

MER
MELLOM REGNBUEN OG DE
SORTE HULLENE

Evalueringsrapport nr. 2 av Sauherad Samtun

av

Astrid Brandsberg-Dahl og Heid Nøkleby

Ressurser Skriftserie nr 1 - 2004

ISBN 82-8026-006-4

Forord

Dette er den andre etterundersøkelsen vi har gjennomført siden Samtun startet i 1986 som behandlingsinstitusjon for rusavhengige. Siden 1988 er Samtun drevet som et terapeutisk samfunn. Den første ”Mellom regnbogen og dei svarte hola” kom ut ved Diakonhjemmets høgskolesenter i 1998.

Vi er stolte over å ha gjennomført etterundersøkelser for hele perioden vi har drevet med behandling. Dette arbeidet er nå blitt en mer eller mindre integrert del av vårt arbeid, da vi samler inn data kontinuerlig. Vi har hele tiden ønsket at databehandlingen og vurderingen som blir gjort av disse data, blir behandlet av forskere som ikke er en del av vår organisasjon.

Vi har i hele Samtuns eksistens hatt kontakt med og til tider godt samarbeid med Tyrilistiftelsen. Det var derfor denne gangen naturlig å ta kontakt med Tyrilis forsknings- og utviklingsavdeling for å gjøre oppsummering av siste 5 års intervjuer. Samarbeidet mellom Samtun og Tyrili Forskning og Utvikling om boka har gått bra, og vi har fått et resultat som vi er godt fornøyd med og ikke minst stolte av. Vi vil takke Tyrili FoU for det arbeidet som de har utført.

Vi er meget takknemlige for at våre tidligere beboere er så positive til å gi tilbakemeldinger om sine liv og sine opplevelser av behandlingsforløpet på Samtun i de intervjuene som er foretatt.

I boka finnes det også noen tegninger. Disse er tegnet av en nåværende beboer på Samtun. Selv om dette blir anonymt, vil vi også takke for dette bidraget som gjør boka mer levende.

Vår målsetting med dette arbeidet er å si noe kvalifisert om hvordan det går med de som har deltatt i vårt behandlingsprogram. Vi er ofte blitt stilt spørsmål om dette. Dette synes vi denne boka gir mange og gode svar på.

Vi har også hatt som målsetting å kunne få tilbakemeldninger fra tidligere beboere omkring det vi betrakter som spesielt viktige elementer i vårt behandlingsprogram. Vi har hatt tanker om at dette kunne hjelpe oss i forhold til videreutvikling og kvalitetssikre behandlingsprogrammet. Dette har vært gode intensjoner, men vi ser at øvrige faglige impulser, kliniske erfaringer og øvrige forskningsresultater er det som i hovedsak påvirker utviklingen av vårt arbeid.

I den forbindelse er vi heldige fordi vi er en del av både en nasjonal forening av terapeutiske samfunn (Norsk Forum for Terapeutiske Samfunn) hvor det foregår mye faglig utveksling og faglig utviklingsarbeid, men vi er også en del av en europeisk organisasjon for terapeutiske samfunn, som har gitt oss internasjonale kontakter som vi inspireres av. Siden terapeutisk samfunns metodikk, som vårt behandlingsprogram er basert på, er en modell som står sterk internasjonalt, og den har blitt forsket på i mer enn 30 år, er dette vår viktigste inspirasjonskilde i det faglige utviklingsarbeidet.

Vi har også erfaring på at det som vi for ca 10 år siden tenkte var de viktigste behandlingselementene, ikke nødvendigvis i dag er de elementene som er mest interessante å få tilbakemelding på, noen er sågar borte, mens andre er kommet til. Derfor er enkelte av beskrivelsene i denne etterundersøkelsen pr dags dato foreldet med hensyn til hvordan vi i dag arbeider. Eksempelvis har vi 4 faser det første året, mot tidligere 3, og vi har utviklet et eget overgangsprogram fra første året til annet året.

Vi vil fortsette vårt evalueringsarbeid også i form av etterundersøkelser, men er i dag ikke sikker på hvilke evalueringsverktøy som vi vil bruke i fremtiden. Her er det skjedd mye de årene vi har holdt på med undersøkelser. Vi kommer til å fortsette å etterundersøke beboerne i forhold til livssituasjon 2 år etter behandling. Men vi vil trolig bruke andre metoder, verktøy og annet tidsperspektiv for å tilbakemeldinger på spesifikke programelementer.

Vi er selvfølgelig også veldig stolte over å kunne dokumentere at 57-60 % av de etterundersøkte er å betegne innfor normalområdet av befolkningen med hensyn til bruk av rusmidler. Vi ser også kjempestore forandringer med hensyn til sosial funksjon og sosial tilhørighet. Dette bekrefter noe vi alltid har hevdet: DET NYTTER!

Vi vil også benytte anledningen til å takke alle samarbeidspartnerne som på sin side har bidratt i den totale behandlingen av den enkelte beboeren gjennom blant annet ansvarsgrupper, oppfølgingsarbeid m.m. Medarbeiderne ved Samtun fortjener også i denne anledningen honnør for sitt kontinuerlige engasjement og faglige innsats.

Men de som har grunn til å være aller mest stolte, er beboerne selv! Som vi sier i terapeutisk samfunn: ”Det er bare deg selv som kan gjøre det, men du kan ikke gjøre det alene!”

Samtun, januar 2004

Terje Wold
daglig leder

INNHold:

Innledning **9**

Kap. 1 Metode **11**

Undersøkelsesperiode 12

Utvalget 13

Inntak 15

Utskrivning 17

Etterundersøkelse 18

Kvalitative intervjuer 20

Reliabilitet og validitet 21

Kap. 2 Hvem er Samtunbeboerne? **25**

Alder og kjønn 26

Utdanning 27

Inntektskilder og yrkesstatus før inntak 28

Illegal inntekt, kriminalitet og fengselsbakgrunn 30

Bosituasjon før inntak 32

Rusmiddelmissbruk 33

Misbrukskarriere 37

Helse ved inntak 38

Tidligere behandling for rusmisbruk før inntak på Samtun 40

Oppsummering 42

Kap. 3 Behandlingsoppholdet **47**

Ventegrupper 48

Tid i behandling 50

Fullføring 52

Tilbakeblikk på oppholdet 53

Beboernes helhetlige vurdering av oppholdet 65

Oppsummering 68

Kap. 4 Hva sier etterundersøkelsen?	71
Hvem fullfører? 73	
Utdanning og yrkesstatus ved oppfølging 75	
Inntekt ved oppfølging 77	
Bosituasjon 79	
DTES – sosial funksjon, tilpasning, mental helse og misbruk 81	
<i>Sosial tilhørighet</i> 81	
<i>Sosial funksjon</i> 84	
<i>Mental helse</i> 84	
<i>Rusmiddelmisbruk</i> 85	
Langtidsbehandling – verd prisen? 90	
Oppsummering 92	
Kap 5. Fellesskap nytter	97
Det nytter 98	
Fellesskap som metode 99	
Evalueringer 101	
Tiltak 104	
Utvalg 105	
Tid i behandling 109	
Rusmisbruk ved inntak og oppfølging 111	
Sysselsetting ved inntak og oppfølging 114	
Bosituasjon ved inntak og oppfølging 116	
Sosialt nettverk ved inntak og oppfølging 117	
Konklusjon 118	
Kap. 6 Avslutning og oppsummering	121
Utvalg og metode 122	
Et par metodiske problemer 122	
Behandlingsoppholdet 123	
Livssituasjon ved oppfølging 125	
Avslutning 128	
Referanser	131
Appendiks 1: Tabell- og figuroversikt	135

Innledning

Våren 2003 ble en første forespørsel gjort fra Sauherad Samtun til Tyrili Forskning og Utvikling om en evalueringsstudie, og i løpet av sommeren ble kontrakten undertegnet. I løpet av det siste halve året har vi fått overlevert datamaterialet fra Samtun, registrert, analysert og skrevet slik at denne rapporten kunne være ferdig primo 2004 slik Samtun ønsket.

Evalueringsstudier har som regel en oppdragsgiver, og oppdragsgiveren her er i tillegg objektet for studien. Mange typer evalueringer, evalueringsforskning og annen forskning opplever trusler mot ”objektiviteten”, så også denne. Måten vi møter dette på er å forsøke å beskrive alt vi har gjort så grundig som mulig, slik at leseren selv kan bedømme hvordan vi har ivaretatt oppgaven med å gi en saklig og faglig evaluering av Samtun.

Førrige evaluering – eller etterundersøkelse – ble utgitt i 1998 og omhandler perioden 1987–1995. En ny, tilsvarende studie bidrar til å forsterke resultatene fra den førrige, selv om begrensninger finnes. Spesielt når utvalgene er relativt små, blir gjentatte studier viktig for å kunne gi bedre indikasjoner på sammenhenger og endringer.

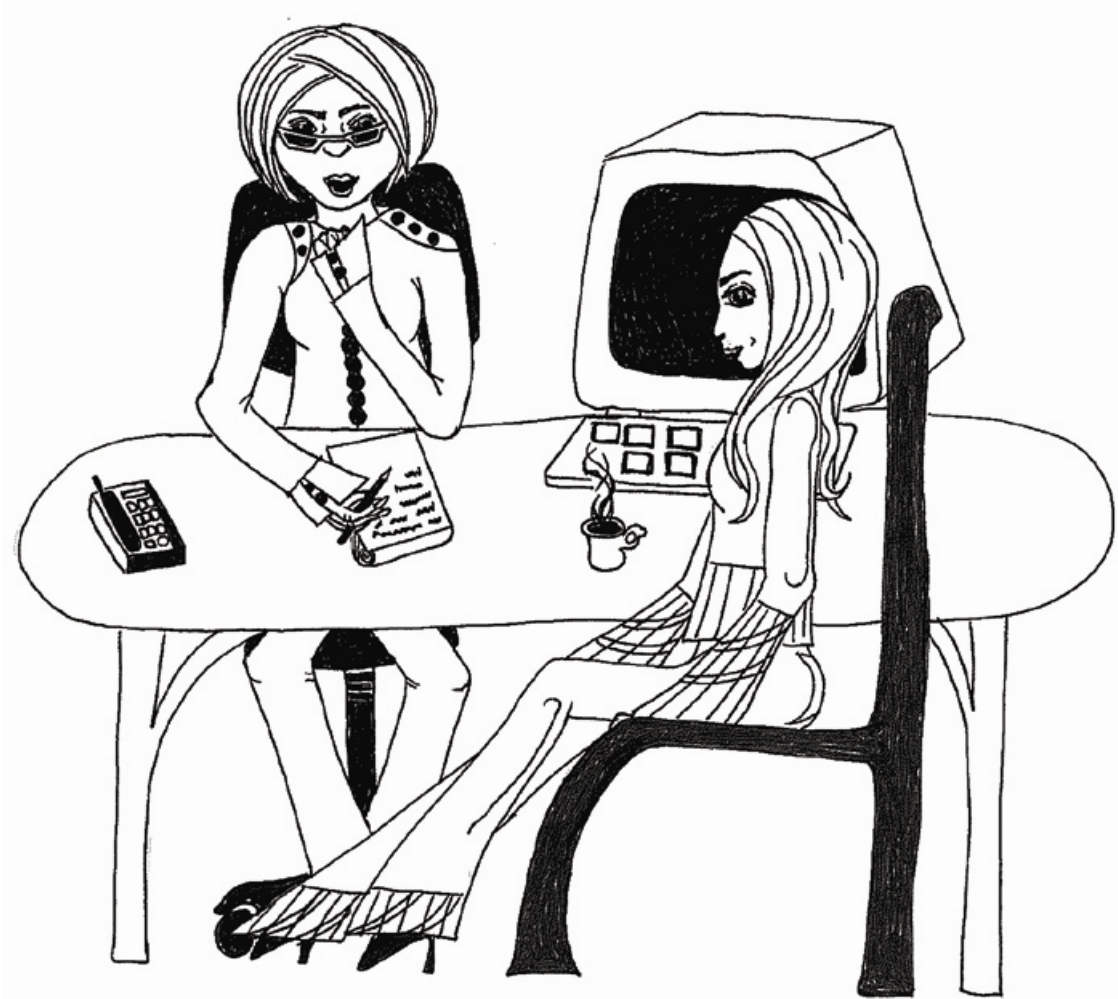
I studien har Samtun stått for datainnsamling både før og etter programmet, mens høsten 2003 har arbeidet stort sett ligget hos Tyrili Forskning og Utvikling. Det har vært konferert og diskutert underveis, særlig med Samtuns faglige leder, Carsten Hald, men også med inntaksansvarlig og intervjuer, Siren Øyan Kulbeck. Samarbeidet har først og fremst dreid seg om oppklaringer vedrørende data, diskusjoner rundt rapportens struktur og kapittel 5 (Felleskap nytter).

Evalueringsrapporten er delt inn i seks kapitler. Kapittel 1 er et metodekapittel der fremgangsmåter og vurderinger av disse beskrives utfyllende. Kapittel 2 skildrer beboerne som oppholdt seg på Samtun i vår undersøkelsesperiode, med særlig fokus på livssituasjon ved inntak, samt forskjeller og likheter mellom grupper. I kapittel 3 ser vi nærmere på selve behandlingsoppholdet, på tiden tilbrakt der i både kvantitet og kvalitet. En viktig del av dette kapittelet er beboernes vurderinger av ulike aspekter ved oppholdet. Kapittel 4 omhandler de tidligere beboernes livssituasjon på etterundersøkelsestidspunktet – sett i forhold til situasjonen ved inntak og analysert med tanke på sammenhenger og endringer. I kapittel 5 løftes blikket opp fra Samtun til et mer overordnet utsyn på ulike tiltak med fellesskap som metode, og resultater fra åtte evalueringer sammenstilles. Det sjette og siste kapittelet er en oppsummering av hele rapporten. Kapitlene 2-4 avsluttes dessuten med en liten oppsummering der viktige funn fremheves og eventuelle sammenligninger med andre studier, særlig den forrige studien av Samtun gjøres.

Vi vil takke ”Anne” og ”Tom” som gav oss verdifull innsikt gjennom kvalitative intervjuer, samt Thor H. Johansen, Jo Wennesland (begge Tyrili FoU) og Helge Waal (UiO) for kommentarer og korrigeringer.

Tyrili Forskning og Utvikling (FoU) er en selvstendig forskningsenhet og en del av Tyrili Utvikling og Prosjektstiftelse, som igjen er en selveiet stiftelse tilknyttet Tyrilistiftelsen. Tyrili FoU ble etablert i 1999 for å møte behovet for evaluering og dokumentasjon av praksis i behandling for rusmisbruk og kriminalitet, og etter hvert har vi arbeidet stadig mer med oppdrag innen kompetanseutvikling, evaluering og forskning for offentlige og private virksomheter. Astrid Brandsberg-Dahl er Cand.polit. med hovedfag i sosiologi, og Heid Nøkleby er Cand.polit. med hovedfag i pedagogikk.

Kapittel 1. Metode



Dette kapitlet skal belyse våre valg, avveininger og betraktninger når det gjelder metoden som er brukt i denne hovedsaklig kvantitative undersøkelsen av Sauherad Samtun. Undersøkelsen er en evalueringsstudie. Evalueringer kan ha minst to mål; for det første å undersøke om et program eller tiltak gir gode nok resultater til at det gir mening å fortsette, for det andre å tydeliggjøre programmets sterke og svake sider slik at forbedringer og forsterkninger kan gjennomføres (Rawlings 2001). Samtun har hatt begge disse målene for øyet. Intervjuskjemaene som er brukt i etterundersøkelsen omfatter spørsmål vedrørende personens livssituasjon på ulike områder (som Samtun vurderer som viktige) – og derigjennom endring fra situasjonen ved inntak, og spørsmål som fokuserer på selve innholdet i programmet og opplevelsene av dette.

Evaluering kan defineres som ”en systematisk vurdering av gjennomføring og/eller resultatene av et program eller en politikk, sett i forhold til et sett av eksplisitte eller implisitte kriterier, som en metode for å bidra til forbedring av programmet eller politikken” (Weiss 1998: 4, vår oversettelse). Kriteriene – eller standardene – som resultatene vurderes opp mot tar her utgangspunkt i Samtuns mål med behandlingsoppholdet: å bidra til et selvstendig liv uten rusmisbruk. Dette er igjen omformulert til områder og spørsmål som reflekteres i etterundersøkelsesintervjuet. (Se mer om kriterier i kapittel 4 om resultatene fra etterundersøkelsen.)

Undersøkelsesperiode

Forrige etterundersøkelse (Angell 1998) omfattet de første ni årene ved Samtun og talte i alt 133 beboerne som ble utskrevet i perioden 21. januar 1987 til 14. oktober 1995. Dataene og resultatene omfatter likevel aldri alle disse 133, ettersom det finnes inntaksdata på kun 89 personer og etterundersøkelsesdata på 71 personer. Vår undersøkelse omfatter de fem

påfølgende årene, fra 1. august 1995 til 31. desember 2000, med i alt 84 utskrevne beboere. Det er med andre ord en viss overlapping mellom de to undersøkelsesperiodene, blant annet fordi det var noen få beboere som ble skrevet ut i forrige periode som ikke ble gjenfunnet før senere. Én person ble utskrevet i vår periode (14.10.1995), men er intervjuet i forrige etterundersøkelse og går dermed ut av vårt utvalg. En annen hadde flere opphold i forrige periode og ett opphold i vår periode. Han ble ikke etterundersøkt den gang og er dermed inkludert i vårt utvalg. Som en del av utvalget er denne personen dermed med i begge undersøkelsesperiodene.

Utvalget

84 personer ble utskrevet fra Samtun i vår undersøkelsesperiode og for 76 (90 prosent) av disse har vi opplysninger om livssituasjonen før oppstart i behandling, om enn av ulikt omfang. 56 personer (67 prosent av det totale utvalget) er intervjuet i etterundersøkelsen. Om disse har vi opplysninger om hvordan de vurderer behandlingsprogrammet på Samtun og om livssituasjonen på tidspunktet for etterundersøkelsesintervjuet. Blant de 28 som ikke ble intervjuet i etterundersøkelsen var det 3 som ikke ønsket å la seg intervjuet, 2 som var døde før intervjuet, 12 som ikke ble oppsporet, 4 som ikke ble prioritert gjenfunnet (pga svært korte opphold), 1 som ble forhindret til intervju og ikke senere oppsporet/prioritert, og 6 som har hatt et senere opphold (etter vår periode) og skal med i neste etterundersøkelse.

Syv personer har hatt mer enn ett opphold i løpet av undersøkelsesperioden, til sammen var det 92 opphold (utskrivninger) f.o.m. august 1995 t.o.m. desember 2000. I tillegg er det 7 personer som har hatt inntak *etter* vår periode (6 av disse vil være med i neste etterundersøkelse), og 1 person hadde flere inntak *før* vår periode. For de 7

personene som har flere opphold innenfor vår periode (og kun denne) har vi valgt å slå sammen periodene og trekke fra dager de var ute når vi regner behandlingstiden. Inntaksdato blir i disse tilfellene hentet fra *første* behandlingsopphold og utskrivingsdato fra *siste* behandlingsopphold.

To av de 84 tidligere beboerne var døde på etterundersøkelsestidspunktet, det er 2,3 prosent av det totale utvalget. Blant de som ikke er oppsporet i etterundersøkelsen *kan* det også finnes døde, men det vet vi ikke.

Med utgangspunkt i at ikke alle er intervjuet på de to måletidspunktene, samt at det har vært brukt flere ulike intervju-skjemaer og andelen som har svart på alle spørsmål varierer mye, vil antallet svar (N) på et spørsmål lett kunne bli lavt, hvilket gjør antagelser om forskjeller og sammenhenger ganske usikre. Dette er viktig å ha i minne når utvalget beskrives i tall og prosenter, slik at man ikke trekker slutninger det ikke er grunnlag for. I mange tilfeller vil tallene kunne vise tendenser i materialet, men der N er lav må dette likevel brukes med forsiktighet. Tyrili FoU gjennomførte i 2001–2003 en etterundersøkelse av Frankmotunet, Tyrilis enhet i Folldal (Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003). I dette arbeidet møtte vi mye av den samme metodiske problematikken i forhold til utvalg, datamateriale og datainnsamling som vi har gjort i denne undersøkelsen av Samtun. Materialet til begge undersøkelsene kjennetegnes av at data er samlet inn over lang tid, på ulike skjemaer og i noen tilfeller *retrospektivt*. Det vil si at man samler inn opplysninger om forhold som ligger tilbake i tid, og at informasjonen derfor kan være påvirket av for eksempel dårlig hukommelse, aktuell livssituasjon, eller andre ting av betydning i intervjupersonens liv i mellomtiden (se f.eks. Skog 1998). Vi har av den grunn varierende mengder og type data på deler av utvalget, og i enkelte beregninger blir kategorien *ingen data* høy. Dette skyldes også til en viss grad at vi har bestrebet oss på å få registrert alle innskrevne klienter i utvalget, også de som det ikke finnes særlig data på eller som av ulike

grunner valgte å avslutte behandlingen raskt. Begrunnelsen for å inkludere alle er å få et best mulig bilde av klientgruppen, og eventuelt se etter om de som fullfører behandlingsopplegget skiller seg på noen måte fra de som dropper ut tidlig (se bl.a. Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003). I stedet for å utelate de vi hadde lite inntaks- eller oppfølgingsdata på i denne studien av Samtun, slik det ble gjort i den første etterundersøkelsen (Angell 1998), har vi valgt å inkludere hele populasjonen, selv om opplysningene er til dels mangelfulle. Dermed blir de publiserte resultatene mer representative for hele beboergruppen i den aktuelle perioden.

Det er ikke uvanlig at det i evalueringer bare studeres de som gjenfinnes i en etter/oppfølgingsundersøkelse, med andre ord at vi i denne studien bare kunne konsentrert oss om de 56 gjenfunne. Vi mener imidlertid at hvis målet med studien er å gi et helhetlig bilde av beboere på Samtun i en bestemt periode (og hvordan det går med disse), så må studien omfatte alle tilgjengelige data på et hvert tidspunkt. I kapittel 5 der flere evalueringstudier sammenstilles må dette også legges på minne, slik at eventuelle sammenligninger skjer med stor forsiktighet (også av andre grunner som utdypes der).

Inntak

Inntaksdataene er samlet inn av et eget inntaksteam første dagen beboeren var på Samtun. Etersom alle beboere må delta i en ventegruppe over en viss tid før de påbegynner den faktiske behandlingen, vil beboeren og intervjueren kjenne litt til hverandre ved inntaksintervjuet (se kapittel 3 om behandlingsoppholdet for mer om ventegrupper). Det er mulig å tenke seg at et inntaksintervju som gjøres første dag i behandling vil kunne frembringe svar som for eksempel kan være strategiske eller unnvikende, men siden det allerede er etablert en viss relasjon vil de ganske nærgående spørsmålene i intervjuet antakeligvis virke noe mindre truende. Det kan

øke sjansen for at beboeren gir riktige svar, som i så fall gir inntaksopplysningene bedre reliabilitet (pålitelighet).

Inntaksdataene er samlet inn ved hjelp av ulike inntaksskjema. I alt 76 av de 84 beboerne i perioden er intervjuet ved inntak: 29 med det tidlige *basisskjemaet* (rosa, utarbeidet av Rusmiddeldirektoratet), 1 med et gult inntaksskjema (*Skjema II*, utarbeidet av SIFA), 37 med den eldste typen klientkartleggingsskjema (grønt) som kom i 1997 og 9 med den nyere versjonen klientkartleggingsskjema (blått) – begge utarbeidet av Rusmiddeldirektoratet. For noen av beboerne ble det ved en feiltagelse ikke fylt ut noe inntaksskjema ved oppstart i behandling, men av disse har ansatte i ettertid registrert opplysninger for 8 stykker. Disse er lite utfyllende, særlig med tanke på misbruksomfang og psykiske problemer. For én person som hadde to inntak med halvannet års mellomrom ble klientkartleggingsskjema tatt ved andre inntak (antakeligvis fordi det ikke fantes noe fra første inntak). Denne kartleggingen beskriver en person som har falt tilbake til massivt misbruk siden første behandlingsopphold. For 3 andre med to inntak (men ikke avsluttet) innenfor vår undersøkelsesperiode finnes det inntaksskjema kun for andre inntak. Disse beskriver ikke nødvendigvis situasjonen slik den var før første opphold (som er innenfor vår periode), og dermed er få data inkludert i undersøkelsen.

Det tidlige basisskjemaet var et langt fyldigere inntaksskjema enn det senere klientkartleggingsskjemaet. Fordi Samtun fremdeles ønsket å samle inn en del av disse opplysningene, ble det ved overgangen fra basisskjema til (grønt) klientkartleggingsskjema utarbeidet et *tilleggsskjema* som ble distribuert sammen med dette. Tilleggsskjemaet ble brukt ved inntak mellom 1998 og 1999; etter det ble det brukt retrospektivt, enten fylt ut i løpet av behandlingstiden eller ved etterundersøkelsesintervjuet. 26 personer (31 prosent) er tilleggsskjemaet fylt ut for.

Overgangen fra én type inntaksskjema til et annet, samt manglende eller lite utfylte skjemaer, gjør at de dataene vi har om beboernes livssituasjon før behandling er av svært varierende omfang. Noen steder vil N være lav, andre steder har vi sammenlignbare opplysninger om store deler av utvalget.

I klientkartleggingsskjemaene spørres det etter ulike sider ved livssituasjonen (for eksempel bolig, inntekt, misbruk) for de siste 4 ukene før oppstart i behandling på Samtun. Disse fire ukene kan være svært forskjellige for ulike beboere: noen har en misbrukstopp da, noen har trappet ned i forbindelse med ventegruppen, noen har gått på metadon og andre har vært i fengsel/annen behandling. Vi forsøker derfor hovedsakelig å bruke mål for siste 6 måneder for beskrivelse av ulike sider ved livssituasjonen ved inntak. (Se mer om dette i kapittel 2 om Samtunbeboerne.)

Utskriving

Ved utskrivning av beboere fra Samtun er det registrert dato og utskrivingsgrunn/måte. Utskrivingsdato er den dagen beboeren flytter fra Samtun og fylkeskommunen stopper sin betaling. For en beboer som ikke avbryter programmet vil han/hun på dette tidspunkt gå videre inn i fase 3 etter utskrivning/utflytting (se kapittel 3 om behandlingsprogrammet), omtrent to år etter oppstart.

Samtuns definerte behandlingsprogram gjør det mulig å avgjøre om en beboer har fullført programmet eller ikke (se mer om dette i kapittelet om behandlingen). Vi har derfor registrert avslutningsgrunn for hele utvalget, men skiller bare mellom ”fullført” og ”ikke fullført”. Noen er registrert med ”klienten avbrøt”, andre med ”utskrevet” eller ”kontraktbrudd”, men disse ulike kodingene er ganske tilfeldige (tolket ulikt), og forskjellen er i

praksis ikke stor. Ingen beboere er i denne perioden blitt kastet ut, de har dratt selv – med eller uten beskjed – og så ikke kommet tilbake, hvorpå de er blitt utskrevet.

Etterundersøkelse

Til den første etterundersøkelsen utarbeidet Samtun et eget intervju-skjema for oppfølging to år etter avsluttet behandlingsopphold. Skjemaet bygger på Schanche Andresens *Evalueringssopplegg for kollektiver m.v.* (1991) og plukker opp en del av spørsmålene fra det første inntaksskjemaet (basisskjemaet). Det er to hoveddeler i skjemaet: en del som omhandler behandlingsoppholdet og en vurdering av dette, samt en del om personens livssituasjon ved undersøkelsestidspunktet og de foregående seks måneder.

I gjennomsnitt ble de 56 tidligere beboerne intervjuet til etterundersøkelsen 2 år og 9 måneder etter utskriving fra Samtun. Totalt fordeler de seg som følger:

Tabell 1.1. Tid mellom utskriving og etterundersøkelsesintervju

Under 1 år	1 til 2 år	2 til 3 år	3 til 4 år	Over 4 år
2 stk	3 stk	37 stk	12 stk	2 stk

En stor majoritet av etterundersøkelsesintervjuene er dermed gjennomført mellom 2 og 3 år etter utskriving, hvilket gjør dataene mer sammenlignbare enn i forrige etterundersøkelse (Angell 1998), der spennet var mye større.

Fire ansatte har foretatt intervjuene. Samtun ønsket at intervjueren skulle kjenne til den intervjuede, ettersom dette ville øke kvaliteten (reliabiliteten) på intervjudataene – i tillegg til gjenfinningsandelen. I

forhold til den delen av etterundersøkelsen som omhandler personens livssituasjon i dag, er det også i andre lignende evalueringsundersøkelser fremhevet fordelene med en kjent intervjuer (trygghet, tillit, kjennskap). Samtidig kan det overfor en kjent intervjuer være vanskeligere å snakke om skambelagte temaer som overgrep, prostitusjon og lignende (Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003; Tjersland 1995). For en tidligere beboer som har greid seg bra gjennom behandling og ønsker å fremstå med et vellykket liv overfor ansatte, kan det også være en viss fare for forskjønning av virkeligheten, for eksempel når det gjelder misbruk av rusmidler den siste tiden. Når det gjelder spørsmålene om behandlingsoppholdet kan det være grunn til å være skeptisk til reliabiliteten, altså hvor troverdige svarene blir når de gis fra en tidligere beboer til en ansatt (jfr Tjersland 1995). I tillegg mener Samtun at verdien av disse dataene er begrenset til bruk for endring av behandlingsinnholdet/programmet, ettersom intervjuene i gjennomsnitt tas nesten tre år etter utskrivning og undersøkelsesperioden er hele fem år, slik at svarene dermed kommer ganske sent. På den annen side endres nok terapeutiske samfunn ganske langsomt, slik at en del av tilbakemeldingene likevel vil kunne ha verdi for ledelsen og de ansatte ved Samtun.

Ved etterundersøkelsen ble det, som ved forrige undersøkelse, skåret en DTES på grunnlag av intervjudataene. DTES (*Drug Taking Evaluation Scale*) er fire vurderinger av misbruk, sosial fungering, sosial tilhørighet og en totalvurdering, utarbeidet av Holsten og Waal (1980). Skåringene plasserer personen på en nidelt skala som igjen kategoriseres innenfor normalområde, symptomområde og pasientområde (se mer om dette i kapittel 4 om resultatene). Denne testen er siden første etterundersøkelse revidert noe, men det er den forrige versjonen som er brukt også i vår undersøkelse. Skåringene er gjort av to av intervjuerne (som er erfarne miljøarbeidere) i samarbeid; ved uenighet har de konferert med en tredjeperson (faglig ansvarlig ved Samtun).

GAS (*Global Assessment Scale*) som gir en lignende type vurdering av psykisk helse, er ikke brukt i denne undersøkelsen, slik den ble i den forrige undersøkelsen. I stedet brukes data om psykisk helse ved inntak (for de som er intervjuet med klientkartleggingsskjema) og i etterundersøkelsen.

De kvantitative dataene som her er beskrevet og samlet inn med spørreskjemaer, er av oss bearbeidet ved hjelp av det elektroniske statistikkprogrammet SPSS.

Kvalitative intervjuer

Vår undersøkelse er i all hovedsak kvantitativ; oppdraget fra Samtun var å analysere et tallmateriale med tanke på prosentresultater og grafiske fremstillinger. Under arbeidet ble det imidlertid også ønskelig med noe mer kvalitative data, levende stemmer som kunne fortelle om opplevelsene bak tallene. Dermed inkluderte vi også to kvalitative intervjuer med tidligere Samtunbeboere fra den aktuelle undersøkelsesperioden – ”Tom” og ”Anne”. Intervjupersonene er på ingen måte tilfeldig valgt; de har begge fullført behandlingsprogrammet, har holdt kontakt med Samtun i ettertid og lever i dag uten rusmisbruk. Hensikten var nettopp å få en dypere forståelse av de virksomme komponentene i programmet; hva er det ved Samtun som har hjulpet dem til å forandre seg og til å mestre et liv uten rusmisbruk i dag? Disse intervjuene gjorde vi selv, og resultatene presenteres flere steder i denne rapporten. Det blir muligens ikke direkte *metodetriangulering* i betydningen ”samme fenomenet undersøkes fra ulike vinkler for å bestemme den eksakte plasseringen” (Kvale 1997: 149), fordi vi bare har inkludert to (ikke-representative) beboere. Tom og Annes fortellinger gis oss likevel en rikere beskrivelse av behandlingsoppholdet og senere erfaringer.

Reliabilitet og validitet

Den vitenskaplige kvalitetskontrollen som en evalueringsstudie bør underlegges tar utgangspunkt i begrepene reliabilitet og validitet. *Reliabilitet* handler om pålitelighet, nærvær eller fravær av tilfeldige målefeil; om det er aspekter ved undersøkelsen som fremmer slike tilfeldige feil. Spørsmålet dreier seg ofte om en målings konsistens, altså hvorvidt flere målinger gir samme resultat (Lund 2001). I vår sammenheng handler dette om nøyaktig registrering i intervjusituasjonene og ved innskriving av data i SPSS. Førstnevnte er langt på vei ivaretatt i Samtuns rutiner rundt inntak og ved etterundersøkelsesintervju (begge deler beskrevet ovenfor). Der vi har funnet uklårheter har intervjuerne ved Samtun vært konferert for oppklaringer om mulig. Mye arbeid har også vært lagt ned i elektronisk registrering, spesielt fordi intervjuskjemaene har vært såpass forskjellige. Reliabiliteten styrkes også i den grad denne undersøkelsen er en "gjentagelse" av den forrige etterundersøkelsen (Weiss 1998).

Validitet handler om systematiske målefeil, mer nøyaktig om gyldigheten til slutningene som trekkes. Hvor sannsynlig er det at A fører til B, slik det fremkommer av resultatene? Vi kan snakke om fire typer validitet ved kausale undersøkelser: statistisk validitet, indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet (Cook og Campbell i Lund 2001).

Statistisk validitet dreier seg om at variasjoner man finner i materialet ikke er tilfeldige og at de er av en viss størrelse. I en evalueringsstudie som denne er vi blant annet ute etter å se om det finnes sammenhenger mellom grupper og variabler (f.eks. kjønn og debutalder) og endringer fra inntakstidspunkt til etterundersøkelsestidspunkt (f.eks. når det gjelder misbruk av opiater). Disse sammenhengene og endringene beregnes først og fremst i prosent som gir oss en god oversikt over den gruppen vi

undersøker. I forskningssammenheng er man i tillegg interessert i om prosentandelen sett i forhold til størrelsen på utvalget gir en så sterk sammenheng eller endring at den ikke kan være tilfeldig – med andre ord *signifikante* sammenhenger og endringer. I en så liten studie som denne må man dermed lete etter forskjeller og sammenhenger som er store nok til å kunne trekke statistiske slutninger som er valide. Også forskjeller og sammenhenger som ikke er signifikante kan imidlertid være interessante (eller sanne), de er bare mer usikre.

Indre validitet refererer til sikkerheten i kausale slutninger om forholdet mellom avhengig og uavhengig variabel. I vårt tilfelle vil det si om det kan være andre ting enn oppholdet ved Samtun som fører til den målte endringen på etterundersøkelsestidspunktet, for eksempel andre behandlingsintervensjoner eller andre forhold rundt eller i personen. Dette kan selvsagt ikke utelukkes, men resultatene som presenteres i kapittel 4 støtter hypotesen om at oppholdet ved Samtun i hvert fall *bidrar* til endringen. Samtidig kan det hende at positive resultater også henger sammen med ting som har skjedd før oppholdet ved Samtun, for eksempel annen behandling, støtte fra familie/nettverk eller tidligere utdanning. Spørsmålet om det er Samtun som har ført til endringen kan uansett ikke besvares endelig.

Begrepsvaliditet angår operasjonalisering av begreper både på årsaks- og effektsiden, altså om det er samsvar mellom det relevante begrepet og den målte variabelen, mellom det man tenker at man skal gjøre og det man faktisk gjør. I denne undersøkelsen betyr det at behandlingen best mulig skal representere det man hadde tenkt med behandlingen, og at testene måler relevante variabler. Når det gjelder behandlingen kan det vel hevdes at få tiltak drives i den grad etter en mal som nettopp terapeutiske samfunn, som igjen formodentlig reflekterer det teoretiske grunnlaget. Samtidig er ikke disse organisasjonene uforanderlige, også ved Samtun

skjer det endringer. Med hensyn til de målte variablene ligner disse mål som er brukt i andre tilsvarende evalueringsstudier av behandlingstiltak, for eksempel de det er vist til i kapittel 5; mens spørsmålene vedrørende selve behandlingsoppholdet omhandler de aspektene Samtun vurderer som sentrale i programmet.

Ytre validitet gjelder muligheten for å generalisere de konklusjonene som trekkes om dette utvalget til en større populasjon, eller til andre tidspunkter eller situasjoner. Som beskrevet i kapittel 2 (om Samtunbeboerne) minner dette utvalget i stor grad om utvalget i forrige Samtunundersøkelse – og på mange måter også om andre grupper rusmisbrukere i behandling beskrevet i andre studier (f.eks. Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003; se også flere referanser i kapittel 5). Samtidig må det understrekes at det skjer en viss utsiling gjennom ventegruppene (se kapittel 3 om behandlingsoppholdet) slik at muligens rekrutteres rusmisbrukere som tenker at dette behandlingsopplegget passer for dem (se også Ravndal 1994).

Når det gjelder muligheten for generalisering til en større populasjon begrenses studien av at kun 67 prosent av totalutvalget inngår i etterundersøkelsen, og at gruppen etterundersøkte ser ut til å være systematisk noe forskjellig fra de som ikke ble intervjuet på etterundersøkelsestidspunktet (se kapittel 4 og 5). Muligheten for generalisering over tid vil styrkes dersom de tidligere beboerne fra denne undersøkelsesperioden intervjues igjen på et senere tidspunkt, for eksempel fem år etter utskriving.

Kapittel 2. Hvem er Samtunbeboerne?



I dette kapitlet vil vi presentere data som kan hjelpe oss med å danne et bilde av beboergruppen på Samtun. Der det er aktuelt vil vi også se dataene i forhold til kjønn og/eller alder, for å se om det er interessante forskjeller mellom ulike beboergrupper. Dette vil vi i et senere kapittel se i forhold til resultatvariabler knyttet til misbruks- og livssituasjon etter oppholdet på Samtun.

I motsetning til Angells undersøkelse av Samtun (1998) har vi ingen data som sier noe om beboernes generelle oppvekstvilkår; som for eksempel omsorg utenfor hjemmet, tilsyn av barnevern, psykiske problemer under oppveksten, tilpasnings-, atferds- og/eller læringsproblemer i skolen. Vi vet heller ikke noe om sosial bakgrunn, psykiske problemer eller rusmiddelmisbruk hos foreldrene. Dataene som presenteres her handler hovedsakelig om det siste halvåret før inntaket på Samtun.

Siden vi har varierende mengde data på de ulike beboerne, vil det ofte være vanskelig å vite om ulike funn og eventuelle forskjeller mellom for eksempel kjønn er basert på tilfeldigheter eller ikke. Vi vil likevel presentere forskjeller som vi finner interessante, men må understreke at funnene ofte bare må ses på som veiledende tendenser i utvalget. Dette gjelder spesielt der antallet (N) er lavt, og kategorien vi ikke har data på dermed utgjør en større andel enn dem vi har data på.

Alder og kjønn

Samtun tar ikke inn misbrukere under 18 år. Som vi ser av tabell 2.1. faller omlag 50 prosent av beboerne i vår periode i aldersgruppen 23 til 27 år. 21 prosent er 33 år eller eldre (N=84). Beboerne på Samtun er altså hovedsakelig relativt unge, voksne rusmiddelmisbrukere. Utvalget består av 76 prosent (64) menn og 24 prosent (20) kvinner. Dette er en noe

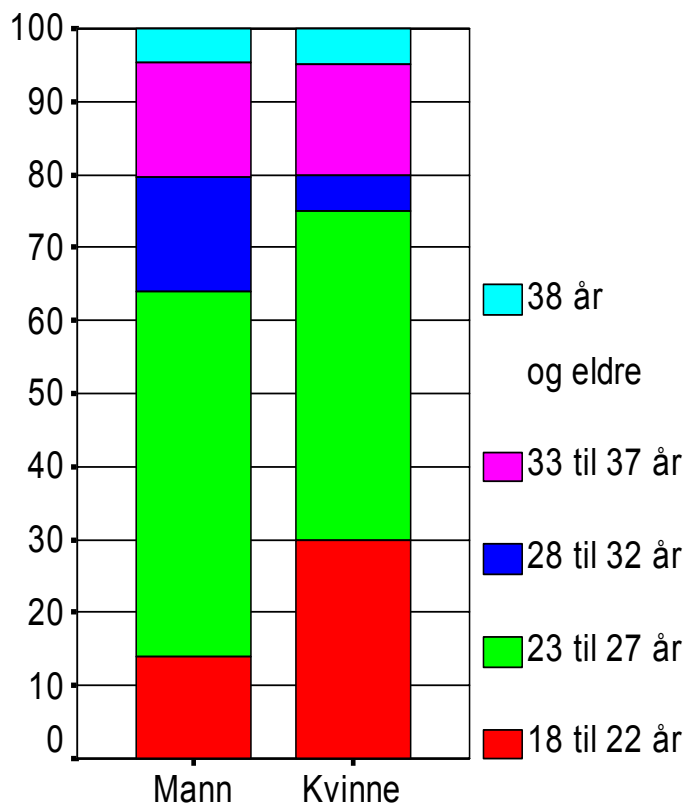
høyere andel menn enn i misbrakerpopulasjonen generelt, som man antar består av omlag 2/3 menn (se bl.a. St.mld nr 16 1996-97).

Tabell 2.1. Alder, antall og prosent, N=84

	Antall	Prosent
18 til 22 år	15	19
23 til 27 år	41	49
28 til 32 år	11	13
33 til 37 år	13	16
38 år og eldre	4	5
Total	84	100

Av figur 2.a. ser vi at kvinnene på Samtun generelt er noe yngre enn mennene, nesten 1/3 er 22 år eller yngre, mot bare 15 prosent av mennene (N=84).

Figur 2.a. Alder, etter kjønn, prosent, N=84



Utdanning

Bare 36 prosent har fullført utdanning utover 9-årig grunnskole. 3 prosent har ikke avsluttet grunnskolen (N=70). Utdanningsnivået til Samtunbeboerne er altså generelt lavt i forhold til resten av samfunnet. Det er små forskjeller med hensyn til kjønn, men kvinnene har i større grad fullført videregående skole/gymnas, mens en større andel menn har faglig yrkesbakgrunn.

Tabell 2.2. Utdanning ved inntak, antall og prosent, N = 70

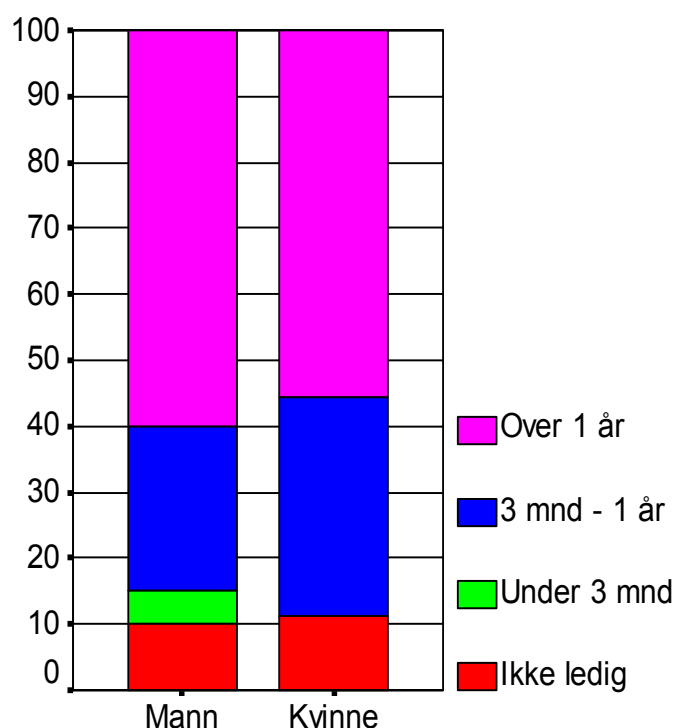
	Antall	Prosent
Ikke avsluttet grunnskole	2	3
Grunnskole	43	61
Videregående skole/gymnas/yrkesskole	17	24
Faglig yrkesutdanning	7	10
Høyere utdanning (universitet/høyskole)	1	2
Total (N)	70	100

Inntektskilder og yrkesstatus før inntak

Bare en svært liten andel av beboerne har hatt arbeidsinntekt som viktigste inntektskilde siste halvår før inntak. Hele 60 prosent (N=48) lever hovedsakelig av en eller annen form for offentlig støtte, 13 prosent hovedsaklig av illegal inntekt/kriminalitet. 21 prosent oppgir "annet" som viktigste inntektskilde, men dette dreier seg imidlertid også ofte om helt eller delvis offentlige kilder¹. Det kan

være dagpenger i fengsel eller institusjon, eller at beboeren har hatt flere inntektskilder av omtrent lik viktighet/størrelse det siste halvåret, enten

Figur 2.b. Arbeidsledighet før inntak, prosent, N=29.



¹ For mer om misbrukerøkonomi anbefales Smith-Solbakken og Tungland: Narkomiljøet – økonomi, kultur og avhengighet. AdNotam 1998.

samtidig eller i ulike perioder. Denne kategorien kan også innbefatte prostitusjon, som ikke regnes som illegal inntekt.

Tabell 2.3. Viktigste inntektskilde siste halvår før inntak, antall og prosent, N=48

	Antall	Prosent
Arbeidsinntekt	2	4
Studielån/stipend	1	2
Dagpenger (arbeidsledig)	3	6
Sykepenger	5	10
Yrkesmessig attføring	2	4
Rehabiliteringspenger	1	2
Uførepensjon	1	2
Sosialhjelp	17	35
Annet	10	21
Illegal inntekt	6	13
Total	48	99

Tallene over viktigste inntektskilde siste halvår før inntak (tabell 2.3) samsvarer godt med beboernes yrkesstatus (tabell 2.4), da over 90 prosent av begge kjønn rapporterer å ha vært helt uten beskjeftigelse før inntak (N=68). Ingen kvinner har vært i arbeid eller utdanning, mot 2 menn i arbeid, 1 under utdanning og 1 i deltidsjobb og utdanning. Vi ser videre av figur 2.b (førrige side) at en stor del har vært uten beskjeftigelse over lengre tid, da over halvparten av begge kjønn hadde vært arbeidsledige i over ett år ved inntak (N=29).

Tabell 2.4. Yrkesstatus før inntak, etter kjønn, antall, N=68

	Uten beskjeftigelse	Heltids-jobb	Under utdanning	Deltidsjobb og under utdanning	Ukjent	Total
Mann	46	2	1	1	0	50
Kvinne	17	0	0	0	1	18
Total	63	2	1	1	1	68

Illegal inntekt, kriminalitet og fengselsbakgrunn.

Vi ser av tallene over inntekt (tabell 2.3) at relativt få, 13 prosent, oppgir at viktigste inntektskilde har vært av illegal karakter. Dette kan skyldes at det i dagens samfunn er få uten ordinær arbeidsinntekt som lever utelukkende av kriminalitet og ikke benytter seg av noen form for offentlig støtte. Mange kan derfor ha oppgitt sin formelle og mest regelmessige inntektskilde som viktigst, selv om den kanskje ikke alltid var den største målt i kroner. Misbruk av illegale rusmidler i et slikt omfang at behandling blir nødvendig er sjelden mulig å finansiere utelukkende gjennom offentlige og/eller andre legale kilder.

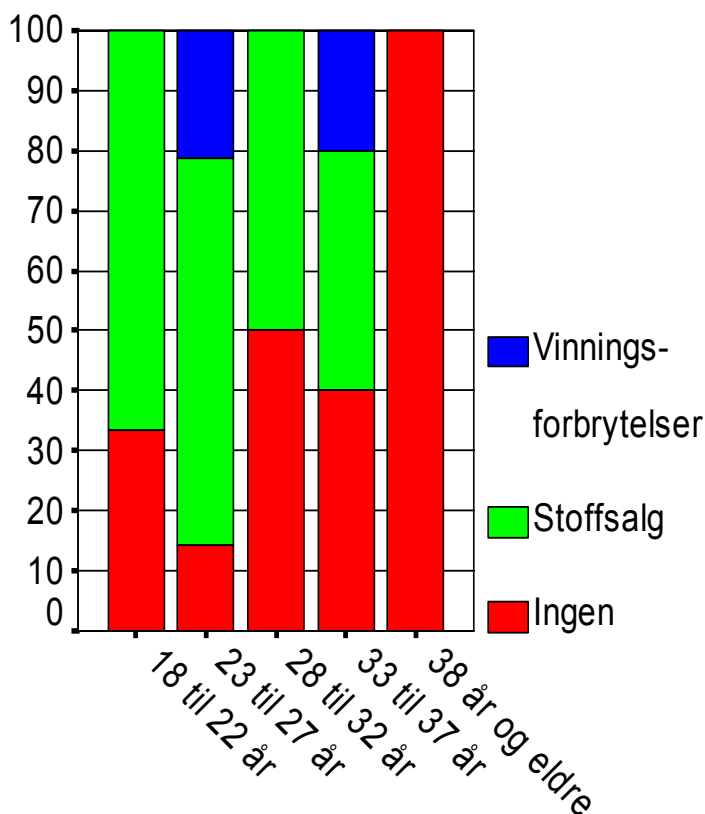
67 prosent (N=33) av de som er spurt om tilleggsinntekt oppgir å ha hatt illegal inntekt i tillegg til sin viktigste inntektskilde. Vi finner ikke kjønnsforskjeller med hensyn til involvering i vinningsforbrytelser eller omsetning av stoff, men av figur 2.c ser vi at det klart er høyest kriminell aktivitet blant de to laveste alderskategoriene. I gruppen 23 til 27 år, som også utgjør størstedelen av totalutvalget, er det bare 14 prosent som ikke har hatt inntekt fra illegal virksomhet siste halvår før inntak. Vi gjør oppmerksom på at disse tallene over kriminalitet, etter spørsmålsformuleringen å dømme, må antas å bare dekke handlinger utført i vinnings hensikt og som har gitt konkret inntekt målt i penger. Vi kan dermed ikke si noe om kriminell virksomhet knyttet til forhold som for

eksempel vold, trusler, skadeverk, bilbrukstyveri eller tyveri av andre gjenstander for eget bruk.

52 prosent (N=29) har aldri sonet fengselsdom.

41 prosent har sonet mer enn 1 dom og 17 prosent har sonet 5 eller flere dommer i fengsel. Med utgangspunkt i at vi ikke finner forskjell mellom kjønnene med hensyn til inntekt fra vinningsforbrytelser og stoffsalg, er det interessant at ingen av kvinnene i vårt utvalg noen gang har sittet i fengsel, ingen har heller uoppgjorte saker i rettssystemet eller rettskraftige og usonede dommer ved inntak. Vi har riktignok kun data om dette på halvparten av kvinnene (N=9), men en nærliggende årsak til tallene kan være at kvinnene utgjør en større andel av de aller yngste beboerne og dermed i mindre grad har rukket å bli tiltalt, dømt eller fengslet.

Figur 2.c. Illegal inntekt, etter alder, prosent, N= 33



Blant de mannlige beboerne har 25 prosent (N=20) tilbrakt mellom 1 og 12 måneder i fengsel, og 45 prosent har sittet mer enn ett år i fengsel. 30 prosent av mennene hadde ved inntak uoppgjorte saker i rettssystemet, og 20 prosent hadde rettskraftige dommer som ikke var sonet.

36 prosent (N=47) hadde på inntakstidspunktet en eller annen form for kontakt med fengsel, Kriminalomsorg i frihet (KIF) eller politi, eller hadde avsluttet en slik kontakt i løpet av de siste 3 månedene. Alle disse er menn. 90 prosent av kvinnene (N=11) oppgir aldri å ha hatt kontakt med de nevnte instanser, mot i underkant av 50 prosent av mennene (N=36).

Bosituasjon før inntak

Tabell 2.5 over boligsituasjon ved inntak er satt sammen tre ulike spørsmål, ”bolig nå”, ”bolig siste 4 uker” og ”bolig siste 6 mnd”. Dette for å få N høyest mulig, og fordi hvilket spørsmål den enkelte var blitt stilt var avhengig av når inntaket var gjort. Som vi ser bodde bare 11 prosent for seg selv i egen eller leiet leilighet ved inntak (N=71). 32 prosent var helt uten fast bosted ved inntak, og 37 prosent bodde hos familie eller venner.

Tabell 2.5. Boligsituasjon ved inntak, antall og prosent, N=71

	Antall	Prosent
Egen eller leiet bolig	8	11
Hospits/hotell	1	2
Fengsel	1	2
Institusjon	8	11
Pårørende/venners bolig	26	37
Ikke bolig/uten fast bolig	23	32
Annet	4	6
Total	71	101

Til sammen var altså litt over 2/3 av utvalget helt uten bolig eller bodde hos venner eller familie ved inntak. Kategorien ”annet” består av personer som vi bare har opplysningen ”alene” om, og av den grunn ikke har kunnet kategorisere med sikkerhet. 3 av kvinnene (N=12) i utvalget har barn, men barna bodde på inntakstidspunktet enten hos annen familie eller er under offentlig omsorg.

Ser vi boforhold ved inntak i forhold til kjønn, finner vi at 42 prosent av kvinnene (N=19) var helt bostedsløse, mot 29 prosent av mennene (N=52). Blant dem med egen eller leiet bolig er det bare menn, det samme gjelder for hospits og fengsel. Slår vi sammen kategoriene ”uten fast bolig” og ”pårørende/venners bolig”, finner vi at hele 84 prosent av kvinnene og 64 prosent av mennene omfattes av disse to kategoriene. Andel som er i institusjon er lik, med ca 10 prosent for begge kjønn.

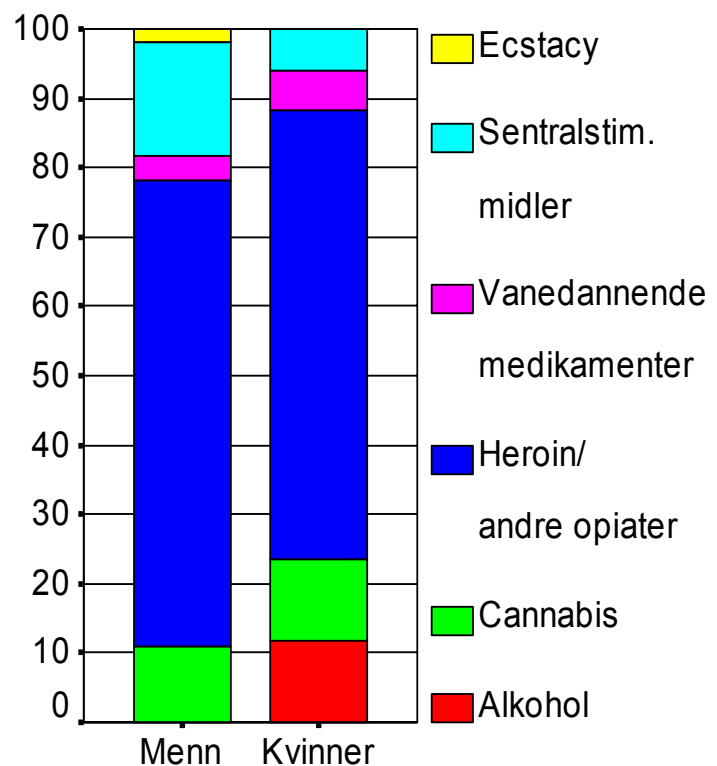
Rusmiddelmissbruk

Over halvparten av totalutvalget har opiat/heroindominert misbruk det siste halvåret før inntak (N=84). Går vi ut fra bare de vi har data på, er andelen med heroin/opiatdominert misbruk 67 prosent (N=72).

14 prosent rapporterer sentralstimulerende midler og 11 prosent cannabis som hovedrusmiddel. 72 prosent bruker sprøyte ved bruk av mest brukte rusmiddel (N=65). Ser vi på mest

brukte rusmiddel i forhold til kjønn (figur 2.d), ser vi at det ikke er kjønnsforskjeller med hensyn til bruk av heroin/ opiat og cannabis. Forskjellene vi ser i forhold til ecstasy og vanedannende medikamenter er, når vi tar den generelle utvalgsstørrelsen og det lave antall kvinner i betraktning, så små at det liten grunn til å legge noe i disse. Det er

Figur 2.d. Mest brukte rusmiddel siste halvår før inntak, etter kjønn, prosent, N=72



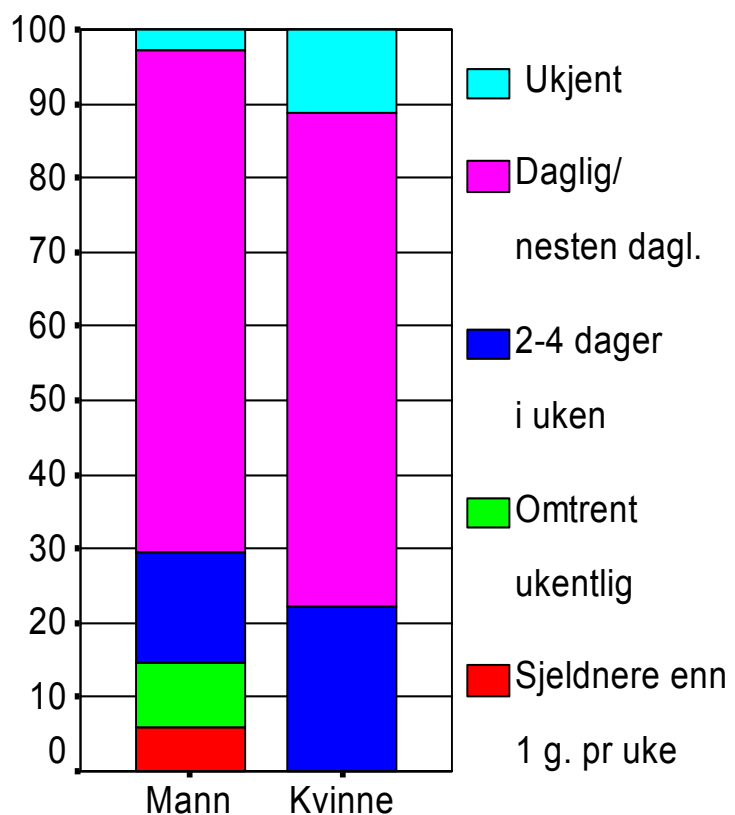
imidlertid klare forskjeller mellom kjønnene i vårt utvalg (N=72) når det gjelder alkohol og sentralstimulerende midler. Ingen menn har alkohol som dominerende rusmiddel, mot 12 prosent av kvinnene. 16 prosent av mennene har sentralstimulerende midler som hovedrusmiddel, mot bare 6 prosent av kvinnene. Det er ingen forskjell mellom kjønnene med hensyn til andel som bruker sprøyte ved inntak av sitt hovedrusmiddel.

Som vi ser av figur 2.e, oppgir nesten 70 prosent av begge kjønn å ha hatt daglig eller nesten daglig inntak av mest brukte rusmiddel siste halvår før inntak (N=43). Det er imidlertid ingen kvinner i utvalget som rapporterer å ha brukt sitt hovedrusmiddel mindre enn 2 – 4 dager i uken siste halvår, derimot har 15 prosent av mennene bare hatt omtrent ukentlig eller sjeldnere bruk av sitt hovedrusmiddel samme periode.

En noe større andel menn har hovedsakelig bodd i institusjon eller fengsel siste halvår før inntak, noe som muligens bidrar til andelen med lav misbrukshyppighet blant menn i perioden før inntak.

Ser vi på misbruksfrekvensen av mest brukte rusmiddel de siste 4 ukene før inntak, er andelen som har hatt daglig eller nesten daglig bruk 72 prosent (N=47). I dette tidsrommet er det imidlertid en andel som ikke har

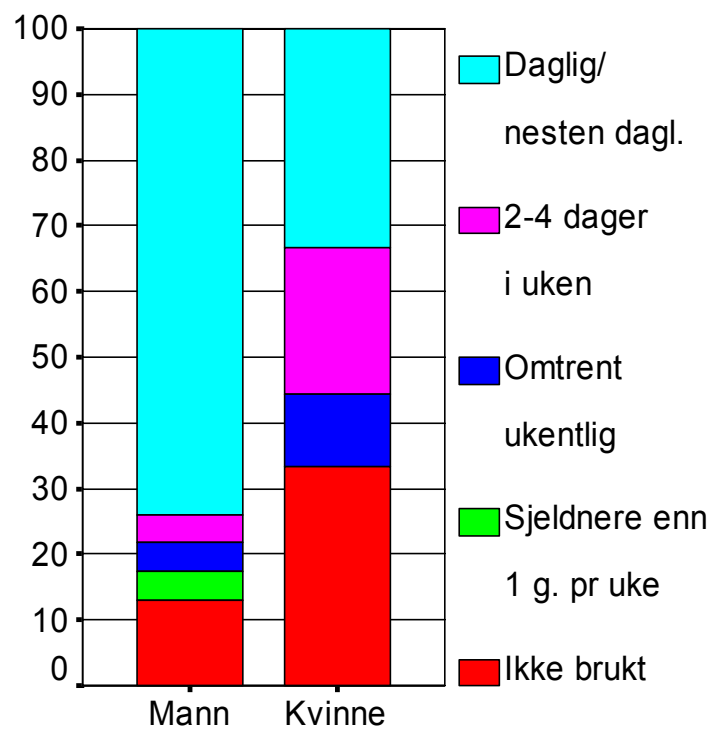
Figur 2.e. Bruk av hovedrusmiddel siste halvår før inntak, etter kjønn, prosent N=43



brukt hovedrusmiddelet i det hele tatt (17 prosent), 7 menn og 1 kvinne. 14 prosent (N=72), 8 menn og 2 kvinner, har hovedsakelig bodd i institusjon eller fengsel denne perioden, noe som sannsynligvis kan forklare noe av dette. Det må imidlertid nevnes at mange nok også på egenhånd klarer å redusere sitt misbruk mens de går i ventegruppe før inntak, samt at alle også har vært igjennom avrusning siste uken(e) før inntak. På motsatt side er det også enkelte som øker sitt misbruk i perioden før de skal inn til behandling.

63 prosent av utvalget (N=32) har hatt daglig eller nesten daglig bruk av sprøyte siste halvår før inntak. Når det gjelder bruk av sprøyte fordelt etter kjønn ser vi imidlertid av figur 2.f at nesten 75 prosent av mennene (N=23) har hatt daglig eller nesten daglig bruk, mot bare 33 prosent av kvinnene (N=9). Det er også 33 prosent av kvinnene som ikke har

Figur 2.f. Bruk av sprøyte siste halvår før inntak, etter kjønn, prosent, N=32

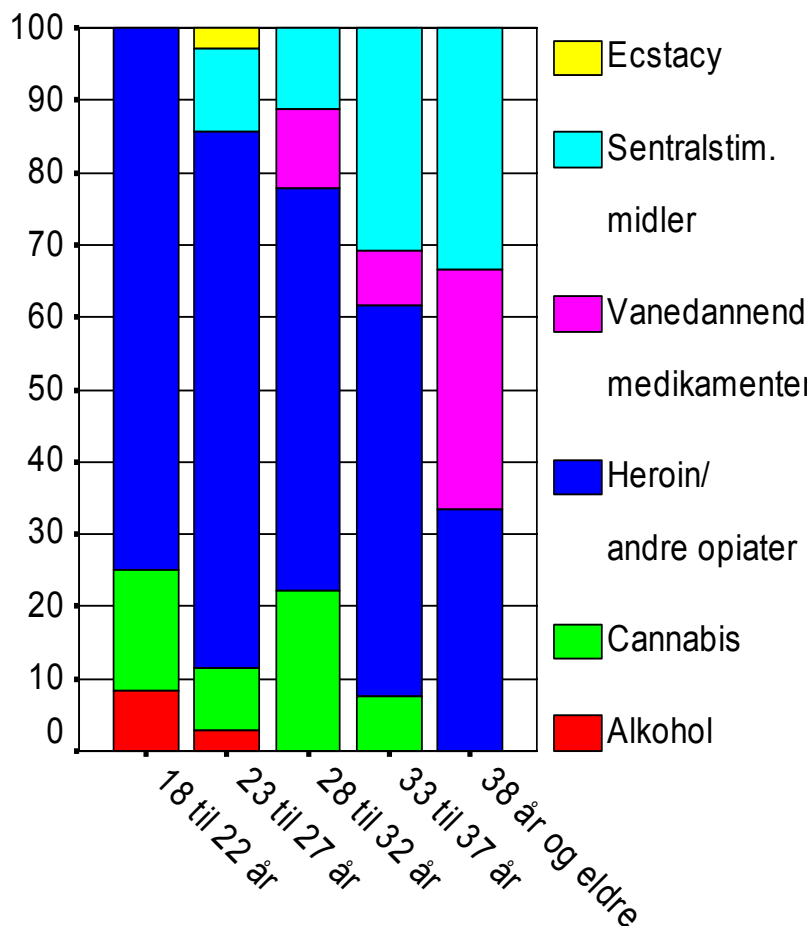


brukt sprøyte i det hele tatt samme periode, mot bare 13 prosent av mennene. Dette er noe overraskende, da vi tidligere har funnet lik andel menn og kvinner med heroin/opiater som mest brukte rusmiddel siste halvår (hhv. 67 og 65 prosent, figur 2.d), og heller ingen kjønnsforskjeller med hensyn til brukshyppighet i samme periode (68 og 67 prosent daglig/nesten daglig bruk, figur 2.e). En nærliggende årsak er at utvalgsstørrelsen når det gjelder sprøytebruk er relativt lav, 32. Likevel

viser tallene at bruken av sprøyte er utbredt, da over 80 prosent av mennene og 65 prosent av kvinnene har injisert stoff regelmessig ukentlig eller oftere i løpet av siste halvår før inntak.

Ser vi på mest brukte rusmiddel i forhold til de ulike alderskategoriene (figur 2.g), finner vi at andelen som har heroin/opiatdominert misbruk er høyest (ca. 75 prosent) i de to yngste alderskategoriene). Misbruk dominert av sentralstimulerende midler og vanedannende medikamenter er hyppigst blant de over 33 år.

Figur 2.g. Mest brukte rusmiddel etter alder, prosent, N=72



Vi finner dette noe overraskende, da bruk av sentralstimulerende midler (amfetamin, ecstasy, LSD etc.) har vært sterkt økende blant ungdom nettopp i den tidsperioden vårt utvalg gjelder (1995 - 2000). Bruken av heroin/opiater blant ungdom har derimot vært uendret og mindre utbredt samme periode (SIRUS 2002; tabell 6.5, figur 6.6a). Misbruk av heroin/opiater forbindes da også tradisjonelt med noe eldre misbrukergrupper enn hva som er tilfellet med sentralstimulerende rusmidler.

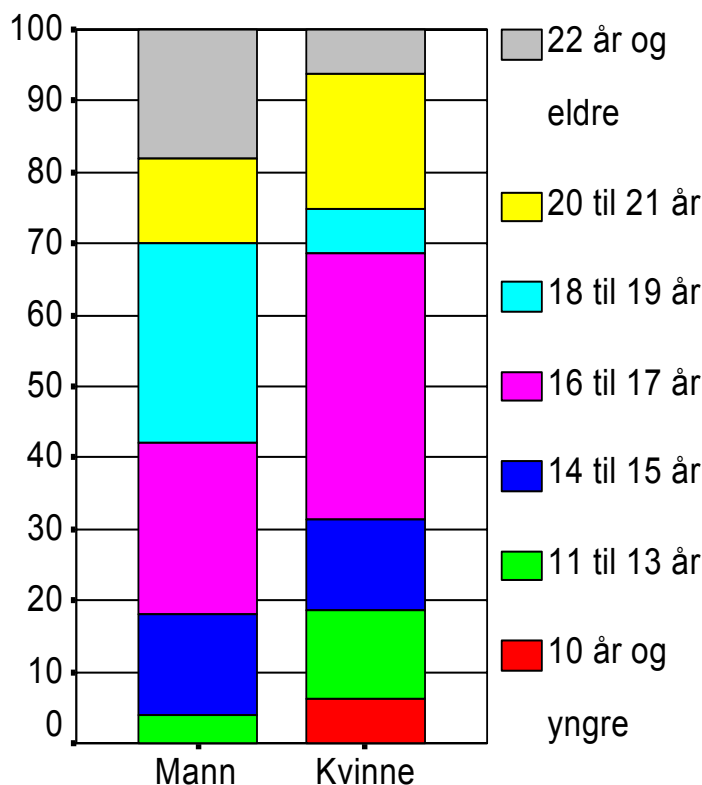
Misbrukskarriere

Når det gjelder førstegangs bruk av hovedrusmiddelet har 21 prosent debutert med dette før fylte 16 år, og 71 prosent før de fylte 20 (N=66). Med hensyn til debutalder for mest brukte rusmiddel finner vi tydelige kjønnsforskjeller, da kvinnene i utvalget i stor grad debuterer tidligere enn menn. Av figur 2.h ser vi at ca. 70 prosent av kvinnene hadde debutert før de fylte 18 år, mot bare litt over 40 prosent av mennene. Det er også blant kvinnene vi

finner de helt tidlige debutene, omlag 20 prosent har debutert ved 13 års alder, mot knappe 5 prosent av mennene. Motsatt er det blant menn vi finner de sene debutene, hele 22 prosent debuterte med sitt hovedrusmiddel etter fylte 20 år, mot bare 6 prosent av kvinnene.

Fordi en så stor del av utvalget har heroin/opiater som mest brukte rusmiddel, viser tallene over hovedsakelig til debuten med dette stoffet. Siden de fleste debuterer med lettere og mer tilgjengelige rusmidler som alkohol, løsemidler eller cannabis, vil debutalderen for første gangs bruk av rusmidler for mange ligge en god del lavere enn tallene for mest brukte rusmiddel. Gjennomsnittsalder for debut av alkohol, løsemidler og cannabis er henholdsvis 12,5 og 13,5 og 15 år. Dette forklarer sannsynligvis at det er hos kvinnene vi finner de tidligste debutene for

Figur 2.h. Debutalder for mest brukte rusmiddel, etter kjønn, prosent, N=66



hovedrusmiddel, da det i vårt utvalg bare er kvinner som har alkohol som hovedrusmiddel. Når det gjelder debut for bruk av sprøyte, ser vi samme tendens med hensyn til kjønn. Hele 60 prosent av kvinnene hadde sin debut med sprøyter før de fylte 17 år, mot bare 20 prosent av mennene (N=62). Det er imidlertid flere kvinner i uvalget som aldri har brukt sprøyte, 12 prosent, mot 6 prosent av mennene.

Gjennomsnittlig lengde på beboernes misbrukskarriere er 9 1/2 år, nesten halvparten har hatt daglig eller periodevis omfattende bruk av rusmidler i 9 år eller lengre. Det er ingen klare forskjeller mellom kjønnene med hensyn til

Tabell 2.6. Antall år med daglig /periodevis omfattende bruk av rusmidler ved inntak, antall og prosent, N=38

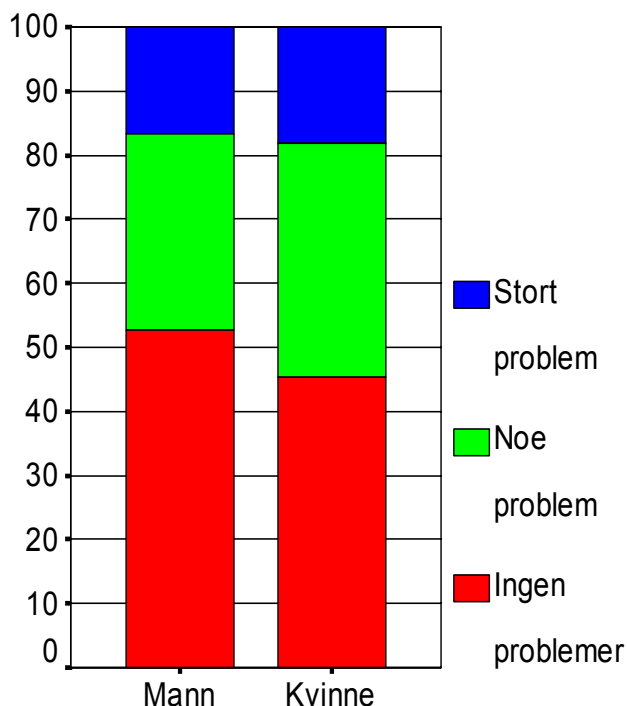
	Antall	Prosent
0 – 3 år	4	11
4 – 8 år	16	42
9 – 15 år	11	29
mer enn 16 år	7	18
Sum (N)	38	100

dette, men vi merker oss at ingen av kvinnene i utvalget har en misbrukskarriere på mer enn 13 år, mot hele 26 prosent av mennene. Dette kan ha en sammenheng med at 30 prosent av kvinnene tilhører alderskategorien 18 – 22 år, mot bare 15 prosent av mennene. Disse tallene befester bildet av at Samtunbeboerne i stor grad rekrutteres fra relativt tungt belastede misbrukermiljøer.

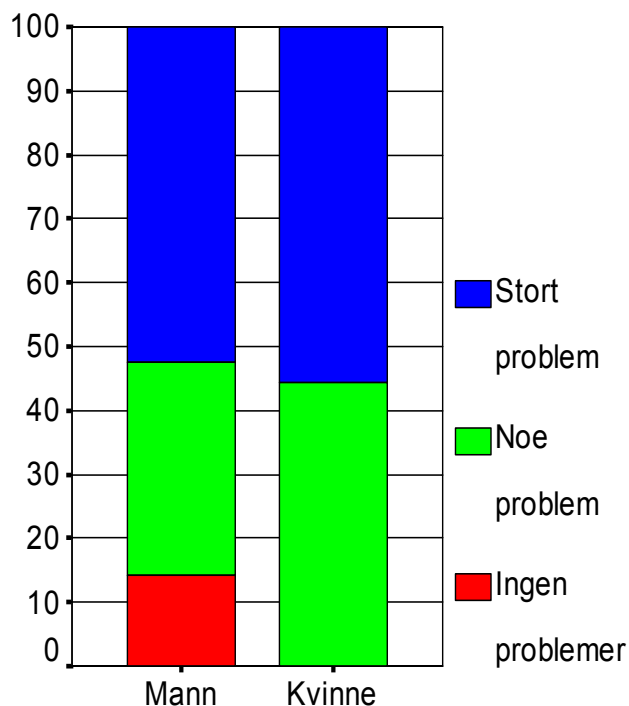
Helse ved inntak

På bakgrunn av den grad av misbruksbelastning som er beskrevet i avsnittene ovenfor er det rimelig å anta at en del av beboergruppen også har ulike psykiske og fysiske helseplager. Disse plagene er som oftest rus- og /eller livsstilsrelatert.

Figur 2.i. Vurdering av fysisk helse ved inntak, etter kjønn, prosent, N= 47



Figur 2.j. Vurdering av psykisk helse ved inntak, etter kjønn, prosent, N= 30



Belastede rusmisbrukere er av ulike grunner ikke alltid flinke til å benytte seg av ordinære helsetjenester eller følge opp ordinert medisinsk behandling, noe som igjen ofte fører til ytterligere komplikasjoner og i verste fall kroniske plager (se bla. Brandsberg-Dahl og Lanesskog 2002).

Når det gjelder fysisk helse ser vi av figur 2.i over til venstre at det er minimale kjønnsforskjeller med hensyn til vurdering av fysisk helsetilstand. Omlag halvparten av utvalget opplever ingen problemer knyttet til fysisk helse ved inntak, og litt under 20 prosent har store problemer.

Med hensyn til psykisk helse er bildet noe annerledes, da over av halvparten av begge kjønn rapporterer å ha store problemer. Av figur 2.j over til høyre ser vi at 85 prosent av mennene (N=21) oppgir å ha noen form for problemer med psykisk helse, mot alle kvinnene (N=9). 48

prosent av mennene (N=33) har aldri tidligere mottatt profesjonell hjelp for psykiske lidelser, mot bare 33 prosent av kvinnene (N=9). Denne forskjellen kan skyldes at menn tradisjonelt har hatt vanskeligere for å innrømme og søke hjelp for psykiske problemer, men vi har ingen konkrete holdepunkter for å si om det er årsaken til kjønnsforskjellene her.

Ser vi på en annen faktor nært knyttet til psykisk helse, selvmords-tilbøyelighet, så har hele 2/3 av kvinnene (N=9) forsøkt å ta sitt eget liv en eller flere ganger, mot drøyt 1/3 av mennene (N=30). Samme tendens finner vi når det gjelder det å ha hatt en langvarig periode med alvorlige tanker om å ta sitt eget liv; 90 prosent av kvinnene har hatt dette (N=9), mot bare så vidt over halvparten av mennene (N=32).

Generelt kan vi altså si at hele utvalget er tungt belastet spesielt med hensyn til psykiske problemer, men også fysiske problemer når vi tar utvalgets gjennomsnittlige alder i betraktning.

Tidligere behandling for rusmisbruk før inntak på Samtun

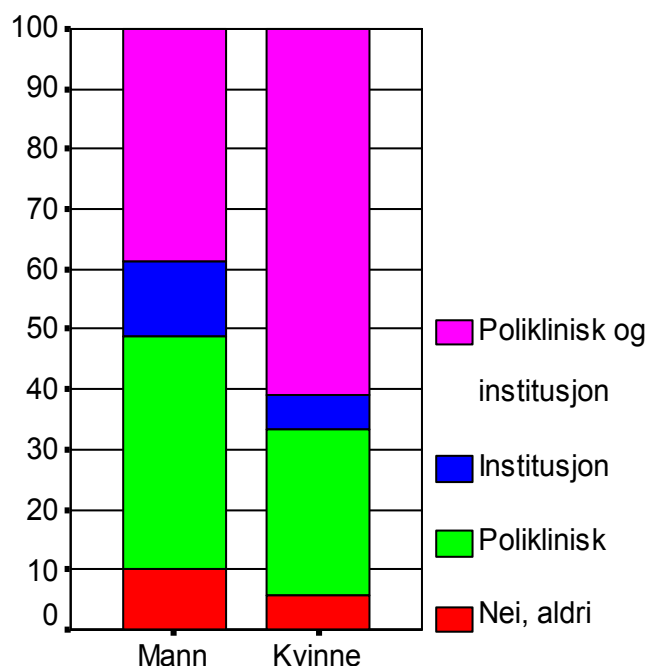
De aller fleste av våre Samtunbeboere har tidligere mottatt behandling for sitt rusmisbruk (tabell 2.7), og 45 prosent har bak seg både poliklinisk og institusjonsbehandling (N=67).

Tabell 2.7. Tidligere behandling før inntak ved Samtun, antall og prosent, N= 67

	Antall	Prosent
Nei, aldri	6	9
Poliklinisk	24	36
Institusjon	7	10
Poliklinisk og institusjon	30	45
Total	67	100

I forhold til kjønn ser vi av figur 2.k at kvinnene (N=18) i større grad enn menn (N=49) har en eller annen form for behandlingserfaring, og at færre kvinner enn menn aldri har vært i behandling. 6 av 10 kvinner har vært både i institusjon og gått til poliklinisk behandling – mot bare 4 av 10 menn. Oppholdet på Samtun er altså bare for knapt 1 av 10 det første møtet med behandlingsverdenen.

Figur 2.k. Tidligere behandling, etter kjønn, prosent, N=67



Det er viktig å ikke se på tidligere, avbrutt behandling som bortkastet, da de fleste tar med seg positiv lærdom fra behandlingsopphold selv om de ikke fullfører. Dette er også relevant å se i forhold til den relativt store andelen som avbryter oppholdet sitt på Samtun. Et avbrudd kan skyldes flere ulike faktorer, og det er ikke å komme utenom at for de fleste er en helhetlig rehabilitering også en modningsprosess i flere faser. Noen er kanskje ikke helt ”klare” for å ta tak i seg selv og sine problemer, og reagerer med å avbryte i det behandlingen går inn i en fase hvor de må møte seg selv og gå inn i aktivt endringsarbeide. Samtidig ser man ofte at de som avbryter behandling, relativt raskt søker seg tilbake igjen. Mange av ”våre” beboere har da også flere avbrutt i sine opphold, men benyttet seg av Samtuns tilbud om å komme tilbake innen en viss tid. Det er altså ingen grunn til å se på en misbruker med flere ikke-fullførte behandlingsopphold bak seg som ”uhelbredelig”, snarere tvert i mot er det gode sjanser for at vedkommende er kommet til et sted i sin prosess som sannsynliggjør et godt resultat.

Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på bakgrunnsfaktorer som er sentrale i Samtunbeboernes liv før inntaket på Samtun. Vi har valgt å presentere en del forskjeller basert på kjønn og alder, men minner om at på grunn av utvalgets sammensetning og størrelse må de fleste tallene kun ses på som veiledende tendenser i utvalget. Siden det er ulike mengder data på deler av utvalget, må man hele tiden ha utvalgsstørrelsen (N) for det aktuelle utvalget i minne når tallene leses og tolkes. Dette gjelder spesielt for kjønn, hvor N for kvinner ofte blir svært lav og hver enkelt kvinne dermed får stor betydning for prosentandelene. Vi vil videre sammenligne våre tall med tallene fra Olav Helge Angells Samtunundersøkelse fra 1998.

*Av tallene har vi sett at nesten halvparten av beboerne er mellom 23 og 27 år; altså relativt unge voksne. Dette er sammenfallende med Angells utvalg, hvor 47 prosent falt i denne alderskategorien. Vårt utvalg er imidlertid generelt noe eldre, da det i vårt utvalg er hele 21 prosent eldre enn 33 år, mot bare 7 prosent hos Angell. Det er flere kvinner blant de yngste, 30 prosent av kvinnene er under 23 år, mot bare 14 prosent av mennene. Det finnes ikke tilsvarende tall for kjønn hos Angell.

Med hensyn til kjønnsfordelingen på Samtun har vårt utvalg en større mannsandel (76 prosent) enn hva som var tilfelle i den forrige undersøkelsen (67 prosent). Andelen hos Angell samsvarer bedre med kjønnsfordelingen i misbrukerpopulasjonen generelt, hvor forholdet mellom kvinner og menn regnes som 1:3

*Utdanningsmessig ser vi at beboergruppen generelt har et lavere utdanningsnivå enn i samfunnet generelt, bare drøyt 1/3 har fullført utdanning utover grunnskolen.

*Når det gjelder inntekt er utvalget hovedsakelig økonomisk avhengig av offentlige midler. Bare 4 personer hadde ordinær arbeidsinntekt og/eller var under utdanning siste halvår før inntak, alle menn – i motsetning til Angells undersøkelse hvor alle i arbeid eller utdanning var kvinner. 9 av 10 var helt uten beskjeftigelse ved inntak, og over halvparten av begge kjønn hadde vært arbeidsledige i ett år eller lengre ved inntak.

Tallene skiller seg ellers lite fra Angells utvalg og andre undersøkelser av rusmisbrukere i behandling (bla. Tjersland 1994; Rokkan/Brandsberg-Dahl 2003), og illustrerer generelt aktive rusmiddelbrukeres lave deltagelse i det ordinære arbeidsliv. De bekrefter også at det ligger en ikke ubetydelig langsiktig samfunnsøkonomisk gevinst i rehabiliteringsarbeidet som gjøres på Samtun og andre steder.

*En tredjedel har hatt inntekt fra stoffsalg eller vinningsforbrytelser siste halvåret. Med hensyn til dette er det ingen forskjeller mellom kjønnene, men vi ser at det er høyest kriminell aktivitet blant de yngre aldersgruppene. Ingen av kvinnene (N=9) i dette utvalget hadde på inntakstidspunktet sonet dom i fengsel, uoppgjorte saker i rettssystemet eller rettskraftige, usonede dommer, mot hele 70 prosent av mennene (N=20).

* 32 prosent av beboerne er uten fast bolig ved inntak (N=71), mens bare 11 prosent bor i egen eller leiet bolig (alle menn). I Angells undersøkelse bodde hele 36 prosent av utvalget i egen bolig, alene eller med partner/barn. Vi kan ikke si noe om hva som ligger til grunn for denne store forskjellen mellom utvalgene. 37 prosent i vårt utvalg bor hos pårørende eller venner, mot 28 prosent i Angells utvalg – uansett en høy andel i sett forhold til utvalgets alder.

Med hensyn til kjønnsforskjeller ser vi at mens nesten halvparten av kvinnene er uten fast bolig, gjelder det samme bare 1/3 av mennene. Det er også en klar overvekt av menn som har bodd i institusjon, fengsel eller hospits siste halvår før inntak.

*Over 2/3 av utvalget (N=72) har hatt opiat/heroïn som mest brukte rusmiddel siste halvår før inntak. 72 prosent (N=65) injiserer sitt hovedrusmiddel, og 63 prosent (N=32) oppgir å ha hatt daglig eller nesten daglig bruk av sprøyte siste halvår. Beboergruppen kjennetegnes med andre ord av det man tradisjonelt kaller ”tungt misbruk”. Angell har ikke data som er direkte sammenlignbare med dette, men i hans utvalg oppga 38 prosent å ha hatt daglig eller nesten daglig bruk av opiat/heroïn siste halvår, og 47 prosent daglig eller nesten daglig bruk av sprøyter. Det er ikke store kjønnsforskjeller med hensyn til mest brukte rusmiddel siste halvår, bortsett fra at det bare er kvinner som har hatt alkohol som sitt hovedrusmiddel siste halvår før inntak (12 prosent). Når det gjelder bruk av sprøyte ser vi imidlertid at nesten 75 prosent av mennene (N=23) har hatt daglig eller nesten daglig bruk, mot bare 33 prosent av kvinnene (N=9). Det er også 33 prosent av kvinnene som ikke har brukt sprøyte i det hele tatt samme periode, mot bare 13 prosent av mennene. Ser vi på bruk av type rusmiddel i forhold til alder, finner vi at det er blant de yngste aldersgruppene heroïn/ opiatmisbruket er mest utbredt. Hele 75 prosent av de under 27 år har heroïn som mest brukte rusmiddel, mot knappe 40 prosent av de over 33 år.

*Tallene for debutalder gjelder hovedsakelig for mest brukte rusmiddel (altså i stor grad debut med heroïn/opiat), og sier oss derfor ikke veldig mye om beboernes debutalder for første gangs bruk av rusmidler overhodet. Gjennomsnittlig debutalder for alkohol, løsemidler og cannabis er 12,5, 13,5 og 15 år – omtrent som hos Angell.

Det er klare kjønnsforskjeller med hensyn til debutalder, da hele 70 prosent av kvinnene (N=16) hadde debutert med sitt hovedrusmiddel før fylte 18 år, mot bare 40 prosent av mennene (N=50). Samme tendens finner vi for debut for bruk av sprøyte, kvinnene debuterer generelt tidligere enn menn.

Hos Angell brukes det andre kategorier for dette, så tallene er ikke sammenlignbare, der er heller ingen tall fordelt etter kjønn. 98 prosent av Angells utvalg hadde debutert med et eller annet illegalt rusmiddel før fylte 20 år (N=44), og 72 prosent med sprøyte før fylte 20 (N=39). Vi tror dette viser at det ikke er store forskjeller mellom de to utvalgene på dette området.

* Gjennomsnittlig lengde på misbrukskarriere er for vårt utvalg er nesten 10 år (N=38). Bare 1 av 10 har hatt omfattende misbruk i mindre enn 4 år. Nesten 20 prosent har en misbrukskarriere lenger enn 16 år, alle disse er menn.

* I underkant av 20 prosent av begge kjønn (N=47) har store fysiske helseproblemer, mens halvparten ikke opplever å ha problemer knyttet til fysisk helse. Når det gjelder psykisk helse derimot, opplever over halvparten av begge kjønn (N=30) å ha store problemer. Ingen kvinner oppgir å ikke ha noen psykiske helseproblemer, mot 15 prosent av mennene. Menn har i mindre grad enn kvinner mottatt hjelp for psykiske lidelser før inntak.

* Etter utvalgets generelle belastningsgrad er det ingen overraskelse at kun en liten del aldri tidligere har mottatt behandling for sine rusmiddelproblemer. 45 prosent (N=67) har både poliklinisk og institusjonserfaring. I forhold til tidligere behandling har Angell tall fra siste året før inntak, mens vi har for hele livet før inntak.

Kapittel 3.

Behandlingsoppholdet



I dette kapitlet skal vi se nærmere på selve behandlingsoppholdet ved Samtun, varighet og innhold. De tidligere beboerne som er intervjuet i etterundersøkelsen er spurt om deres vurdering av behandlingsoppholdet i sin helhet, oppholdets betydning for ulike livsområder, samt nytten av ulike komponenter – verktøy – i behandlingen. Vi skal også redegjøre for Samtunbeboernes tid i behandling og frafall underveis. Men først skal vi kaste et blikk på ventegruppene, som er veien inn på Samtun.

Ventegrupper

Sauherad Samtun har et eget *Inntak*, en prosedyre som strekker seg over en viss tid, der hensikten blant annet er å forberede og motivere potensielle beboere best mulig til behandlingsprogrammet. Inntaket består av informasjonsmøter og ventegrupper. Informasjonsmøtene holdes hver uke, er uforpliktende og uten påmelding, og skal gi nye søkere og eventuelle følgepersoner informasjon om Samtuns behandlingsprogram. Når en potensiell beboer har vært på to informasjonsmøter kan han/hun søke om plass på Samtun og i ventegruppa. I ventegruppene forventes det at søkeren deltar aktivt i å finne ut om Samtun er rett sted for den behandlingen vedkommende trenger. Samtun på sin side ser deltakelse og oppmøte i ventegruppa som et signal på motivasjon for behandling. Parallelt skjer det en del praktiske avklaringer, blant annet i forhold til økonomi. Inntaket gjør en utredning som tar minimum 2-4 uker og gir råd til inntaksansvarlig angående vedtak om plass. Denne utredningen danner basis for inntaksintervjuet som skjer en av de aller første dagene etter oppstart på Samtun.

86 prosent av utvalget har deltatt i ventegruppe mellom 1 og 7 ganger. 51 prosent har gått 1, 2 eller 3 ganger, mens 7 prosent har gått 10 eller flere ganger (N=84). Fire stykker satt i fengsel i den aktuelle perioden og måtte ha fremstilling for å kunne delta, hvilket førte til lav deltakelse. Én ble

overført fra Veksthuset i Molde og var av den grunn ikke på noen grupper overhodet. Deltakelsen for øvrig varierte fra 1 til 16 møter, med 4,5 møter i gjennomsnitt (median=3)². Selve tiden det tok fra opptak i ventegruppene til faktisk oppstart i programmet varierte fra få dager til 7 måneder, med et gjennomsnitt på knappe 8 uker (median=6). Variasjonen skyldes flere forhold, blant annet ferietid, inntaksstopp og antall ledige plasser fra et aktuelt fylke. (I disse tallene er to uker med deltakelse på informasjonsmøte trukket fra.)

I en studie av Veksthuset i Oslo undersøkte Ravndal (1994) sammenhengen mellom deltakelse i ventegrupper og oppstart/tid i behandling, og hun fant at deltakelse i ventegruppe ikke så ut til å spille noen rolle for oppstart i programmet, men det var observerbart (ikke signifikant) flere som kom inn i programmet via ventegruppene som gjennomførte det første året.

I vår undersøkelse av Samtun finner vi ingen sammenheng mellom hvem som har fullført eller avbrutt, og antall ganger deltatt i ventegruppe. Det er også vanskelig å se noen sammenheng mellom tid i behandling og deltagelse i ventegruppe; det er klart flest med kort behandlingstid blant de med få ganger i ventegruppe – men dette må ses som en naturlig konsekvens av at størsteparten av utvalget har relativt kort behandlingstid og de fleste har mellom 1 og 3 ventegrupper bak seg før inntak. Årsakene til at noen går lenge i ventegrupper kan være flere, men den viktigste er at de som driver inntaket vurderer personen dit hen at han/hun ikke er klar for behandling før. Når vi ikke finner noen sammenheng mellom deltakelse i ventegrupper og gjennomføring av behandling kan vi spekulere i om de med lang ventegruppeditakelse ville falt fra mye tidligere dersom de ikke hadde brukt denne tiden til å forberede seg, men dette vet vi ikke.

² Median = den verdien som deler et ordnet utvalg i to like deler.

Tid i behandling

Behandlingstilbudet på Samtun er treårig. Det første året finner sted i et tett fellesskap i Hovedhuset; det andre året på hybel på Samtun og i skole/arbeid på utsiden (Treningsfasen); det tredje året flytter beboeren ut fra Samtun men har oppfølging herfra (Etableringsfasen). Behandlingsperioden som er registrert i denne undersøkelsen regnes fra inntaksdato til utskrivning, når beboeren flytter ut fra Samtun. Et fullført behandlingsopphold vil dermed være rundt to år.

De 84 beboerne som ble utskrevet i vår undersøkelsesperiode (f.o.m. august 1995 t.o.m. desember 2000) hadde behandlingsopphold fra 1 dag til nærmere 3,5 år, med et gjennomsnitt på 1 år og 1 mnd. Hele utvalget fordeler seg som følger:

Tid i behandling 1995-2000

Tabell 3.1.

Figur 3.a. Prosent

Vært i behandling	Antall	%	Kumulativ prosent
Under et halvt år	33	39	39
0,5 til 1 år	9	11	50
1 til 1,5 år	8	10	60
1,5 til 2 år	14	17	77
2 til 2,5 år	14	17	94
2,5 til 3 år	2	2	96
3 til 3,5 år	4	5	101
Total (N)	84	101	

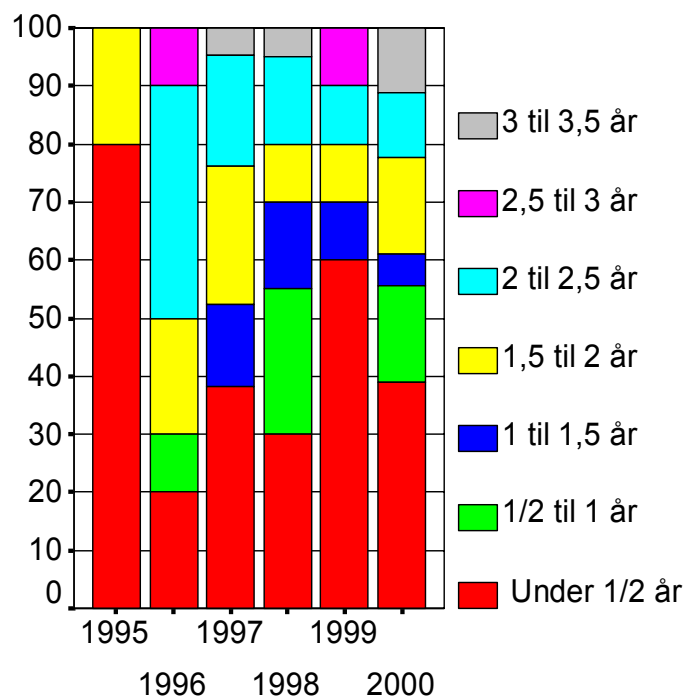
Som vi ser forlater ca 40 prosent av beboerne Samtun før det har gått et halvt år, mens like mange er på Samtun i 1,5 år eller lenger. Det er en noe større andel kvinner som avbryter før det har gått et halvt år, men det er en

større andel kvinner som har vært i behandling mer enn tre år. Sett under ett og med tanke på utvalgsstørrelsen er likevel kjønnsforskjellene minimale. Hvis vi ser på behandlingstiden for de beboerne som er intervjuet i etterundersøkelsen (56 av 84), finner vi et noe høyere gjennomsnitt (1 år 4 mnd) sammenlignet med det totale utvalget. 40 prosent av det etterintervjuede var i behandling under ett år, mot 50 prosent av hele utvalget; og 52 prosent var i behandling i minst 1,5 år, mot 40 prosent av hele utvalget.

Figur 3.b viser gjennomsnittlig oppholdstid innenfor vår undersøkelsesperiode, fordelt på året de ble utskrevet. Antallet som avsluttet oppholdet (enten ved fullføring eller avbrudd) var 5 (1995), 10 (1996), 21 (1997), 20 (1998), 10 (1999) og 18 (2000). Det er altså relativt få utskrevne per år og små tall å regne på.

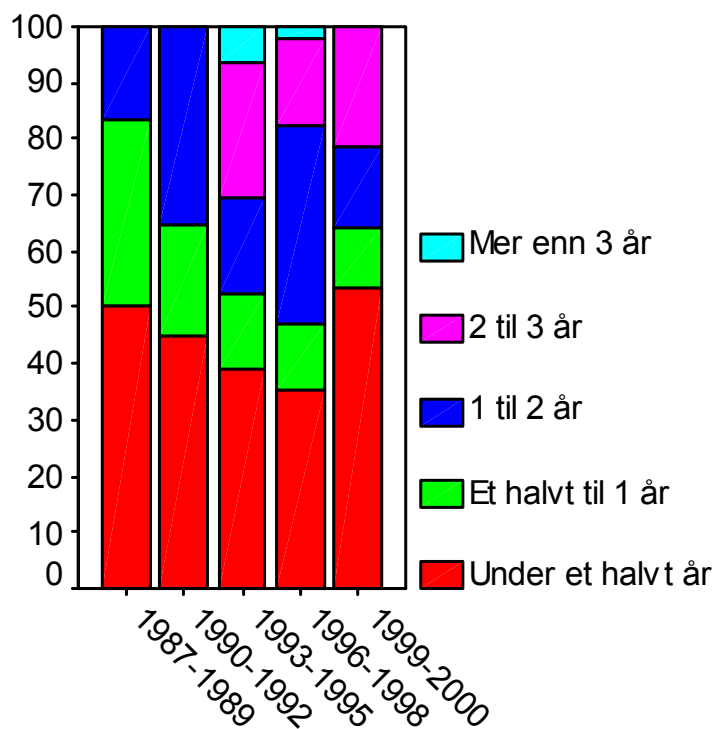
Når vi sammenligner oppholdstid i denne undersøkelsesperioden (1995-2000) med forrige periode (1987-1995) oppdager vi noen forskjeller. Sammenlignet med forrige undersøkelsesperiode er det i denne perioden flere som avbryter oppholdet på Samtun før det er gått 1/2 år, men det er også flere som blir i behandling i mellom 1,5 og 2,5 år. Hvis vi ser hele perioden under ett (1987 til 2000) finner vi at gjennomsnittelig behandlingstid har økt jevnt helt frem til 1999, hvor det er en nedgang: se figur 3.c. (merk at siste kategori bare omfatter to år,

Figur 3.b. Oppholdstid fordelt på år 1995-2000. Prosent



1999-2000, mens de andre omfatter tre år). Fra starten var imidlertid varigheten på behandlingsprogrammet kun ett år, denne økte til to år i 1992.

Figur 3.c. Tid i behandling i ulike perioder 1987-2000. Prosent



Gjennomsnittlig behandlingstid i de fem periodene er:
 31,9 uker (1987-1989),
 42,2 uker (1990-1992),
 52,3 uker (1993-1995),
 65,0 uker (1996-1998)
 og 53,5 uker (1999-2000).

Fullføring

Av de 84 personene i vår undersøkelsesperiode fullfører 35 prosent hele behandlingsprogrammet, mens 65 prosent avbryter. 7 personer har hatt flere inntak *innenfor* vår periode; 2 av disse fullførte, mens 5 stykker avbrøt. Ytterligere 7 personer har hatt nytt inntak *etter* vår periode, og til nå har 3 av disse fullført programmet, mens 4 har avbrutt også dette oppholdet (6 av disse er ikke med i denne etterundersøkelsen). 1 person med flere opphold *før* vår periode avbrøt også denne gang. Blant de 56 etterintervjuede så vi et gjennomsnittlig lenger behandlingsopphold, og her fullførte 46 prosent. Heller ikke her finner vi noen forskjeller mellom kvinner og menn.

Tilbakeblikk på oppholdet

I etterundersøkelsen bes de intervjuede tidligere beboerne (N=56) om å vurdere oppholdet på Samtun, helheten og de ulike delene. Intensjonen med disse spørsmålene er blant annet å få kunnskap om hvilke komponenter som beboerne føler at de har nytte av. Vi må imidlertid her minne om den usikre reliabiliteten som er knyttet til at kjente intervjuere spør tidligere beboere om selve oppholdet (jfr Tjersland 1995), slik det også er kommentert i metodekapittelet. Spørsmålene er i hovedsak lukkede, dvs enkle spørsmål med faste svaralternativer. For de leserne som ikke kjenner metodikken i terapeutiske samfunn, vil vi også kort beskrive innholdet i de ulike verktøyene som tas i bruk ved de aller fleste TS'er (se bl.a. Furuholmen og Schanche Andresen 1998, De Leon 2003). For ytterligere skildringer av terapeutiske samfunn mer generelt kan vi henviser til blant annet De Leon (2003), Ravndal (1994), Thomassen (2001), Rawlings og Yates (2001); i tillegg er dette omtalt i rapporten fra forrige etterundersøkelse ved Samtun (Angell 1998).

Struktur

Et av de mest markante trekkene ved Samtun og andre terapeutiske samfunn er den gjennomregulerte hverdagen, kommunikasjonsstrukturen og det strenge arbeids- og ansvarshierarkiet, som særlig preger det første året. Opplevde beboerne at strukturen i huset skapte mest trygghet eller mest utrygghet? 70 prosent svarer ”mest trygghet”, 23 prosent svarer mest utrygghet, mens 7 prosent svarer at de ikke vet (N=56). Blant mennene er det 79 prosent som opplever mest trygghet, mens blant kvinnene er det like stor andel som opplevde trygghet som utrygghet. 11 stykker oppgir begrunnelser for hvorfor strukturen gjorde dem utrygge, de handler i hovedsak om manglende tilhørighet, negativ oppmerksomhet og udekkede behov.

Oppstrammere, læringserfaringer og kontrakter

Oppstrammere, læringserfaringer og kontrakter er ulike verktøy eller teknikker for bevisstgjøring av den enkelte i fellesskapet. En *oppstrammer* er en spesiell form for beboerkommunikasjon der en beboer blir påtalt og påminnet dersom han eller hun viser unnfalighet i forhold til fellesskapets regler. Dette kan for eksempel være dårlig holdning, slurv eller unnasluntring, negativ prat, mangel på omsorg overfor medbeboere, mangel på respekt, samarbeidsvilje eller motivasjon. Oppstrammeren skjer i et eget rom, hvor den som skal snakkes til må stå rett foran den medbeboeren som forteller hva som han eller hun har gjort galt. En annen beboer kan også være tilstede for å støtte det som blir sagt. Den som får oppstrammeren skal ikke si i mot, bortforklare eller protestere. Den som får oppstrammeren skriver ned i en oppstrammer-bok hva som er innholdet i oppstrammeren og hva som var bakgrunnen. Oppstrammeren følges opp av en ”oppfølger”. Oppfølgeren er en konsekvens av oppstrammeren, det kan være alt fra å opplyse fellesskapet om hva grunnen til oppstrammeren var og hvordan adferden man utviste kan føre tilbake til misbruk. Eller at beboeren holder et lite seminar om temaet rundt oppstrammeren og forteller om hva riktig adferd bør være og hvorfor. Et annet eksempel kan være å måtte ordne frokosten alene i to dager fordi man har forsovet seg.

Hensikten med oppstrammere er å bevisstgjøre hver enkelt i forhold til atferd og/eller holdninger som bør endres, samtidig som det *også* virker bevisstgjørende og fremmer endring hos den som gir den (De Leon 2003). I følge *Tom* brukes ofte oppstrammere til å opprettholde strukturen i fellesskapet, snarere enn som et terapeutisk virkemiddel overfor den enkelte, noe som han også ser nytten av. Det kan også gis ”positive oppstrammere”, for eksempel dersom en beboer har utmerket seg positivt over tid og/eller trenger en positiv bekreftelse for å styrke selvtilliten og troen på seg selv.

En *læringserfaring* er ofte et disiplinært tiltak, som en reaksjon på negativ atferd som beboeren gjentagende ganger har fått oppstrammer for. En læringserfaring kan også være et tiltak med bakgrunn i en adferd som strider mot husreglene. Tidligere ble læringserfaringer av og til også brukt for å bevisstgjøre en beboer om uhensiktsmessig adferd som denne ikke er spesielt bevisst eller ikke tillegger så stor betydning som resten av fellesskapet. Det siste gjøres ikke lenger, men i stedet brukes et tiltak som kalles ”utkomme”.

Hensikten med læringserfaringen er bevisstgjøring av egen atferd, refleksjon og selvinnsikt. Beboeren ikler seg en rød t-skjorte, blir fritatt fra alle sine roller og oppgaver i fellesskapet og skal i stedet fokusere på et spesielt aspekt ved egen atferd eller holdning. Beboeren får en skriftlig oppgave og blir tatt ut av den daglige strukturen. Det etableres en egen struktur rundt beboeren, hvor en medbeboer fungerer som arbeidsleder og samtidig støtter gjennom å gi rådgivning i forbindelse med den skriftlige oppgaven. Den som er på læringserfaring får ikke vite hva klokken er eller følge med i hva som skjer, men skal helt og fullt gå inn i seg selv og bevisstgjøre seg i forhold til egen atferd og holdning. Under en læringserfaring skal beboeren ikke ha kontakt med andre beboere, det vil si at de øvrige beboerne ikke skal snakke eller involvere seg med ham eller henne. Medbeboerne skal imidlertid alltid si ”unnskyld at jeg forstyrrer” dersom de kommer i nærheten av den beboer som er underlagt læringserfaring, da vedkommende i kraft av sitt intense arbeid med bevisstgjøring er en person med stor betydning i fellesskapet. En læringserfaring kan være av ulik varighet, men aldri mer enn 48 timer. *Tom* forteller at den første læringserfaringen han ble satt på kom altfor tidlig for ham. Han fikk en ryggsekk til å ha på og så skulle han tenke gjennom hva det var han dro rundt på. ”Jeg tror ikke jeg i grunnen skjønnte helt hvordan jeg skulle bruke det. Hadde jeg fått den fem måneder senere så hadde jeg nok hatt et helt annet utbytte.” Senere fikk han enn annen som

han fremdeles drar nytte av, der han ble utpekt som kontaktperson for tre andre samtidig – og skjønnte etter åtte timer at han ikke kunne greie å gjøre alt. I dag minner den ham om at alle har begrensninger og at han må sette grenser for seg selv.

En *kontrakt* er et terapeutisk virkemiddel som iverksettes som en avtale/kontrakt mellom en beboer, fellesskapet og ansatte. Som oftest initieres denne av ansatte og fellesskapet, men den kan også initieres etter ønske fra beboeren selv. Kontrakter brukes når beboerne har fått opparbeidet seg trygghet i forhold til fellesskapet og verktøyene/virkemiddelene i det terapeutiske samfunnet. Den er av lengre varighet enn læringserfaringen, mellom 1 og 3 uker, og beboeren går hele tiden i røde klær. Hensikten er mye av den samme som med læringserfaringen; bevisstgjøring av egen atferd, refleksjon og selvinnsikt. Men beboeren får også mulighet for å gå i en prosess, som gir økt selvinnsikt, større forståelse av egne behov, som ofte gir økt motivasjon til nærmere terapeutisk bearbeidning i intensive gruppeterapisamlinger. Etter at den angitte perioden er over, blir kontrakten gjennomgått av fellesskapet. *Tom* beskriver den kontrakten han ble satt på som ”en mulighet til å meditere i tre uker, der jeg kun kunne konsentrere meg om meg og mitt”.

Hvilken nytte hadde så Samtunbeboerne i vår undersøkelsesperiode av de terapeutiske tiltakene oppstrammere, læringserfaringer og kontrakter? Ikke alle har opplevd alle disse bevisstgjøringstiltakene, enten fordi de avbrøt oppholdet før de kom så langt at det var aktuelt, eller fordi de av andre grunner ikke hadde behov for det. Derfor vil antallet (N) som har svart variere.

Tabell 3.2. Nytte av terapeutiske tiltak, prosent.

Nytte	Type tiltak		
	Oppstrammer	Læringserfaring	Kontrakt
Ikke i det hele tatt, eventuell negativ	20	43	41
Veldig liten betydning	20	12	0
En viss betydning	50	24	27
Det betydde mye for meg	9	17	12
Det hadde avgjørende betydning	0	5	21
Sum	99	101	101
Antall svar (N)	54	42	34

Som vi ser mener 50 prosent (N=54) at oppstrammere har hatt en viss betydning, mens 40 prosent mener at oppstrammere hadde hatt veldig liten eller ingen/negativ betydning for dem. Når det gjelder læringserfaringer sier 55 prosent at disse hadde ingen eller veldig liten, eventuelt negativ betydning for dem, mens 22 prosent sier at det hadde stor [mye] eller avgjørende betydning. Med hensyn til kontrakter er det flere som er positive; 21 prosent hevder det hadde avgjørende betydning for dem, ytterligere 39 prosent mener det betydde mye eller hadde en viss betydning for dem, mens resten (41 prosent) ikke tillegger det noe betydning, eventuelt negativ betydning.

Det at så mange svarer at de ulike virkemidlene/tiltakene hadde ingen eller negativ betydning for dem må også ses i sammenheng med at relativt mange avbryter behandlingen i løpet av den første tiden (40 prosent i løpet av første 6 mnd). Dersom det er rimelig å anta at de som avbryter tidlig gjør det fordi de ikke klarer å tilpasse seg den strenge strukturen som kjennetegner et terapeutisk samfunn, er det forståelig at dette påvirker vurderingen av de ulike virkemidlene generelt, og de tre ovennevnte spesielt.

Sosial trening og treningsturer

Sosial trening, i form av kontakt med og aktiviteter i lokalmiljøet er en viktig ingrediens i behandlingsprogrammet på Samtun, også første året. Som et ledd i *sosial trening* har beboerne på Samtun en del kontakt med lokalmiljøet, hvor de deltar i ulike aktiviteter på linje med andre. Dette er, som treningsturene, et viktig element i prosessen med å tilpasse seg til og delta i det ordinære samfunnet etter endt rehabilitering.

En *treningstur* er en permisjon, hvor beboeren enten får dra på egenhånd ut i lokalmiljøet eller ta en lengre tur for eksempel til hjemstedet sitt. Slike turer er et ledd i det å orientere seg ut i samfunnet igjen, og ikke minst klare å motstå de fristelser som finnes der, blant annet i form av gamle venner og rusmidler. Treningsturer er en viktig del av programmet det første året, men kan også brukes som et privilegium og belønning.

Tabell 3.3. Nytte av sosial trening og treningsturer. Prosent

Nytte	Sosial trening	Treningsturer
Ikke i det hele tatt, eventuell negativ	8	21
Veldig liten betydning	23	26
En viss betydning	4	17
Det betydde mye for meg	48	28
Det hadde avgjørende betydning	17	9
Sum	100	101
<i>Antall svar (N)</i>	48	47

Synes beboerne treningsturene og den sosiale treningen hadde noen betydning for sin egen rehabilitering eller personlige utvikling? Av tabell 3.3 ser vi at 65 prosent mener at sosial trening betydde mye eller hadde avgjørende betydning for dem. 31 prosent mente at det hadde hatt veldig liten, ingen eller negativ betydning. Til sammenligning er det færre som er så fornøyde med treningsturene; 36 prosent mener at det har betydd mye

eller hatt avgjørende betydning, mens nesten halvparten (47 prosent) mente at treningsturer hadde veldig liten, ingen eller negativ betydning.

Grupper

Det første året på Samtun er delt inn i tre faser og beboerne deltar i fasegrupper. I tillegg finnes gutte- og jentegrupper og konfrontasjonsgrupper (lappegrupper). At ikke alle de intervjuede beboerne har deltatt i alle fasegruppene skyldes først og fremst at noen har sluttet før de kom til andre eller tredje fase, noe som gjenspeiles i antall svar (N), henholdsvis 54, 48 og 38.

Konfrontasjonsgrupper, eller encountergrupper, er et av de mest sentrale virkemidlene i et terapeutisk samfunn, og holdes 1-2 ganger i uken. På Samtun kalles dette *lappegruppa*. Det er beboerne selv som definerer innholdet i gruppa, ved å skrive lapper hvor de spesifiserer hvem de ønsker å snakke til og hvorfor. Det legges altså opp til verbal konfrontasjon, knyttet til følelser eller bekymring for en annen beboers daglige atferd eller holdning. Disse konfrontasjonene preges ofte av sterke følelser, og nettopp dette er en viktig grunn til at konfrontasjonen skal gjøres under kontrollerte forhold og ikke tilfeldig ute i fellesskapet. Hensikten med denne gruppen berører de grunnleggende begrepene til det terapeutiske samfunn: medlevelse, å bry seg med og om andre, viktigheten av å konfrontere virkeligheten, bevisstgjøring og ærlighet som steg i retning av personlig og positiv psykologisk endring hos den enkelte (De Leon 2003).

Kjønnsproblematikk står alltid sentralt i misbruksbehandling, og i kjønnsdelte grupper kan kvinner og menn jobbe med problematikk knyttet til kjønn. *Jentegruppene* jobber ofte spesielt mot det å dele erfaringer relatert til misbruk og diskriminering på grunn av kjønn. I *guttegruppene* er det gjerne fokus på overgrepssproblematikk, spesielt i forhold til det å ha

vært overgriper eller offer. Det arrangeres også fellesgrupper hvor begge kjønn deltar, hvor kjønnsproblematikk er tema (DeLeon 2003).

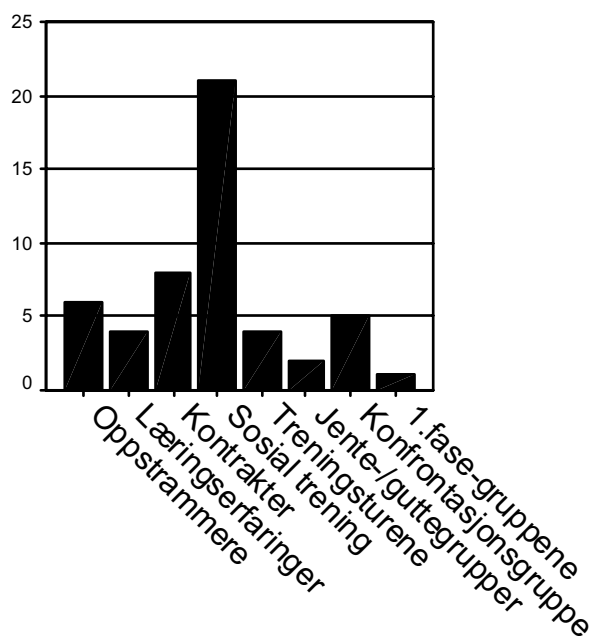
Fasegruppene i det første året på Samtun er fellesgrupper knyttet til fasens innhold. Fase 1 er en ”velkomstfase” med fokus på trygghet og orientering om programmet og de terapeutiske virkemidlene som brukes i strukturen på Samtun. Det legges opp til å gjøre beboeren kjent med fellesskapet og de ansatte, de ulike verktøyene og gruppetilbudet. Fase 2 er en oppdager- og utprøvningsfase, hvor beboeren skal bli bedre kjent med seg selv. Beboerne prøver ut strukturer, verktøy og grupper, får kontakt med fellesskapet og utvikler åpenhet til seg selv. Gjennom bevisstgjøring skal beboerne lære å bruke programmet, og hovedfokus for den enkelte er atferd i fellesskapet og det å kunne be om hjelp og støtte. Fase 3 er en fase med fokus på videreutvikling og orientering ut. Fokus fra fase 2 videreutvikles, med økt vekt på egne følelser og reaksjonsmønstre. Det skal skapes større personlig bevissthet mot utvikling av egne ressurser for bedre å kunne hjelpe seg selv og andre. Man legger også vekt på utvikling av sosiale nettverk gjennom deltagelse på aktiviteter i nærmiljøet og planlagte treningsturer. I denne fasen får også beboerne større formelt ansvar i huset, ved blant annet å kunne inneha mer ledende roller i arbeidsstrukturen.

Hvor nyttig synes de tidligere beboerne på Samtun at disse ulike gruppene har vært? Tabell 3.4. viser at 2. fasegruppene tillegges stor eller avgjørende betydning av 67 prosent (N=48), mens de tilsvarende tallene for 1.fasegruppene og konfrontasjonsgruppene er henholdsvis 43 prosent og 35 prosent (N=54). 65 prosent sier at jente/guttegruppene hadde minimal betydning for dem, men her er det store kjønnsforskjeller da nær halvparten av kvinnene sier at jentegruppa var det tiltaket de hadde mest eller nest mest nytte av blant alle tiltakene. Dette kommer vi tilbake til i et senere avsnitt.

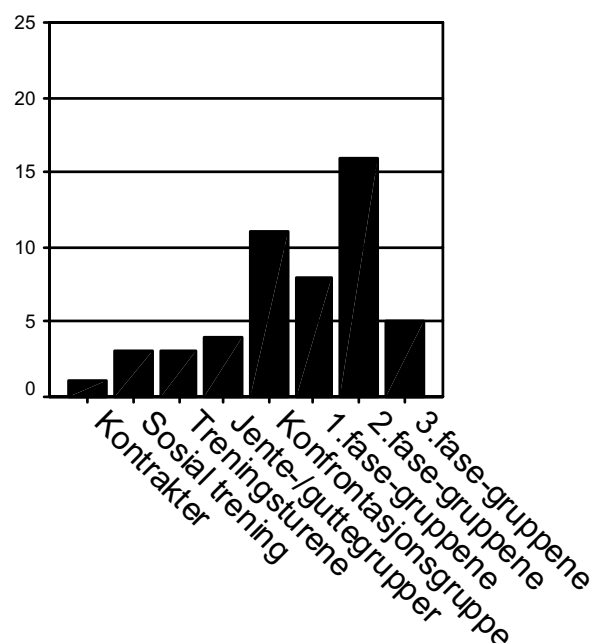
Tabell 3.4. Nytte av deltakelse i ulike grupper. Prosent

Nytte	Grupper				
	Jente/gutte- grupper	Lappe- grupper	1. fase- grupper	2. fase- grupper	3. fase- grupper
Ikke i det hele tatt, evt negativ	35	9	7	4	21
Veldig liten betydning	29	13	13	10	13
En viss betydning	10	43	37	19	37
Det betydde mye for meg	21	26	37	44	21
Det hadde avgjørende betydning	4	9	6	23	8
Sum	99	100	100	100	100
Antall svar (N)	48	54	54	48	38

Figur 3.d. Mest nytte av tiltak, prosent, N=51



Figur 3.e. Mest nytte av tiltak 2, prosent, N=51



Når det gjelder hvilke to terapeutiske tiltak de intervjuede tidligere beboerne hadde mest nytte av så skiller sosial trening og 2.fasegruppene seg klart ut, se figur 3.d og e. 41 prosent setter sosial trening som det

nyttigste tiltaket, mens 15 prosent synes kontrakter var nyttigst. Som det nest nyttigste fant 31 prosent at 2.fasegruppene var, mens 22 prosent mente konfrontasjonsgruppene. Vi ser også at de tidligere kommenterte virkemidlene oppstrammere, læringserfaringer og kontrakter er det til sammen 18 av 51 som sier de hadde mest nytte av.

Det er ikke klare forskjeller mellom kjønnene med hensyn til hvilke tiltak som rapporteres som mest nyttig, bortsett fra at det kun er kvinner som har rapportert nytte av kjønns spesifikke grupper (jente/guttegrupper) og kun menn som opplevde treningsturene som mest nyttig, selv om tallene her er små.

Det er også interessant at når vi ser på hvilke tiltak som er blitt rangert som *nest mest* nyttig, så er det heller ikke her noen menn som rapporterer kjønns spesifikke grupper, og fremdeles ingen kvinner som svarer treningsturene. Til sammen er det 46 prosent (6 av 13) av kvinnene som svarer at kjønns spesifikke grupper har vært ett av de to nyttigste tiltakene for dem, mot ingen av mennene. Det er også en viss forskjell med hensyn til vurdert nytteverdi av lappegruppene. 15 prosent av kvinnene regner disse gruppene som et av de to nyttigste tiltakene, mot 37 prosent av mennene. Denne tendensen reflekterer muligens at kvinner og menns ulike behov dekkes gjennom ulike terapeutiske virkemidler, men vi må ikke glemme at tallene (spesielt når det gjelder kvinnene) er små. Likevel kan det være verd å ta i betraktning for Samtun dersom de ønsker å tilrettelegge sitt program mer spesifikt for kvinnelige beboere, og kanskje se nærmere på innholdet i de kjønns spesifikke gruppene for menn.

Fysisk trening og friluftsliv

Fysisk trening og – spesielt – friluftsliv (fjellturer, skiturer, overnattings-turer etc) var populært blant de tidligere beboerne i vår undersøkelse: i følge 47 prosent hadde fysisk trening stor eller avgjørende betydning for

dem i behandlingsoppholdet, mens det er så mange som 75 prosent som sier det samme om friluftsliv (N=55). Friluftsliv er det kun 6 prosent som tillegger ingen eller negativ betydning, mens 24 prosent mener dette om fysisk trening. Vi finner ingen store kjønnsforskjeller, men det er bare menn blant dem som sier at enten friluftsliv eller fysisk trening har hatt avgjørende betydning (et mulig vendepunkt) for dem, henholdsvis 3 og 9 menn. *Anne* beskrev godt den balansegangen det er å bruke slike tiltak i terapeutisk øyemed, da mange i utgangspunktet ikke liker eller ønsker slike aktiviteter. Det kan oppleves som svært positivt å få tilbakemeldinger hvis man har gjort og mestret noe man egentlig ikke ville eller trodde man kunne klare, samtidig som det kan skape personlige konflikter og negative opplevelser å bli tvunget med på fysiske aktiviteter som man av ulike grunner absolutt ikke ønsker.

Ansatte

I vår undersøkelsesperiode, 1995 til 2000, bodde det mange ansatte på Samtuns område. Er beboerne enig (eller uenig/vet ikke) at dette var positivt på ulike måter? 66 prosent er enig i at det var trygt å ha de ansatte i nærheten (N=55); 62 prosent er enig i at dette skapte et større fellesskap (N=55); 60 prosent mener det gav dem noen å snakke med i kriser (N=53); 53 prosent er enig i at det var betydingsfullt for dem fordi de ble kjent med andre voksne (N=55); mens 40 prosent fikk en varig tilknytning til ansatte på denne måten (N=52). Dette kan tolkes som at en majoritet opplevde at fellesskapet ble styrket enten kvalitativt eller kvantitativt ved at de ansatte bodde på området, mens på spørsmål om dette skapte varig tilknytning til de ansatte var flere uenige enn enige (56 prosent mot 40 prosent).

Trenings- og etableringsavdeling

Etter ett år på Samtun flytter beboerne fra hovedhuset til trenings- og etableringsavdelingen, der de får egen hybel og arbeidstrening eller skole fortrinnsvis utenfor Samtun. Hvordan oppleves denne overgangen? (Her

gis intervjupersonene mulighet til å svare enig, uenig eller vet ikke på flere alternativer, derfor blir summen mer enn 100 prosent.) 82 prosent mener at den ”markerte et viktig positivt skritt videre i egen utvikling”, mens 27 prosent mener at de ”fikk for stort ansvar for egen fungering (skole/arbeid/fritid). Bare 12 prosent opplevde seg ”avvist av hovedhuset”. Det er liten eller ingen kontakt mellom hovedhuset og trenings- og etableringsavdelingen, og for mange kan det kanskje oppleves som vanskelig å plutselig ikke lenger være en del av det tette fellesskapet der. Andre kan igjen oppleve det som positivt å komme mer for seg selv, eller som *Anne* sier: ”Du blir ganske lei av fellesskap...”. *Tom* opplevde at strukturen på første året var svært trygg og ivaretakende, og at overgangen til andreåret kanskje ”ble litt brå, for da plutselig fjernes alt av rammer... men samtidig så ser jeg at det kanskje er nødvendig”. Andreåret handler om ”hjelp til selvhjelp” sier *Tom*, du må spørre om hjelp. For han handlet det for eksempel til å ”lære seg til å slutte å grave i alt mulig... og komme til en forståelse av at – ja, ja sånn har det vært, det har skjedd”.

Vel overflyttet til trenings- og etableringsavdelingen deltar beboerne også i (ulike) grupper. 39 prosent mener at disse gruppene betydde mye eller hadde avgjørende betydning, mens 15 prosent mente at de hadde liten, ingen eller negativ betydning. Å bo på Samtun og jobbe eller gå på skole et annet sted gir ulike opplevelser. 82 prosent mener at det var en støtte å ha Samtun som bosted denne tiden, mens 18 prosent opplevde Samtun som en negativ kontroll. Også her var det mulig å si seg enig i begge deler. 10 prosent var usikre i begge henseende. Imidlertid har bare 33 av 56 svart på disse spørsmålene om trenings- og etableringsavdelingen, antakeligvis fordi de resterende ikke kom så langt.

Ettervern

Etter det andre året flytter beboerne ut fra Samtun og til egen bolig – et ettervernsår. På spørsmål om hvordan opplevde overgang fra trenings- og

etableringsavdelingen til ettervernet svarer 67 prosent (20 av 30) at de var klare for å gå ut i ettervernet. 10 prosent svarer at de trengte mer tid på Samtun, mens 10 prosent mente at de skulle vært i ettervern tidligere.

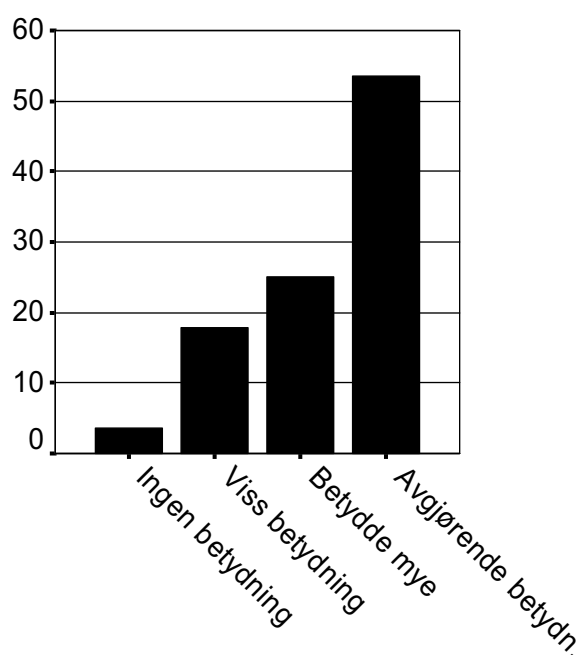
Beboernes helhetlige vurdering av oppholdet

Men hva er det mer overordnede inntrykket de tidligere beboerne sitter igjen med når de ser tilbake på oppholdet sitt ved Samtun? Synes de at de forandret seg i løpet av den tiden, eller at oppholdet sett under ett betydde et vendepunkt i livet, en slags ny start?

Som vi ser av figuren til høyre mener over halvparten av de etterintervjuede at behandlingsoppholdet hadde avgjørende betydning for dem (N=56), og når vi legger til de som oppholdet ”betydde mye for” så favner vi nær 80 prosent av utvalget.

Det viktigste med behandlingsoppholdet handler om tiden etterpå; målet er at programmet skal få innvirkning på ulike sider ved personens liv utenfor og etter Samtun. Vesentlige områder er rusmiddelbruk, utdanning/arbeid, fritid/sosialt liv, følelser og selvtillit, samt familie/kjæreste. Tabell 3.5 på neste side gir en oversikt over fordelingen av beboernes svar.

Figur 3.f. Forandring, vendepunkt på Samtun, prosent, N=56



Tabell 3.5. Områder hvor oppholdet har hatt betydning for beboerne i etterkant. Prosent

Betydning	Rus- misbruk	Utdanning	Arbeidsliv	Fritid	Følelsesliv	Familie
Ikke i det hele tatt/evt negativ	18	38	27	16	13	24
Veldig liten betydning	4	20	23	18	7	7
En viss betydning	29	20	29	21	21	29
Det betydde mye for meg	23	16	13	32	38	16
Avgjørende betydning	27	7	9	13	21	24
Sum	101	101	101	100	100	100
Antall (N)	56	56	56	56	56	55

Eget følelsesliv og selvfølelse er det området som de tidligere beboerne tillegger mest betydning. Her svarer nesten 60 prosent at oppholdet har hatt stor eller avgjørende betydning for dem i tiden etterpå, mens knapt en femtedel som sier at oppholdet har hatt ingen eller negativ betydning. Dette samsvarer med Samtuns fokus på den intrapersonlige utviklingen i behandlingen.

Halvparten sier at Samtunoppholdet har hatt stor eller avgjørende betydning når det gjelder rusmisbruk, og også her er det under en femtedel som mener at Samtun har hatt ingen eller negativ betydning på dette området. Områdene skolegang/ønsker om utdanning og arbeidsliv/yrke sier i underkant av en fjerdedel at Samtun har hatt stor eller avgjørende betydning, mens over halvparten mener at det har hatt liten, ingen eller negativ betydning. På området fritid, aktiviteter og sosial fungering er det langt flere som har fått utbytte av behandlingsoppholdet; litt under halvparten mener at dette har hatt stor eller avgjørende betydning, mens en

tredjedel sier at det har hatt liten, ingen eller negativ betydning. 40 prosent mener at oppholdet var av stor eller avgjørende betydning for området kontakt med egen familie, partner eller eventuelt andre nære personer, mens 30 prosent mener det hadde liten, ingen eller negativ betydning.

Arbeidstrening, yrkesrehabilitering og sosial trening er hovedelementene i det andre året på Samtun, Treningsfasen. Den betydningen disse områdene tillegges (i etterundersøkelsen) må derfor ses i lys av at 40 prosent (av de etterintervjuede) var på Samtun under ett år. Fokus på rusmisbruk og sosial trening skal være vesentlig i hele programmet, og halvparten av de intervjuede mener trolig at Samtun har lykket i dette. Kjennskap og tillit til seg selv og egne følelser er imidlertid det området der de fleste har fått mye ut av behandlingsoppholdet. Dette bekreftes også i våre kvalitative intervjuer.

Hvis vi fordeler resultatene på kjønn ser vi at svarkategorien ”ingen betydning i det hele tatt, eventuell negativ betydning” velges oftere av kvinner enn av menn på alle områder bortsett fra utdanning. Den største forskjellen finner vi på området kontakt med egen familie/partner/andre nære personer, der halvparten av kvinnene (7 av 14) sier at Samtun ikke gav dem noe her, mens kun 15 prosent (6 av 41) av mennene sier det samme. Vi finner ingen kjønnsforskjeller med hensyn til rapportert ønske om hjelp (ved inntak) med forholdet til familie eller ektefelle/partner, men flere menn (80 prosent, N=27) enn kvinner (55 prosent, N=11) ønsker hjelp med forholdet til omgangskrets/venner. Samtun bør derfor se på dette i fremtiden, da det kan se ut som om forskjellene mellom kjønnene muligens ikke skyldes ulikt behov for hjelp.

Kanskje på bakgrunn av den betydningen de intervjuede tillegger behandlingsoppholdet på ulike områder svarer 78 prosent at de vil anbefale

Samtun til andre rusmiddelmissbrukere. Kun 6 prosent vil ikke anbefale Samtun, mens 16 prosent vet ikke. Det er ingen kjønnsforskjeller her.

Etter oppholdet på Samtun, enten det er avsluttet programmessig eller ikke, er det en del som opprettholder kontakten med Samtun. I utvalget som er etterundersøkt er det 58 prosent som har hatt kontakt med Samtun etter utskriving, fra sporadisk til jevnlig, mens de resterende 42 prosentene ikke har hatt noen kontakt med Samtun overhodet (N=56). På spørsmål om de skulle ønske at Samtun hadde tatt kontakt svarte nesten halvparten ja (25 av 53), mens 21 prosent opplyser om at de ble kontaktet. 28 prosent ønsket ikke denne kontakten. I begge våre kvalitative intervjuer kom det frem at kontakt med Samtun opplevdes som trygt og positivt selv flere år etter utskrivelsen.

Oppsummering

I dette kapittelet om behandlingsoppholdet har vi sett på ventegruppene – inngangsporten til Samtun, på oppholdets varighet og på beboernes vurdering av innholdet i programmet.

* Gjennomsnittelig deltagelse i ventegruppene var 4,5 ganger. Gjennomsnittelig ventetid fra inntak til ventegrupper til oppstart i programmet var 8 uker. Her har vi ingen tall fra forrige undersøkelsesperiode å sammenligne med, men for 2002 var gjennomsnittet 4,5 måneder, med et spenn på 6 uker til 1 år.

* De 84 personene i utvalget tilbrakte i snitt 1 år og 1 måned i behandling, mens de 56 etterintervjuede har et gjennomsnitt på 1 år og 4 måneder. 40 prosent faller fra før seks måneder. 35 prosent av alle personene i vår undersøkelsesperiode fullførte programmet. 46 prosent av de

etterintervjuede fullførte. I perioden 1987-1995 var gjennomsnittlig behandlingstid 12 måneder, mens 27 prosent fullførte programmet.

* Tre fjerdedeler av mennene fant den strenge strukturen på Samtun i hovedsak betryggende, men kun halvparten av kvinnene mente det samme. I forrige etterundersøkelse var spørsmålsstillingen noe annerledes; her svarer 23 prosent at møtet med den stramme strukturen som vanskelig, mens 30 prosent opplevde dette som bra.

* Rundt halvparten (mellom 40 og 55 prosent) tillit oppstrammere, læringserfaringer og kontrakter liten, ingen eller negativ betydning. Denne tendensen finner vi også i forrige undersøkelse, med henholdsvis 52, 55 og 52 prosent.

* To tredjedeler av de etterundersøkte mente at 2.fasegruppene og sosial trening i lokalmiljøet var terapeutiske virkemidler som hadde stor eller avgjørende betydning for dem. I Angells utvalg kom 2.fasegruppene og lappegruppene best ut, med henholdsvis 68 og 60 prosent som mente det hadde stor eller avgjørende betydning.

* Friluftsliv var det tre fjerdedeler som rapporterte hadde stor eller avgjørende betydning, mens den samme vurderingen gav nær halvparten til tiltaket fysisk trening. Tallene fra forrige undersøkelse er svært like, henholdsvis 77 og 53 prosent.

* Rundt to tredjedeler mente at ansattes tilstedeværelse på tunet i ansattboliger gjorde at beboerne følte seg tryggere og at det skapte et større fellesskap. Under halvparten opplevde at de gjennom dette fikk en varig tilknytning til de ansatte.

* Over 80 prosent opplevde det å flytte ut fra hovedhuset og inn i trenings- og etableringsavdelingen markerte et viktig skritt i positiv retning i sin egen utvikling. En drøy fjerdedel opplevde at ansvaret for ulike områder i eget liv ble litt for stort, og 12 prosent opplevde seg avvist av hovedhuset. Dette viser en liten bedring fra Angells studie, der 71 prosent opplevde overgang som et viktig skritt, 29 prosent at de fikk for stort ansvar og 21 prosent at de følte seg avvist av hovedhuset.

* 82 prosent syntes at det var en støtte å bo på Samtun mens man gikk på skole eller jobb utenfor, mens en knapp femtedel opplevde Samtun som negativ kontroll i denne situasjonen.

* Ved utflytting fra Samtun etter det andre året opplevde to tredjedeler at de var klare for å gå ut i ettervern. 10 prosent mente det var for tidlig og like mange mente det var (for) sent. I forrige undersøkelse var det flere som opplevde at de trengte mer tid på Samtun, 40 prosent eller 7 av 18, mens 78 prosent (14 av 18) sa seg likevel klare for ettervernet.

* Over halvparten av de etterintervjuede sier at oppholdet på Samtun sett under ett hadde avgjørende betydning for dem etter utskrivning, og ytterligere 25 prosent mente oppholdet hadde betydd mye.

* Nesten 60 prosent mener at oppholdet på Samtun hadde stor eller avgjørende betydning på området følelsesliv/selvfølelse i etterkant av behandlingsoppholdet, mens 50 prosent mener tilsvarende for området rusmisbruk og 40 prosent for området familie/kjæreste. Også Angell fant at følelsesliv/selvfølelse var det området beboerne hadde fått mest ut av (også 59 prosent), med rusmisbruk på andreplass og fritid/sosial fungering på tredje.

* 78 prosent vil anbefale Samtun til andre, mot 82 prosent i forrige studie.

Kapittel 4. Hva sier etterundersøkelsen?



Når det gjelder selve evalueringen av hvordan det går med Samtunbeboerne i vårt utvalg ved tidspunktet for etterundersøkelsen, er det mange variabler å ta hensyn til. For at en evaluering/etterundersøkelse skal ha noen mening, må vi som nevnt i metodekapittelet også spesifisere noen kriterier som vi skal se resultatene opp mot for å kunne komme med en vurdering av resultatenes betydning.

I denne sammenheng er det naturlig at disse kriteriene knyttes til variabler som blant annet rusmisbruk, boforhold, nettverk, psykisk helse og sysselsetting. Et problem med å bruke denne typen variabler som målekriterier er at vi faktisk ikke kan si noe om den enkeltes subjektive opplevelse av sin tilværelse, men må ta utgangspunkt i endringer på variabler som vi antar har påvirket vedkommendes liv i positiv retning. Et eksempel på denne problematikken kan være en som helt har sluttet å bruke rusmidler, men som opplever stor ensomhet, økonomiske problemer og depresjon. Det er ikke ukjent at enkelte glir tilbake til misbruk og gamle miljøer fordi de finner den nye tilværelsen kjedelig, tom og lite meningsfull (se bla. Smith-Solbakken og Tunglund 1998). Dette igjen aktualiserer at oppfølging både fra institusjonen og/eller andre instanser på hjemstedet er en vel så viktig del av rehabiliteringen som selve institusjonsoppholdet.

Vi vil først og fremst sammenligne forhold ved beboernes misbruksmønster og generelle livssituasjon i periodene før inntak og etter avsluttet opphold. Vi antar altså på generell basis at dette er variabler som forteller oss noe om kvalitativ bedring av livssituasjon og vedkommendes sosiale funksjon i samfunnet, det er jo også en grunn til at dette er faktorer som i stor grad vektlegges i selve behandlingen. Dette er på sin side ingen effektstudie, hvor vi kan si noe konkret om *hva* som har forårsaket eventuelle forandringer i beboernes livssituasjon ved de ulike måletidspunktene. Det *kan* være oppholdet på Samtun, men det kan også

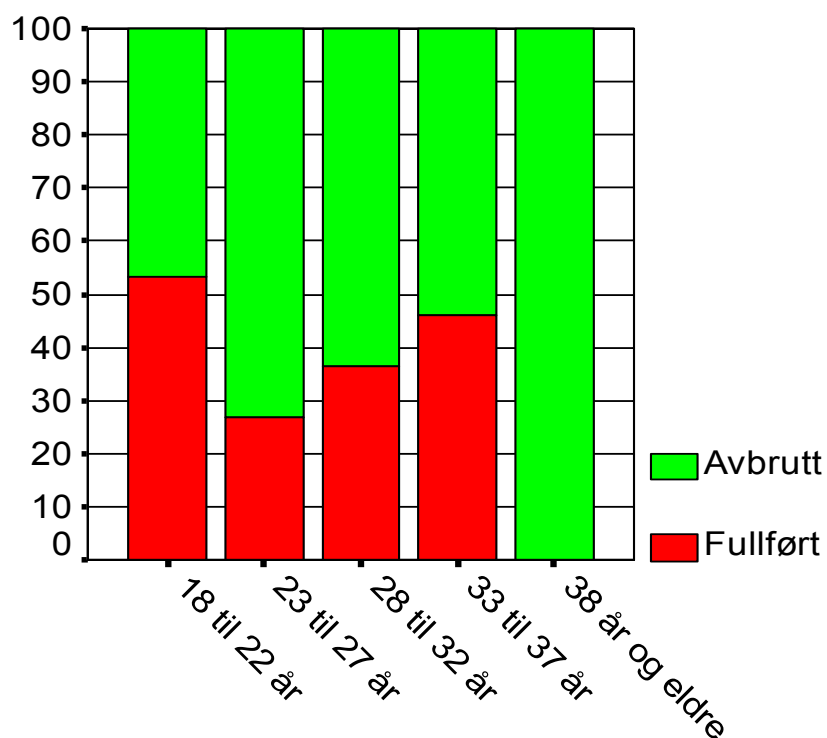
være andre utenforstående faktorer eller hendelser i den enkeltes liv og omgivelser.

Når vi leser tallene må vi ta i betraktning at de som *ikke* er gjenfunnet og intervjuet i etterundersøkelsen (28 av 84, 33 prosent), i større grad enn de intervjuede kan være i vanskelige, uforandrede eller verre livssituasjoner enn ved inntak. 6 av de 28 som ikke er intervjuet ved oppfølging har hatt reinntak på Samtun etter vår undersøkelsesperiode, og skal dermed med i en eventuell senere etterundersøkelse. Av data på avslutningsgrunn og tid i behandling ser vi at 90 prosent av de som ikke er intervjuet ved oppfølging avbrøt oppholdet, og at de har kortere gjennomsnittlig behandlingstid. Det samme gjelder bare 54 prosent av de som er intervjuet ved oppfølging. Tallene som presenteres i dette kapittelet gjelder derfor for en del av utvalget (N=56) som i større grad har fullført oppholdet ved Samtun, enn hva som er tilfelle for totalutvalget (N=84) og de som ikke er gjenfunnet for oppfølging.

Hvem fullfører?

35 prosent i vårt totale utvalg (N=84) har fullført oppholdet, altså er andelen som ikke fullfører relativt stor. Vi finner ingen kjønnsforskjeller med hensyn til fullføring, heller ingen klare aldersforskjeller (figur 4.a). Riktignok fullfører over halvparten av beboerne mellom 18 og 22 år, mot bare 27 prosent av de mellom 23 og 27 år, men hver kategori er antallmessig såpass ulike at det er vanskelig å si noe om dette skyldes tilfeldigheter eller ikke. Andel som fullfører øker igjen noe i de to neste alderskategoriene, mens ingen i alderskategorien ”38 år og eldre” har fullført (4 beboere).

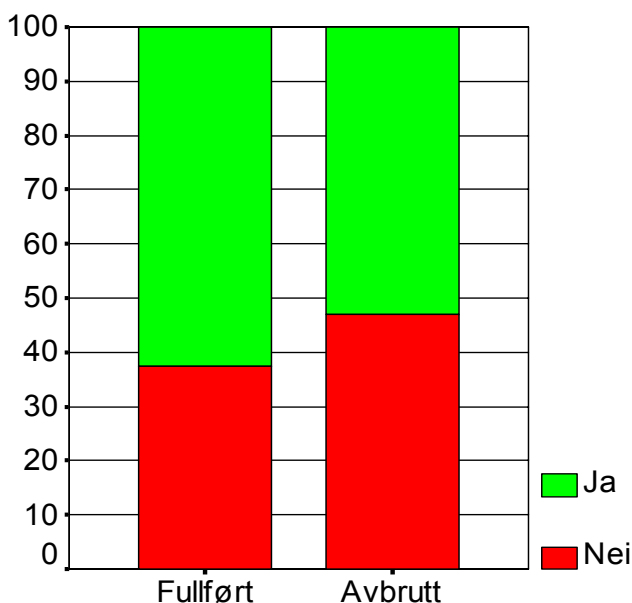
Figur 4.a. Avslutningsgrunn, etter alder, prosent, N=84



Når det gjelder grad av misbruksbelastning finner vi imidlertid en tendens til forskjell mellom de som avbryter og de som fullfører. En større andel av de som avbryter har heroin som hovedrusmiddel, 72 mot 56 prosent (N=73), samt at de som avbryter har noe lenger tid med problemfylt misbruk bak seg. Blant de som fullfører er det en større andel cannabismisbrukere, 19 prosent mot 7 prosent blant de som avbryter. Det er også en noe større andel som aldri har brukt sprøyte blant de som fullfører (N=19), 16 prosent, mot 2 prosent (N=44) av de som avbryter. Ser vi på debutalder for bruk av sprøyte er det også en større andel blant dem som avbryter som hadde debutert før fylte 16 år, 17 prosent mot 11 prosent blant de som fullførte. Gjennomgående er altså de som avbryter tyngre belastet enn gruppen som fullfører.

Ser vi på hvem som har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer før inntak finner vi at 54 prosent (N=42) har fått dette en gang i livet. Ser vi så dette i forhold til hvem som fullfører eller avbryter (figur 4.b), finner vi at en noe større andel av de som fullfører har mottatt profesjonell hjelp tidligere i livet. Dette er kanskje noe overraskende, men samsvarer med en tendens funnet i den siste evalueringen av Tyrili

Figur 4.b. Fått hjelp for psykiske problemer, etter avslutningsmåte, prosent, N= 42



(Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003). En hypotese kan være at de som har mottatt hjelp tidligere har bedre nettverk rundt seg, og en større bevissthet om egne problemer. Inntil det foreligger ytterligere studier på disse sammenhengene kan vi imidlertid bare spekulere i ulike forklaringer.

På andre mer spesifikke faktorer angående psykisk helse finner vi også en generell tendens til at en større andel av de som fullfører oppgir å ha hatt flere typer psykiske problemer enn de som avbryter. Dette gjelder problemer som lengrevarende perioder (over fire uker) med alvorlig depresjon, alvorlig angst, vrangforestillinger /hallusinasjoner, alvorlige tanker om å ta livet av seg og blitt foreskrevet medikamenter for et eller annet psykisk problem.

Utdanning og yrkesstatus ved oppfølging

Vi ser at utdanningsnivået blant de tidligere beboerne på tidspunkt for etterundersøkelsen fremdeles er relativt lavt i forhold til samfunnet

generelt. Likevel er det helt klart mange som har tatt utdanning under og etter oppholdet på Samtun, og andelen som ikke har utdanning utover grunnskolen er redusert med 20 prosent (N=55) i forhold til ved inntak.

Tabell 4.1. Høyeste fullførte utdanning ved oppfølging, antall og prosent, N=55

	Antall	Prosent
Grunnskole	23	42
Videregående skole, gymnas/yrkesskole	15	27
Faglig yrkesutdanning	13	24
Høyere utdanning (universitet/høyskole)	4	7
Total	55	100

Ved inntak hadde 2 beboere ikke avsluttet grunnskolen, en av dem har i ettertid fullført videregående skole og den andre er ikke intervjuet. Spesielt når det gjelder faglig yrkesutdanning er det stor endring mellom de to tidspunktene, fra 10 prosent ved inntak til 24 prosent ved oppfølging. Andelen som har utdanning fra universitet eller høyskole er 7 prosent ved oppfølging, mot 1,5 prosent ved inntak. Disse endringene gir også utslag med hensyn til yrkesstatus.

Tabell 4.2. Yrkesstatus ved oppfølging, antall og prosent, N=55

	Antall	Prosent
Uten beskjeftigelse	19	35
Heltidsjobb	13	24
Deltidsjobb	7	13
Under utdanning	16	29
Total	55	100

Av tabell 4.2. ser vi at andelen som er i noen form for arbeid eller utdanning har steget kraftig i forhold til før inntak, da over 90 prosent av begge kjønn hadde vært uten beskjeftigelse siste halvåret. Det er små kjønnsforskjeller, men i forhold til alder finner vi at ingen i de to eldste alderskategoriene er i heltidsjobb, mot 30 – 40 prosent i de yngre kategoriene.

Inntekt ved oppfølging

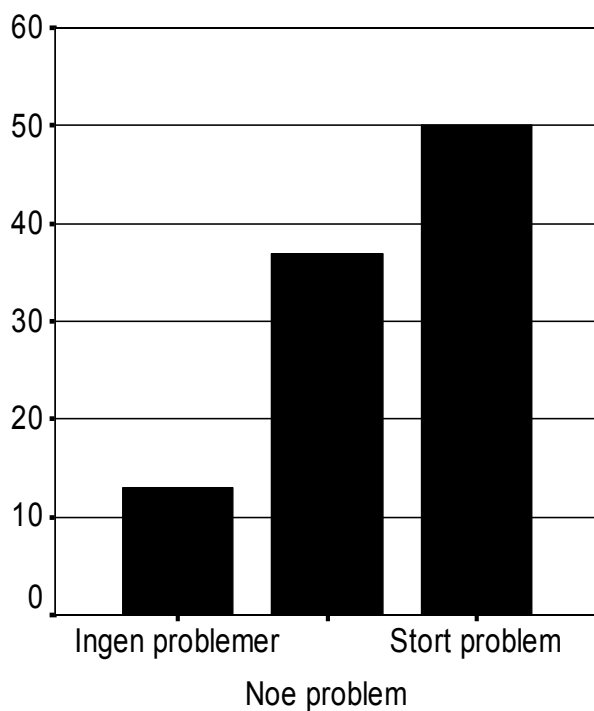
De beskrevne positive endringene i utdanningsnivå og yrkesstatus gir naturlig nok også utslag i forhold til viktigste inntektskilde for beboerne intervjuet i etterundersøkelsen. Hele 56 prosent (N=56) har hatt enten arbeidsinntekt eller yrkesmessig attføring som viktigste inntektskilde siste halvåret før oppfølgingsintervjuet, mot 8 prosent ved inntak (N=48). Tilsvarende er andelen som hovedsaklig levde av sosialhjelp redusert fra 35 prosent ved inntak til 9 prosent ved oppfølging.

Tabell 4.3. Viktigste inntektskilde siste 6 måneder før oppfølging, antall og prosent, N=56

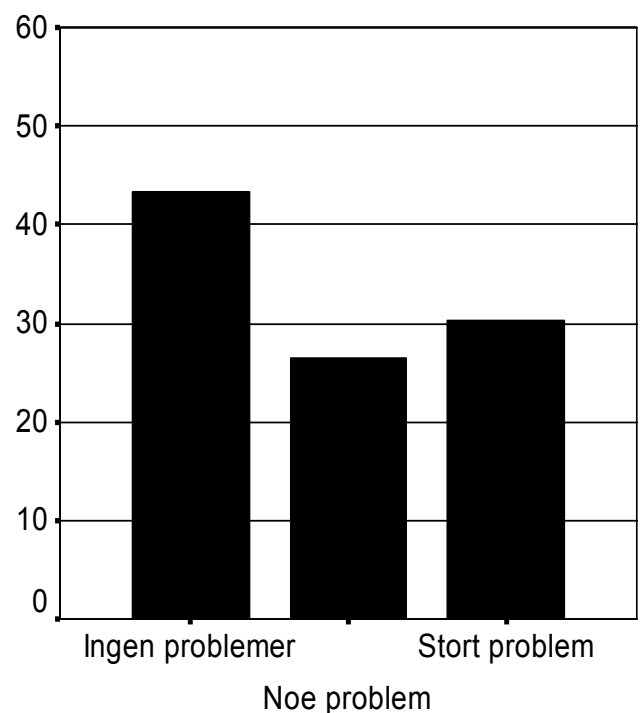
	Antall	Prosent
Arbeidsinntekt	10	18
Dagpenger (arbeidsledig)	1	2
Sykepenger	3	5
Yrkesmessig attføring	21	38
Rehabiliteringspenger	6	11
Uførepensjon	3	5
Stønad til enslig forsørger	2	4
Sosialhjelp	5	9
Annet	4	7
Kriminalitet	1	2
Total	56	101

Den samme positive utvikling ses både for menn og kvinner. Også beboernes opplevelse av problemer knyttet til økonomiske forhold viser en positiv endring i perioden fra inntak til oppfølging. Den største endringen ser vi i andelen som ikke opplever økonomiske forhold som noe problem ved oppfølgingen, den har økt med 20 prosent i forhold til ved inntak, mens over halvparten av de intervjuede ved oppfølging fremdeles opplever økonomien som problematisk.

Figur 4.c. Opplevelse av økonomisk situasjon ved inntak, prosent, N=46



Figur 4.d. Opplevelse av økonomisk situasjon v. oppfølging, prosent, N=53



Erfaringsmessig er da også økonomiske forhold ofte noe av det tidligere misbrukere sliter mest med etter rehabilitering. De har gjerne stor gjeld, ofte både av illegal og legal karakter, og lever ofte på sosialstønad eller andre trygdeordninger. De tilhører med andre ord ofte lavinntektsgrupper, noe som i seg selv ofte gir grunn til økonomiske bekymringer.

For mange kan det også oppleves som vanskelig å gå fra en tilværelse hvor en ofte hadde mye penger til et liv på trygd (se bl.a. Smith-Solbakken og Tungland 1998).

Vi har ikke data fra dette tidspunktet om eventuell annen, illegal inntekt ved siden av, men det er på oppfølgingstidspunktet bare 1 (N=48) person som oppgir å leve hovedsaklig av kriminalitet, mot 6 (N=56) ved inntak. Det er derfor ikke usannsynlig at grad av illegal tilleggsinntekt er tilsvarende redusert, men vi har ikke data om dette.

34 prosent har på tidspunkt for etterundersøkelsen kontakt med fengsel, Kriminalomsorg i Frihet (KiF) eller politi – eller avsluttet en slik kontakt i løpet av det siste året (N=53). 8 prosent av disse er kvinner, og de utgjør 33 prosent av kvinnene (N=12). 26 prosent har sittet i fengsel i løpet av de 2 årene som har gått siden utskrivning fra Samtun (N=50). Med hensyn til dette vet vi ikke noe om i hvilken grad det har vært sonet for gamle forhold begått før oppholdet på Samtun, eller om det er snakk om kriminelle forhold av nyere dato. Som ved inntak er det ved oppfølging heller ingen kvinner blant dem som har sittet i fengsel.

Bosituasjon

Når det gjelder bosituasjon ser vi av tabell 4.4 en klar positiv endring i perioden fra inntak til oppfølging. For eksempel har andelen som ikke hadde stabil bosituasjon (uten fast bolig) sunket fra 32 prosent ved inntak (N=71) til 6 prosent (N=55) ved oppfølging. 15 prosent var uten fast bolig eller bodde hos familie eller venner ved oppfølging, mens det ved inntak gjaldt hele 69 prosent av utvalget. Andelen som bor i institusjon/fengsel er imidlertid uendret, med litt over 10 prosent ved begge måletidspunktene.

Tabell 4.4. Bosituasjon ved oppfølging, antall og prosent, N=55

	Antall	Prosent
Ingen stabil bosituasjon	3	6
Med samboer/ektefelle og barn	10	18
Med samboer/ektefelle uten barn	14	26
Med barn alene	3	6
Hos foreldre	4	7
Med annen familie	1	2
Alene	14	26
I institusjon (fengsel, sykehus, kollektiv osv)	6	11
Total	55	102

Det er en større andel menn (N=41) som bor alene (29 prosent) og i institusjon/fengsel (12 prosent), og det er bare menn som er uten fast bolig. Det er bare kvinner (N=14) som bor hos annen familie (7 prosent) eller alene med barn (21 prosent). Det er små kjønnsforskjeller med hensyn til kategoriene ”med samboer/ektefelle med eller uten barn”, som gjelder for nesten 45 prosent av begge kjønn. Disse kategoriene fantes ikke i inntaksspørsmålet om bosituasjon, men vi kan anta at samboende/gifte med eller uten barn der ville skåret på ”egen eller leiet bolig” (som ved inntak utgjorde 11 prosent av utvalget). Det ser altså ut som om Samtunbeboerne i vårt utvalg i stor grad har etablert seg i mer stabile og ”vanlige” boforhold i perioden etter oppholdet.

Ser vi bosituasjon i forhold til om beboerne har fullført eller avbrutt, finner vi små forskjeller – bortsett fra at det er kun i gruppen avbrutte vi finner dem som er bosatt i institusjon. Her må vi minne om at utvalget (N=55) ikke er representativt for totalutvalget (N=84) med hensyn til avslutningsgrunn, da en større andel av de som er med i oppfølgingen har fullført enn hva som er tilfellet for totalutvalget.

DTES - sosial funksjon, tilpasning, mental helse og misbruk

Yrkesstatus, inntektsforhold og bosituasjon er faktorer som til en viss grad sier oss noe generelt om den enkeltes evne til sosial funksjon og tilpasning. Ut fra resultatene beskrevet i avsnittene over kan vi se en positiv utvikling i utvalget ved oppfølging, hvor det kan se ut som om de tidligere beboerne i større grad tilpasser seg mer normale og stabile yrkes- og bosituasjoner. Ved oppfølging er det også benyttet et klinisk kartleggingsverktøy for misbruk, sosial tilhørighet, sosial funksjon og mental helse – DTES (Drug Taking Evaluation Scale). Skalaen er delt inn i 3 områder som den enkelte med sin score kan falle inn under; normal-, symptom- og sykdomsområdet.

Tabell 4.5. Score på DTES ved oppfølging, prosent, N=56

	Normal	Symptom	Sykdom	Sum
DTES global (mental helse)	48	34	18	100 %
DTES sosial tilhørighet	66	14	20	100 %
DTES sosial funksjon	48	25	27	100 %
DTES misbruk	57	14	29	100 %

Sosial tilhørighet

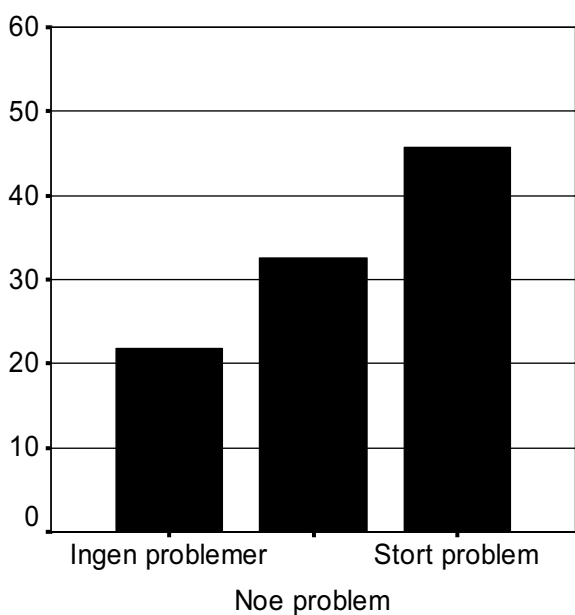
Når det gjelder utvalgets generelle score på DTES for sosial tilhørighet, ser vi av tabell 4.5 at hele 66 prosent (N=56) av utvalget ved oppfølging faller inn under normalområdet, 14 prosent i symptom/klientområdet og 20 prosent i sykdom/pasient/institusjonsområdet. De sistnevnte kan sies å ha dominerende tilhørighet til avvikende miljøer, og behov for profesjonell hjelp eller behandling må anses som nødvendig.

Vi har ikke tilsvarende tall for utvalget på inntakstidspunktet, men sett i forhold til tallene for inntektskilder, bosituasjon, yrkesstatus og

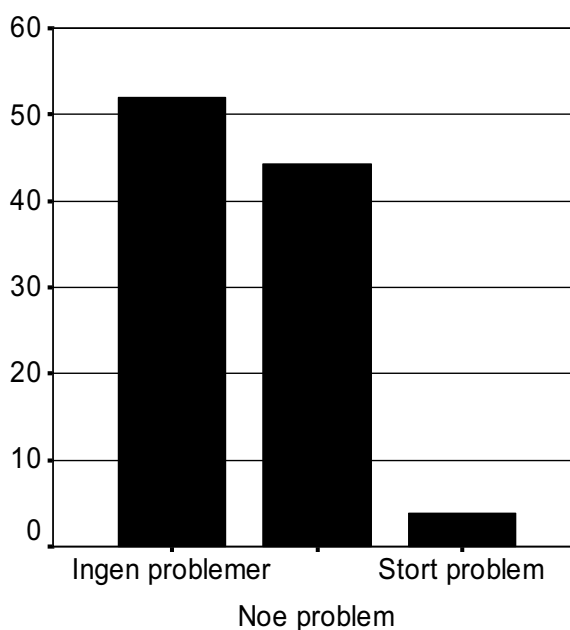
kriminalitet/fengsel kan vi anta at en stor del av utvalget i stor grad har styrket sin sosiale tilhørighet til mer ”normale” og ”vanlige” miljøer. Denne antagelsen styrkes av tall for hva slags venner/omgangskrets den enkelte har hatt mest omgang med siste halvåret før oppfølgingsintervjuet, hvor nesten 80 prosent av kvinnene (N=14) og 66 prosent av mennene (N=42) faller i kategoriene ”har bare venner og bekjente som ikke misbruker rusmidler” eller ”mest sammen med ikke-misbrukere”.

Dette ser vi også på en faktor som om beboerne har fått tilbud om eller mulighet for stoff i løpet av siste halvår før oppfølging, hvor hele 50 prosent (N=56) sier at de enten ikke i det hele tatt eller bare av og til (3 – 4 ganger) har vært i en slik situasjon. Dette er en indikasjon på hvilken grad av avstand som er etablert til rusmiljøer i tiden etter oppholdet på Samtun, da tilbud om eller tilgang på stoff ikke kan ses isolert fra hvilket miljø vedkommende vanker i.

Figur 4.e. Forhold til omgangskrets/ venner ved **inntak**, prosent, N=46



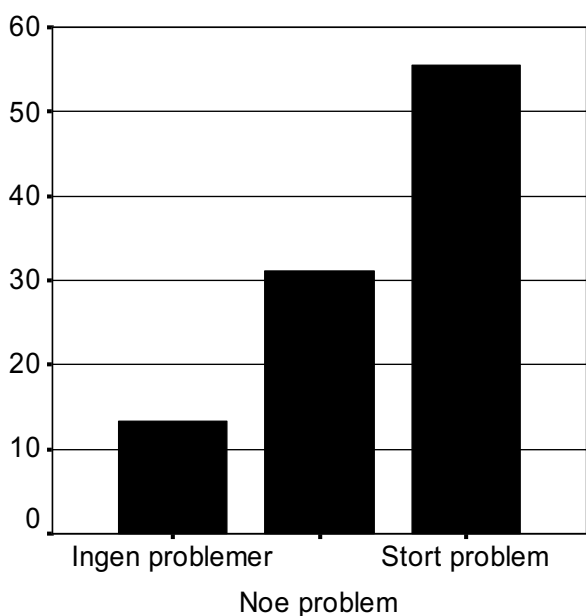
Figur 4.f. Forhold til omgangskrets/ venner ved **oppfølging**, prosent, N=52



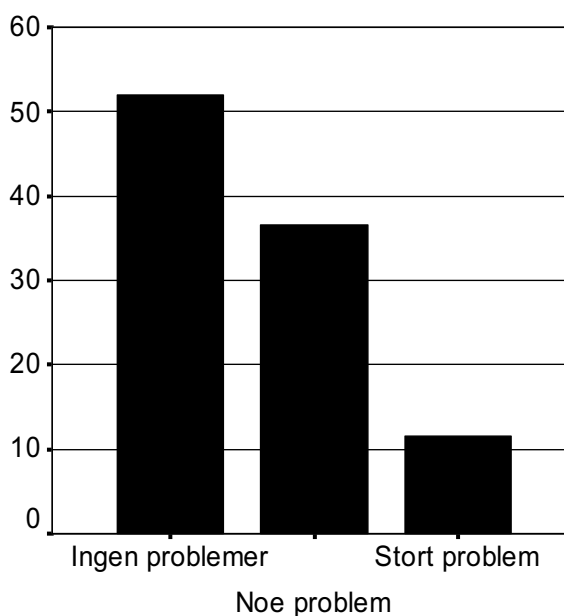
Når det gjelder den enkeltes egen oppfatning av sitt forhold til omgangskrets/venner ved inntak og oppfølging, ser vi av figur 4.e og f at andelen som ikke opplever å ha problemer knyttet til dette har steget fra 22 prosent (N=46) til over 50 prosent ved oppfølging (N=52). Andelen med store problemer er dertil redusert fra 46 prosent til knappe 4 prosent ved oppfølging.

Hvordan man opplever sin bruk av fritid som meningsfull er også en indikator på sosial tilpasning og generell trivsel. Figur 4.g og h viser at andelen som ikke opplever noen form for problemer knyttet til fritid har økt fra 13 prosent ved inntak (N=45) til 52 prosent ved oppfølging (N=52). Andelen som opplever bruk av fritiden som noe problematisk er relativt stabil omkring 30 – 35 prosent på begge tidspunkt, noe som nok illustrerer at det å finne sin plass i samfunnet for mange er en langvarig prosess.

Figur 4.g. Opplevelse av bruk av fritid ved inntak, prosent N=45



Figur 4.h. Opplevelse av bruk av fritid ved oppfølging, prosent N=52



Også med hensyn til kontakt med familie ser vi positiv endring, hvor andelen som hadde store problemer er redusert fra 32 prosent (N=47) ved inntak til 7 prosent ved oppfølging (N=54).

Sosial funksjon

DTES for sosial funksjon viser samme tendens som for sosial tilhørighet. Her scorer 48 prosent (N=56) innenfor normalområdet, 25 prosent innenfor symptom/klientområdet og 27 prosent i sykdom/pasient/institusjonsområdet. Denne skalaen tar for seg sysselsetting, arbeid, kriminalitet, inntekts- og boforhold. Vi gjør oppmerksom i skåringene på DTES for sosial funksjon havner de som er på yrkesmessig atferd i symptomområdet.

Vi har ikke data for kriminalitet ved oppfølging, bortsett fra på inntektsvariabelen, men ut fra DTES-skårene og den positive utvikling vi tidligere har beskrevet når det gjelder sosial tilhørighet, sysselsetting, bo- og inntektsforhold kan vi anta at også grad av kriminell aktivitet har hatt en tilsvarende reduksjon.

Mental helse

Problemer relatert til mental helse er kanskje den type problemer som tidligere rusmisbrukere i størst grad sliter med både under og etter rehabilitering. Rusen har gjerne lagt et ”lokk” over følelseslivet, og mange opplever en oppblomstring av psykiske problemer når de blir rusfrie og begynner å fungere normalt. Enkelte stoffer forårsaker også i større grad psykiske langtidsskader enn andre, for eksempel sentralstimulerende stoffer som amfetamin, ecstasy og LSD.

Når det gjelder DTES globale skala for mental helsetilstand finner vi at 18 prosent av utvalget (N=56) ved oppfølging befinner seg i området hvor man normalt vil regne profesjonell intervensjon i form av behandling som nødvendig. 34 prosent scorer innenfor området som kjennetegnes av moderate eller lette symptomer, og mer generelle mentale og sosiale funksjonsproblemer av mindre alvorlig karakter. 1 av 3 menn og 1 av 4

kvinner har mottatt hjelp for psykiske lidelser i løpet av siste halvåret før oppfølging, spesielt for menn kan dette muligens ses som en positiv indikasjon om at det jobbes seriøst med denne type problematikk.

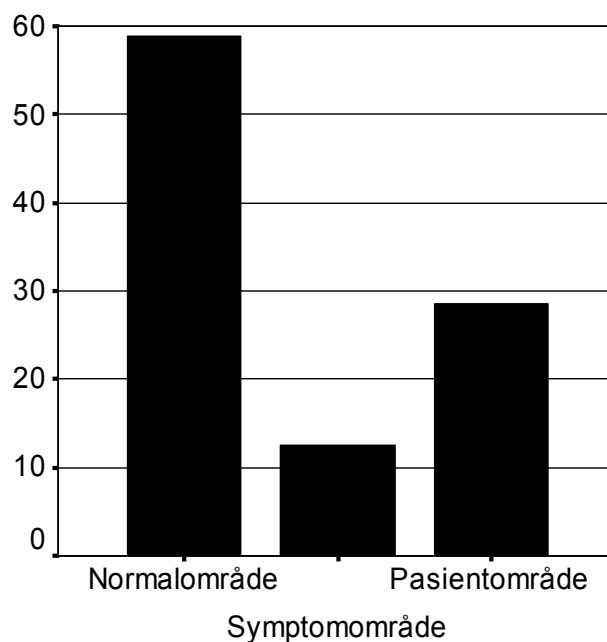
Hele 48 prosent faller inn under det vi kan kalle skalaens normalområde, som kjennetegnes av ingen eller lette symptomer som i liten grad svekker individets fungeringsevne. Sammenlignet med tallene for opplevelse av egen psykiske helse på inntakstidspunktet, ser vi en markant bedring hos beboerne som omfattes av etterundersøkelsen. Mot at 85 prosent av mennene (N=40) og alle kvinnene (N=12) rapporterte å ha en eller annen form for psykiske problemer ved inntak, finner vi altså igjen nesten halvparten de intervjuede ved oppfølging i DTES' normalområde for mental helse.

Rusmiddelmissbruk

Når det gjelder misbruk av rusmidler, som må ses på som en av de mest sentrale resultatvariablene, ser vi en klar endring hos en stor del av utvalget som er intervjuet ved oppfølging sammenlignet med ved inntak. Dette viser seg tydelig på DTES' skåre for misbruk (figur 4.i) hvor hele 57 prosent av utvalget ved oppfølging (N=56) faller inn under normalområdet. I denne sammenheng vil dette si at de skårer på en skala fra totalavhold til et noe høyere enn vanlig forbruk av legale rusmidler, men uten tegn til kontrollsvikt eller problemer. Det kan også forekomme sjelden bruk av lettere illegale stoffer, men ikke i form av injeksjoner.

14 prosent havner midt på treet i symptomområdet, som kjenntegnes av en skala fra begynnende funksjonsproblemer på grunn av forbruk av legale og/eller illegale rusmidler til mer eller mindre kritikkløs rusing og begynnende tegn til kontrollsvikt. 29 prosent har alvorlige misbruksproblemer kjennetegnet av ulike grader av avhengighet, og havner inn under sykdomsområdet hvor kontrollen er borte og man regner profesjonell intervensjon som nødvendig.

Figur 4.i. DTES misbruk ved oppfølging, prosent, N=56



18 prosent av utvalget ved oppfølging (N=56) har nåværende kontakt med annen døgninstitusjon eller kollektiv for rusbehandling, eller de har avsluttet slik kontakt i tiden etter oppholdet på Samtun. De har altså gjennomgått annen behandling i etterkant, de fleste i løpet av siste året. 13 prosent av de som skårer i DTES normalområde med hensyn til misbruk (N=32) har altså vært i annen døgnbehandling etter utskrivning fra Samtun.

Vi ser av tabell 4.6 over rusmiddelbruk at 11 prosent oppgir ikke å bruke noe som helst rusmiddel ved oppfølging. 2 av de 6 som ikke har brukt noen form for rusmidler siste halvår har bodd i institusjon eller fengsel hele perioden. Hele 41 prosent oppgir alkohol som mest brukte rusmiddel.

Tabell 4.6. Mest brukte rusmiddel siste halvår før oppfølging, antall og prosent, N=56

	Antall	Prosent
Ingen	6	11
Alkohol	23	41
Cannabis	8	14
Heroin/andre opiater	11	20
Vanedannende medikamenter	1	2
Sentralstimulerende midler	5	9
Metadon	2	4
Total	56	99

Når det gjelder alkohol er det selvsagt et spørsmål om hvor ofte dette brukes, og om bruken skal defineres som misbruk eller sosialt akseptabelt bruk. Ved nærmere undersøkelse finner vi at ingen oppgir daglig eller nesten daglig bruk av alkohol, et par stykker oppgir omtrent ukentlig bruk, mens de aller fleste oppgir bruk av alkohol sjeldnere enn en gang i uken. Alkoholbruken kan derfor defineres innenfor allment aksepterte former. Imidlertid har enkelte av de med alkohol som mest brukte rusmiddel også bruk av andre illegale rusmidler ved siden av, 30 prosent (N=23) bruker også cannabis ukentlig eller mer sporadisk. 13 prosent av disse har i løpet av siste 4 uker før oppfølging brukt cannabis, og 9 prosent injiserer sporadisk heroin eller sentralstimulerende midler. Blant de sistnevnte brukes også vanedannende medikamenter sporadisk.

Bare 20 prosent oppgir heroin eller andre opiater som mest brukte rusmiddel siste halvår før oppfølging. Dette er en betydelig endring i forhold til inntakstidspunktet og med tanke på at bare 35 prosent av totalutvalget fullførte behandlingen. 37 prosent (N=56) har brukt sprøyte siste halvår før oppfølging, herav 23 prosent daglig eller 2 – 4 dager i

uken. 29 prosent (N = 56) har brukt sprøyte i løpet av siste 4 uker før oppfølging, herav 21 prosent daglig eller 2 – 4 dager i uken.

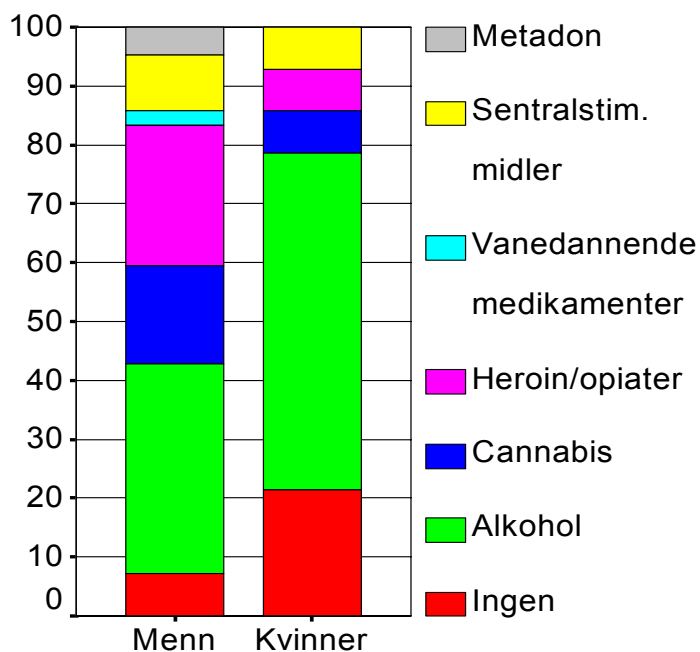
I løpet av siste 6 måneder har 47 prosent (N=49) brukt sitt mest brukte rusmiddel ukentlig eller oftere, herav 35 prosent daglig. For siste 4 uker før oppfølging er tallene 44 prosent (N=50), herav 28 prosent med daglig bruk. 1 person har daglig/nesten daglig bruk av vanedannende medikamenter, og siden vedkommende også har daglig/nesten daglig bruk av heroin er det rimelig å anta at medikamentene brukes som rusmiddel og ikke som legemiddel. Som følge av denne gruppens psykiske helse, som beskrevet tidligere, er det vanskelig å si i hvilken grad vanedannende medikamenter brukes legalt som foreskrevet eller illegalt. Der vedkommende har oppgitt bruken under spørsmål om rusmidler kan det imidlertid ses på som en indikasjon på illegal bruk.

Vi ser av figur 4.j at mens nesten 80 prosent av kvinnene lever rusfritt, enten helt avholdne eller med sosialt akseptabelt forbruk av alkohol, gjelder dette bare litt over 40 prosent av mennene.

2 mannlige beboere har gått over i legemiddel-assistert rehabilitering (LAR) etter oppholdet på Samtun og har brukt

metadon daglig siste halvåret. En av dem oppgir å bruke alkohol en sjelden gang, mens den andre ikke bruker rusmidler ved siden av metadonet.

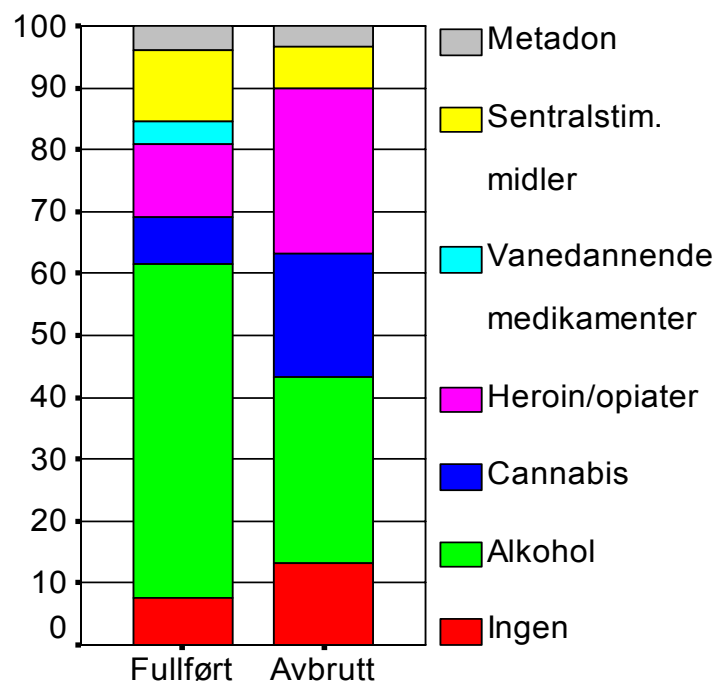
Figur 4.j. Mest brukte rusmiddel ved oppfølging, etter kjønn, prosent, N=56



Begge disse hadde opphold på Samtun over ett år, men bare en fullførte. Erfaring og forskning knyttet til LAR viser klart at sosial, psykologisk og/eller pedagogisk tilleggsbehandling er av stor betydning for pasientenes generelle rehabilitering og rusfrihet (se bla. Ward et. al 1998, Brandsberg-Dahl og Lanesskog 2003). Det er derfor grunn til å anta at oppholdet på Samtun kan ha hatt betydning for disse to beboernes generelle rehabilitering og rusfrihet, selv om de hadde behov for LAR i etterkant.

Vi ser av figur 4.k at litt over 60 prosent av de fullførte (N=26) bruker ingen rusmidler eller har normalt akseptabel bruk av alkohol, mot litt over 40 prosent av de som avbrøt (N=30). Av de som oppgir illegale rusmidler som mest brukte rusmiddel ved oppfølging, oppgir de aller fleste regelmessig daglig eller ukentlig bruk. De fleste har i tillegg regelmessig bruk av andre rusmidler og/eller vanedannende medikamenter.

Figur 4.k. Mest brukte rusmiddel ved oppfølging, etter avslutning, prosent, N=56

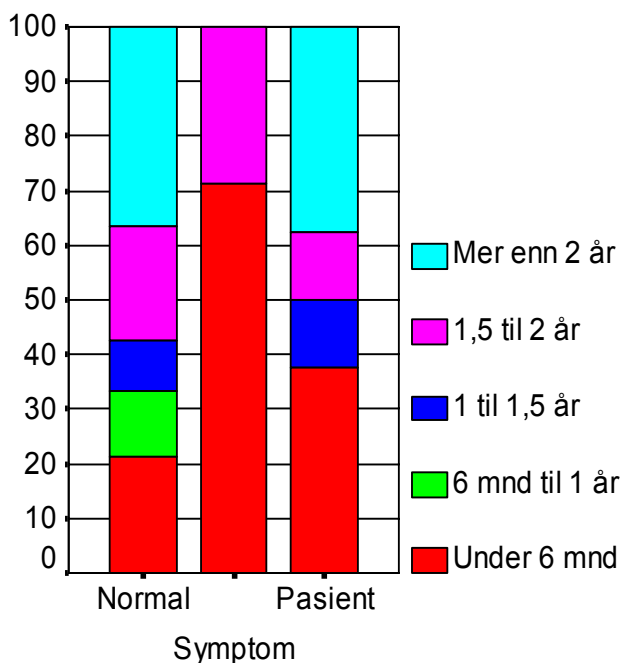


”Straight-light”-misbrukeren som er beskrevet i tidligere undersøkelser (Tjersland 1995), er altså sjelden å se i dette utvalget – noe som også var tilfellet i den seneste Tyriliundersøkelsen (Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003). Samfunnet generelt og misbruksmønsteret har endret seg sterkt på 1990-tallet, og narkotikaliberalistiske trender og holdninger finner fotfeste også her i landet. Våre funn om at de færreste klarer en ”straight-light”-tilværelse etter behandling, underbygger at målet for behandling av rusmisbrukere fremdeles må være rettet inn mot rusfrihet og ingen mellomløsning hvor det ”tillates” og graderes rusmidler etter alvorlighetsgrad, for eksempel heroin versus cannabis.

Langtidsbehandling – verd prisen?

Ser vi på fordelingen på DTES misbruk i forhold til tid i behandling (N=56), ser vi av figur 4.1 at de med kortest behandlingstid i størst grad er å finne i DTES pasient- eller symptomområde. Derimot ser vi at de med behandlingstid mellom et halvt og ett år bare er å finne i normalområdet. Det er svært få (11 prosent) som avbryter i dette tidsrommet, sammenlignet med perioden 0 til 6 måneder (39 prosent).

Figur 4.1 Tid i behandling, etter DTES misbruk ved oppfølging, prosent, N=56



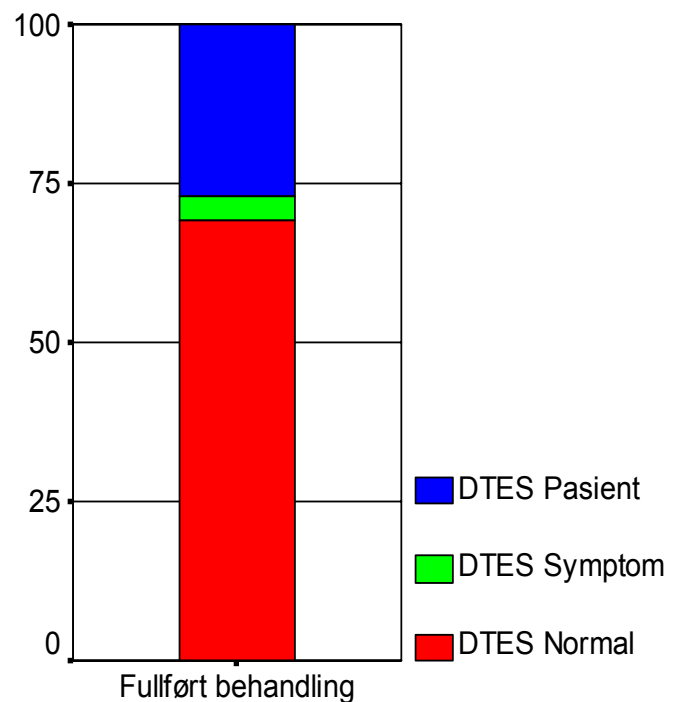
En mulig tolkning av dette kan være at det først er etter et halvt år i behandling at ting begynner ”å skje” på det personlige plan for beboerne, og at mange derfor blir i behandlingen. Kanskje oppleves senere deler av

behandlingsoppholdet som mindre progressive, og flere velger å avslutte oppholdet. Vi må imidlertid anta at jo kortere opphold den enkelte har hatt på Samtun, jo mer sannsynlig er det at andre, utenforstående faktorer har spilt mer eller mindre avgjørende rolle for vedkommendes situasjon ved oppfølging.

Hele 57 prosent av utvalget ved oppfølging befinner seg, som vist tidligere i tabell 4.5, i DTES normalområde. Vi ser at nesten 60 prosent av disse har vært på Samtun i mer enn halvannet år, noe som understreker betydningen av tid i behandling med hensyn til resultat.

Ser vi derimot *bare* på de som fullførte behandlingen (N=26) i forhold til skåre på DTES misbruk (figur 4.m), finner vi at 69 prosent befinner seg i normalområdet ved oppfølging. Fullføring vil her si 2 år i behandling og oppfølging et 3.dje år utenfor Samtun. De som fullfører behandlingen klarer seg altså i stor grad bra ved senere oppfølging.

Figur 4.m. DTES misbruk etter fullføring, prosent, N=26



Som nevnt innledningsvis er det et problem med oppfølgingsutvalget at andel fullførte er høyere enn i totalutvalget, og dermed ikke helt representativt. Erfaringsmessig er de som lever mest ustabil også de vanskeligste å få tak i til oppfølgingsintervjuer (se bla. Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003) og av den grunn blir de gjerne overrepresentert i gruppen som ikke blir gjenstand for kartlegging etter behandling. Det vi

vet om de ikke-gjenfunnede i denne undersøkelsen er at de gjennomsnittlig hadde kortere behandlingstid og 9 av 10 hadde avbrutt oppholdet. Videre har vi beskrevet at de som avbrøt hadde noe tyngre misbruksbelastning, spesielt når det gjaldt andel heroinister. Det er derfor grunn til å anta at en god del av de som ikke er intervjuet ved oppfølging fremdeles levde i misbruk ved tidspunkt for en tenkt oppfølging, både på grunn av avbruddsandelen og den beskrevne gjenfinningsproblematikk. Tendensen i figurene 4.k og 4.l støtter en slik antagelse.

Det resultatene sier oss helt generelt, er at de som fullfører programmet ved Samtun i stor grad klarer seg godt i ettertid, både med hensyn til rusmisbruk, sosial funksjon og tilpasning. Også en stor del av de som ikke fullfører behandlingen klarer seg bra i etterkant. Den høye andelen som ikke fullfører sier oss imidlertid noe om at mange har problemer med å stå i den terapeutiske prosessen over tid. Hvor årsaken til dette ligger kan nok variere fra tilfelle til tilfelle, fra helt personlige årsaker hos den enkelte til mer behandlingsmessige og strukturelle aspekter.

For Samtun kan det derfor være aktuelt å vurdere sitt behandlingsopplegg i lys av denne problematikken, eventuelt hvordan man skal fange opp og ivareta de som sliter. Også Angell berører denne problematikken i sin etterundersøkelse. Det bør med andre ord være en målsetning å få flere til å gjennomføre, uten at det går på bekostning av de aspektene ved programmet i dag som gjør at så mange av de som fullfører opplever en tilsynelatende varig endring i sin livssituasjon.

Oppsummering

* 67 prosent av totalutvalget er intervjuet i etterundersøkelsen, dette er noe høyere gjenfinningsprosent enn hos Angell, hvor bare 53 prosent av totalutvalget var inkludert. Likevel er det ikke mange nok til å unngå at det

blir en viss skjevhet mellom utvalget som er etterundersøkt og totalutvalget. Med dette menes at en større andel av de etterundersøkte har fullført behandlingen i forhold til hva som er tilfelle for totalutvalget. Resultattallene må derfor ses i lys av denne skjevheten.

* Omkring 1 av 3 fullfører (35 prosent) behandlingsopplegget, og avbruddsandelen (65 prosent) dermed høy. Dette er likevel noe bedre tall enn for Angells utvalg, hvor bare 27 prosent (N=89) fullførte som planlagt. Vi presiserer at et avbrudd, spesielt etter lang tid, ikke nødvendigvis innebærer noe negativt i forhold til den enkeltes rehabiliteringsprosess. Det er små kjønns- og aldersforskjeller med hensyn til fullføring, men vi finner en noe tyngre misbruksbelastning hos den gruppen som ikke fullfører.

* Andel uten utdanning utover grunnskolen har fra inntak til oppfølging sunket fra 61 til 42 prosent. Ved oppfølging har 24 prosent yrkesfaglig utdanning og 7 prosent høyere utdanning fra høgskole eller universitet, en endring på henholdsvis 14 og 5,5 prosent i forhold til ved inntak. Dette reflekteres også i tallene over yrkesstatus, bare 35 prosent er helt uten beskjeftigelse ved oppfølging, mot 90 prosent ved inntak. 53 prosent er under utdanning eller i heltidsjobb. Disse tallene er nesten identiske med Angells.

* Over halvparten oppgir arbeidsinntekt (18 prosent) eller yrkesmessig attføring (38 prosent) som viktigste inntekt ved oppfølging, mot bare 8 prosent ved inntak. Andelen som lever på hovedsakelig sosialhjelp er redusert med 26 prosent, fra 35 til 9 prosent. Beboerne rapporterer også i langt mindre grad at økonomien oppleves som problematisk. Angell opererer her bare med 3 kategorier: ”egen inntekt”, ”andre kilder” og ”stoffsalg, annen kriminalitet, prostitusjon”. Det er derfor vanskelig å sammenligne tallene direkte, men andel som lever av egen arbeidsinntekt er tilnærmet lik for begge utvalgene, 17 prosent, og i begge

etterundersøkelsene er det tydelig reduksjon i inntekter fra kriminell virksomhet.

* 1 av 3 har ved oppfølging nåværende eller nylig avsluttet kontakt med fengsel, Kriminalomsorg i Frihet (KiF) eller politi. 8 prosent av disse er kvinner. 26 prosent har sittet i fengsel en eller flere ganger etter utskrivning, blant dem er ingen kvinner.

* Andel uten stabil bosituasjon er redusert fra 32 prosent ved inntak til 6 prosent ved oppfølging. Nesten halvparten av begge kjønn bor med samboer eller ektefelle (med eller uten barn) ved oppfølging, og 2 av 10 kvinner bor alene med barn. Til sammenligning var over 2/3 av utvalget enten uten fast bolig eller bodde hos familie eller venner ved inntak. Om lag 10 prosent bor/er i institusjon eller fengsel både ved inntak og oppfølging.

Angell bruker for bosituasjon færre, sammenslåtte kategorier – men tallene fra hans undersøkelse er svært like de vi presenterer; 68 prosent i egen bolig, alene eller med partner, og 18 prosent uten fast bolig eller i fengsel/institusjon ved oppfølging. Begge undersøkelsene viser altså en tendens til at tidligere Samtunbeboere etablerer seg i mer stabile og vanlige boforhold ved etter oppholdet. Dette understøttes av at ved oppfølging skårer hele 66 prosent innenfor DTES normalområde for sosial tilhørighet, og 48 prosent innenfor normalområdet for sosial funksjon. Tilsvarende tall hos Angell var henholdsvis 67 og 60 prosent.

* Mål for mental helse ved oppfølging viser at bare 18 prosent skårer innenfor DTES sykdoms-/pasientområde, 34 prosent i symptomområdet og hele 48 prosent i DTES normalområde for mental helse (DTES Global). Vi har ikke DTES-data fra inntak, men til en viss grad sammenlignbare data viser at bare 15 prosent oppga ikke å ha problemer knyttet til psykisk helse

på det tidspunktet. Vi ser altså en økning på omkring 30 prosent i andelen som ikke opplever å ha problemer relatert til mental helse. Angell brukte en annen skala for måling av mental helse, Global Assessment Scale (GAS), i sin etterundersøkelse. Denne er nå videreutviklet og ikke lenger i bruk, men også den deler grad av problematikk i 3 nivåer; alvorlige, moderate og lette/ingen symptomer. Men sammenligner vi hans GAS-skårer ved oppfølging med våre DTES-skårer, finner vi at de er ganske like. Angell har 51 prosent i kategorien lette/ingen symptomer, 25 prosent i moderat og 24 prosent i kategorien alvorlige symptomer som tilsvarer DTES sykdoms- og pasientområde.

* 57 prosent skårer ved oppfølging innenfor DTES normalområde for misbruk, det vil si innenfor en ramme fra totalavhold til et høyt, men kontrollert forbruk av rusmidler. I Angells utvalg er andelen 62 prosent. Slår vi sammen utvalgene til begge etterundersøkelsene, vil vi kunne si at omkring 60 prosent *av de som er intervjuet ved oppfølging* lever et liv hvor avhengighet av rusmidler ikke er en sentral del av hverdagen (N=126).

41 prosent oppgir alkohol som mest brukte rusmiddel. Ingen av disse har et forbruk som går utover sosialt aksepterte normer, men 16 prosent har jevnlig eller sporadisk bruk av andre illegale rusmidler i tillegg. Det mest vanlige stoffet i denne forbindelse er cannabis, men også sjelden bruk av heroin og sentralstimulerende midler tatt med sprøyte forekommer i denne gruppen. Likevel er rusbruken i denne gruppen så lav at det for de fleste normalt ikke skulle være til hinder for en normal tilværelse. Ingen beboere rapporterer omfattende bruk av alkohol ved oppfølging, mens andelen i Angells undersøkelse var hele 23 prosent (N=71)

14 prosent har cannabis som mest brukte rusmiddel ved oppfølging, halvparten av dem har en relativ beskjeden bruk, mens resten har hyppig bruk av stoffet og ytterligere bruk av andre rusmidler ved siden av.

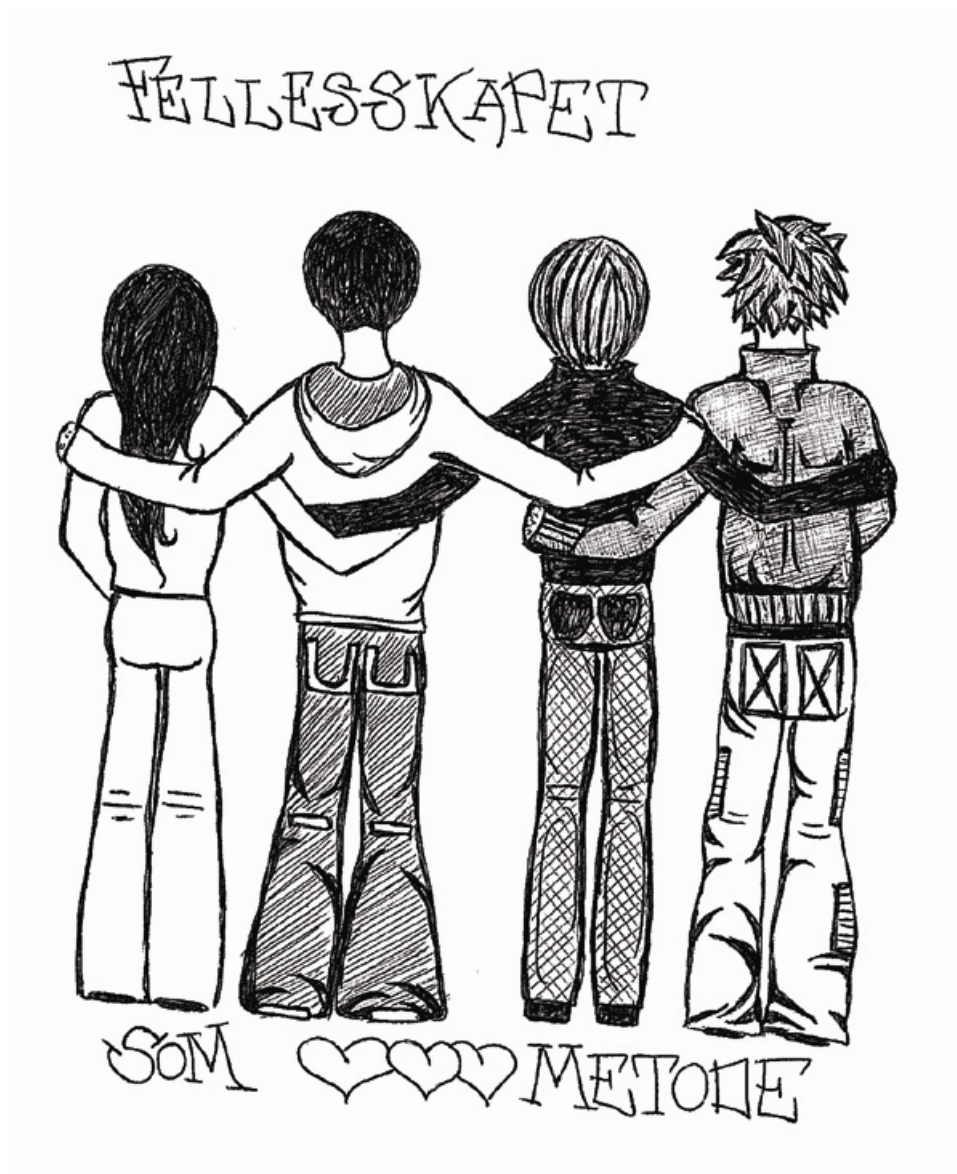
Omkring 30 prosent oppgir heroin (20 prosent) eller sentralstimulerende midler (9 prosent) som mest brukte rusmiddel siste halvår før oppfølging, og 37 prosent har brukt sprøyte, herav 23 prosent daglig eller 2 – 4 dager i uken siste halvår.

Angell bruker litt andre kategorier og inndelinger og ser på hvert rusmiddel for seg, og viser til at 18 prosent hadde hatt omfattende bruk av heroin siste halvår før oppfølging, og 18 prosent hadde hatt moderat bruk. For Sentralstimulerende midler var tallene henholdsvis 14 og 11 prosent. Vi ser at våre tall er ganske like, noe også tidligere sammenligning av DTES-skårene for misbruk viste.

2 beboere har begynt med metadon i tiden etter Samtunoppholdet, men lever ellers rusfritt og stabilt.

* Tid i behandling ser ut til å spille en sentral rolle for utfallet av behandlingen. Ved oppfølging finner vi igjen 69 prosent av de som har vært på Samtun i 2 år eller mer innenfor normalområdet på DTES misbruk.

Kapittel 5. Fellesskap nytter



I dette kapitlet skal vi løfte blikket opp fra Sauherad Samtun og se på andre behandlingstiltak og andre evalueringer. Vi beholder imidlertid fokuset på metoden, på klientgruppa (stort sett) og på resultatene. Her presenteres en litteraturgjennomgang, en sammenstilling av resultater fra ulike tiltak. Studien har imidlertid en del begrensninger som vi kommer tilbake til nedenfor.

Det Nytter

”Det Nytter!” er betegnelsen på en aksjon som det ble tatt initiativ til av Samarbeidsforum for norske kollektiv, Norsk forum for terapeutiske samfunn, samt Kvinnekollektivet Arken, og som hadde sin første markering i 2001. Det var en todagers festival i Lillehammer, etterfulgt av et trykket hefte med en samling av tekster og annet knyttet til arrangementet i Lillehammer (*Det nytter boka* 2001), et Internettsted (www.detnytter.no), samt en liten bok med fotografier (Öhrn 2001). Høsten 2002 arrangerte Forbundet mot Rusgift og Landsforbundet mot Stoffmisbruk en Det Nytter-dialogkonferanse i Oslo. Her delte 22 tidligere rusmisbrukere sine erfaringer fra veien ut av avhengigheten, historier som senere er blitt utgitt i bokform (Endal: *Vi greide det... 21 historier som viser at Det Nytter!*).

Endringer på rusfeltet det siste tiåret har skapt mye fokus på metadon og legemiddelassistert rehabilitering, og det har vært lett å få inntrykk av at den tradisjonelle behandlingen i institusjoner ikke gir resultater. Denne aksjonen kan derfor ses på som en motvekt til denne trenden, hvor pessimistenes ”ingenting nytter” møtes med håndfaste bevis på at det virkelig nytter, også uten hjelp av medikamenter.

Det Nytter-aksjonens målsetting har vært å gi ”de usynlige rett til å bli synlige, tidligere rusmisbrukere retten til å være en ikke-rusmisbruker i

dag, et mer helhetlig og sannferdig bilde av rusproblematikken, samt håp og optimisme til dagens rusmisbrukere, deres nettverk og rusomsorgen” (www.detnytter.no). Med andre ord har målet vært en oppreisning til både misbrukere, tidligere misbrukere og behandlingsapparatet. Som listen over initiativtakere viser (aksjonsleder Inger Granby – tidligere leder ved Selbukollektivet; Norsk Forum for Terapeutiske Samfunn, Samarbeidsforum for Norske Kollektiver, Arken, Buestiftelsen, Færingen Terapeutiske Samfunn, Finnmarkskollektivet, Flonikollektivet, Hiimsmoenkollektivet, Hvasserkollektivet, Kvamsgrindkollektivet, Phoenix House Haga, Renåvangen, Sauherad Samtun, Skjerfheimskollektivet, Solliakollektivet, Styve Gard, Svalstuenkollektivet, Tyrilistiftelsen, Veksthuset Møre og Romsdal, Veksthuset Oslo), er det de såkalte *alternative* behandlingstiltakene som har mobilisert de fleste deltakerne, både av ansatte, klienter og tidligere klienter. En idealistisk og ideologisk tro på at ”det nytter å bryte ut av et rusmisbruk og det nytter å satse på behandling” har vært et slags motto for aksjonen, og dette er også valgt som utgangspunkt for dette kapitlet.

Fellesskap som metode

Felles for rustiltakene som tok initiativet til Det Nytt er langt på vei at de bruker ”fellesskap som metode”. Hva er så det? ”Fellesskapet” referer her til klientgruppa/ beboergruppa/ elevgruppa (og ikke til fellesskapet med de ansatte, selv om dette også er et viktig element ved de aktuelle tiltakene). Metoden er det pedagogiske verktøyet som benyttes for å nå et mål; og målet er endring. Schanche Andresen skriver at metoden blir fellesskapet i tiltak som er basert på oppbygging av relasjonsevne, selvhjelp og sosial læring (Furuholmen og Schanche Andresen 1998). ”Dette betyr at fellesskapet blir den viktigste arena for ny læring, dvs. sammen med andre å ta i bruk grunnverdiene og menneskesynet behandlingsprogrammet er

basert på” (ibid: 249). En slik forståelse av fellesskap som metode forener de terapeutiske samfunnene med de klassiske kollektivene i Norge.

Det første kollektivet i Norge og en av røttene for mange andre senere kollektiver var Solliakollektivet, som startet opp i 1970. Sollia var og er et bo- og arbeidsfellesskap: ”Gjennom et slikt fellesskap blir man godt kjent med hverandre, og grunnlag for bearbeiding av atferd og holdninger besto i felles erfaring, ikke terapi” (Schanche Andresen 1990: 36). I et fellesskap finner man andre og en arena for endring. Fellesskapsarenaene er en del av behandlingsorganisasjoner for rusmisbrukere med fokus på stabilitet og kontinuitet i tid. Samhandling blir element i seg selv, uavhengig av aktivitetene og innholdet i relasjonene (Rokkan 1999). I 1980 kom Tyrilikollektivet³, og viktige elementer i fellesskapet som legger grunnlaget for en endring her, er (fremdeles) blant annet relasjoner, tilhørighet og tid (*Tyrili i lomma* 2003). Mennesket som sosialt vesen er ikke noe som bare skal tørrtrenes på i en samtale mellom psykolog og klient, men noe som skal erfares i praksis med medelever og ansatte (Tjersland, Jansen og Engen 1998).

”Fellesskapet er både konteksten og metoden for endringsprosessen... en metode for å hjelpe individet til å hjelpe seg selv”, skriver George de Leons (2003:103) i sin håndbok om terapeutiske samfunn (TS). Og videre:

En metode referer til aktiviteter, strategier, materialer, prosedyrer og teknikker som blir tatt i bruk for å nå et ønsket mål. I det terapeutiske samfunn er det overordnede målet til fellesskapet å støtte individets absolutte deltakelse i fellesskapet slik at han eller hun kan nå de sosiale og psykologiske målene med livsstils- og identitetsendring. Deltakelse innbefatter at den enkelte engasjerer seg i og lærer å bruke

³ Kollektiv som Tyrili kan sies å ha to hovedrøtter: Solliakollektivet – bort fra byen, gårdsbruk, demokrati, flat struktur; og Hasselakollektivet i Sverige – misbruk, politikk, tvang (Jansen 2003; Tjersland, Jansen og Engen 1998).

alle elementene i fellesskapet som *verktøy* for endring av seg selv (de Leon 2003: 110).

At metoden er fellesskapet betyr likevel ikke at individualterapi er utelukket, tiltakene tilbyr gjerne dette enten internt eller eksternt. Mange går til psykolog utenfor, fordi kompetansen ikke finnes i tiltaket og/eller man ønsker å snakke med noen som ikke er så nær. Mange rustiltak med fellesskap som metode er nok etter hvert blitt mer individorientert, i takt med tiden forøvrig; dette gjelder trolig både kollektivene og de terapeutiske samfunnene (se blant annet Thomassen 2001).

Evalueringer

Siden de første evalueringsstudiene av rusbehandlingstiltak og -programmer kom rundt 1980 (f.eks. Waal, Schanche Andresen og Kaada 1981) har både omfanget, kvaliteten og betydningen av slike evalueringer økt suksessivt. Selv om NOU 2003-04 *Om forskning på rusmiddelfeltet* ser bort fra evalueringer som ikke er randomiserte kontrollerte studier eller ”før-etter” undersøkelser utført i følge bestemte kriterier⁴ så er det gjort og gjøres små og store evalueringsstudier som er solide nok til at vi kan inkludere dem i denne sammenstillingen. Det vil si at selv om de ikke opererer med kontrollgrupper eller andre strenge betingelser som er svært vanskelig å oppfylle når det forskes på mennesker i denne situasjonen, så beskriver disse studiene sine metoder på en måte som gjør det mulig å vurdere kvaliteten på funnene. Begrensningene ved disse studiene ligger blant annet i det lave utvalgsantallet, hvilket en sammenstilling av resultater som vi her skal presentere, langt på vei kan kompensere for.

⁴ Dermed inkluderes bare én evalueringsundersøkelse av behandling for narkotikamisbrukere – Edle Ravndals undersøkelse av Vektshuset i Oslo (1994).

Vi har i denne undersøkelsen inkludert evalueringer fra tiltak vi mener har ”fellesskap som metode”, som i hovedsak er de terapeutiske samfunnene og kollektivene. Dette er rapporter fra Solliakollektivet, Tyrilikollektivet, Kvinnekollektivet Arken, Veksthuset Oslo samt denne og forrige undersøkelse ved Samtun. Alle studiene er utført av forskere som har redegjort for fremgangsmåter og valg, i større eller mindre grad. Studien fra Solli 1 er en oppsummering av ulike delstudier fra den aktuelle undersøkelsesperioden. Undersøkelsesperioden her strekker seg over mange år og det er få data om det totale utvalget, slik at vi har valgt å kun inkludere tall for rusmiddelmisbruk ved oppfølging. Også studien fra Veksthuset i Oslo gir begrenset informasjon om utvalget ved oppfølgingstidspunktet. Vi har inkludert disse rapportene i vårt forsøk på å beskrive situasjonen ut fra et bredest mulig grunnlag. Dersom resultatene ellers er sammenlignbare og evalueringene er metodisk gode nok vil en slik sammenstilling kunne øke både reliabiliteten og den ytre validiteten (Weiss 1998).

De fleste av studiene er retrospektive, altså ser bakover i tid, mens Ravndals studie av Veksthuset i Oslo er prospektivt; hun starter studien i det deltakerne venter på å få komme inn i behandling, følger dem gjennom behandlingsprogrammet med intervjuer og tester, og intervjuer dem igjen cirka fem år etter første møte (Ravndal 1994, 1997).

Flere kollektiver med fellesskap som metode har gjort grundige evalueringer, men dette er steder med nesten utelukkende inntak av ungdommer under 18 år (f.eks. Hiimsmoen, Fossum, Skjerfheim og Selbu). Selv om mange av disse ungdommene har omfattende rusproblematikk, mener vi at gruppen under ett vil være såpass forskjellig fra en voksen rusmisbrukergruppe at det gir mindre mening å sammenstille disse resultatene. Tiltak som tar inn *både* ungdom og voksne er imidlertid inkludert i denne studien (Tyrili), med de særpreg det gir.

Vi har inkludert evalueringer som er kommet ut i 1990 eller senere for å kunne tegne et noenlunde oppdatert bilde av situasjonen, selv om noen av evalueringenes undersøkelsesperioder kan strekke seg lenger tilbake. Noen av tiltakene vil ha forandret seg fra undersøkelsesperioden og til i dag, for eksempel når det gjelder antall plasser, type tilbud, innhold i programmet eller organisasjonsmessige sider. Dette er ikke tatt hensyn til her; vi har vært opptatt av evalueringsrapportene slik de foreligger.

Evalueringene omfatter hver for seg ganske små utvalg, slik det gjerne er på feltet rusforskning, både på grunn av lavt antall rusklienter i behandling i Norge og kort tradisjon for evalueringsforskning. Sammenstilt blir bildet forhåpentligvis større og skarpere, med visse forbehold (diskuteres nedenfor). En slik sammenstilling av data vil ved bruk av spesifikke statistiske metoder kunne kalles en metaevaluering (Weiss 1998). Vi har ikke hatt mulighet til å gjennomføre dette i streng forstand her, men med de begrensningene som foreligger så vil en slik sammenstilling – som en metaevaluering – kunne styrke (Weiss 1998):

- statistisk validitet (effektstørrelsen);
- den indre validiteten (slutninger om hva som fører til hva);
- den ytre validiteten (muligheten for å generalisere funnene til andre populasjoner, tidspunkter eller situasjoner); og
- reliabiliteten (fravær av tilfeldige målefeil).

På den annen side heftes som nevnt en slik studie av begrensningene i de inkluderte enkeltstudiene, eventuelle mangler i datagrunnlaget og påfølgende beskrivelser. Et viktig punkt er hvorvidt utvalgene i etterundersøkelsene er representative for det totale antallet klienter som var i behandling i undersøkelsesperioden. Dersom resultatene for utvalget som er intervjuet i etterkant av behandling ser ut til å være systematisk forskjellige fra resultatene man hadde fått om alle var inkludert, vil også

sammenstillingen reflektere dette. Når antallet gjenfunne (N) er lavt vil det derfor være større grunn til å lese resultatene med noe skepsis.

Andre begrensninger ved en slik sammenstilling av resultater vil være ulike tiltak (mål, metode), ulike klientgrupper, ulike evalueringsmetoder, og ulike typer resultater som fremkommer. Blant for å bøte på dette vil vi et stykke på vei beskrive typen evaluering (inkludert blant annet gjenfinningsprosent), kjennetegn ved klientene som rekrutteres til tiltaket og tid i behandling. Deretter ser vi nærmere på endring i livssituasjon etter behandling, særlig med hensyn til rusmisbruk, men også andre parametere som sysselsetting/inntekt, bolig og sosialt nettverk, der disse er tilgjengelige. Psykisk helse er – noe overraskende – i liten grad undersøkt i de aktuelle evalueringene. Heller ikke kriminalitet er særlig utforsket, kun indirekte i sammenheng med sysselsetting og inntektsforhold.

Tiltak

Det er til sammen gjort åtte evalueringer ved de fem tiltakene vi har inkludert (der det er flere evalueringer av samme tiltak, er disse nummerert etter når de kom). Blant de fem tiltakene finner vi to terapeutiske samfunn (Samtun og Veksthuset Oslo), to ”tradisjonelle” kollektiver (Sollia og Tyrili) og et kvinnekollektiv etter 12-trinnsmodellen (Arken). Fordelingen av de åtte evalueringene består av tre utført på TS’ene, fire på kollektivene og én på kvinnekollektivet.

For å unngå repeterende referanser til kildene bak disse evalueringene presenteres disse her i alfabetisk rekkefølge⁵ (se fullstendige opplysninger i litteraturlisten bak i rapporten): Arken (Christensen 1996), Samtun 1 (Angell 1998), Samtun 2 (*denne rapporten*), Sollia 1 (Schanche Andresen 1990), Sollia 2 (Fauske, *i arbeid*), Tyrili 1 (Tjersland 1995), Tyrili 2

⁵ I tillegg har vi hatt tilgang til datamaterialet fra evalueringene Samtun 1 og Tyrili 2.

(Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003) og Veksthuset Oslo (Ravndal 1994, 1997 og 1998).

Alle tiltakene tar i mot voksne rusmisbrukere fra 18 år og eldre, etter Lov om sosiale tjenester. Samtun, Tyrili og Veksthuset Oslo tar i tillegg inn straffedømte etter fengselsloven. Bare Tyrili har inntak av ungdom etter Lov om barnevern; i den første Tyriliundersøkelsen (Tyrili 1) utgjorde barnevernsinntakene 64 prosent, mens i den andre (Tyrili 2) var det litt under 40 prosent. Det er også bare Tyrili som har tvangsplasseringer etter Lov om sosiale tjenester, men i Tyrili 2 gjaldt dette bare seks prosent av utvalget.

Utvalg

Undersøkellesperiodene som evalueringene omhandler og størrelsen på utvalget som analyseres, varierer ganske betraktelig mellom de ulike studiene, slik vi ser av tabell 5.1. Undersøkellesperiodene refererer til den perioden da klientene i studiene var i behandling, hvorav de ulike oppfølgingspunktene kan være mye senere. Oppfølgingsstidspunktene – eller etterundersøkelsestidspunktene – varierer også. Der det finnes flere måletidspunkter har vi i denne litteraturgjennomgangen inkludert ett eller to som ligger i etterkant av utskriving, vanligvis ca to og fem år etter. Der tidsrommet mellom utskriving og oppfølgingsintervju er ulikt fra klient til klient er det et omtrentlig gjennomsnitt som er gjengitt her under *Oppfølgingsstidspunkt*.

Oversikten viser også hvor stor del av det totale utvalget (som i prinsippet kunne vært inkludert i studien) som ble intervjuet ved inntak og/eller gjenfunnet ved oppfølging. Gjenfinningsprosenten vil ofte være forskjellig på ulike oppfølgingsstidspunkt, vi refererer andelen som er knyttet til det oppfølgingsstidspunktet vi har valgt. Det vil med andre ord være slik at selv

om for eksempel Tyrili 2-undersøkelsen i alt inkluderer 110 tidligere elever så er det bare 81 av disse som har nådd tidspunktet for oppfølging to år etter. Utvalget her blir 81, mens 70 ble gjenfunnet og intervjuet. Når vi ser bort fra Tyrili 1 og 2 er alle de andre evalueringene gjort på ett tidspunkt og på hele utvalget – som dermed i prinsippet er like stort som inntaksutvalget. Ved studien av for eksempel Arken ble det ikke satt et tidspunkt for oppfølging, men alle de 46 innskrevne i undersøkelsesperioden ble forsøkt intervjuet, mens 40 ble funnet.

Frafallet i de ulike undersøkelsene viser til de som ikke ble funnet, ikke prioritert pga kort oppholdstid, ikke villig til intervju og – i noen evalueringer – døde. Enkelte evalueringer inkluderer de døde i gruppen ”ikke gjenfunnet”, mens andre tar disse med i beregningene videre av utvalget, ut i fra de opplysningene som finnes om personene på det aktuelle oppfølgingspunktet. Der prosentandelen i tabellene ikke kommer opp i 100, betyr det som regel at en andel døde kommer i tillegg. Disse vil i utgangspunktet være inkludert i ”antall svar”.

Den oppgitte gjenfinningsprosenten i tabell 5.1. tilsvarer ikke alltid andelen svar på det enkelte spørsmål. Av forskjellige grunner, som for eksempel bruk av ulike spørreskjemaer, vil antallet (N) kunne variere ganske betraktelig. Antall og prosent er derfor gjengitt også i tabellene senere i kapittelet slik at leseren kan ta dette med i vurderingen. Prosentene viser resultatene for de intervjuede, ikke totalutvalget, og som tidligere diskutert vil ikke disse alltid samsvare.

Data som etterspørres ved de ulike undersøkelsestidspunktene gjelder i hovedsak siste seks måneder før intervjutidspunkt. Unntak er undersøkelsene fra Sollia 1 og Sollia 2, samt deler av Samtun 1 og Tyrili 1 (sysselsettingssituasjonen ved inntak og oppfølging) og Tyrili 2 (bosituasjon/sosialt nettverk/sysselsetting ved inntak) der det ikke er

oppgitt noe tidsvindu for spørsmålene. Her vil svarene reflektere situasjonen slik den er på intervjutidspunktet, hvilket i mange tilfeller vil stemme overrens med situasjonen de siste seks månedene – i hvert fall på oppfølgingstidspunktet. Situasjonen rett før inntak vil for mange være mer prekær sammenlignet med det foregående halvåret sett under ett.

Tabell 5.1. Antall som inngår i de aktuelle undersøkelsesperiodene og hvor mange av disse som er inkludert i selve undersøkelsen

	Undersøkelses -periode	Måle- tidspunkter	Total- utvalget	Antall intervj.	Prosent
Arken	1992-1993	Inntak	46	40	87 %
		2 år etter	46	40	87 %
Samtun 1	1987-1995	Inntak	133	89	67 %
		5 år etter	133	71	53 %
Samtun 2	1995-2000	Inntak	84	76	90 %
		3 år etter	84	56	67 %
Sollia 1	1970-1988	Inntak	113	93	82 %
		Oppfølging*	113	93	82 %
Sollia 2	1997-2002	Inntak	52	52	100 %
		3 år etter	52	39	75 %
Tyrili 1	1980-1993	Inntak	119	113	94 %
		2 år etter	97	89**	92 %
		5 år etter	56	51**	91 %
Tyrili 2	1991-2001	Inntak	110	98	89 %
		2 år etter	81	70	86 %
		5 år etter	52	43	83 %
Veksthuset Oslo	1986-1988***	Inntak	144***	144	100 %
		5 år etter	144	106	74 %

* Evalueringen Sollia 1 (Schanche Andresen 1990) inneholder ikke opplysninger om måletidspunktet for oppfølgingsundersøkelsen.

** I tillegg tilkommer 8 og 5 personer ved oppfølging henholdsvis 2 og 5 år etter, hvorav 7 og 4 var døde, som det finnes gode opplysninger om på en del variabler.

*** I denne studien av Veksthuset Oslo ble intervjuene foretatt i ventetiden før oppstart. 200 ventet, 144 begynte i behandling og 106 av disse ble intervjuet i 1993 (139 av de 200).

Undersøkellesperioden strekker seg i gjennomsnitt fra siste halvdel av 1980-tallet til 2002. Gjenfinningsprosenten i de ulike evalueringene er relativt høy (fra 53 til 94, med et snitt på 79 prosent), selv om visse forbehold må tas med hensyn til at noen av evalueringene med høy gjenfinningsprosent gir få opplysninger om utvalget på det enkelte spørsmål. Til sammen omfatter de ni evalueringene over 700 klienter i behandling og gir derfor et godt grunnlag for å vurdere resultatene.

Klientgruppen som inngår i de ulike evalueringene har mange fellestrekk, men også noen forskjeller. Det følgende bygger på inntaksdata fra de ulike evalueringstudiene, som – med utgangspunkt i beskrivelsen over – representerer en noe større gruppe enn den det finnes oppfølgingsdata for. Kjønn- og aldersfordelingen er presentert i tabell 5.2.

Tabell 5.2. Kjønn- og aldersfordeling basert på inntaksdata i de ulike evalueringene

	Antall (N)*	Prosent menn	Prosent kvinner	Gjennomsnittsalder	Vesentlige aldersgrupper
Arken	40	0 %	100 %	29 år	–
Samtun 1	89	67 %	33 %	26 år	47 % er 23-27
Samtun 2	84	76 %	24 %	28 år	49 % er 23-27
Sollia 1	113	53 %	47 %	–	–
Sollia 2	52	73 %	27 %	30 år	32 % er 31-35 år
Tyrili 1	113	46 %	54 %	–	71 % er 16-19
Tyrili 2	110	54 %	46 %	23 år	36 % er 16-19 36 % er > 24
Veksthuset Oslo	200**	69 %	31 %	27 år	33 % er 30-46

* Antallet (N) her er det antallet personer som det i evalueringen gis opplysninger om når det gjelder kjønn og alder. For noen omfatter dette alle klienter i perioden, for andre bare de etterintervjuede.

** Her er N=200 fordi dette er det opprinnelige utvalget i undersøkelsen og de 144 som begynte i behandling er ikke skilt ut i fordelingen av kjønn og alder.

Gjennomsnittsalderen for alle klientene i alle tiltakene er 27 år, men det er ganske store forskjeller mellom tiltakene. Sollia 2, Veksthusene og Arken ser ut til å ha de eldste klientene, mens Tyrili 1 og 2 har de yngste. Samtun 2 og Sollia 2 har rundt tre fjerdedeler menn, men sett under ett representerer evalueringene en noe høyere andel kvinner enn det man antar på nasjonalt plan er i rusbehandling – en tredjedel kvinner (NOU 1999-13).

Tid i behandling

Når vi sammenligner tid i behandling tar vi utgangspunkt i perioden fra formell innskriving til formell utskriving definert i det enkelte tiltak.

For at ikke analysen skal bli altfor omfattende velger vi å bruke *gjennomsnittelig* behandlingstid i det enkelte tiltak, selv om dette ikke alltid reflekterer den tiden *de fleste* er i behandling. Derfor har vi også sett på prosentandel som er henholdsvis et halvt år, ett år og to år. For noen av tiltakene endres også behandlingstiden systematisk i løpet av en lang undersøkelsesperiode. Tid i behandling må ses i forhold til den oppholdstiden tiltaket faktisk tilbyr, men alle de inkluderte tiltakene er langtidstiltak, det vil si at plassen gis for i hvert fall rundt ett år, med Arken som det tiltaket med kortest ”programfestet” tid.

I flere evalueringer regnes tid i behandling og fullføringsprosent av det utvalget man har gjenfunnet på oppfølgingstidspunktet, hvilket som regel

gir en høyere andel fullførte enn om man bruker totalutvalget som prosentueringsbasis. Som diskutert i metodekapittelet mener vi det sistnevnte er mest redelig, men det fører her til et noe ulikt sammenligningsgrunnlag som leseren må ha i mente. Antall (N) i tabell 5.3. bør dermed ses i forhold til utvalget i tabell 5.1.

Tabell 5.3. Tid i behandling, gjennomsnittelig og prosentmessig, samt fullføring*

	Antall (N)**	Gj.snittlig tid i behandling	Vært over et halvt år	Vært over ett år	Vært over to år	Fullført / avsluttet gjensidig
Arken	40	6-9 mnd	55 %	–	–	45 %
Samtun 1	89	12 mnd	57 %	36 %	13 %	27 %
Samtun 2	84	1 år 1 mnd	60 %	50 %	24 %	35 %
Sollia 1	58	–	55 %	22 %	–	–
Sollia 2	52	1 år 2 mnd	56 %	38 %	29 %	–
Tyrili 1	113	2 år 6 mnd	–	84 %	70 %	54 %
Tyrili 2	98	1 år 11 mnd	85 %	71 %	40 %	61 %
Veksthuset Oslo	144	–	–	30 %	–	20 %

* Prosentandel som har fullført et forhåndsbestemt program eller avsluttet etter gjensidig avtale mellom klient og tiltak.

** Antallet (N) er også her det antallet personer som evalueringen gir relevante opplysninger om.

I gjennomsnitt har den evaluerte (etterundersøkte) klientgruppen vært i behandling i 1 år og 4 måneder og nesten halvparten (47 prosent) har vært i tiltaket i ett år eller mer. 40 prosent har fullført programmet eller avsluttet i tråd med tiltakets anbefaling. For den totale gruppen, dvs inkludert de som ikke ble gjenfunnet ved oppfølging, er trolig tallene noe lavere.

Vi ser også at for den yngste gruppen – særlig i Tyrili 1 men også i Tyrili 2 – er behandlingstiden betydelig lengre enn for de eldre.

Rusmisbruk ved inntak og oppfølging

Et av de mest sentrale målene når man evaluerer rusmiddelbehandling er rusmisbruk. Reduksjon i rusmisbruk vil for de fleste bety bedring i både symptomer, opplevde problemer og faktisk livssituasjon. Alle evalueringene legger vekt på dette endringsmålet, og de fleste har en eller flere variabler som går igjen fra inntak til oppfølging og som uttrykker eventuelle endringer i tall og prosent. Prosentandelen rusfrie⁶ personer på etterundersøkelsestidspunktet må ses i sammenheng med den gjenfunne andelen av det totale utvalget: jo lavere gjenfinningsprosent, jo mer usikre resultater.

De ulike evalueringene har forskjellige måter å klassifisere rusfrihet og grader av rusmisbruk på. For å kunne se disse resultatene i sammenheng har vi konstruert tre kategorier som skal fange opp og mer eller mindre korrespondere med den tredelingen som gjøres i de fleste evalueringene (se fotnotene til tabell 5.4.). De enkelte evalueringene bruker i hovedsak en skala tilsvarende ”rusfri”, ”moderat misbruk” og ”omfattende misbruk”, men med flere underkategorier. For Samtun 1 og 2 brukes skalaen DTES med kategoriene ”normal”, ”symptom” og ”sykdom”. Normalkategorien i DTES inkluderer et kontrollert men høyt forbruk av alkohol eller andre rusmidler, for eksempel stundom bruk av hasj eller amfetamin (ikke injisering).

Kategoriene er dermed ikke umiddelbart sammenlignbare seg i mellom, men de viser langt på vei endringene innenfor det enkelte tiltak. Vi har i tabellen sett bort fra de som er døde ved oppfølging. I mange tilfeller vil dette dreie seg om rusrelatert død og dermed indikere en misbrukssituasjon (se f.eks. Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003), slik at prosentandelen i ”omfattende misbruk” antakeligvis ville blitt høyere i alle evalueringene

⁶ ”Rusfri” i denne sammenheng inkluderer det som i vårt samfunn er vanlig bruk av alkohol.

dersom disse var inkludert. Dette gjelder også, som tidligere nevnt, de som ikke er gjenfunnet.

Tabell 5.4. Rusmisbruk ved oppfølgingstidspunkt. Prosent

	Måle-Tidspunkt	Antall svar (prosent av totalutvalg)	Rusfri	Moderat misbruk	Omfattende misbruk
Arken*	2 år etter	40 (87 %)	43 %	8 %	50 %
Samtun 1**	5 år etter	70 (53 %)	62 %	17 %	21 %
Samtun 2**	3 år etter	56 (67 %)	59 %	13 %	29 %
Sollia 1***	Oppfølg.	93 (82 %)	52 %	18 %	30 %
Sollia 2****	3 år etter	39 (75 %)	62 %	33 %	5 %
Tyrili 1*	2 år etter	90 (93 %)	38 %	20 %	43 %
	5 år etter	52 (93 %)	38 %	25 %	37 %
Tyrili 2*	2 år etter	57 (70 %)	46 %	7 %	47 %
	5 år etter	37 (71 %)	57 %	11 %	32 %
Veksthuset Oslo*****	5 år etter	139 (70 %)*	20 %	25 %	56 %

* Arken, Tyrili 1 og Tyrili 2 bruker ulike tilpasninger av en deskriptiv belastningsskala hentet fra Tjersland 1995, der det opprinnelig var seks kategorier: ”omfattende misbruk”, ”regelmessig misbruk”, ”lettere/sprekkpreget misbruk”, ”rusfri/moderat bruk”, ”metadon” og ”døde”. De seks kategoriene ble i Tyrili 2 (Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003) redusert til fire: ”omfattende misbruk”, ”regelmessig og periodepreget misbruk”, ”lettere/sprekkpreget misbruk” og ”rusfri/moderat bruk”, der metadonbrukerne er – i tråd med tiden – klassifisert i forhold til sitt øvrige bruk, dvs som for eksempel rusfri eller i omfattende misbruk. Det samme gjelder de døde. Også Christensen (1996) i sin studie av Arken bygger på Tjersland, men hun slår sammen kategoriene ”regelmessig misbruk” og ”lettere/sprekkpreget misbruk” (fordi de begge er små), slik at tre kategorier gjenstår: ”rusfri”, ”moderat misbruk” og ”omfattende misbruk”.

** I Samtun 1 og Samtun 2 anvendes DTES der rusmiddelbruken skåres i tre hovedkategorier: ”normal”, ”symptom” og ”sykdom”; se også hovedteksten.

*** For Sollia 1 er kategoriene ”tilfredsstillende”, ”uavklart” og ”ikke tilfredsstillende”. I den første kategorien ligger at rusmiddelbruk ikke lenger

dominerer tilværelsen, i den andre at man fremdeles har ”ett bein i misbruk” men med gode perioder (eller fortsatt i behandling), og i den tredje at man er tilbake i fullt misbruk (inkluderer de døde).

**** I Sollia 2 brukes kategoriene rusfri (avholdende eller sjelden bruk av alkohol)/LAR (1); LAR og lettere misbruk, lettere misbruk/sprekkpreget misbruk i kortere perioder, regelmessig/periodemessig misbruk (2); og omfattende misbruk (3).

***** Undersøkelsen fra Veksthuset Oslo har kategoriene ”ikke noe rusbruk/meget lett bruk av rusmidler”, ”moderat bruk av rusmidler” og ”betydelig rusbruk/død”. 139 av de 200 som ventet på å komme inn på Veksthuset ble intervjuet i oppfølgingsundersøkelsen, kun 106 av disse hadde startet opp i behandling, men disse er ikke skilt ut i evalueringen.

Med utgangspunkt i inntakstallene fra en del av evalueringene (Arken, Samtun 1 og Tyrili 1 og 2) kan vi gå ut fra at over 90 prosent befinner seg i kategorien ”omfattede misbruk/ sykdom” før behandling.

De fleste inkluderte evalueringene diskuterer også *type* misbruk, men med ulike parametere. Studien fra Veksthuset i Oslo viser en bedre behandlingsprognose for personer med hyppig bruk av amfetamin. Her brukte 56 prosent heroin/opiater daglig eller nesten daglig siste 6 måneder før inntak. I resten av vårt sammensatte utvalg ser vi også en stor andel opiatmisbrukere. I Samtun 2 er andelen med heroin/opiatdominert misbruk 67 prosent (N=72), og 72 prosent brukte sprøyte ved bruk av sitt mest brukte rusmiddel (N=65). I Samtun 1 har 60 prosent (N=50) hatt en omfattende bruk av opiater før inntak og 63 prosent (N=45) en tilsvarende bruk av sprøyter. ”Omfattende bruk” er her definert som minst en gang ukentlig i gjennomsnitt siste halvår. 38 prosent har brukt opiater daglig/nesten daglig, mens tilsvarende sprøytebruk gjaldt 47 prosent.

I Tyrili 2 er heroin/opiater mest brukte rusmiddel for 42 prosent av elevene (N=96) i de siste 6 månedene før inntak, mens 24 prosent brukte sprøyte daglig eller nesten daglig siste fire uker før inntak. I Tyrili 1 er andelen unge høy, men tre fjerdedeler (N=113) har etablert seg stabilt i misbruket.

74 prosent har ruset seg med sprøyter daglig eller nesten daglig, 28 prosent i mer enn to år.

Når vi ser på situasjonen ved oppfølging viser alle evalueringene under ett at gjennomsnittlig halvparten (48 prosent) befinner seg i kategorien ”rusfri/ moderat bruk/ normalområdet” 2 til 5 år etter utskrivning. Situasjonsbeskrivelsen gjelder siste 6 måneder før intervju tidspunkt, med unntak av Sollia 1 og 2 der beskrivelsen gjelder her-og-nå.

Sysselsetting ved inntak og oppfølging

Hvilke endringer har skjedd i intervju personenes arbeids- eller inntektsituasjon? De fleste evalueringene etterspør enten sysselsetting eller inntekt i tiden før oppfølgingstidspunktet. Tidsvinduet er seks måneder for Arken og Samtun 2, og siste fire uker eller her-og-nå for Samtun 1, Sollia 2, Tyrili 1 og Tyrili 2 (ved inntak). Vi har i tabell 5.5. i hovedsak gjort bruk av evalueringenes data om sysselsettingssituasjon, men der disse ikke finnes har vi supplert med opplysninger om inntektssituasjon (ved oppfølging i Sollia 2 og Tyrili 2). Kategoriene er ikke utømmende og ikke helt sammenlignbare, men tabellen gir likevel en enkel oversikt over tendens til endring i sysselsettingsstatus fra inntak til oppfølging.

Tabell 5.5. Sysselsetting ved inntaks- og oppfølgingstidspunkt. Prosent.

	Måle- tidspunkt	Antall svar (prosent av totalutvalg)	Uten beskjeftigelse	Arbeid / studier / org. sysselsetting
Arken	Inntak	40 (87 %)	76 %	11 %
	2 år etter	40 (87 %)	38 %	54 %
Samtun 1	Inntak	57 (43 %)	59 %	4 %
	5 år etter	69 (52 %)	33 %	52 %
Samtun 2	Inntak	67 (80 %)	94 %	6 %
	3 år etter	55 (65 %)	35 %	65 %
Sollia 2	Inntak	48 (92 %)	98 %	2 %
	3 år etter	32 (62 %)	28 %	72 %
Tyrili 1	Inntak	113 (100 %)	89 %	0 %
	2 år etter	97 (100 %)	35 %	51 %
	5 år etter	56 (100 %)	32 %	57 %
Tyrili 2	Inntak	97 (88 %)	85 %	15 %
	2 år etter	55 (68 %)	29 %	68 %
	5 år etter	35 (67 %)	34 %	63 %

Ved inntak til behandling er i gjennomsnitt 84 prosent uten beskjeftigelse, for eksempel i institusjon, i fengsel, arbeidsløs, ”på kjøret” eller en kombinasjon. Kun 6 prosent befant seg i en arbeids- eller utdannings-situasjon (mens den resterende prosenten vil være i en eller annen mellomkategori). Ved oppfølging er andelen uten beskjeftigelse sunket med over 60 prosent (til 33 prosent), mens andelen som er i en eller annen form arbeid eller utdanning er tidoblet (til 60 prosent). Denne siste økningen må ses i lys av at majoriteten av det samlede utvalget er spurt om situasjonen rett før inntak til behandling hvilket ofte vil være svært kritisk sammenlignet med den vanligste situasjonen siste 6 måneder. Uansett er det en betydelig forbedring.

Bosituasjon ved inntak og oppfølging

Bosituasjon kan forteller noe om en persons livssituasjon, om stabilitet og om integrering i samfunnet. Beskrivelse av boforholdene ved inntak og oppfølging gjelder siste seks måneder før intervju tidspunktet, alternativt rett før intervju tidspunktet (Sollia 2 ved inntak/oppfølging; Tyrili 2 ved inntak)

Tabell 5.6. Bosituasjon ved inntak og oppfølging. Prosent

	Måle- tidspunkt	Antall svar (prosent av totalutvalg)	Uten Fast Bolig	Institusjon / ettervern / fengsel	Hos familie /venner	Alene/med partner (barn)
Arken	Inntak	40 (87 %)	33 %	5 %	13 %	50 %
	2 år etter	40 (87 %)	8 %	28 %	4 %	60 %
Samtun 1	Inntak	50 (38 %)		36 %	28 %	36 %
	5 år etter	71 (53 %)		18 %	14 %	68 %
Samtun 2	Inntak	25 (30 %)	28 %	16 %	24 %	32 %
	3 år etter	55 (65 %)	6 %	11 %	9 %	75 %
Sollia 2	Inntak	46 (88 %)	20 %	17 %	31 %	33 %
	3 år etter	41 (79 %)	2 %	5 %	7 %	68 %
Tyrili 1	Inntak	113 (100 %)	41 %	20 %	21 %	19 %
	2 år etter	97 (100 %)	16 %	6 %	8 %	62 %
	5 år etter	56 (100 %)	7 %	11 %	11 %	64 %
Tyrili 2	Inntak	90 (82 %)	15 %	36 %	38 %	12 %
	2 år etter	56 (69 %)	9 %	18 %	11 %	63 %
	5 år etter	35 (67 %)	11 %	17 %	9 %	63 %

Vi ser at nesten halvparten var uten fast bolig eller i institusjon, fengsel eller ettervern siste halvåret før oppstart i behandling (45 prosent) – i gjennomsnitt. Siste halvåret før oppfølging 2 til 5 år etter er denne andelen halvert (22 prosent).

Hvis vi ser bort fra Samtun 1 som har én kategori for UFB og institusjon/fengsel, så er andelen helt uten fast bolig 27 prosent og andelen

i institusjon/fengsel/ettervernshjem 19 prosent ved inntak til behandling. Ved oppfølging er disse redusert til henholdsvis 8 og 14 prosent. Det er minst nedgang i den siste kategorien, trolig fordi denne inkluderer de som er i annen behandling eller har et særskilt boligtilbud i etterkant av behandling.

Nedgangen i andelen som bor hos familie/venner er i gjennomsnitt på 67 prosent (fra 26 til 9 prosent), mens andelen som bor alene eller sammen partner og/eller barn (i egen bolig) har økt til over det dobbelte (fra 30 til 65 prosent).

Sosialt nettverk ved inntak og oppfølging

Den siste, men på ingen måte minst viktige, variabelen vi har valgt å inkludere i denne studien handler om endringen i sosialt nettverk. Utvalget er bedt om å beskrive situasjonen for de siste 6 månedene før inntak og oppfølging, med unntak av Sollia 2 (ved inntak og oppfølging) og Tyrili 2 (ved inntak) der situasjonen er her-og-nå ved intervju tidspunktet.

Andelen som ved inntak var sosialt isolert (mest alene) eller bare/mest sammen med misbrukere er i overkant av 80 prosent i gjennomsnitt. Ved oppfølging 2 til 5 år etter utskrivning var denne sunket til 29 prosent. Gjennomsnittelig ved oppfølging var 56 prosent bare eller mest sammen med ikke-misbrukere, økt fra knappe 5 prosent. Selv om vi har færre data for inntak her sammenlignet med andre variabler, må vi kunne si at endringen i de tidligere klientene sosiale liv er markant.

Tabell 5.7. Sosialt nettverk ved inntak og oppfølging. Prosent.

	Måle- tids- punkt	Antall svar (prosent av totalutvalg)	Sosialt isolert	Bare/mest sammen med misbrukere	”En fot i hver leir”	Bare/mest sammen med ikke- misbrukere
Arken	Inntak	40 (87 %)	18 %	65 %	8 %	10 %
	2 år etter	40 (87 %)	5 %	33 %	20 %	43 %
Samtun 1	Inntak	52 (39 %)	7 %	69 %	19 %	5 %
	5 år etter	71 (53 %)	9 %	14 %	7 %	70 %
Samtun 2	Inntak	25 (30 %)	16 %	64 %	20 %	–
	3 år etter	56 (67 %)	7 %	13 %	11 %	70 %
Sollia 2	Inntak	–	–	–	–	–
	3 år etter	32 (62 %)	13 %	9 %	16 %	63 %
Tyrili 1	Inntak	113 (100 %)		88 %	10 %	2 %
	2 år etter	97 (100 %)*		33 %	16 %	44 %
	5 år etter	56 (100 %)*		34 %	7 %	52 %
Tyrili 2	Inntak	–	–	–	–	–
	2 år etter	38 (47 %)	3 %	40 %	13 %	45 %
	5 år etter	33 (63 %)	3 %	21 %	18 %	58 %

Konklusjon

Hver enkelt av de inkluderte evalueringsstudiene har tidligere vist endringer for klientgruppen ved det enkelte tiltak, ofte middels endringer for ganske små utvalg. Denne litteraturstudien, som på noen variabler omfatter over 700 personer, bekrefter og forsterker funnene i tidligere, mindre studier. Med noen forbehold, som variasjoner mellom tiltakene/klientene/metodene og mellom de etterundersøkte utvalgene og totalutvalgene, må vi likevel kunne si at funnene er overveiende positive. Kriteriene har tatt utgangspunkt i tiltakenes mål om betydelige endringer i klientens liv når det gjelder rusmisbruk, sysselsetting, bosituasjon og sosialt nettverk. Ved en senere anledning kan vi forhåpentligvis inkludere psykisk helse og kriminalitet.

I gjennomsnitt er klientene i de ulike tiltakene godt over ett år i behandling, selv om 4 av 10 dropper ut før det har gått et halvt år.

Ved inntak til behandling er personene i dette utvalget en svært belastet gruppe, med rundt 90 prosent i omfattende misbruk og nesten like mange uten fast beskjeftigelse. På de ulike områdene ser vi store endringer i positiv retning, selv om vi må ha i mente evalueringens begrensninger med hensyn til tiltakenes ulike gjenfinningsprosjenter og kategoriseringer. Andelen i omfattende misbruk er redusert til det halve, andelen uten beskjeftigelse er sunket med over 60 prosent. Andelen uten fast bolig eller i institusjon/fengsel er også halvert, og andelen som var sosialt isolerte eller bare/mest sammen med misbrukere er redusert med nesten to tredjedeler. I positive termer betyr dette at andelen rusfri 2 til 5 år etter behandling ligger på nesten 50 prosent i gjennomsnitt, og andelen som tilbrakte all sin/mest tid sammen med ikke-misbrukere ligger på over 50 prosent. Andelen i arbeid/utdanning er tidoblet, og andelen som bor i egen bolig har økt til det dobbelte.

Et viktig spørsmål i denne forbindelse blir selvfølgelig i hvilken grad vi kan tilskrive resultatene behandlingen i tiltakene og hvilke alternative forklaringsfaktorene som finnes. Dette er ingen kontrollert og randomisert studie, noe som av etiske og praktiske grunner er tilnærmet umulig på dette feltet. Vi vet at oppfølging lang tid etter utskrivning har den fordel at den viser om endringer er stabile, mens det åpner samtidig for andre faktorer innvirkning. Slike faktorer kan være egenskaper ved personen eller situasjonen rundt som er mer eller mindre uavhengig av selve behandlingsintervensjonen. Det er likevel lite sannsynlig at slike utenforliggende variabler skulle forklare alle disse endringene.

Avslutningsvis vil vi derfor fremheve de gode resultatenes betydning for besparelse av både menneskelige og samfunnsøkonomiske ressurser. En stor gruppe unge mennesker som i utgangspunktet var i en svært vanskelig livssituasjon, har vunnet mange gode år fremover. Samfunnet vil spare betydelige beløp med tanke på offentlig støtte, behandling, kriminalitet og andre sosiale omkostninger. Behandlingstilbudet til rusmisbrukere bør være rikholdig, med fokus på ulike behov og ønsker. Evalueringer som de presentert her, vil derfor være viktige i fremtidens diskusjoner om nytten av tid- og ressurskrevende rusbehandling.

Kapittel 6. Avslutning og oppsummering

HVEN) VAR) JEG?)



HVEN) ER) JEG
BLITT?)

I dette kapitlet vil vi oppsummere de mest sentrale funnene i undersøkelsen.

Utvalg og metode

Forrige etterundersøkelse (Angell 1998) omfattet perioden fra januar 1987 til oktober 1995. 133 beboere var inn- og utskrevet i dette tidsrommet, det finnes inntaksdata på 89 personer og 71 (53 prosent) er intervjuet ved oppfølging. Vår undersøkelse omfatter de fem påfølgende årene, fra august 1995 til desember 2000, med i alt 84 inn- og utskrevne beboere og inntaksdata på 76 av disse. 56 (67 prosent) er intervjuet ved oppfølging. Til sammen i disse to undersøkelsene er altså 57 prosent (N=222) av alle beboerne på Samtun evaluert.

Et par metodiske problemer...

En sentral metodisk problematikk i denne etterundersøkelsen (og Angells) er at ikke alle beboerne er intervjuet ved oppfølging, noe som gjør resultatene mer begrenset – spesielt fordi at de som er intervjuet ved oppfølging i større grad har fullført behandlingen ved Samtun. Siden det er funnet systematiske forskjeller mellom den delen av utvalget som har fullført og de som har avbrutt, blir utvalget som er undersøkt i etterkant ikke helt representativt for det totale utvalget.

Det er også brukt litt forskjellige intervjueskjemaer gjennom undersøkelsesperioden, som gjør at vi har varierende mengde data om hver enkelt ved inntak. Utvalgsstørrelsen/basis for beregningene (N) varierer derfor en god del, og i enkelte tilfeller er den mindre enn det antall vi ikke har data om. I slike tilfeller er feilkildene store, og resultatene må ses i lys av dette.

Behandlingsoppholdet

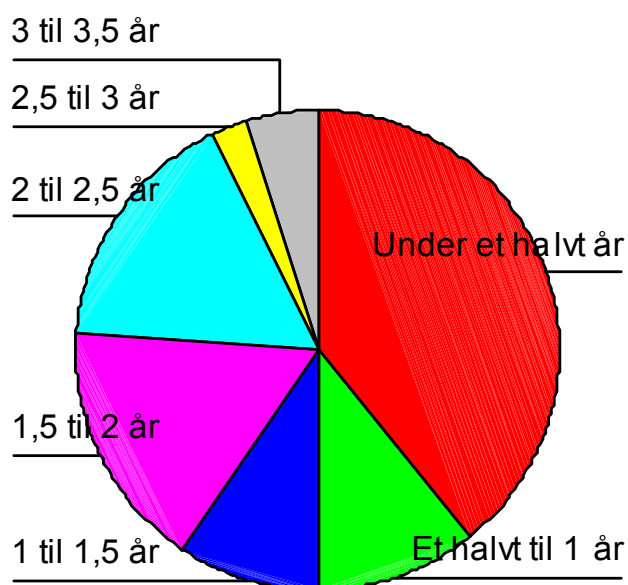
Av beboerne i denne undersøkelsen er 76 prosent (N=64) menn og 24 prosent (N=20) kvinner, og omkring halvparten er mellom 23 og 27 år. Kvinnene er i gjennomsnitt noe yngre enn mennene.

Gjennomsnittlig tid i behandling er 13 måneder, med et spenn fra 1 dag til 3,5 år. Av figuren ser vi hvordan beboerne fordeler seg på behandlingstid.

35 prosent i vårt utvalg har fullført behandlingen, mot 27 prosent i Angells undersøkelse. Vi finner ingen kjønns- eller aldersforskjeller når det gjelder fullføring av behandling. Det å fullføre behandlingsoppholdet, eventuelt være på Samtun over lengre tid før man avbryter, har positiv betydning med hensyn til generell livssituasjon ved oppfølging.

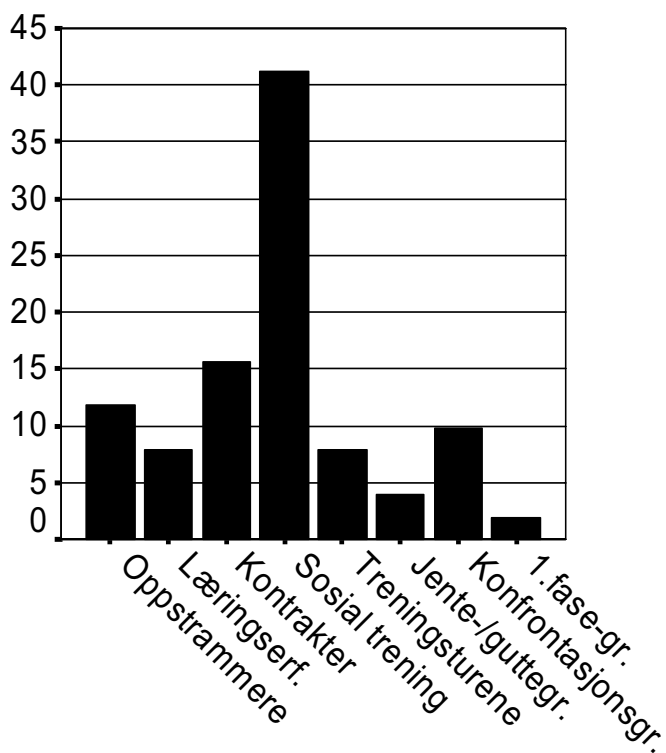
Over halvparten av de etterintervjuede sier at oppholdet på Samtun sett under ett hadde avgjørende betydning for dem etter utskrivning, og ytterligere 25 prosent mente oppholdet hadde betydd mye. Det viktigste området for de fleste beboerne sett i ettertid var følelsesliv/selvfølelse, der nesten 60 prosent mente at oppholdet hadde hatt stor eller avgjørende betydning.

Figur 6.a. Tid i behandling, prosent, N=84.

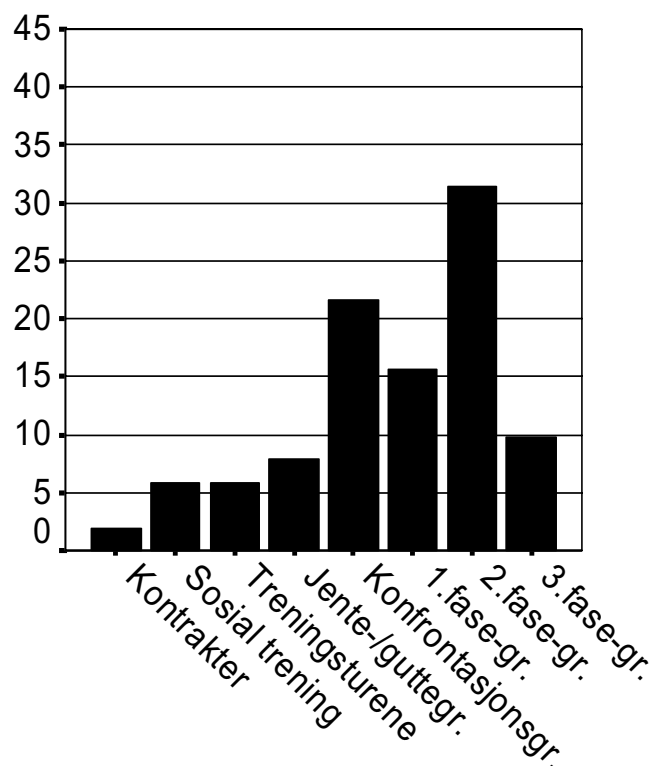


Figurene under viser hvilke terapeutiske tiltak beboerne opplevde å ha hatt mest nytte av (tiltak 1) og nest mest nytte av (tiltak 2).

Figur 6.b. Mest nytte av tiltak 1, prosent, N=51



Figur 6.c. Mest nytte av tiltak 2, prosent, N=51



To tredjedeler av de etterundersøkte mente at 2. fasegruppene og sosial trening i lokalmiljøet var terapeutiske virkemidler som hadde stor eller avgjørende betydning for dem. Omkring halvparten (mellom 40 og 55 prosent) tilla oppstrammere, læringserfaringer og kontrakter liten, ingen eller negativ betydning.

Med hensyn til hvilke tiltak som rangeres som nyttigst, er det klare kjønnsforskjeller – da det bare er kvinner som oppgir kjønnsgrupper som tiltak de har hatt mest eller nest mest nytte av. I motsetning er det bare menn som oppgir å ha hatt mest eller nest mest nytte av sosial trening. Tre fjerdedeler av mennene fant den strenge strukturen på Samtun i hovedsak betryggende, men kun halvparten av kvinnene mente det samme.

Fire av fem beboere opplevde overgangen fra hovedhuset til i trenings- og etableringsavdelingen som et viktig steg i utviklingen, og ved avslutningen av oppholdet på Samtun opplevde to av tre at de var klare for å gå ut i ettervern.

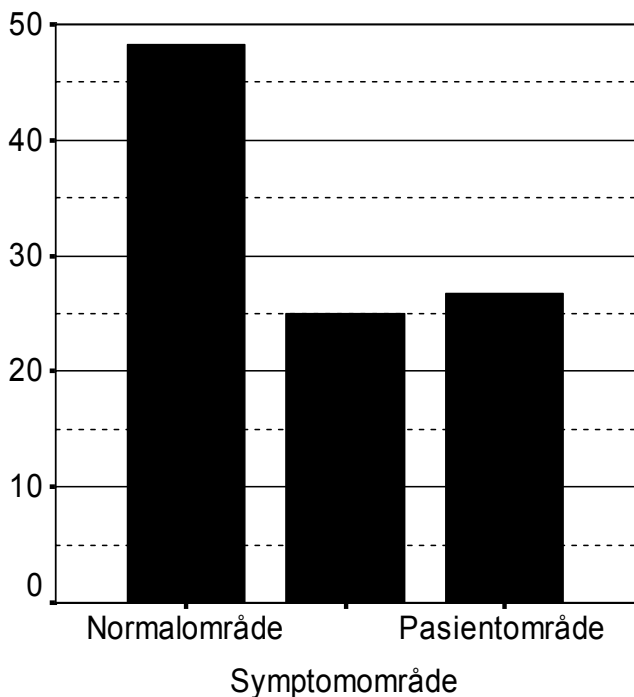
Livssituasjon ved oppfølging

Ved inntak var litt over 2/3 av utvalget var uten fast bolig eller bodde hos venner eller familie. Vi ser en generell positiv tendens til at tidligere Samtunbeboere etablerer seg i mer stabile og vanlige boforhold etter oppholdet, noe som også var tilfelle i forrige undersøkelse. Dette gjelder til en viss grad uavhengig av om beboerne fullførte behandlingsprogrammet eller avbrøt underveis.

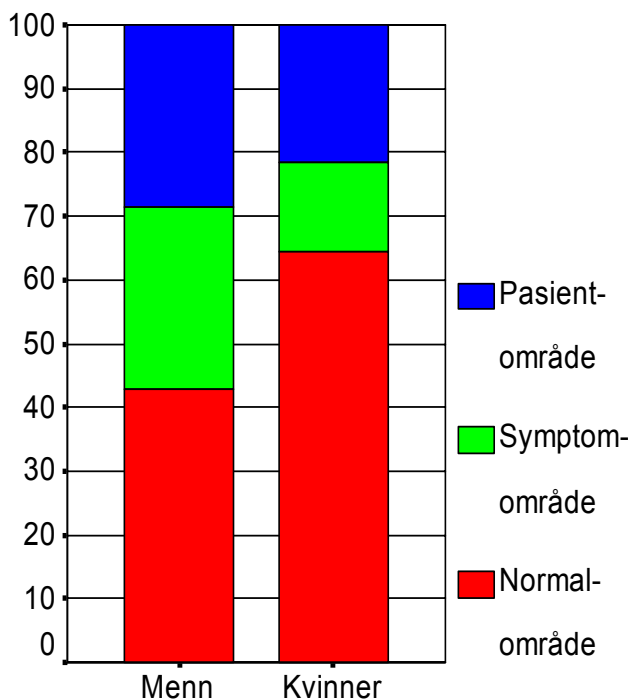
Ved inntak var 90 prosent av beboerne helt uten beskjeftigelse. Ved oppfølging er dette redusert til 35 prosent, to tredjedeler er da i jobb eller under utdanning - 24 prosent av dem i heltidsjobb (N=55). Med hensyn til sosial omgang ved oppfølging ser vi at nesten 80 prosent av kvinnene (N=14) og 66 prosent av mennene (N=42) hovedsakelig har venner og bekjente som ikke misbruker rusmidler.

Dette understøttes av at ved oppfølging skårer hele 66 prosent innenfor normalområde for sosial tilhørighet (DTES), og 48 prosent innenfor normalområdet for sosial funksjon. Tilsvarende tall hos Angell var henholdsvis 67 og 60 prosent.

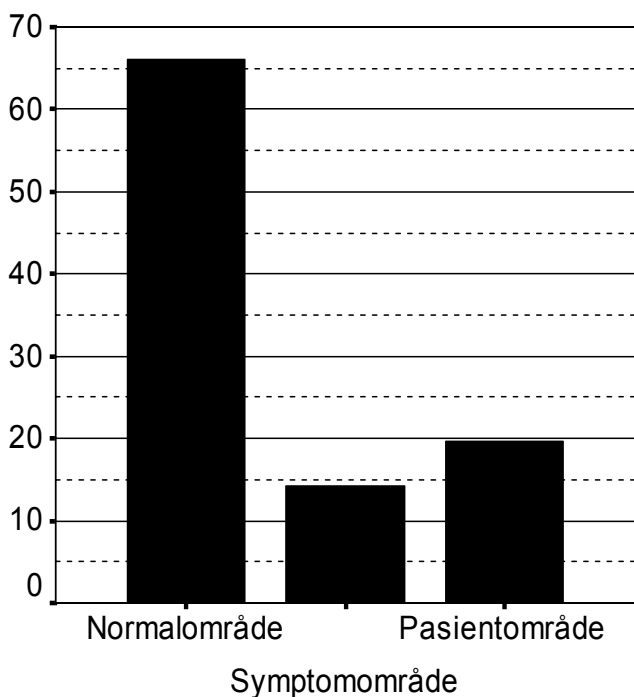
Figur 6.d. DTES sosial funksjon ved oppfølging, prosent, N=56



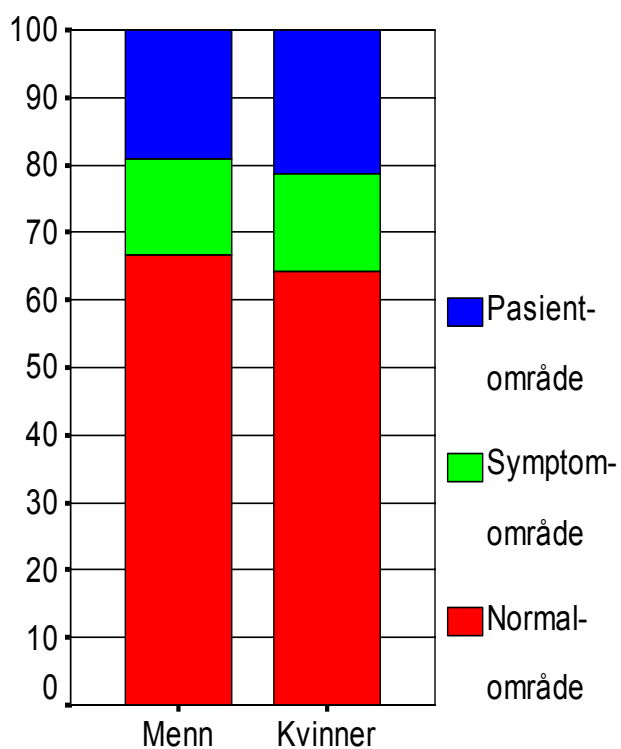
Figur 6.e. DTES sosial funksjon ved oppfølging, etter kjønn, prosent, N=56



Figur 6.f. DTES sosial tilhørighet ved oppfølging, prosent, N=56

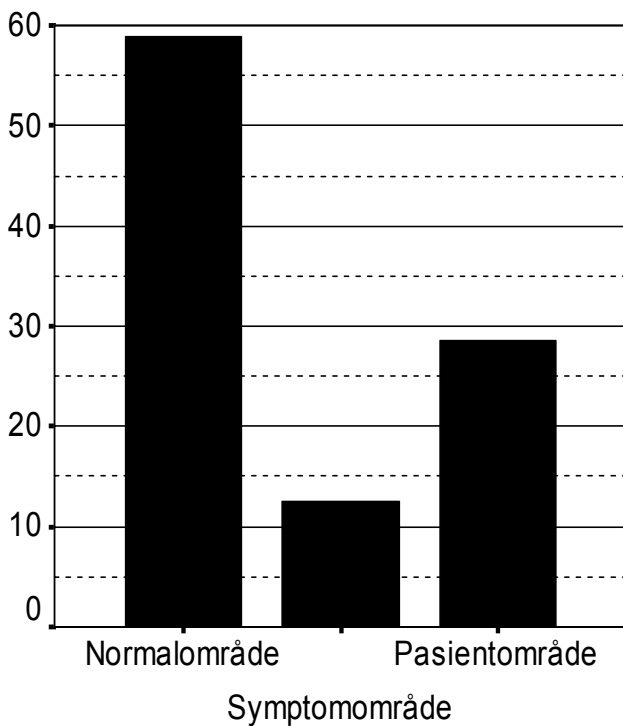


Figur 6.g. DTES sosial tilhørighet ved oppfølging, etter kjønn, prosent, N=56

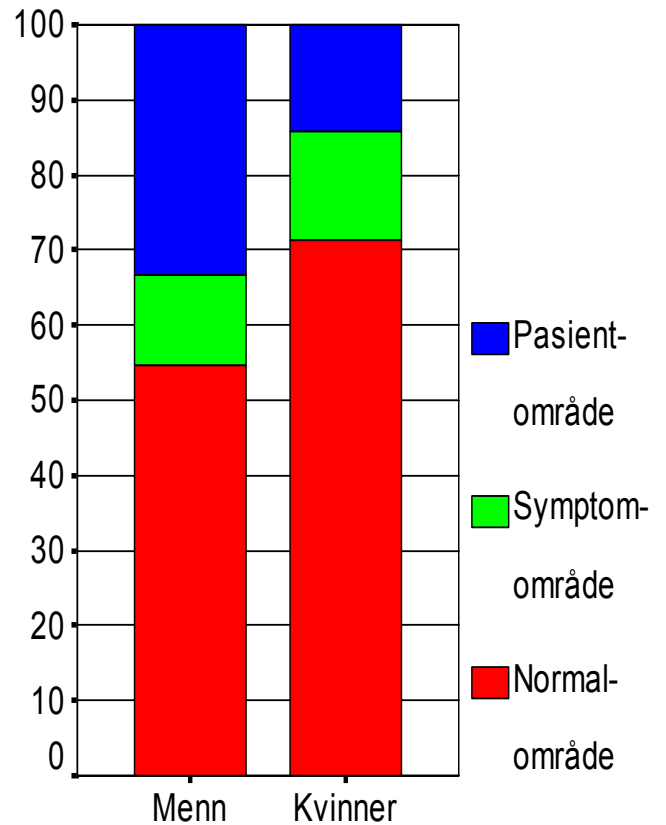


Når det gjelder misbruk, et av våre mest sentrale kriterier for resultatvurdering, skårer nesten 60 prosent innenfor DTES normalområde ved oppfølging, omtrent lik andel som hos Angell (62 prosent). Dette omfatter alt fra totalavhold til høyt, men likevel kontrollert forbruk av alkohol, eventuelt sporadisk bruk av illegale rusmidler. En noe høyere andel menn faller inn under symptom- og pasientområdet når det gjelder misbruk - 45 prosent, mot 30 prosent av kvinnene.

Figur 6.h. DTES misbruk ved oppfølging, prosent, N=56



Figur 6.i. DTES misbruk ved oppfølging, etter kjønn, prosent, N=56



Avslutning

Vi har i denne rapporten beskrevet en generell positiv utvikling hos en stor del av beboergruppen, hvor det er nærliggende å anta at oppholdet på Samtun har vært en medvirkende faktor. Resultatene våre for perioden 1995 - 2000 er i stor grad sammenfallende med Angells resultater for årene 1987 – 1995, noe som styrker funnenes betydning tross enkelte metodiske begrensninger.

Både vårt og Angells utvalg kjennetegnes av høyt frafall, spesielt tidlig i behandlingen. Vi mener at Samtun bør se på denne problematikken, for eventuelt å komme med tiltak som kan fange opp og hjelpe de som sliter i begynnelsen av behandlingsoppholdet. Det er imidlertid gjennomgående gode resultater for den gruppen som fullfører behandlingen som planlagt.

Samtun ser ut til å langt på vei lykkes med å gi beboerne muligheter til følelsesmessig/selvbilde utvikling – for de som kommer så langt i behandlingen. For de som gjennomgår hele eller nesten hele programmet synes også overgangen fra behandling til et liv utenfor å fungere godt, muligens fordi Samtun har lagt stor vekt på å ta et steg av gangen og lang tids oppfølging.

Når det gjelder de terapeutiske verktøyene som står sentralt i filosofien omkring det terapeutiske samfunn, finner vi kanskje noe overraskende at omkring halvparten tillå oppstrammere, læringserfaringer og kontrakter liten, ingen eller negativ betydning. Denne tendensen fant også Angell i forrige undersøkelse.

Kanskje er det andre elementer i programmet på Samtun som er vel så sentrale, som for eksempel fokus på struktur og faste rammer? For aktive misbrukere er hverdagen ofte preget av mangel på forutsigbarhet og faste rammer, og det å måtte innordne seg en fast struktur som ikke lar seg

manipulere kan for mange gi hverdagen en dimensjon av etterlengtet forutsigbarhet og trygghet.

Hvorfor det er en kjønnsforskjell med hensyn til opplevelse av struktur og nyttevurdering av de ulike terapeutiske tiltakene kan vi ikke svare konkret på, men kanskje er hovedproblematikken hos kvinner i større grad knyttet til indre, personlige forhold enn blant menn. Dette kan tenkes å gjenspeiles i kvinnenenes nyttevurdering av personlig gruppedeltakelse i forhold til mennenes nytte av daglig struktur, rammer og sosial trening.

Det er imidlertid gjennomgående gode resultater for den gruppen som fullfører behandlingen som planlagt. Til slutt vil vi fremheve at selv om mange ikke fullfører hele behandlingsprogrammet, ser det ut som om svært mange tar med seg positiv lærdom og erfaringer fra Samtun videre på veien mot et mer selvstendig liv uten rusmisbruk.

Referanser

- Angell, Olav Helge (1998) *Mellom regnbogen og dei svarte hola. Ei framstilling av og etterundersøking ved Sauherad Samtun*. Rapport nr 2/98, Diakonhjemmets høgskolesenter.
- Brandsberg-Dahl, Astrid og Jan O. Lanesskog (2002) *Metadonbrukere i Tyrili – integrering, resultater og erfaringer*. Tyrili Forskning og Utvikling: Tyrili Skriftserie nr 3.
- Christensen, Astrid (1996) *Jenter som kommer og jenter som går. En oppfølgingsundersøkelse av kvinnelige rusmisbrukere som har vært i behandling på kvinnekollektivet ARKEN i tiden 1992-1993*. SIFA-rapport nr. 6/96.
- De Leon, Georg (2003) *Det terapeutiske samfunn. Teori, modeller og metoder*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Det nytter boka* (2001). Samling tekster knyttet til Det nytter festivalen på Lillehammer. Produsert av Hiimsmoenkollektivet.
- Endal, Dag (2003) *Vi greide det... 21 historier som viser at Det Nytter!* Utgitt av Forbundet Mot Rusgift, Landsforbundet Mot Stoffmisbruk og Det Nytter-nettverket.
- Fauske, Halvor (i arbeid) *Oppfølgingsundersøkelse av Sollia-kollektivet*.
- Furuholmen, Dag og Arne Schanche Andresen (1998) *Felleskapet som metode. Miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Holsten, Fred og Helge Waal (1980) *The DTES - Drug Taking Evaluation Scale - A Simple Scale for the Evaluation of Drug Taking Behaviour*. Acta Psychiatr. Scand. 1980, 61, 275-305.
- Jansen, Ulf (2003). Personlig meddelelse. (Ulf Jansen har vært leder av Tyrilistiftelsen siden starten i 1980.)
- Kvale, Steinar (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Lund, Torleif (red) (2001) *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag.
- Narkotikapolitikken*. Stortingsmelding nr. 16 (1996-97). Sosial- og helsedepartementet.
- NOU (1999) *Kvinnens helse i Norge*. Sosial- og helsedepartementet. Norges offentlige utredninger 1999-13.
- NOU (2003) *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Sosialdepartementet, Norges offentlige utredninger 2003-04.
- Ravndal, Edle (1994): *Drug Abuse, Psychopathology and Treatment in a Hierarchical Therapeutic Community. A Prospective Study*. Doktoravhandling, Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo.
- Ravndal, Edle (1997) "Veksthusklientene fem år etter", *Stoffmisbruk*, nr 2/97.
- Ravndal, Edle (1998) "Psychopathology, Treatment Completion and 5 Years Outcome", *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol 15, nr 2.
- Rawlings, Barbara (2001) "Evaluative research in therapeutic communities", i Barbara Rawlings og Rowdy Yates (ed.) *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rawlings, Barbara og Rowdy Yates (ed.) (2001) *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rokkan, Tore T (1999) *Identitet i behandling. Om rusmisbruk og pedagogikk*. Hovedoppgave, Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo.
- Rokkan, Tore T og Astrid Brandsberg-Dahl (2003) *Tyrili 10 år etter – en evaluering av Frankmotunet*. Tyrili Forskning og Utvikling: Tyrili Skriftserie nr 5.

- Rusmidler i Norge – statistikk 2002*. Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS).
- Schanche Andresen, Arne (1990) *Du skal få en dag. Solliakollektivet 20 år*. Oslo. JW Cappelens Forlag.
- Schanche Andresen, Arne (1991) *Evalueringsopplegg for kollektiver m.v.* Statens institutt for alkoholforskning (SIFA).
- Skog, Ole Jørgen (1998) *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Thomassen, Arild (2001) *Endring gjennom ritualer. Om produksjon av tro på individuell endring i et terapeutisk samfunn for stoffmisbrukere*. Oslo: Sosiologisk årbok.
- Tjersland, Odd Arne (1995) *Misbrukere før, under og etter kollektivopphold. En retrospektiv undersøkelse av elever ved Tyrilikollektivet*. Sosial- og helsedepartementet.
- Tjersland, Odd Arne, Ulf Jansen & Gunnar Engen (1998) *Våge å leve. En bok om alternative veier i behandling basert på erfaringene fra Tyrili*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Tyrili i lomma* (2003) Lite hefte om Tyrilis mål, verdier og prinsipper i arbeidet. Oslo: Tyrilistiftelsen.
- Öhrn, Markus (2001) *17. Sytten mennesker*. Fotografier.
- Waal, Helge, Arne Schanche Andresen & Anne Karine Kaada (1981) *Kollektiver – hverdag og virkninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ward Jeff, Richard P. Mattick & Wayne Hall (red.) (1998) *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Press.
- Weiss, Carol H. (1998) *Evaluation*. Second Edition. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- www.rustiltak.no
- www.samtun.no

Appendiks 1. Tabell- og figuroversikt

Tabeller:

Tabell 1.1. Tid mellom utskriving og etterundersøkelsesintervju 18

Tabell 2.1. Alder, antall og prosent 27

Tabell 2.2. Utdanning ved inntak, antall og prosent 28

Tabell 2.3. Viktigste inntektskilde siste halvår før inntak, antall og prosent 29

Tabell 2.4. Yrkesstatus før inntak, etter kjønn, antall 30

Tabell 2.5. Boligsituasjon ved inntak, antall og prosent 32

Tabell 2.6. Antall år med daglig /periodevis omfattende bruk av rusmidler ved inntak, antall og prosent 38

Tabell 2.7. Tidligere behandling før inntak ved Samtun, antall og prosent 40

Tabell 3.1. Tid i behandling 1995-2000 50

Tabell 3.2. Nytte av terapeutiske tiltak, prosent 57

Tabell 3.3. Nytte av sosial trening og treningsturer, prosent 58

Tabell 3.4. Nytte av deltakelse i ulike grupper, prosent 61

Tabell 3.5. Områder hvor oppholdet har hatt betydning for beboerne i etterkant, prosent 66

Tabell 4.1. Høyeste fullførte utdanning ved oppfølging, antall og prosent 76

Tabell 4.2. Yrkesstatus ved oppfølging, antall og prosent 76

Tabell 4.3. Viktigste inntektskilde siste 6 måneder før oppfølging, antall og prosent	77
Tabell 4.4. Bosituasjon ved oppfølging, antall og prosent	80
Tabell 4.5. Score på DTES ved oppfølging, prosent	81
Tabell 4.6. Mest brukte rusmiddel siste halvår før oppfølging, antall og prosent	87
Tabell 5.1. Antall som inngår i de aktuelle undersøkelsesperiodene og hvor mange av disse som er inkludert i selve undersøkelsen	107
Tabell 5.2. Kjønn- og aldersfordeling basert på inntaksdata i de ulike evalueringene	108
Tabell 5.3. Tid i behandling, gjennomsnittlig og prosentmessig, samt fullføring	110
Tabell 5.4. Rusmisbruk ved oppfølgingstidspunkt, prosent	112
Tabell 5.5. Sysselsetting ved inntaks- og oppfølgingstidspunkt, prosent	115
Tabell 5.6. Bosituasjon ved inntak og oppfølging, prosent	116
Tabell 5.7. Sosialt nettverk ved inntak og oppfølging, prosent	118

Figurer:

Figur 2.a. Alder, etter kjønn, prosent	27
Figur 2.b. Arbeidsledighet før inntak, prosent	28
Figur 2.c. Illegal inntekt, etter alder, prosent	31
Figur 2.d. Mest brukte rusmiddel siste halvår før inntak, etter kjønn, prosent	33
Figur 2.e. Bruk av hovedrusmiddel siste halvår før inntak, etter kjønn, prosent	34
Figur 2.f. Bruk av sprøyte siste halvår før inntak, etter kjønn, prosent	35
Figur 2.g. Mest brukte rusmiddel etter alder, prosent	36

Figur 2.h. Debutalder for mest brukte rusmiddel, etter kjønn, prosent 37
Figur 2.i. Vurdering av fysisk helse ved inntak, etter kjønn, prosent 39
Figur 2.j. Vurdering av psykisk helse ved inntak, etter kjønn, prosent 39
Figur 2.k. Tidligere behandling, etter kjønn, prosent 41

Figur 3.a. Tid i behandling 1995-2000, prosent 50
Figur 3.b. Oppholdstid fordelt på år 1995-2000, prosent 51
Figur 3.c. Tid i behandling i ulike perioder 1987-2000, prosent 52
Figur 3.d. Mest nytte av tiltak, prosent 61
Figur 3.e. Mest nytte av tiltak 2, prosent 61
Figur 3.f. Forandring, vendepunkt på Samtun, prosent 65

Figur 4.a. Avslutningsgrunn, etter alder, prosent 74
Figur 4.b. Fått hjelp for psykiske problemer, etter avslutningsmåte,
prosent 75
Figur 4.c. Opplevelse av økonomisk situasjon ved inntak, prosent 78
Figur 4.d. Opplevelse av økonomisk situasjon v. oppfølging, prosent 78
Figur 4.e. Forhold til omgangskrets/ venner ved inntak, prosent 82
Figur 4.f. Forhold til omgangskrets/ venner ved oppfølging, prosent 82
Figur 4.g. Opplevelse av bruk av fritid ved inntak, prosent 83
Figur 4.h. Opplevelse av bruk av fritid ved oppfølging, prosent 83
Figur 4.i. DTES misbruk ved oppfølging, prosent 86
Figur 4.j. Mest brukte rusmiddel ved oppfølging, etter kjønn, prosent 88
Figur 4.k. Mest brukte rusmiddel ved oppfølging, etter avslutning,
prosent 89
Figur 4.l. Tid i behandling, etter DTES misbruk ved oppfølging,
prosent 90
Figur 4.m. DTES misbruk etter fullføring, prosent 91

Figur 6.a. Tid i behandling, prosent 123
Figur 6.b. Mest nytte av tiltak 1, prosent 124

- Figur 6.c. Mest nytte av tiltak 2, prosent 124
- Figur 6.d. DTES sosial funksjon ved oppfølging, prosent 126
- Figur 6.e. DTES sosial funksjon ved oppfølging, etter kjønn,
prosent 126
- Figur 6.f. DTES sosial tilhørighet ved oppfølging, prosent 126
- Figur 6.g. DTES sosial tilhørighet ved oppfølging, etter kjønn,
prosent 126
- Figur 6.h. DTES misbruk ved oppfølging, prosent 127
- Figur 6.i. DTES misbruk ved oppfølging, etter kjønn, prosent 127

