gruppering av virkemidler i ettervernet.

spm30 - mottakelse EV
spm31 - støtte mht gjeld
spm32 - støtte mht penger
spm33 - arbeid, skole, bofellesskap - ansvar
spm34 - støtte mht familiekontakt
spm35 - støtte mht å utvikle et rusfritt nettverk
spm36 - kommunikasjon med de andre
spm37 - etterverngruppa
spm38 - primærkontakt
spm40 - støtte i overgang 2-3

Alle elementene er tilsiktede aktiviteter i behandlingen. De fleste elementer beskriver seg selv. Primærkontakten har ansvar for alle virkemidler – eks hjelp med økonomi (spm 31,32) – men aktiviteten ses, av beboerne, som uavhengig av forholdet til primærkontakten i seg selv. Det sammen gjelder aktiviteter som støtte med gjenetablering av familiekontakt (starter i fase 1).

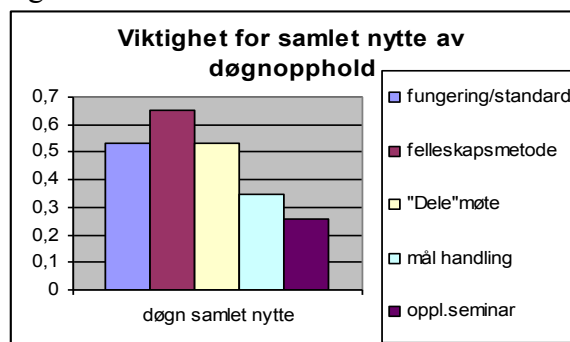
Dette danner imidlertid en faktor sammen med støtte til etablering av rusfritt nettverk. Å trene i direkte kommunikasjon med andre, samt arbeidet i etterverngruppa ledet av primærkontakten ses som en annen helhet.

5 Virkningsmekanismer i døgnoppholdet

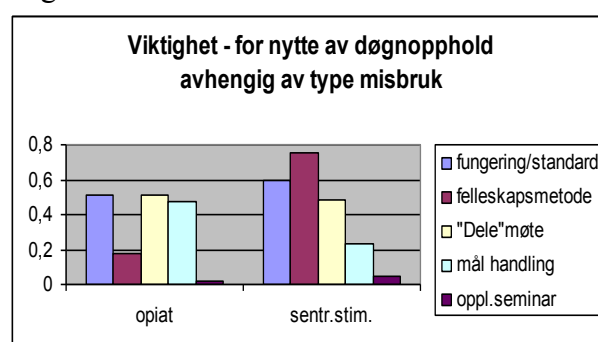
5.1 Virkning av enkeltelementer på samlet nytte

Figur 20 viser hvor viktig beboerne opplever at enkeltelementene i døgnoppholdet er.

Figur 20



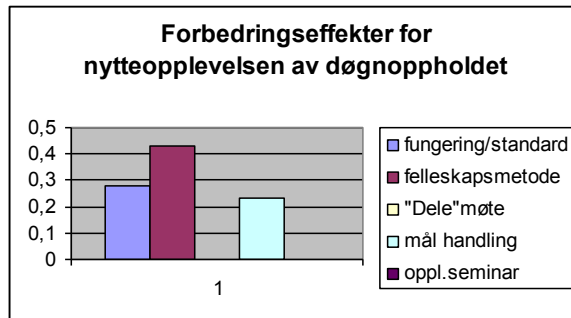
Figur 21



Det er fellesskapsmetoden som oppleves som viktigst. Det betyr at varierende opplevelse av dette virkemidlet karakteriserer den samlede nytten den enkelte assosierer med døgnoppholdet sterkest. Men også fungering og ”dele”møtet (fasemøte) er viktige.

Dersom vi skiller mellom tidligere opiatmisbrukere og de som misbrukte sentralstimulerende midler finner vi som figur 21 ovenfor viser, at varierende opplevelse av fellesskapsmetoden betyr mye mindre for den første gruppen enn for den andre; mao varierende kvalitet i metoden er viktigere for den siste gruppen – faktisk det viktigste i hele døgnoppholdet. For opiatmisbrukere er derimot elementene omkring mål-handling viktigere enn for de andre.

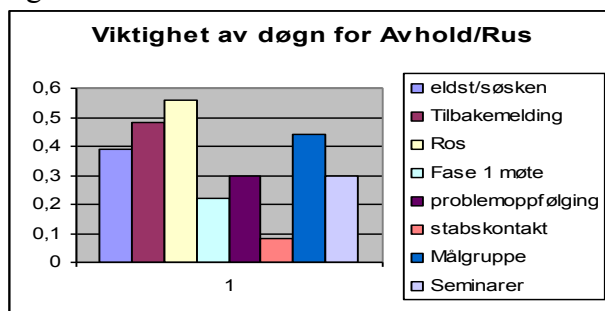
Figur 22



Figur 22 viser effekten av å forbedre opplevelsen av enkeltelementer i døgnoppholdet for opplevelsen av den samlede nytte. I denne beregning blir effekten av å forbedre ”dele”møtet (fasemøtet) og seminarer ikke signifikant. Roterende beregninger, der vi har holdt utenfor enkeltelementer, viser at også forbedring av ”dele”møtet har tydelig effekt¹.

5.2 Viktighet av elementer i døgnoppholdet for rusfrihet

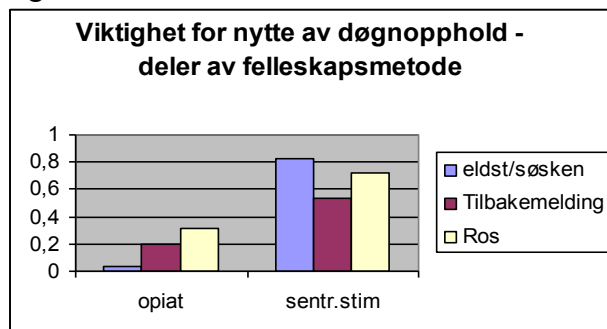
Fig 23



Figur 23 viser at når vi skiller opplevelsen av elementene som til sammen danner døgnoppholdet, finner vi at elementene som former ”fellesskapsmetoden” er viktigst og hver seg omtrent like viktige. Det viktigste for å karakterisere de som er totalt avholdende og de som ruser seg.

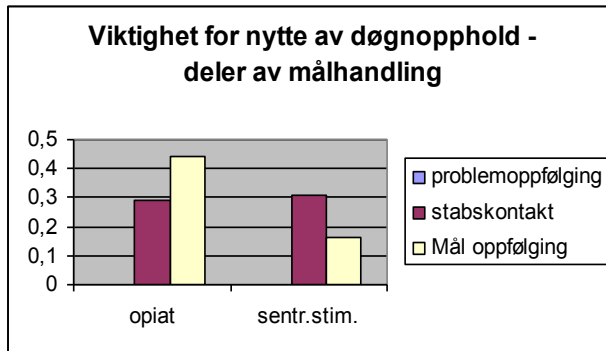
I dimensjonen mål-handling er enkeltelementet stabskontakt nesten uten betydning, mens målgruppen og problemoppfølging har stor betydning.

Fig 24



Fordyper vi oss i fellesskapsmetoden alene og skiller mellom tidligere opiatmisbrukere og misbrukere av sentralstimulerende midler, finner vi som figur 24 viser at ros har en relativt sett like stor betydning for begge grupper, mens forholdet til ”eldre” er viktigst for misbrukere av sentralstimulerende midler.

Fig 25



Tilsvarende finner vi som vist i fig 25 ved fordypning i ”mål-handling”-dimensjonen, at en positiv opplevelse av målgruppen er mest karakteristisk for opiatmisbrukere, mens det er stabskontakten for brukere av sentralstimulerende midler. Betydning av problemoppfølging blir her ikke signifikant for noen gruppe.

Alt i alt tyder beregningene ovenfor på at fellesskapsmetoden mer enn noe representerer kjernevirkemidlet i det terapeutiske system. Denne karakteristikken gjelder imidlertid klart sterkere for misbrukere av sentralstimulerende midler – som også ellers viser et mønster der graden av utbytte av behandlingen i stor grad defineres av utbytte av sosiale aspekter ved oppholdet (eks forholdet til stab).

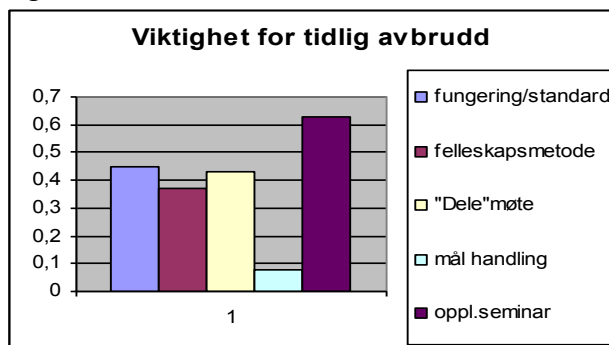
5.3 Hvorfor avbrytes behandlingen / døgnoopholdet ?

Som resultatene viste er det et betydelig antall som avbryter behandlingen tidlig i døgnoopholdet (opp mot 55%). Selv om det kanskje er kost/nyttmessig effektivt at man ikke bruker ressurser på de som ikke er motivert, ligger det også en betydelig utfordring her, dersom man med bedre innsats kunne motivere disse. Evnen til å holde på klientene lenger er senere i behandlingen en av PHs styrker - de har lengre snitt behandlingstid enn de sammenlignbare institusjonene. Dette er både et mål i seg selv, og noe som antakelig er en viktig faktor for å forklare de gode resultatene for de som gjennomfører.

Figur 26 nedenfor viser at alt bortsett fra ”mål-handling” har betydning for tidlig frafall. Her må vi huske at ”mål-handling”-aktiviteter har de som bryter av tidlig i liten grad opplevd.

En positiv opplevelse av seminarene har en meget stor betydning og faktisk den sterkeste betydning for ikke å avbryte. Kunnskap om metoden ser ut til å gi mening og motivasjon.

Fig 26



Ser vi på betydningen av å fullføre, opp mot rehabiliteringsgrad, finner vi avgjørende positiv sammenheng på alle resultatmål. Det eneste som i tillegg viser like systematisk sammenheng er gjennomføring av utdanning (VGS) – noe som igjen er avhengig av gjennomføring av behandling. Vi er derfor ikke tvil om hvor viktig det er å redusere avbrudd.

5.4 Samlet vurdering av døgnoppholdet

De presenterte analysene tyder på at alle elementer i døgnoppholdet spiller en rolle, men at deres betydning varierer avhengig av referanseramme.

Kjernen i døgnoppholdet er ...

- opplegget omkring fungering/standardheving (arbeid; renhold, kjøkken, jordbruk) som bør ses som motor som skaper rom for ...
- fellesskapsmetoden

I tillegg virker også ...

- ”mål-handling”-opplegget
- ”dele”møtet (fasemøtet) og
- seminarer som gir forståelse for metoden

Det ser ut som om det er forskjell mellom forskjellige typer misbrukere mht hva som bør fokuseres mest. For opiatmisbrukere ser det ut til at mer strukturerende virkemidler som ”mål-handling” og fungering er viktigst, mens det for misbrukere av sentralstimulerende stoffer er samspillet mellom fungering og fellesskapsmetoden som gir effektene.

Ser vi på utfordringen omkring tidlig avbrudd, så tyder våre data på at samspillet mellom følgende elementer er viktig:

- fungering
- fellesskapsmetoden – og da især forholdet til storesøsken
- ”dele”møtet

Dessuten viser det seg at ...

- seminarer

... er et sterkt virkemiddel for å skape mening og dermed motivasjon.

Vi vil påpeke at deler av konklusjonene om avbrudd står på noe svakere analytisk grunn, som følge av begrensede grunnlagstall, men vi tror at vår konklusjoner peker i riktig retning.

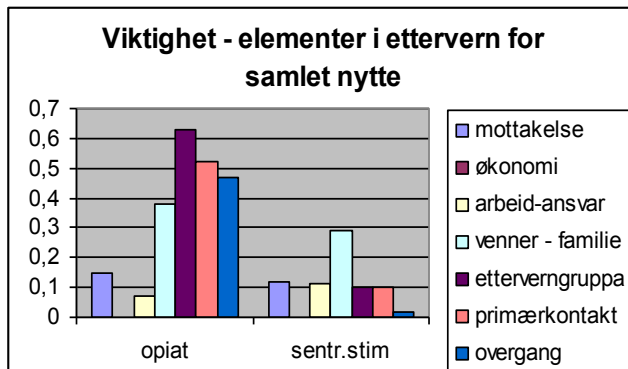
6 Virkningsmekanismer i ettervernet

6.1 Virkning av enkelt elementer på samlet nytte

Som vi viste ovenfor er utviklingsinnsats i ettervernet viktigere enn i døgnoppholdet. Dette forsterkes av at det generelt er noe svakere systematiske sammenhenger i metodedataene fra ettervernet. Årsaken kan være at ettervernet ikke er like ”modent” i sine terapeutiske mekanismer, dvs at vårt og PHS”kart” har vært for dårlig.

Det kan også være at forhold som ligger i omverden griper sterkere inn og dermed forstyrer kontrollerbarheten i våre beregninger. Da vi forsøkte å beregne viktigheten av enkelt-elementer for samlet nytte fant vi mye usystematisk variasjon. Først da vi delte gruppen i hhv tidligere misbrukere av opiat og sentralstimulerende midler fant vi sterke nok systematiske sammenhenger.

Fig 27

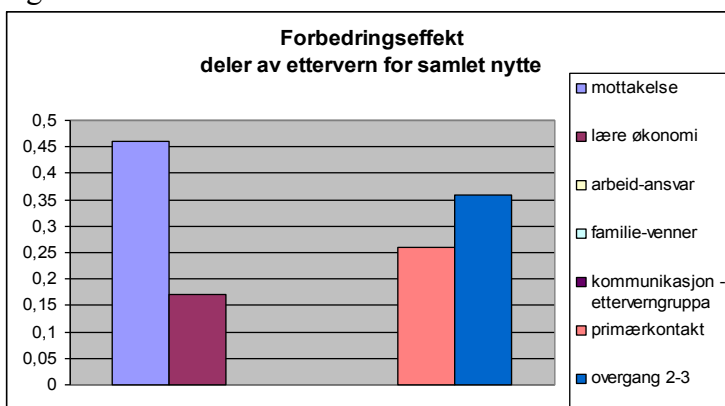


Som figur 27 viser er sammenhengen mye sterkere for opiatmisbrukere enn for misbrukere av sentralstimulerende midler – mao fremstår tiltakene i ettervernet som mer forklarende for rehabilitering til opiatmisbrukere. For opiatmisbrukere er i tillegg etterverngruppe, primærkontakt og støtte i overgangen mellom bokollektiv (fase2) og egen bolig (fase 3) mye viktigere enn for misbrukere av sentralstimulerende midler.

Den samlede nytte disse opplever karakteriseres sterkest av hva de får til mht utvikling av forholdet til familie og et rusfritt nettverk. Dette støtter en hypotese om at det er en forskjell mellom disse to gruppene som bør tas hensyn til i utviklingen av ettervernet.

Ser vi bort fra forskjellen mellom de to misbrukertypene og på beregninger av forbedrings-effektivitet i ettervernet under ett, som vist i figur 28 nedenfor, ser vi at det som især ville skape forbedrete nytte av ettervernet, er forbedret støtte ved mottakelse og ved overgangen mellom kollektivbolig og egen bolig utenfor PH.

Figur 28

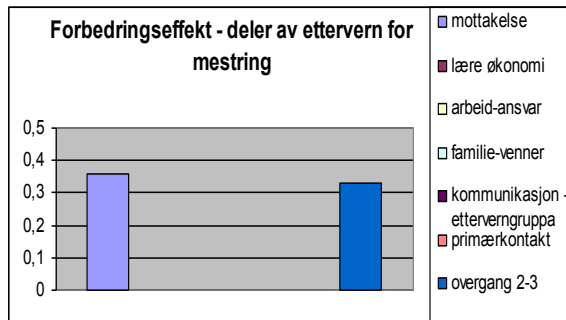


Alt i alt støttes hypotesen om at det er en forbedring av samspillet mellom verden utenfor og PH som ville ha størst effekt på nytten av ettervernet og at fokus især bør ligge på de sosiale relasjoner som kan etableres. Samtidig viser figur 28 at forbedring i det å lære å få kontroll på økonomien og forholdet til primærkontakten ville øke nytten ved ettervernet.

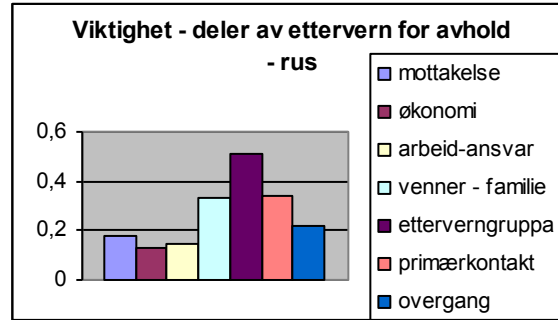
6.2 Direkte virkninger av ettervernet for rehabilitering

Figur 29 nedenfor viser at det som først og fremst ville bidra til en forbedret opplevelse av mestring i livet etter PH, er en forbedret gjennomføring av mottakelse i ettervernet og overgangen mellom kollektivbolig (fase 2) og egen bolig(fase 3).

Figur 29

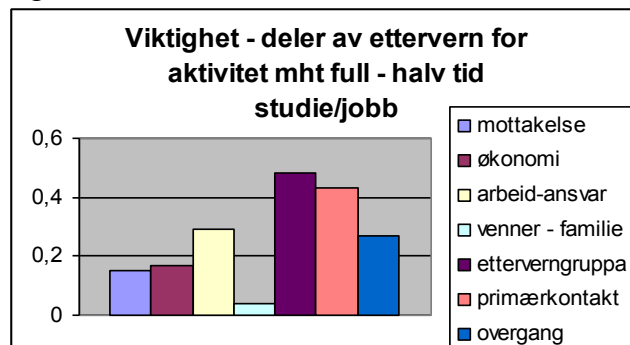


Figur 30



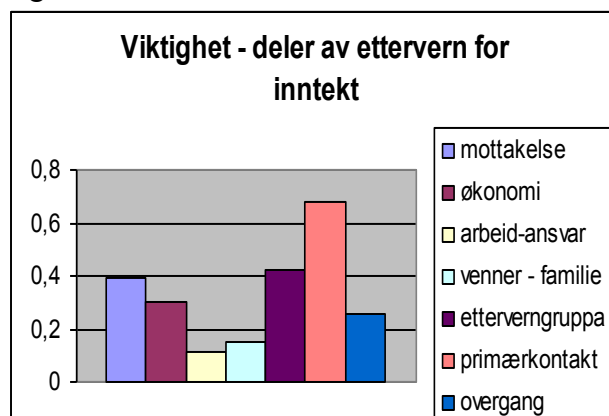
Figur 30 viser enkeltelementenes direkte viktighet for utviklingen mht russtatus. Igjen er det en god opplevelse av etterverngruppa som karakteriserer de som klarer å være avholdende i forhold til de som sprekker. Imidlertid viser figuren at alle virkemidlene er viktige og især at utvikling av forholdet til venner/familie og forholdet til primærkontakten spiller en viktig rolle.

Figur 31



På samme måte viser Fig 31 at det er opplevelsen av etterverngruppa og primærkontakten som klart karakteriserer skillet mellom de som etablerer full tid i studier eller jobb i forhold til de som bruker halv tid eller mindre på jobb/studier.

Figur 32



Figur 32 viser at opplevelsen av primærkontakten karakteriserer skillet mellom de som makter å etablere et livsopphold basert på egen inntekt(+studielån) i forhold til de som lever av offentlig og privat støtte sterkest. Samtidig viser figuren at også mottakelsen og etterverngruppa er viktige.

6.3 Samlet vurdering av virkningen av ettervernet

Alt i alt tyder analysen på ...

- at ettervernet er det viktigste utviklingsområdet fremover
- at det især er grensesnittet mellom PH og verden omkring, det bør fokuseres på
- at vekten især bør ligge på støtte til utvikling av nettverk utenfor PH,
- den store betydningen som primærkontakten har i ettervernet – både direkte og gjennom etterverngruppa, er fundamental for forståelsen av virkningsmekanismene i ettervernet
- at virkningsmekanismene i ettervernet er forskjellige avhengig av misbruksmønster – med tegn på ettervernet især kan forbedres overfor misbrukere av sentralstimulerende midler og da igjen med vekt på det som er sagt i punktene ovenfor

7 Avsluttende oppsummering

7.1 Phoenix Haga's behandlingsopplegg virker

Vi vil oppsummere våre funn med at Phoenix Haga skaper rehabilitering utover det som er avdekket som snittet for døgninstitusjoner for rusmiddelmisbrukere (SIRUS 2003).

Våre analyser viser med rimelig konsistens at virkningen i stor grad er drevet av ...

- et langt opphold og et integrert ettervern
- et systematisk døgnopphold der alle virkningsmekanismer bidrar
- og tilsvarende et ettervern som i stor grad fungerer etter hensikten

Bedre resultater (høynet rehabiliteringsgrad) kan først og fremst oppnås ved å videreutvikle ettervernet, og da især ved å

- videreutvikle forståelsen av misbrukere av sentralstimulerende midler
- forbedre samspillet mellom samfunnet utenfor PH og ettervernet ytterligere
- fokusere støtten i overgang til ettervern og overgang fra kollektiv bolig til privat bolig

Forbedringer kan også oppnås i døgnoppholdet - og da i alle sammenhenger - men med størst effekt når det gjelder samspillet mellom "fellesskapsmetoden" og livet på institusjonen for øvrig (især fungering).

Den viktigste forbedringen i døgnoppholdet vil være å redusere tidlige avbrudd. Dataene tyder på at en vei å gå er øket satsning på kunnskapsformidling til beboerne om behandlingsmetodikk og virkemidler.

7.2 Noen hendelsers betydning

Matrisen nedenfor er en oppsummering av en del funn omkring sammenhengen mellom forskjellige aktiviteter og prognosen for rehabilitering. Vi har valgt å illustrere effekten istedenfor å presentere en mengde tall¹⁷. En ”smiley” viser positiv sammenheng – flere viser til sterk positiv sammenheng.

Hendelser	rusfri	Rusfrie venner	Videre utdanning	Inntekt av Arbeid/studie	100% Jobb/skole
Fullført behandling					
Grunnskole					
Prosjekt og ansvar					
Spes stab nærhet					
Videregående skole					
Sprekker v. fravær					
Narkogjeld					

Som oversikten viser er det en entydig positiv sammenheng mellom fullføring og rehabilitering. Mindre selvsagt er det at en del av beboerne kommer i et særlig nært forhold til noen i stab, verken gir positive eller negative prognoser. Resultatet stemmer med ideen ved terapeutiske samfunn. Og tilsvarende er det vel overraskende at de som har narkogjeld etter at de er ferdige på PH, synes å ha bedre prognoser enn andre. Intervjunotater peker på at ”narkogjeld” kan bidra til at man holder seg ”unna miljøet”. Derimot var vi ikke overrasket over at de som har sprekker i tiden på PH (ved midlertidige eller lengre fravær) har svakere prognoser enn andre.