



SOCIALSTYRELSEN

Mennesker med stofmisbrug

Sociale indsatser, der virker

Aktuel viden til udvikling og planlægning af
den kommunale indsats

Publikationen er udgivet af

Socialstyrelsen

Edisonsvej 18, 1.

5000 Odense C

Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

E-mail: socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk

Spørgsmål og kommentarer er velkomne.

Forfattere: Pernille Grünberger og Mette Lauridsen, Socialstyrelsen

Første version udgivet efteråret 2013

Download notatet på <http://shop.socialstyrelsen.dk/>

Der kan frit citeres fra notatet med angivelse af kilde.

ISBN: 978-87-92905-77-2

Digital ISBN: 978-87-92905-78-9

Indhold

Viden til gavn	4
Indledning	5
Mennesker med stofmisbrug	6
Definition af stofmisbrug	6
Beskrivelse af målgruppen	7
Den aktuelle udvikling blandt mennesker med stofmisbrug	8
Sociale indsatser, der virker	9
Effekten af indsatserne	10
Dokumentation på stofmisbrugsområdet	15
Implementering af sociale indsatser	17
Drivkræfter for implementering	17
Faktorer, der påvirker implementeringen	19
Implementeringsstrategier	20
Økonomi	21
Kommunale udgifter til social stofmisbrugsbehandling	21
Cost-effectiveness-analyser	21
Cost-benefit-analyser	21
Initiativer på stofmisbrugsområdet	23
Referenceliste	26

Viden til gavn

Gennem de senere år er antallet af danskere med stofmisbrug steget. Der er nu omkring 33.000 mennesker med stofmisbrug i Danmark. Halvdelen af dem deltager i social og/eller lægelig behandling for deres misbrug. Den aktuelle udvikling i den sociale stofmisbrugsbehandling er, at der bliver flere nye deltagere med hashmisbrug og færre med opioidmisbrug.

Som samfund bruger vi mange penge på indsatser for borgere på det sociale område. Målet er at skabe reelle fremskridt for den enkelte udsatte borger. Det kræver solid viden om, hvad der virker, hvorfor det virker, og hvordan det virker. Desværre er viden om effektive indsatser begrænset og til tider svært tilgængelig. For kommunerne kan det derfor være svært at prioritere de rette indsatser til socialt udsatte borgere.

Dette notat giver en kort oversigt over den aktuelle viden om mennesker med stofmisbrug og om sociale indsatser over for denne gruppe. Formålet med vidensnotatet er at bidrage til kommunernes planlægning og udvikling af området.

Mennesker med stofmisbrug er en belastet gruppe, som kræver en koordineret indsats. I notatet præsenteres aktuel viden om sociale indsatser, der har dokumenteret effekt på deltagernes stofforbrug og/eller psykiske velbefindende. Langtidseffekten af stofmisbrugsbehandling er lav, hvis der ikke ydes en opfølgende indsats. Derfor præsenterer notatet også en række indsatser, som i internationale undersøgelser har vist sig at kunne forebygge tilbagefald.

Vidensnotatet indgår i en række af notater fra Socialstyrelsen om målgrupperne for den kommunale sociale indsats. Ledere, mellemledere, fagkoordinatorer og andre centralt placerede medarbejdere fra seks kommuner har testet de første notater og bidraget med kommentarer, kritik og konkrete ændringsforslag. En stor tak til Aalborg, Aarhus, Gladsaxe, Rødovre, Svendborg og Viborg kommuner for værdifulde bidrag.

Det er mit håb, at vidensnotatet vil give kommunerne mulighed for at træffe beslutninger om valg af indsatser i den sociale stofmisbrugsbehandling på et informeret og velkvalificeret grundlag.

God læselyst!
Knud Aarup
Direktør for Socialstyrelsen

Indledning

I dette vidensnotat beskrives aktuel viden om sociale indsatser, der virker i forhold til mennesker med stofmisbrug. Notatet retter sig især mod kommunale mellemledere, fagkoordinatorer og udviklingskonsulenter, der arbejder med at planlægge og udvikle den sociale indsats over for målgruppen.

Notatet er opdelt i en række afsnit:

- *Mennesker med stofmisbrug*
Her præsenteres viden om målgruppens omfang og karakteristika.
- *Sociale indsatser, der virker*
Her præsenteres nyere dansk og international forskningsbaseret viden om indsatser med dokumenteret effekt. I afsnittet ses også på, hvordan indsatserne kan dokumenteres.
- *Implementering af sociale indsatser*
Her beskrives de væsentligste forhold, som ifølge forskningen påvirker implementeringen af nye indsatser på det sociale område.
- *Økonomi*
Her præsenteres viden om økonomiske udgifter og omkostninger på stofmisbrugsområdet.
- *Initiativer på stofmisbrugsområdet*
Her findes en oversigt over Social-, Børne- og Integrationsministeriets igangværende initiativer – og over de kommuner, som er involveret i initiativerne.
- *Referenceliste*
Små tal i notatets tekst henviser til denne liste over anvendt litteratur. Listen gør det muligt at opøge yderligere viden. Bemærk, at tallene udelukkende henviser til litteratur og ikke til uddybende forklaringer.

Om vidensnotatet

I notatet præsenteres et udvalg af den aktuelt tilgængelige forskningsbaserede viden om mennesker med stofmisbrug og om sociale indsatser over for denne gruppe. Socialstyrelsen fokuserer på viden, der svarer på centrale spørgsmål, som stilles på det sociale område. Det kan være spørgsmål om en målgruppe, sociale metoder/indsatser, deres effekt og økonomi, og om hvordan man implementerer dem.

Notatet er ikke en egentlig systematisk forskningsoversigt, men bygger på eksisterende forskningsoversigter og undersøgelser. Blandt den tilgængelige viden har vi udvalgt viden med det bedst mulige undersøgelsesdesign i forhold til den målgruppe og de indsatser, som undersøges. Notatet er kvalitetssikret af en uafhængig forsker.

Vidensnotatet opdateres hvert tredje år.

Mennesker med stofmisbrug

Definition af stofmisbrug

Et menneske med stofmisbrug er fysisk og/eller psykisk afhængigt af et eller flere bevidsthedsændrende stoffer (rusmidler) i en sådan grad, at det medfører skader eller problemer for vedkommende selv og/eller nærtstående samt samfundet. Rusmidler er her defineret som illegale stoffer og beroligende medicin (benzodiazepiner)¹.

De illegale stoffer inddeles ofte i disse hovedgrupper:

- Cannabis (hash mv.)
- Centralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin og ecstasy mv.)
- Opioider (heroin og opium mv.)
- Andre rusmidler (beroligende medicin, hallucinogener som svampe, lsd m.m., khat, inhalater mv.).

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside stofinfo.sst.dk kan man læse mere om forskellige rusmidler og deres virkninger.

Omfanget af mennesker med stofmisbrug²

- I 2010 var der ifølge Sundhedsstyrelsens skøn 33.000 personer med stofmisbrug i Danmark. Skønnet omfatter ikke personer med eksperimenterende stofbrug. Det svarer til, at der i en kommune af medianstørrelse (ca. 43.300 indbyggere) var omkring 265 personer med stofmisbrug.
- Af de 33.000 mennesker med stofmisbrug skønnes 13.000 at indtage rusmidler intravenøst (primært heroin), mens 11.000 personer alene skønnes at have et misbrug af hash. De øvrige har et misbrug af centralstimulerende stoffer (for eksempel kokain og amfetamin), indtager opioider (for eksempel heroin) på andre måder end ved injektion, eller har et misbrug af andre stoffer. Mange har et blandingsmisbrug af flere forskellige illegale rusmidler.
- Fra 2006-2010 steg antallet af personer med stofmisbrug med ca. 6.000 personer. Hovedparten af de nytilkomne skønnes at have et misbrug af hash.
- Knap 16.000 mennesker med stofmisbrug er aktuelt i stofmisbrugsbehandling. Heraf er 7.600 i medicinsk behandling. En del af disse personer er samtidig i social misbrugsbehandling.
- 32 pct. af de mennesker med stofmisbrug, som blev indskrevet i behandling i 2011, havde ikke været i behandling før.

Beskrivelse af målgruppen

Generelt er mennesker med stofmisbrug en stærkt belastet og udsat gruppe:

- *Forsørgelse*
10 pct. af mennesker med stofmisbrug i social og/eller medicinsk misbrugsbehandling i 2011 havde en lønindtægt³.
- *Bolig*
53 pct. af de mennesker med stofmisbrug, som var i misbrugsbehandling i 2011, havde en selvstændig bolig ved indskrivning⁴.
- *Civilstatus*
67 pct. af mændene og 62 pct. af kvinderne, som blev indskrevet i misbrugsbehandling i 2011, var enlige⁵.
- *Kriminalitet*
En nylig undersøgelse af ambulans social stofmisbrugsbehandling viste, at 48 pct. af deltagerne begik kriminalitet i løbet af en seks måneders periode under behandlingen⁶.
- *Sundhed*
60 pct. har et dårligt eller mindre godt selv vurderet helbred. 58 pct. føler sig ofte stressede i hverdagen. 82 pct. af socialt udsatte mennesker med stofmisbrug oplyser, at have en eller flere sygdomme. 60 pct. har en langvarig sygdom. 38 pct. har fire eller flere sygdomme eller helbredsproblemer⁷.
- *Dødelighed*
I 2006 havde mennesker med stofmisbrug en ti gange højere dødelighed sammenlignet med normalbefolkningen⁸. I 2011 var der 285 direkte stofrelaterede dødsfald, især pga. forgiftninger med et eller flere stoffer (76 pct.)⁹.
- *Psykisk helbredstilstand*
Blandt mennesker med stofmisbrug i social misbrugsbehandling rapporterer 67 pct. af kvinderne og 60 pct. af mændene at have psykiske problemer¹⁰.
I en undersøgelse af en gruppe mennesker med stof- og alkoholmisbrug, som var i social misbrugsbehandling, havde 80 pct. en psykiatrisk diagnose og/eller en personlighedsforstyrrelse¹¹. Også det store flertal af unge under 19 år, som er i social behandling for stofmisbrug, har massive psykiske vanskeligheder ud over misbruget¹².
- *Alkoholforbrug*
40 pct. af brugerne i ambulans stofmisbrugsbehandling har samtidig misbrug eller afhængighed af alkohol¹³.

Gennemsnitsalderen var 31 år for personer i stofmisbrugsbehandling (social og/eller medicinsk) i 2011. Gennemsnitsalderen var 27 år for dem, der blev indskrevet i behandling for første gang dette år. Tre fjerdedele af alle i behandling i 2011 var mænd, hvilket svarer til kønsfordelingen blandt alle mennesker med stofmisbrug¹⁴.

Den aktuelle udvikling blandt mennesker med stofmisbrug

Den aktuelle udvikling i stofmisbrugsbehandlingen er, at der bliver færre nye deltagere med opioidmisbrug og flere med hashmisbrug¹⁵. I 2011 så billedet sådan ud:

- 63 pct. af alle de personer, der blev indskrevet i misbrugsbehandling i løbet af året, angav hash som hovedstof. 17 pct. angav opioider som hovedstof.
- 73 pct. af dem, som blev indskrevet i misbrugsbehandling for første gang, havde hash som hovedstof og 5 pct. opioider¹⁶.

Belastningen hos mennesker med stofmisbrug, som indskrives i behandling efter servicelovens § 101, undersøges ved hjælp af det internationale stofmisbrugsbelastningsindeks ASI (European Addiction Severity Index). ASI måler belastningsgraden på følgende parametre: Stof- og alkoholforbrug, kriminalitet, job, økonomi, familieforhold, sociale forhold, psykisk og somatisk helbred¹⁷.

Blandt mennesker med stofmisbrug i ambulant social behandling i 2011 var gruppen med hashmisbrug mindst belastet i forhold til alkoholforbrug, kriminalitet og psykisk helbred. Personer med opioidmisbrug var den mest belastede gruppe i forhold til stofforbrug, kriminalitet og specielt i forhold til deres somatiske helbredstilstand. Personer med misbrug af centralstimulerende stoffer havde det største alkoholforbrug. De mest psykisk belastede grupper var personer med misbrug af henholdsvis centralstimulerende stoffer og opioider, og grupperne var lige belastede¹⁸.

Samlet set var deltagerne i ambulant social behandling signifikant mindre belastede end mennesker med stofmisbrug i social døgnbehandling. Det gælder på alle de områder, der kan måles med EuropASI skemaet.

Også unge i behandling efter serviceloven for misbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer har ofte omfattende sociale og/eller psykiske problemer udover stofmisbruget¹⁹. Samtidig er stofmisbruget (i højere grad end for voksne med stofmisbrug) et symptom på de unges problemer, frem for det primære problem i sig selv²⁰.

Sociale indsatser, der virker

De fleste mennesker med stofmisbrug har komplekse problemer. Den kommunale indsats over for et menneske med stofmisbrug består derfor ofte af:

- En behandlingsindsats rettet mod stofmisbruget (social og/eller lægelig)
- En bredere social indsats rettet mod personens sociale, arbejdsrelaterede og økonomiske situation
- En sundhedsfaglig indsats rettet mod personens fysiske helbred
- En social og/eller psykiatrisk indsats rettet mod personens psykiske helbred.

Hertil kommer den mere omsorgsorienterede indsats, der bl.a. finder sted på de kommunale væresteder. Denne indsats retter sig især mod de mest belastede mennesker med stofmisbrug, som for langt de flestes vedkommende har eller har haft et opioidmisbrug.

Stofmisbrugsbehandling er et kommunalt ansvar. Kommunens koordinering af de tværgående og tværsektorielle indsatser er afgørende for indsatsen på stofmisbrugsområdet. Målet er en helhedsorienteret indsats, hvor der ud over stofmisbruget efter behov fokuseres på bolig, arbejde, fysiske og psykiske sygdomme – og individuelle og sociale ressourcer²¹.

Serviceoven om social stofmisbrugsbehandling

- Servicelovens § 101, stk. 1 og 2 er hovedindgangen til det sociale misbrugsbehandlingssystem. § 101 fastsætter krav om, at kommunen iværksætter et socialt behandlingstilbud inden for 14 kalenderdage efter personens første henvendelse. Kommunernes forpligtelser er nærmere beskrevet i Socialministeriets vejledning om særlig støtte til voksne²².
- Behandlingsgaranti i særlige tilfælde til unge under 18 år med stofmisbrug er fastsat i servicelovens § 101, stk. 3. Paragraffen omfatter kun unge, som har alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer forårsaget af stofmisbrug. Unge med stofmisbrug, som er mindre socialt belastede, er omfattet af kommunens generelle pligt til at yde særlig støtte til børn og unge med særlige behov. § 101 erstatter ikke denne forpligtelse, men er en skærpelse i forhold til disse særlige tilfælde.

Det overordnede mål med den sociale behandlingsindsats efter servicelovens § 101 over for mennesker med stofmisbrug er at støtte dem til at opnå stoffrihed eller – hvis dette ikke er et realistisk mål for personen på kortere eller længere sigt – at yde en skadesreducerende indsats²³. Misbrugsbehandling efter serviceloven kaldes social stofmisbrugsbehandling. Det er den sociale stofmisbrugsbehandling, som er i fokus i dette notat.

Den sociale stofmisbrugsbehandling skal ifølge serviceloven være indrettet sådan, at der kan gives tilbud til alle typer af mennesker med stofmisbrug. Behandlingstilbuddene bør tage højde for, at mennesker med stofmisbrug har forskellige målsætninger og behov, og tilbuddene bør omfatte døgntilbud, dagtilbud og ambulante tilbud²⁴. Intensiteten af de nævnte behandlingstyper er ikke nærmere defineret.

Sundhedslovens § 142 forpligter kommunerne til at tilbyde personer med stofmisbrug gratis lægelig behandling med substitutionsmedicin. Kommunerne har ansvaret for, at denne behandling følger retningslinjerne i Sundhedsstyrelsens vejledning om lægelig stofmisbrugsbehandling²⁵. Kommunerne er desuden forpligtede til at sikre sammenhæng mellem en eventuel samtidig social og lægefaglig behandlingsindsats i forhold til mennesker, som har et misbrug af heroin²⁶. Det understreger den pointe, at den sociale stofmisbrugsbehandling, som er i fokus i dette notat, i praksis skal samtænkes og koordineres med en eventuel samtidig medicinsk behandlingsindsats.

Mange mennesker med stofmisbrug har samtidig psykiske vanskeligheder (de såkaldte dobbelt-diagnoser). Her kan den kommunale misbrugsrådgiver henvise til psykiatrisk udredning i behandlingspsykiatrien. Gennem de seneste år har der været en del fokus på vigtigheden af at styrke koordinering af og samarbejde mellem den behandlingspsykiatriske indsats og den sociale stofmisbrugsbehandling overfor målgruppen²⁷.

Effekten af indsatserne

Social stofmisbrugsbehandling virker sædvanligvis godt for de personer, som fastholdes i behandlingsforløbet. Udfordringen er, at de ofte kun forbliver stoffrie i 2-3 måneder efter behandlingens afslutning²⁸.

Samtidig er der en meget stor andel, som ikke gennemfører behandlingsforløbene. I 2011 gennemførte 25 pct. af dem, der blev indskrevet i ambulante social stofmisbrugsbehandling, som planlagt²⁹, mens dette gjaldt 56 pct. af dem, der blev indskrevet i døgnbehandling³⁰.

Både i dansk og internationalt regi er der udført en lang række opfølgingsundersøgelser af misbrugsbehandling. Undersøgelserne viser typisk, at:

- 20-30 pct. af dem, der udskrives som stoffrie, har været fuldstændig stoffrie i hele opfølgingsperioden, når man spørger 12 måneder efter udskrivning.
- 40-50 pct. af dem, der udskrives som stoffrie, er stoffrie på et givet tidspunkt, når man spørger hver måned i 6-12 måneder efter udskrivning³¹.

Forklaringen er, at en del i løbet af opfølgingsperioden veksler mellem perioder med stoffrihed og perioder med stofmisbrug. Disse personer kan være stoffrie, når de bliver spurgt på et givet tidspunkt – men vil ikke have været stoffrie i hele opfølgingsperioden. De ovennævnte resultater gælder på tværs af grupper, stoftype og behandlingsindsats.

Tallene har ikke ændret sig markant gennem de seneste 40 år, hverken i Danmark eller USA³². Den manglende udvikling i behandlingseffekten ses på trods af, at behandlerne i perioden er blevet bedre uddannede, og at der er identificeret evidensbaserede metoder. Det er ikke lykkedes forskere på området at udpege entydige forklaringer på den manglende udvikling i behandlingseffekten.

I Danmark er der dog sket den positive udvikling, at flere mennesker med stofmisbrug tilbydes social stofmisbrugsbehandling. Dermed kommer der også flere stoffrie personer ud af behandlingssystemet³³. Derudover peger international forskning i dag på, at positive behandlingsresultater kan forlænges, hvis der gøres en aktiv indsats for at forebygge tilbagefald.

Indsatser, der virker i den sociale stofmisbrugsbehandling

Der findes flere sociale indsatser, som i internationale randomiserede, kontrollerede forsøg har vist dokumenteret effekt på at reducere stofmisbrug. Generelt tyder ingen forskningsoversigt dog på, at én bestemt indsats er andre overlegen³⁴. Forskellige sociale indsatser kan have effekt på forskellige aspekter af den enkelte persons problemstillinger³⁵. Samtidig er det vigtigt at notere sig, at de nævnte indsatser sjældent kan stå alene. Den sociale behandlingsindsats skal typisk suppleres med andre sociale og sundhedsmæssige indsatser, som er rettet mod personens samlede helbreds- eller livssituation.

Der er mange områder og indsatser på det sociale område, som endnu ikke er undersøgt. Derfor er der formentlig andre sociale indsatser, der har lige så god eller bedre effekt end dem, som nævnes her. Samtidig virker sociale indsatser oftest forskelligt i forskellige kontekster. Det betyder, at en indsats, som har dokumenteret effekt i et andet land, ikke nødvendigvis virker lige så godt eller lige sådan i Danmark.

Nedenfor ses eksempler på sociale indsatser, som har vist dokumenteret effekt for voksne mennesker med stofmisbrug i internationale (ofte amerikanske) undersøgelser. Effekten af indsatserne er dokumenteret gennem flere randomiserede, kontrollerede forsøg.

- *Motiverende samtaler (MI)*³⁶
Indsatsen er en kortvarig ambulant indsats, hvor behandlerens opgave er at hjælpe et menneske med stofmisbrug til at afklare sin usikkerhed om, hvorvidt han eller hun ønsker at gøre noget ved sit stofforbrug. Varighed: 1-4 sessioner af en times varighed. Motiverende samtaler er effektive til at reducere stofforbrug på kort sigt hos mindre belastede mennesker med stofmisbrug. I Danmark anvendes motiverende samtaler ofte til at motivere personer med stofmisbrug til at starte i social misbrugsbehandling. Motiverende samtaler indgår ofte også løbende som elementer i et længere behandlingsforløb.
- *Case management*³⁷
I denne sammenhæng er case management en indsats, hvor et menneske med stofmisbrug og sociale problemer støttes i at få overblik over problemerne, og hvor der bygges bro til eventuelle relevante tilbud. Case management findes i flere udgaver med varierende intensitet. Der er ikke evidens for, at case management i sig selv kan reducere stofforbrug, men metoden kan forbedre brobygning til relevante behandlingstilbud. Internationalt har case management vist effekt i forhold til at få personer med komplekse problemer til at begynde i stofmisbrugsbehandling.
- *Kognitiv terapi*³⁸
Indsatsen er en struktureret samtaleterapi, som kan anvendes både individuelt og i grupper,

ambulant og i døgnbehandling. Ved at fokusere på sammenhængen mellem følelser, tanker og handlinger støtter behandleren klienten i at aflære uhensigtsmæssig adfærd og indlære nye og mere hensigtsmæssige strategier og handlemønstre. Varighed: typisk en ugentlig session af 1-2½ time i 12 uger. Kognitiv terapi er effektiv til at reducere stofforbrug. Kognitiv terapi er en af de mest anvendte metoder i misbrugsbehandlingen i Danmark i dag. Oftest anvendes dog elementer fra metoden frem for, at den anvendes systematisk og stringent (manualbaseret)³⁹.

- *Contingency management*⁴⁰

Indsatsen er baseret på adfærdsændring gennem belønning for opnåelse af bestemte resultater, for eksempel rene urinprøver eller deltagelse i et vist antal behandlingssessioner. Varighed: varierende efter behov. Contingency management er effektiv til at reducere stofforbrug, men kun så længe behandlingen pågår. Metoden anvendes sjældent i offentlige behandlingstilbud i Danmark i dag. Contingency management indgår som et element i Socialstyrelsens aktuelle forsøg med metoden MST-CM (Den Multisystemiske Terapimodel – Contingency Management), som er målrettet unge med misbrug og deres forældre⁴¹.

- *PCOMS (Partners for Change Outcome Management System)*⁴²

Indsatsen er også kendt som CDOI (Client Directed Outcome Informed Treatment). Det er en metode til at justere en terapeutisk behandlingsindsats løbende, uafhængigt af den anvendte behandlingsmetode. Efter hver session indsamles systematisk tilbagemeldinger fra deltageren om personligt, relationelt, socialt og generelt velbefindende, samt hans/hendes oplevelse af relationen til behandleren. Terapi med anvendelse af PCOMS har dokumenteret bedre effekt på de nævnte parametre end terapi uden anvendelse af PCOMS⁴³. I det officielle amerikanske register over evidensbaserede metoder og praksis på bl.a. misbrugsområdet, NREPP, anbefales PCOMS til alle 'adfærdsændrende sundhedsmæssige indsatser'⁴⁴. Metoden er nævnt her, fordi social stofmisbrugsbehandling kan have andre mål end stoffrihed. I Danmark er metoden afprøvet i den sociale stofmisbrugsbehandling i et randomiseret, kontrolleret forsøg i Odense Kommune (ledet af Center for Rusmiddelforskning). Erfaringer fra projektet forventes publiceret i 2013.

Ligesom hos voksne er motiverende samtaler (MI) også effektive til at reducere stofforbrug hos unge under 18 år. Derudover er to andre metoder afprøvet med særlig veldokumenteret effekt hos unge:

- *Kognitiv adfærdsterapi i grupper*⁴⁵

Også for unge er kognitiv terapi effektiv til at nedsætte stofforbrug, især når den kognitive metode anvendes i gruppeforløb. Undersøgelser af forskellige slags gruppebaseret terapi for unge viser, at kognitiv adfærdsterapi i grupper giver signifikant større reduktion i de unges stofforbrug end psykoedukation og anden gruppebehandling. I Danmark indgår elementer af kognitiv adfærdsterapi ofte i gruppeforløb for unge med stofmisbrug, men metoden anvendes sjældent systematisk og stringent (manualbaseret).

- *Multidimensional Family Therapy (MDFT)*⁴⁶

Indsatsen er manualbaseret og kombinerer stofrådgivning til den unge med udredning og interventioner i systemer omkring den unge, både i og uden for familien. Varighed: 16-25 sessioner over 4-6 måneder. Indsatsen er effektiv til at reducere stofforbrug og risikofaktorer samt forbedre de beskyttende faktorer omkring den unge (herunder skolegang og netværk med jævnaldrende). MDFT endnu ikke afprøvet i Danmark.

Der findes en række andre sociale behandlingsmetoder, som muligvis har effekt på stofforbrug, men som endnu ikke er undersøgt lige så grundigt og med lige så skrappe krav til undersøgelsesdesign⁴⁷. Et eksempel er behandling baseret på meditationsteknikken mindfulness⁴⁸. Mindfulness anvendes i stigende grad i den danske misbrugsbehandling.

Fælles for alle de nævnte metoder (undtagen PCOMS) er desuden, at effekten endnu ikke er undersøgt i en dansk sammenhæng. I Danmark er der gennemført en enkelt randomiseret, kontrolleret undersøgelse, som sammenligner standardbehandling/visitation af mennesker med stofmisbrug med standardbehandling/visitation plus udredning for personlighedsforstyrrelse. Indsatsen havde positiv effekt på reduktion i stofforbrug, men ikke på graden af psykiske symptomer⁴⁹.

Fælles for effektive metoder til social stofmisbrugsbehandling er også, at de har en vis intensitet: Typisk minimum en ugentlig session. Internationalt har man undersøgt, om dagbehandling kan være lige så effektiv til at reducere stofforbrug som døgnbehandling. Undersøgelserne handler om mennesker med et mere belastende stofmisbrug. Nogle undersøgelser viser, at dag- og døgnbehandling er lige effektive, andre at døgnbehandling er mere effektiv end dagbehandling⁵⁰. Det skal pointeres, at intensiteten (varighed og hyppighed) af *behandlingen* i disse undersøgelser typisk er ens på tværs af de undersøgte dag- og døgntilbud. Generelt findes der hverken dansk eller international evidens for, at lavintensive ambulante forløb kan have samme effekt som mere intensive behandlingstilbud⁵¹.

I en dansk undersøgelse har man undersøgt effekten af at tilbyde personer i substitutionsbehandling udvidet psykosocial støtte⁵². Af to ens grupper i metadonbehandling fik den ene gruppe udvidet psykosocial støtte, mens den anden fik standardbehandling. Udvidet støtte betød højere klient/behandler-ratio, støttekontaktperson samt et værested/café i tilknytning til udleveringen af metadon. Hos de to grupper sås den samme signifikante reduktion i stof- og kriminalitetsbelastning. Kun hos den gruppe, som fik udvidet støtte, blev den sociale og psykiske belastning desuden reduceret. Konklusionen af undersøgelsen er derfor, at øget psykosocial støtte til personer i substitutionsbehandling medfører en signifikant større reduktion i psykosociale problemer. Men det reducerer ikke stof- og kriminalitetsbelastningen mere end standardbehandling. Det skal bemærkes, at der ikke var tale om et randomiseret, kontrolleret forsøg.

Internationale undersøgelser viser generelt, at effekten af social stofmisbrugsbehandling øges, når behandlingen suppleres med sundhedsfaglige ydelser, som er tilpasset den enkeltes behov. Herunder eksempelvis korrekt medicinering af psykiske lidelser og den rette dosering af substitutionsmedicin⁵³. Hertil kommer som nævnt, at misbrugsbehandling bør suppleres af en bredere social indsats rettet mod personens sociale, arbejdsrelaterede og økonomiske situation alt efter den enkeltes behov.

Sociale indsats, der kan forebygge tilbagefald

International forskning viser, at effekten af social stofmisbrugsbehandling kan fastholdes i en længere periode efter endt behandling, hvis deltagerne indgår i et opfølgende behandlingstilbud⁵⁴. Det er en behandlingsindsats, hvis mål er forebygge tilbagefald, dvs. fastholde positive resultater af den indledende dag- eller døgnbehandling.

I Danmark kaldes indsatsen ofte 'tilbagefaldsforebyggelse', men den tilbydes også som efterbehandling eller opfølgning. I dag tilbydes tilbagefaldsforebyggelse ikke systematisk til personer, der har gennemført behandlingsforløb for stofmisbrug.

Internationalt er der identificeret effektive opfølgingsmetoder⁵⁵. Eksempler på effektive tilbagefaldsforebyggende metoder nævnes nedenfor. Ingen af metoderne anvendes stringent (manualbaseret) i Danmark i dag:

- *Relapse Prevention som gruppeforløb*⁵⁶
Denne kognitive behandlingsmetode har fokus på at identificere og træne den enkelte brugers strategier i forhold til at forebygge tilbagefald. Varighed: en ugentlig session af to timer i 8-12 uger.
- *Mindfulness kombineret med kognitive elementer som gruppeforløb*⁵⁷
Varighed: en ugentlig session af to timer i otte uger.
- *Assertive Continuing Care (ACC) for socialt belastede unge*⁵⁸
Indsatsen er en helhedsorienteret støttende indsats med elementer fra case management. Varighed: Indtil den unge er reintegreret.

International forskning peger desuden på en række generelle principper, som indgår i flere tilbagefaldsforebyggende metoder. Der er bl.a. evidens for, at følgende principper har positiv indflydelse på effekten:

- *Aktiv og tidlig brobygning fra primær behandling til opfølgning*⁵⁹
Hvis deltagerne får individuel orientering og rådgivning om opfølgningstilbud allerede i begyndelsen af den primære sociale misbrugsbehandling, forøges andelen, der starter i opfølgningsbehandling, og antallet af opfølgningssessioner, som den enkelte deltager i. Effekten af tilbuddet forøges, hvis deltagerne starter i opfølgningsbehandling meget hurtigt (for eksempel inden for syv dage) efter endt primær behandling.
- *Aktiv indsats for at fastholde deltagere i opfølgning*
Et fælles træk ved de mest effektive tilbagefaldsforebyggende metoder er, at der gøres en meget aktiv indsats for at fastholde deltagerne i forløbet⁶⁰.
- *Indsatser med en vis intensitet*
I opfølgning i grupper er der en vis tendens til sammenhæng mellem intensitet og effekt. De virksomme gruppemetoder har mindst en ugentlig session⁶¹.
- *Indsatser, som ikke opleves for indgribende af deltagerne*
Især for de mindst belastede og mest motiverede brugere kan opfølgningstilbud via web⁶² eller telefon⁶³ tilsyneladende være et effektivt alternativ til traditionel opfølgningsbehandling.

Generelt viser international forskning, at effekten af opfølgningsbehandling aftager over tid. 3-6 måneder efter endt opfølgningsbehandling kan der ikke længere ses bedre effekt end hos de personer, som ikke modtog opfølgende behandlingstilbud⁶⁴.

Set i lyset af den høje tilbagefaldsrate efter endt stofmisbrugsbehandling kan en *forlængelse* af positive behandlingsresultater dog være et acceptabelt mål for opfølgningsbehandling. I hvert fald er de effektive metoder til at forebygge tilbagefald generelt omkostningseffektive, i den forstand at de forlænger tidsrummet mellem mere intensive og dermed dyrere dag- eller døgnbehandlingsforløb⁶⁵.

De nævnte metoder til at forebygge tilbagefald til stofmisbrug er endnu ikke afprøvet systematisk i Danmark.

Dokumentation på stofmisbrugsområdet

Det primære formål med den sociale stofmisbrugsbehandling er at reducere deltagernes stofforbrug. Her kan målene være stoffrihed, reduktion af stofforbrug eller stabilisering (fastholdelse af et reduceret rusmiddelforbrug, som er opnået gennem misbrugsbehandling).

Målet for den enkelte deltager fastlægges ved behandlingens start. En central indikator for, om målet er nået, er derfor den enkelte deltagers rusmiddelforbrug ved behandlingsforløbets afslutning – set i forhold til målet med hans/hendes behandlingsforløb. En anden vigtig indikator er, om behandlingsresultatet kan fastholdes på længere sigt.

Den første af disse indikatorer, udskrivningsstatus, registreres i dag sammen med en lang række andre variable i indberetningsportalen Stofmisbrugsdatabasen. Den anden indikator, fastholdelse af behandlingsresultater på længere sigt, registreres i dag kun, hvis brugeren genindskrives i behandling.

Effekten af den samlede behandlingsindsats skal dog altid vurderes på den enkelte persons samlede situation. Den kan ikke alene vurderes på stofforbruget. Det gælder ikke mindst for de personer, der ikke har stoffrihed som mål. Her kan skadesreduktion og forbedret social og sundhedsmæssig tilstand være de primære behandlingsmål. Andre centrale indikatorer end stofforbrug er: Forbedring af den fysiske og psykiske helbredstilstand, reduktion/ophør af udøvelse af kriminalitet, øget evne til at indgå i sociale og beskæftigelsesrelaterede sammenhænge samt bedre forhold til sociale netværk⁶⁶.

I Danmark er kommuner og godkendte behandlingstilbud lovmæssigt forpligtede til løbende at indsende statistik og oplysninger til en række registre om personer i stofmisbrugsbehandling. Fra 2011 har Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Center for Rusmiddelforskning etableret en fælles indberetningsplatform til alle registre på området: Stofmisbrugsdatabasen, som Socialstyrelsen bestyrer (www.stofmisbrugsdatabasen.dk).

De enkelte variable, der registreres i, er tilpasset europæiske standarder. På det sociale stofmisbrugsområde anvendes ASI (European Addiction Severity Index), hvor der ved indskrivning i behandling måles på deltagernes belastningsgrad på følgende parametre: Stof- og alkoholforbrug, kriminalitet, job, økonomi, familieforhold, sociale forhold, psykisk og somatisk helbred. Ved udskrivning registreres status ved behandlingsafslutning.

Via Stofmisbrugsdatabasen vil det i løbet af 2013 blive muligt for den enkelte kommune, tilbudsleder eller behandler at trække statistik om deltagernes belastningsgrad ved indskrivning og om status ved afsluttet behandling. Afhængigt af brugerstatus kan det gøres på hhv. kommune-, tilbuds- og cpr-nummer-niveau.

Fra 2011 har Stofmisbrugsdatabasen data om 43 pct. af de indskrevne personer i ambulant stofmisbrugsbehandling og om 73 pct. af de indskrevne i døgnbehandling⁶⁷. For en del af dem mangler oplysninger om, hvilke ydelser de er blevet visiteret til. En højere grad af indregistrering vil forbedre muligheden for at monitorere området.

Samtidig er det et vilkår, at der kun findes registerdata om de personer med stofmisbrug, som er i kontakt med behandlingssystemet. Det gælder under halvdelen af det skønnede samlede antal voksne med stofmisbrug. Der findes registerdata om en endnu mindre andel af de unge under 18 år, som har stofmisbrug. Det skyldes, at de unges behandling ofte ikke gives efter servicelovens § 101, som registreringen er knyttet til.

Fra 2013 skal alle kommuner løbende elektronisk indberette en række data på voksenhandicapområdet til Danmarks Statistik⁶⁸. Data indberettes på cpr-nummer-niveau, og der anvendes et fælles begrebsapparat. Ydelser som stofmisbrugsbehandling er omfattet af indberetningen, men det er frivilligt, om kommunerne vil indberette under den overordnede kategori 'behandling'. På samme vis kan mennesker med stofmisbrug indberettes specifikt eller figurere under overkategorien 'sociale problemer'. Det er en del af aftalen, at kommunerne får adgang til benchmarking og ledelsesinformation på både aktivitets- og udgiftsdata på handicapområdet i FLIS, Fælleskommunal ledelsesinformation.

Centrale kilder til viden på stofmisbrugsområdet

- *DanRIS STOF*
En del af de indsamlede data om den sociale misbrugsbehandling analyseres og præsenteres af Center for Rusmiddelforskning, som har en fast årlig bevilling til at forske i området. I de årlige rapporter 'DanRIS STOF' findes både samlede tal og tal fra hver enkelt kommune. Fra 2013 vil rapporterne omfatte både døgn-, dag- og ambulans behandling.
- *Narkotikasituationen i Danmark*
Også Sundhedsstyrelsen udarbejder årligt en redegørelse med titlen 'Narkotikasituationen i Danmark', som bl.a. trækker på tal fra Stofmisbrugsdatabasen. I redegørelsen præsenteres en lang række nationale oplysninger om den aktuelle udvikling på stofmisbrugsområdet. Redegørelsen indgår i Danmarks rapportering til det europæiske monitoreringsorgan på området, EMCDDA.

Implementering af sociale indsatser

Implementering af sociale indsatser består i en række konkrete aktiviteter, der har til formål at understøtte og iværksætte en specifik indsats⁶⁹. Implementering er med andre ord de aktiviteter, der sættes i værk med henblik på at omsætte viden til konkret praksis. I det følgende afsnit gennemgås en række af de forhold, som ifølge implementeringsforskning har indflydelse på implementering af nye sociale indsatser. Indimellem eksemplificeres der med indsatser overfor målgruppen: mennesker med stofmisbrug.

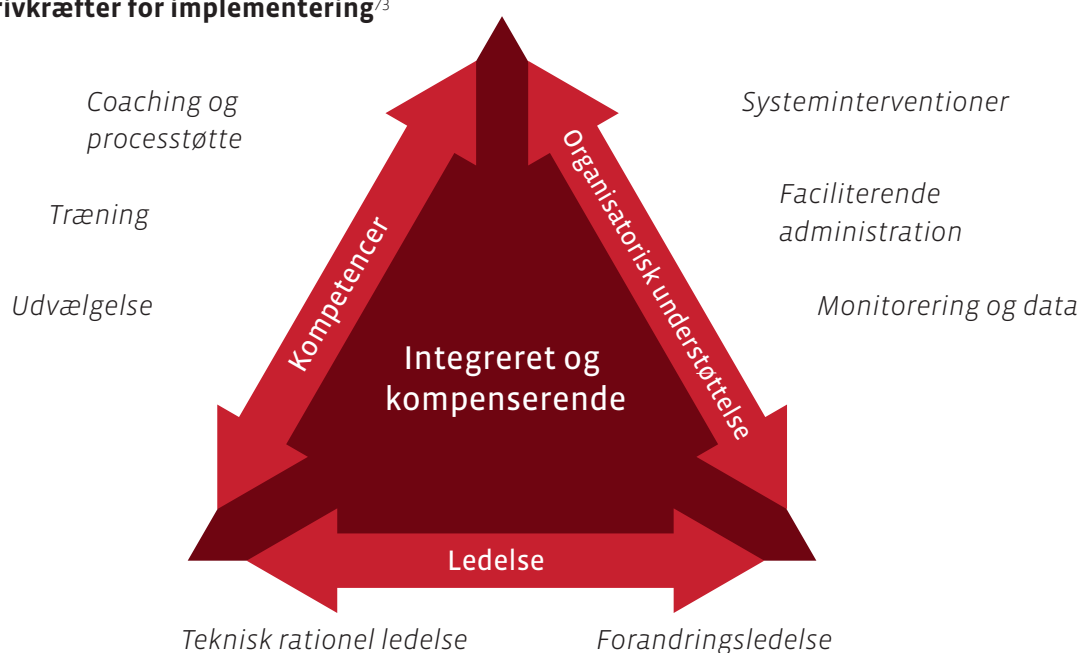
Helt overordnet bør kommunen ved implementering af nye indsatser være opmærksom på, at indsatserne oftest består af både 'hardware' og 'software'⁷⁰. Med 'hardware' menes for eksempel en ny sagsbehandlingsmetode eller nye indsatser i den sociale behandlingsindsats over for mennesker med stofmisbrug. Med 'software' menes eksempelvis nye samarbejdsrelationer og ændring af organisationskulturen. Ved implementering af nye indsatser skal man have øje for, hvad 'hardwaren' indeholder – men lige så meget for, hvordan den påvirker 'softwaren' i organisationen.

Drivkræfter for implementering

Implementering fremmes gennem tre centrale drivkræfter: Ledelse, kompetencer og organisering⁷¹. De tre drivkræfter er gensidigt afhængige og skal understøtte hinanden. Samtidig er de kompensatoriske. Det betyder for eksempel, at kommunen kan kompensere for manglende kompetencer hos medarbejderne ved at have ekstra ledelsesmæssig fokus på, at indsatsen leveres efter hensigten.

Drivkræfter og hæmmere for implementering er hinandens spejlbilleder⁷². Eksempelvis er stærk ledelsesopbakning en væsentlig drivkraft for implementering, mens mangel på ledelsesopbakning er en væsentlig hæmmer. Det samme gør sig gældende for de øvrige drivkræfter for implementering. Hvis man arbejder målrettet og struktureret med dem, vil det fremme implementeringen. Hvis man undlader at gøre det, vil det hæmme den.

Drivkræfter for implementering⁷³



Ledelse som drivkraft

Alle succesfulde implementeringsprocesser har haft tydelig ledelsesmæssig fokus og opbakning⁷⁴. Chancerne for succesfuld implementering vil være små, hvis ikke ledelsen er med til at initiere implementeringsprocessen, understøtter den løbende, vælger de rigtige medarbejdere og kommunikerer målsætningerne.

Ledelsesopgaven har to aspekter. Dels den mere konkrete og tekniske, der handler om at understøtte rammerne omkring implementeringsopgaven. Dels aspektet omkring forandringsledelse, hvor ledelsens opgave er at drive implementeringsprocessen fremad og holde medarbejderne til ilden gennem opfølgninger og vedvarende fokus på fremdriften.

Kompetencer som drivkraft

Modsætningen mellem at vide, hvad man skal gøre – og at gøre det i praksis – er en central udfordring for implementering af nye indsatser. En vigtig drivkraft for implementering er derfor at udvælge medarbejdere og sikre løbende kompetenceudvikling. Typisk skal denne have lige så megen fokus på at aflære gamle rutiner og vaner som på at tillære den nye praksis⁷⁵.

Hvad kompetenceudvikling angår, diskvalificerer forskningen entydigt 'train and hope'-tilgangen⁷⁶. Det er ikke nok blot at kompetenceudvikle medarbejderne. De skal også have mulighed for at omsætte denne viden til praksis gennem løbende støtte, coaching og supervision.

I implementeringslitteraturen bliver forandringsagenter og superbrugere ofte fremhævet som helt centrale for at sikre fremdriften i implementeringsprocessen⁷⁷. Superbrugere er medarbejdere, der uddannes og trænes særligt, så den øvrige medarbejderstab kan læne sig op ad dem i implementeringsprocessen.

Organisering som drivkraft

Den tredje drivkraft for implementering handler om at få skabt en sammenhængende og koordineret organisering af indsatsen. Den handler også om at skabe et monitoreringssystem, der gør det muligt at følge med i og understøtte implementeringsprocessen – og løbende vurdere, om man efterlever faglige standarder og opnår de tilsigtede resultater for deltagerne⁷⁸.

Sandsynligheden for, at indsatsen bliver implementeret ordentligt, er betydeligt større, hvis medarbejderne har et skriftligt referencepunkt at forholde sig til i implementeringsprocessen. Det kan for eksempel være i form af behandlingsprotokoller. Jo tydeligere indsatsens kernekomponenter er beskrevet, desto lettere er det at implementere den. Det gælder derfor også om at få nedskrevet tavse og intuitive handlinger, som nye medarbejdere ikke nødvendigvis kender til. Det kan for eksempel være en bestemt tilgang til borgerne eller en uskreven ansvars- og opgavefordeling mellem medarbejderne.

Det er vigtigt løbende at overvåge og følge med i implementeringsprocessen⁷⁹. Det gøres ved at indsamle de data, som vil give det mest anvendelige billede af udviklingen, og som samtidig sikrer, at dokumentationsindsatsen er enkel og håndterbar i hverdagen. Samtidig er det vigtigt, at monitoreringsdata bliver anvendt aktivt på teammøder og lignende. På den måde kan data bruges til at identificere og håndtere forskellige implementeringsudfordringer.

Faktorer, der påvirker implementeringen

De faktorer, der påvirker implementeringen, foregår typisk på fire niveauer⁸⁰:

Individuelle faktorer

De individuelle faktorer er de faktorer, der knytter sig til de enkelte medarbejderes faglige og personlige adfærd og holdninger.

En stor del af medarbejderne i den sociale misbrugsbehandling har deltaget i faglig opdatering⁸¹. Mange af dem har erfaring med kognitive metoder. Men de har ikke nødvendigvis den samme opfattelse af eller erfaring med, hvad det vil sige at arbejde kognitiv⁸². På nogle behandlingstilbud er man inspireret af den kognitive tilgangs grundantagelser, men anvender ikke denne tilgangs specifikke teknikker. Andre steder er behandlerne fortrolige med teknikker og redskaber, men kender ikke de basale antagelser, som ligger til grund for den kognitive metode. Der vil derfor formentlig være behov for både tillæring og aflæring, hvis kommunen vil implementere en kognitiv behandlingsindsats.

Samtidig anvender danske misbrugsbehandlere typisk elementer fra flere metoder i hvert behandlingsforløb. Dette bør der tages særligt højde for i implementering af en indsats, hvor én metode skal anvendes stringent⁸³.

Interpersonelle faktorer

De interpersonelle faktorer er samarbejdsrelationerne og kommunikationen mellem og på tværs af de medarbejdere, der skal levere indsatsen. De interpersonelle faktorer handler også om den kultur, som præger den organisation, hvor indsatsen skal implementeres.

På stofmisbrugsområdet er der stor variation mellem de enkelte institutioners kultur for at anvende forskningsbaseret viden i praksis⁸⁴. Nogle steder vil man derfor have erfaring med at sætte sig ind i, omsætte og implementere ny viden – mens andre ikke vil have denne erfaring. Denne forskel skal der tages højde for, hvis man ønsker at implementere forskningsbaseret viden.

Institutionelle faktorer

De infrastrukturelle faktorer er den overordnede samfundsmæssige og politiske kontekst, som indsatsen skal fungere i. Herunder hører også de lovgivningsmæssige rammer omkring indsatsen.

Målgruppens komplekse problemer betyder, at indsatsen ofte bør være sammensat af flere sociale og sundhedsfaglige tilbud. Det bør derfor medtænkes i implementeringen af nye indsatser i den sociale misbrugsbehandling, at indsatserne foregår i et samarbejde mellem en lang række aktører. Ikke mindst snitfladerne til psykiatrien og beskæftigelsesområdet er afgørende⁸⁵.

Infrastrukturelle faktorer

De infrastrukturelle faktorer er den overordnede samfundsmæssige og politiske kontekst, som indsatsen skal fungere i.

Mennesker med stofmisbrug er en stigmatiseret gruppe. Det kan være en del af forklaringen på, at unge med problematisk stofforbrug ofte definerer stofmisbrugere som personer, der injicerer

heroin. Derfor synes de ikke, begrebet dækker dem selv⁸⁶. Det samme gælder tilsyneladende mange mindre belastede voksne med stofmisbrug⁸⁷. Målgruppen opsøger ikke misbrugsbehandlings-systemet, når gruppen ikke definerer sig selv som mennesker med stofmisbrug. Det bør derfor medtænkes i implementering af nye indsatser, at målgruppen kan være svær at nå.

Ventetidsgarantien er en anden infrastrukturel faktor, som har betydning for implementering af nye indsatser i den sociale stofmisbrugsbehandling. Behandlingen skal jf. serviceloven være iværksat senest 14 kalenderdage efter, at personen har henvendt sig med ønske om behandling. Det stiller store krav til fleksibilitet i indsatsen.

Som det fremgår, er sociale indsatser komplekse størrelser, der skal fungere i komplekse kontekster⁸⁸. Den helt centrale opgave i implementeringsprocessen er derfor så vidt muligt at tage højde for og håndtere de faktorer, der påvirker implementeringen. Det gøres gennem aktivt arbejde med drivkræfterne for implementering: ledelse, kompetencer og organisering.

Implementeringsstrategier

Det er en vigtig beslutning at vælge en implementeringsstrategi, når kommunen skal implementere nye indsatser. Man kan implementere indsatsen i hele organisationen eller blot i enkelte dele af den – og man kan implementere hele indsatsen med det samme eller i flere faser⁸⁹. Det giver fire forskellige implementeringsstrategier:

- *Big Bang*
Her implementerer hele organisationen hele ændringen med det samme. Fordelen ved denne strategi er, at perioden med forandringer holdes forholdsvis kort, og man minimerer sandsynligheden for, at medarbejderne falder tilbage til gamle vaner. Ulempen ved Big Bang-strategien er, at der er tale om store forandringer for medarbejderne.
- *Domino*
Her implementerer en del af organisationen hele indsatsen med det samme. Fordelen ved denne strategi er, at kommunen får mulighed for at afprøve og implementere indsatsen i en begrænset del af organisationen. Derved kan man høste en række erfaringer, der kan tages med, når indsatsen skal spredes ud til resten af organisationen. Ulempen er, at denne implementeringsstrategi er mere tidskrævende.
- *Kaskade*
Her implementerer hele organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at implementeringen brydes ned i mindre og mere overskuelige dele, samtidig med at man høster fordelene ved, at hele organisationen implementerer indsatsen. Ulempene er, at det er en tidskrævende proces, og man risikerer, at der opstår 'forandringstræthed' i organisationen.
- *Små skridt*
Her implementerer en del af organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at medarbejderne får tid til at vænne sig til den nye indsats. Ulempene er, at implementeringsprocessen er meget tidskrævende, og at der er risiko for, at medarbejderne blot fortsætter, som de hidtil har gjort.

Det gælder generelt for implementering, at der ikke er en 'one size fits all'-løsning, som det altid vil være bedst at bruge. I stedet bør kommunen være bevidst om de forskellige fordele og ulemper, der følger af de forskellige strategier, og forsøge at tage højde for dem.

Kommunale udgifter til social stofmisbrugsbehandling

I 2011 var de kommunale nettodriftsudgifter til social stofmisbrugsbehandling ca. 883 mio. kr. (for dag- og døgnbehandling). Det svarer til, at en kommune af medianstørrelse (43.300 indbyggere) havde en årlig driftsudgift omkring 6,8 mio. kr. til social stofmisbrugsbehandling.

Kommunens udgifter til øvrige sociale, sundhedsmæssige eller beskæftigelsesrettede indsatser i forhold til målgruppen er ikke medregnet.

Cost-effectiveness-analyser

I cost-effectiveness-analyser sammenholdes driftsudgiften ved en indsats (typisk medarbejderressourcer) med indsatsens effekt på kortere eller længere sigt. Effekten af stofmisbrugsbehandling måles typisk på deltagernes stofforbrug og evt. deres psykiske belastning. Cost-effectiveness-analyser giver også mulighed for at sammenligne forskellige indsatser. Eksempelvis kunne en sådan analyse vise udgiften ved at reducere deltagernes ASI score med 0,1, hvis man bruger henholdsvis behandlingsmetode A og behandlingsmetode B.

Et eksempel på en cost-effectiveness-analyse på stofmisbrugsområdet er en amerikansk undersøgelse, som sammenligner forskellige sociale behandlingsmetoder til unge med stofmisbrug: familiebaseret behandling og behandling baseret på kognitiv adfærdsterapi individuelt og i grupper⁹⁰. Af disse havde den kognitive gruppebehandling de laveste udgifter per deltager. Analysen viste, at den familiebaserede behandling havde signifikant bedre effekt på de unges stofforbrug ved afslutning af behandlingen end kognitiv gruppeterapi. Men målt tre måneder efter udskrivning havde kognitiv gruppebehandling lige så god effekt målt på de unges stofforbrug som de øvrige undersøgte behandlingsformer. Desuden havde gruppebehandlingen bedre effekt på de unges kriminalitetsrate både ved udskrivning og tre måneder senere.

Den kognitive gruppebehandling var altså ikke mere effektiv til at reducere de unges stofforbrug på kort sigt – faktisk mindre. Men den havde en sammenlignelig effekt på længere sigt, samtidig med at den var mindre udgiftstung end de øvrige undersøgte behandlingsformer.

Der findes aktuelt ingen danske cost-effectiveness-analyser af metoder til social stofmisbrugsbehandling.

Cost-benefit-analyser

I cost-benefit-analyser sammenlignes udgifterne ved en given indsats med indsatsens økonomiske effekter på kortere og længere sigt. Dvs. effekterne omregnet til en økonomisk værdi i kroner. Eksempelvis kunne en sådan analyse vise værdien i kroner af at nedsætte ASI-scoren hos deltagere i stofmisbrugsbehandling med 10 pct.

Internationale cost-benefit-analyser peger på, at det overordnet er en god samfundsmæssig investering at iværksætte social stofmisbrugsbehandling⁹¹. Årsagen er, at misbrugsbehandling fører til et fald i de samfundsmæssige udgifter, der er forbundet med mennesker med stofmisbrugs

forbrug af sundhedsydelser og sociale foranstaltninger, herunder anbringelse af børn. Yderligere fører misbrugsbehandling til et fald i kriminalitet, hvilket også bidrager til en samfundsmæssig besparelse⁹².

Misbrugsforskning har påvist, at mange brugere i årevis veksler mellem perioder med misbrug, stoffrihed og behandling. På den baggrund kan cost-benefit-analyser konkludere, at også tilbagefaldsforebyggende indsatser generelt kan betale sig i et samfundsøkonomisk perspektiv⁹³. Årsagen er, at tilbagefaldsforebyggelse forlænger den periode, hvor behandlingsresultaterne af den primære sociale behandling fastholdes. Dermed forlænges også perioderne mellem intensiv dagbehandling eller døgnbehandling – som er væsentligt dyrere end tilbagefaldsforebyggelse.

Der findes aktuelt ingen danske cost-benefit-analyser af den sociale stofmisbrugsbehandling, hverken samlet set eller med fokus på udvalgte metoder.

Initiativer på stofmisbrugsområdet

I afsnittet præsenteres en række af de igangværende initiativer på området, som er sat i værk af Social-, Børne- og Integrationsministeriet.

Forsøg med udgående indsatser til unge med misbrugsproblemer (2012-2015)

<i>Målgruppe:</i>	Elever på ungdomsuddannelser (erhvervsuddannelser og produktions-skoler), som har et problematisk forbrug af rusmidler.
<i>Formål:</i>	At afprøve et struktureret gruppeforløb fra København kaldet 'hashgrup-per' på forskellige erhvervs- og produktionskoler. At undersøge, om mo-dellen har positiv effekt i andre kommuner/ungdomsuddannelser.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Modellens effekt måles på følgende indikatorer: elevernes rusmiddelfor-brug, trivsel, fravær og fastholdelse i uddannelse.
<i>Kontakt:</i>	Brøndby, Lolland, Odense, Silkeborg, Tårnby og Vesthimmerland Kommu-ne. Socialstyrelsens Voksenenhed.

Udvikling af modelprojekter med fokus på screening og udredning af mennesker med stofmis-brug og psykiske lidelser (2012-2015)

<i>Målgruppe:</i>	Dobbeltbelastede mennesker med stofmisbrug i misbrugsbehandling
<i>Formål:</i>	At afprøve to screenings- og samarbejdsmodeller. Modellerne er baseret på, at deltagerne samtidig tilbydes behandling for stofmisbrug og psyki-ske vanskeligheder i et parallelt behandlingsforløb.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Modellernes effekt måles på følgende indikatorer: deltagernes psy-kiatribrug, misbrugsbehandling, forbrug af øvrige sundhedsydelser, uddannelses- og beskæftigelsessituation.
<i>Kontakt:</i>	Esbjerg, Gladsaxe, Horsens, Slagelse og Aalborg Kommune. Socialstyrel-sens Voksenenhed.

Anonym ambulant stofmisbrugsbehandling (2011-2013)

<i>Målgruppe:</i>	Personer over 18 år med et behandlingskrævende stofmisbrug, som i dag ikke vælger at modtage misbrugsbehandling. Målgruppen er mindre belastet og har en relativt tæt tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelsessystemet.
<i>Formål:</i>	At målgruppen ophører med/reducerer misbrug og fastholdes på ar-bejdsmarkedet. At afprøve, om man via et anonymt tilbud kan nå en gruppe, som ellers ikke vælger at søge behandling for sit misbrug.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Projektets effekt måles på følgende indikatorer: deltagernes ASI-score ved indskrivning, undervejs og ved udskrivning. Via kvalitative interview undersøges effekten af anonymitet i forhold til målgruppens rekrutte-ring til misbrugsbehandling.
<i>Kontakt:</i>	Københavns og Odense Kommune. Socialstyrelsens Voksenenhed.

Mere effektiv behandling til unge med misbrugsproblemer (2011-2014)

<i>Målgruppe:</i>	Unge under 18 år med misbrugsproblemer.
<i>Formål:</i>	At afprøve tre behandlingsmodeller: 1. Den Multisystemiske Terapimodel – Contingency Management 2. Et behandlingskoncept fra U-Turn, der bygger på systemiske indsatser og løsningsorienterede tilgange 3. Et behandlingskoncept fra Århus kommune, der bygger på programteoretiske tanker og kognitiv terapi.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Modellernes effekt måles på følgende indikatorer: deltagernes skolegang/beskæftigelse, forbrug af rusmidler, deltagelse i behandlingsforløb, trivsel.
<i>Kontakt:</i>	Aalborg, Helsingør, Herning, Horsens, Odense og Århus Kommune. Socialstyrelsens Børne- og Ungeenhed.

Forbehandling af unge med misbrug i varetægt på sikrede institutioner (2010-2012, ny puljeperiode 2013-2015)

<i>Målgruppe:</i>	Unge med misbrugsproblemer, der er anbragt i varetægtssurrogat på landets sikrede afdelinger.
<i>Formål:</i>	At de unge ikke vender tilbage til kriminalitet efter løsladelse, og at de nedsætter deres rusmiddelforbrug.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Projektets effekt måles på følgende indikatorer: de unges deltagelse i forbehandlingsforløb, kontakt til eksternt behandlingssted/brøbygning, kriminalitet, forbrug af rusmidler.
<i>Kontakt:</i>	Alle landets sikrede institutioner. Socialstyrelsens Børne- og Ungeenhed.

Undersøgelse om socialt marginaliserede med kaotisk blandingsmisbrug (2012-2013)

<i>Målgruppe:</i>	Marginaliserede personer med kaotisk blandingsmisbrug, hvori der indgår kokain.
<i>Formål:</i>	At opnå større viden om målgruppens misbrug, øvrige problematikker, muligheder og barrierer i de tilbud, der gives, samt om særlige risikogrupper.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Der gennemføres en systematisk registrering af målgruppen i forhold til bolig, misbrug, psykiske lidelser mv. Derudover undersøges medarbejdernes erfaringer med målgruppen og organisering af tilbud på området.
<i>Kontakt:</i>	Socialstyrelsens Voksenenhed

Akut krisecenter for socialt udsatte mennesker med stofmisbrug (2012-2015)

<i>Målgruppe:</i>	Mennesker med et kaotisk stofmisbrug, der pga. deres samlede livssituation befinder sig i en akut og til tider livstruende krisesituation.
<i>Formål:</i>	At målgruppen opnår en mere stabil fysisk, psykisk og social situation både på kort og længere sigt.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Der gennemføres en systematisk erfaringsopsamling af udviklingsprojektet. Fokus er at kvalificere indsatser for målgruppen fremadrettet.
<i>Kontakt:</i>	Behandlingstilbuddet Kongens Ø. Socialstyrelsens Voksenenhed.

Kombination af kokain- og hashmisbrugsbehandling/alkoholbehandling (2013-2016)

<i>Målgruppe:</i>	Mennesker med misbrug af hash og kokain/amfetamin (og evt. samtidigt alkoholmisbrug).
<i>Formål:</i>	At videreudvikle og afprøve effekten af et gruppebehandlingsforløb, som er udviklet af Købehavns Kommune. At undersøge, om indsatsen har positiv effekt i andre kommuner.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Indsatsens effekt måles på følgende indikatorer: deltagernes ASI-score.
<i>Kontakt:</i>	Socialstyrelsens Voksenenhed.

Udvikling af et metodeprogram for behandlingsmetoder og efterbehandlingskoncepter (2013-2016)

<i>Målgruppe:</i>	Unge i aldersgruppen 15-24 år med misbrugsproblemer (behandlingsmetoder), og mennesker der har gennemført stofmisbrugsbehandling (efterbehandlingskoncepter).
<i>Formål:</i>	At styrke det metodiske og systematiske arbejde i stofmisbrugsbehandlingen og efterbehandlingen. At afprøve et antal internationale behandlingsmetoder med dokumenteret effekt i en dansk kontekst.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Indsatsens effekt måles på følgende indikatorer: Formuleres i projektets opstartsfase.
<i>Kontakt:</i>	Socialstyrelsens Voksenenhed.

Udarbejdelse af nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling (2013-2014)

<i>Målgruppe:</i>	Mennesker med stofmisbrug.
<i>Formål:</i>	At formulere et fælles grundlag for den fortsatte kvalitetsudvikling af stofmisbrugsindsatsen
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Retningslinjerne vil bygge på evidens og aktuelt bedste viden, således at de kan fungere som guidelines med mulighed for angivelse af konkrete handlingsanvisninger.
<i>Kontakt:</i>	Socialstyrelsens Voksenenhed

Opsøgende indsats til de allermost udsatte stofmisbrugere (2013-2016)

<i>Målgruppe:</i>	Mennesker med stofmisbrug med meget komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer, som har gentagne og afbrudte behandlingsforløb bag sig.
<i>Formål:</i>	At styrke indsatsen over for særligt udsatte misbrugere gennem en udgående indsats i form af et mere fleksibelt tilbud om social stofmisbrugsbehandling til de allermost udsatte stofmisbrugere.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Der gennemføres en systematisk erfaringsopsamling.
<i>Kontakt:</i>	Socialstyrelsens Voksenenhed

Referenceliste

- 1 Vejledning om særlig støtte til voksne (2011): *VEJ nr. 10 af 15/02/2011. Vejledning om særlig støtte til voksne (vejledning nr. 5 til serviceloven)*. Socialministeriet
- 2 Sundhedsstyrelsen (2012): *Narkotikasituationen i Danmark 2012*.
- 3 Ibid.
- 4 Ibid.
- 5 Ibid.
- 6 Hesse, M. og Thylstrup, B. (2011): *Ambulant behandling af stofmisbrug*. Center for Rusmiddelforskning.
- 7 Pedersen m.fl. (2007): *SUSY Udsat 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. Rådet for Socialt Udsatte.
- 8 Sundhedsstyrelsen (2007): *Narkotikasituationen i Danmark 2006*.
- 9 Sundhedsstyrelsen (2012): *Narkotikasituationen i Danmark 2011*.
- 10 Sørensen m.fl. (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling – brugernes og de pårørendes perspektiv*. SFI.
- 11 Guldager, S. m.fl. (2012): *Order of age at onset for substance use, substance use disorder, conduct disorder and psychiatric illness*. Center for Rusmiddelforskning.
- 12 Vind, L. og Pedersen, M.U. (2010): *Behandling og andre sociale indsatser der tilbydes unge, der misbruger rusmidler*. Center for Rusmiddelforskning.
- 13 Hesse, M. og Thylstrup, B. (2011): *Ambulant behandling af stofmisbrug*. Center for Rusmiddelforskning.
- 14 Sundhedsstyrelsen (2012): *Narkotikasituationen i Danmark 2012*.
- 15 Ibid.
- 16 Ibid.
- 17 www.stofmisbrugsdatabasen.dk/Vejledning/Vejledninger/asi-skema
- 18 Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet (2012): *DanRIS 2011 – STOF. Dansk Registrerings- og InformationsSystem. Ambulant behandling*.
- 19 Vind, L. og Pedersen, M.U. (2010): *Behandling og andre sociale indsatser der tilbydes unge, der misbruger rusmidler*
- 20 www.socialstyrelsen.dk/unges-misbrug
- 21 Thylstrup Birgitte (2012): *God social misbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Center for Rusmiddelforskning.
- 22 Socialministeriet (2011): *VEJ nr. 10 af 15/02/2011. Vejledning om særlig støtte til voksne (vejledning nr. 5 til serviceloven)*
- 23 Socialministeriet (2011): *VEJ nr. 10 af 15/02/2011. Vejledning om særlig støtte til voksne (vejledning nr. 5 til serviceloven)*
- 24 Ibid.
- 25 Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2008): *VEJ nr. 42 af 01/07/2008. Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*.
- 26 Socialministeriet (2011): *VEJ nr. 10 af 15/02/2011. Vejledning om særlig støtte til voksne (vejledning nr. 5 til serviceloven)*
Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2008): *VEJ nr. 42 af 01/07/2008. Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*.
- 27 Hagensen, P. et.al (2011): *En tværfaglig udfordring - Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og Misbrug*.

- 28 McLellan et al. (2005): "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring". *Addiction*, 100(4), 447-458.
- 29 Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet (2012): *DanRIS 2011 – STOF. Dansk Registrerings- og InformationsSystem. Ambulant behandling*.
- 30 Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet (2012): *DanRIS 2011 – STOF. Dansk Registrerings- og InformationsSystem*.
- 31 McLellan m.fl. (2005): "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring". *Addiction*, 100(4), 447-458.
- 32 Pedersen, Mads Uffe (2010): *Dokumentations-, kvalitets- og effektstyring af socialt arbejde med socialt udsatte*. Center for Rusmiddelforskning.
- 33 Ibid.
- 34 Pedersen, M.U. & Hesse, M. (2012): *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Link: <http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/publikationer/rapporter/>
- 35 Thylstrup, B. (2012): *God social misbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Center for Rusmiddelforskning.
- 36 Smedslund G. et al. (2011): "Motivational interviewing for substance abuse". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, artikel nr. CD008063.
- 37 Hesse, M. et al. (2007): "Case management for persons with substance use disorders". *Cochrane Database of systematic reviews*, 4, artikel nr. CD006265.
- 38 Dutra, L. et al. (2008): "A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders". *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187.
- 39 Andersen, D. (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Behandlingstilbud og metoder*. SFI.
- 40 Ibid.
- 41 Link: <http://www.servicestyrelsen.dk/born-og-unge/evidensbaserede-programmer/mst-cm-1>
- 42 Duncan, B. (2012). "The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project". *Canadian Psychology*, 53(2), 93-104.
- 43 NREPP: SAMSHA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Link: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=249#std562>
- 44 Ibid.
- 45 Slesnick, N. et al. (2008): "Most common psychosocial interventions for adolescent substance use disorders". I Kaminer, Y. og Oscar, G. (red.): *Adolescent substance abuse: Psychiatric comorbidity and high-risk behaviors*, 111-144.
- 46 Liddle, H.A., et al. (2009): "Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25.
- Deas, D. et al.(2008): "Evidence-based treatments for adolescent substance use disorders". I Steele, R. et al.-(red): *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, 429-444.
- Waldron, H. (2008): "Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse". *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.
- 47 McKay (2009): "Continuing care research: What we have learned and where we are going". *Journal of Substance Treatment*, 36(2),131-145.
- 48 Zgierska, A. m.fl. (2009): "Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review". *Substance Abuse*, 30(4), 266-294.
- 49 Hesse, M. (2010): "Psychoeducation for personality disorders as an add-on to substance abuse treatment versus attention placebo: a controlled trial". *Drugs and Alcohol Today*, 10(1), 25-32.

- 50 Pedersen, M.U. & Hesse, M. (2012): *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Link: <http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/publikationer/rapporter/>
- 51 Ibid.
- 52 Pedersen, M.U. (2005): *Heroin-afhængige i metadonbehandling*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- Hesse, M & Pedersen, MU (2007): "Easy-access Services in Low-threshold Opiate Agonist Maintenance". *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6(3), 316-324.
- 53 Thylstrup Birgitte (2012): *God social misbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Center for Rusmiddelforskning.
- 54 McLellan et al. (2005): "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring". *Addiction*, 100(4), 447-458.
- 55 McKay (2009): "Continuing care research: What we have learned and where we are going". *Journal of Substance Treatment*, 36(2),131-145.
- Lash et al. (2011): "Implementation of Evidence-Based Substance use Disorder Continuing Care Interventions". *Psychology of Addictive Behavior*, 25(2), 238-251.
- 56 Hendershot et al. (2011): "Relapse prevention for addictive behaviors". *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 17(6).
- 57 Bowen et al. (2012): "Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial". *Substance Abuse*. 30(4), 295-305.
- 58 Godley, M. et al. (2011): "Assertive Continuing Care for Adolescents". *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice. Current Clinical Psychiatry*, 103-126.
- 59 Ibid.
- 60 McKay (2009): "Continuing care research: What we have learned and where we are going". *Journal of Substance Treatment*, 36(2),131-145.
- 61 Lash et al. (2011): "Implementation of Evidence-Based Substance use Disorder Continuing Care Interventions". *Psychology of Addictive Behaviour*, 25(2), 238-51.
- 62 Klein et al. (2012): "Computerized continuing care support for alcohol and drug dependence: A preliminary analysis of usage and outcomes". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 25-34.
- 63 McKay (2005): "The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes". *Archives of General Psychiatry*. 62(2), 199-207.
- 64 McKay et al. (2004): "Step down continued care in the treatment of substance abuse: correlates of participation and outcome effects". *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 321-331.
- 65 Popovici et al. (2008): "Economic Evaluation of Continuing Care Interventions in the Treatment of Substance Abuse". *Evaluation Review*, 32(6), 547-68.
- 66 Thylstrup Birgitte (2012): *God social misbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Center for Rusmiddelforskning.
- 67 Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet (2012): *DanRIS 2011 – STOF. Dansk Registrerings- og InformationsSystem. Ambulant behandling*.
- 68 Social- og Integrationsministeriet, KL, Danmarks Statistik, Danske Regioner og Finansministeriet (2011): *Aftale om national dokumentation på handicapområdet*. Link: <http://www.sm.dk/Temaer/velfaerdsudv/dokumentation/handicap>
- 69 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 70 Rogers, E. M. (2005): *Diffusion of innovations (5th edition)*
- 71 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 72 Ogden, T. (2012): *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*.

- 73 <http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-drivers>
- 74 Guldbbrandsson, K. (2008): *From News to Everyday use – The difficult art of implementation*. Statens Folkhälsoinstitut
- Kotter, J. (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes*.
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 75 Ibid. og Hamm, M. S. et al. (1989): “The Conditions of effective implementation – A guide to Accomplishing Rehabilitative Objectives in Corrections”. *Criminal Justice and Behavior*. 16(2)
- 76 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- Gearing, R. et al (2011): “Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation”. *Clinical Psychology Review*. 31.
- 77 Guldbbrandsson, K. (2008): *From News to Everyday use – The difficult art of implementation*. Statens Folkhälsoinstitut
- Kotter, J. (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes*.
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 78 Durlak, J. og DuPre, E. (2008): “Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation”. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- Dusenbury, L. et al. (2003): “A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings”. *Health Education Research*. 18(2)
- 79 Durlak, J. og DuPre, E. (2008): “Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation”. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Dusenbury, L. et al. (2003): “A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings”. *Health Education Research*. 18(2)
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 80 Pawson, R., T. Greenhalgh, G. Harvey & K. Walshe (2004): *Realist Synthesis: An introduction* ESRC Research Methods Programme. University of Manchester. RMP Methods Paper 2/2004
- 81 Ludvigsen, K. og Thylstrup, B. (2011): ”Hvorfor er opkvalificering af behandling ikke så enkel, som det lyder?”. *STOF*, 16, 12-16.
- 82 Andersen, D. (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Behandlingstilbud og metoder*. SFI.
- 83 Ibid.
- 84 Ludvigsen, K. og Thylstrup, B. (2010): ”Hvorfor er opkvalificering af behandling ikke så enkel, som det lyder?”. *STOF*, nr. 16, 12-16.
- 85 Socialt Udviklingscenter SUS (2011): *En tværfaglig udfordring. Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug*.
- 86 Järvinen, M. (red) (2010): *Stoffer og nattelivet*. Hans Reitzels forlag.
- 87 Socialstyrelsens igangværende evaluering af forsøgsprojektet Anonym ambulans stofmisbrugsbehandling.
- 88 Pawson, R., T. Et al. (2004): *Realist Synthesis: An introduction*. ESRC Research Methods Programme. University of Manchester. RMP Methods Paper 2/2004
- 89 Kræmmer, M et al. (2009): *Change and effect*.
- 90 French, M.T. et al. (2008): “Cost-Effectiveness Analysis (CEA) of Four Interventions for Adolescents with a Substance Use Disorder”. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 34, 272-281.
- 91 Cartwright (2000): “Cost-Benefit Analysis of Drug Treatment Services: Review of the literature”. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3(1), 11-26.

- 92 Davies et al. (2009): *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS)*. Research Report 25. National Drug Evidence Center.
- 93 Popovici m.fl. (2008): "Economic Evaluation of Continuing Care Interventions in the Treatment of Substance Abuse". *Evaluation Review*. 32, 547-568.



SOCIALSTYRELSEN

Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk