

God social misbrugsbehandling

- hvad virker og hvad kan der gøres



Udarbejdet for KL af:

**Birgitte Thylstrup, psykolog p.hd.,
Center for Rusmiddelforskning**

Resume

Formålet med rapporten er at give et overblik over, hvad den sociale behandlingsindsats inden for misbrugsbehandling består af, og hvad der virker, og på den måde bidrage til den løbende kvalitetsudvikling inden for misbrugsbehandling.

Målgruppen for rapporten er beslutningstagere i kommunerne samt ledere og personale på behandlingsinstitutioner, der retter sig mod mennesker med et alkohol- og stofmisbrug.

Den sociale indsats omfatter forskellige samtalebaserede interventioner og behandlingsmetoder, som ikke nødvendigvis involverer medicinsk behandling, men hvor tæt samarbejde med den sundhedsfaglige del af behandlingen er en forudsætning for at kunne imødekomme klienternes ofte komplekse problemstillinger. På trods af forskelle i opgaver og udfordringer inden for de forskellige behandlingsenheder er der også lighedspunkter i forhold til kvalitet og indhold af den sociale indsats. Det er dette, rapporten omhandler.

Rapportens hovedkonklusion er, at der er dokumentation for, at misbrugsbehandling virker op til 6 måneder efter afsluttet behandling.

Mere er ikke bedre. Behandlingseffekten øges ikke nødvendigvis med stigende behandlingsintensitet, men når klienternes individuelle behov matches med en behandlingsindsats, der imødekommer disse behov, og som er fleksibel i forhold til ændringer i klienternes livssituation.

Beslutninger om behandlingsindsatser bør involvere fokus på demografiske faktorer, misbrugs karakteristika og klientens individuelle og sociale ressourcer.

For at sikre fleksibilitet i behandlingen bør der arbejdes struktureret med løbende afklaring, monitorering og vurdering af det enkelte klientforløb eller af flere klientforløb over tid for særligt belastede misbrugere. Der opnås øget effekt ved en helhedsorienteret indsats, der integrerer socialt orienterede, metodespecifikke og sundhedsfaglige interventioner, og når der afsættes ressourcer til efterbehandling/opfølgende behandling.

I tilfælde, hvor misbrug af alkohol eller stoffer er udtryk for en kompleks social og helbreds-mæssig problematik, bør man prioritere længerevarende rehabilitering og opfølgning. Dette må ske i samspil med faktorer uden for behandlingen: boligsituation, inklusion i samfundet og deltagelse i sociale fællesskaber, herunder de fællesskaber, der kan være inden for uddannelse/beskæftigelse.

Anvendelse af en sagskoordinator/case manager øger chancen for, at klienten indgår i relevante tilbud, men er ikke i sig selv behandling af stofbrug.

Evidensbaserede behandlingsmetoder er de mest velundersøgte og veldokumenterede metoder i forhold til, hvordan de fungerer, og for hvem de fungerer. De metoder, hvor der er påvist effekt, indeholder overvejende elementer af kognitiv terapi, adfærdsterapi, problem-

løsende terapi, færdighedstræning og motivationsforstærkende indsatser, samt inddragelse af pårørende. Det er kendetegnende, at ingen af disse metoder er specielt konfronterende eller analytisk tolkende. Derudover kan der være variation mellem de forskellige elementer, hvem og hvor mange aktører der involveres i behandlingen samt behandlingsintensitet.

Rapporten afslutter med oplæg til kvalitetsstandarder, der kan anvendes til at gennemgå og overveje udvikling af den sociale indsats i praksis, og som blandt andet bygger på de retningslinjer, der er beskrevet i det europæiske EQUUS projekt, som også danner baggrund for de nationale anbefalinger til minimumskvalitetsstandarder i dansk misbrugsbehandling.

Hvad er social behandling?

Social behandling referer til den socialfaglige indsats inden for behandling af alkohol- og stofmisbrug. Ifølge sundhedsloven § 141 og servicelovens § 101 skal der tilbydes behandling i form af enten ambulant, dag- eller døgnbehandling til klienter med et alkohol- eller stofmisbrug senest 14 dage efter klientens første henvendelse. Beslutningen om den konkrete behandlingsindsats bygger på en helhedsvurdering af klientens behov og samlede livssituation. Beslutningen indebærer en skriftlig begrundet afgørelse til klienten med oplysninger om formålet med behandlingsindsatsen, hvad der er bevilget, og hvad der er den forventede varighed af indsatsen, samt hensyn til særlige forhold.

Hvad er god social behandling?

God social behandling er en professionel behandlingsindsats, hvor der arbejdes ud fra et helhedsorienteret fokus, og hvor formålet er at støtte klienterne i at reducere eller stoppe misbruget og – hvor det er nødvendigt – imødegå den manglende trivsel og sociale marginalisering, som klienter oplever. Det drejer sig altså om forbedring af livskvalitet, og det drejer sig om social inklusion i almindelige sociale, kulturelle, økonomiske og politiske aktiviteter.

Den sociale indsats opererer derfor med forskellige mål i forhold til de belastninger, som klienterne oplever. Stoffrihed og alkoholafholdenhed er ét mål. Derudover er det uafhængigt heraf et mål at arbejde med reduktion af de problemer, der følger i kølvandet på et alkohol- og stofmisbrug, og de problemer som kan udfordre positive ændringer eller øge risiko for tilbagefald til misbrug. Et andet vigtigt mål er at støtte en forbedring af klienternes samlede livssituation, blandt andet ved at hjælpe til øget mestring af eget liv, oplevelse af større trivsel og grad af deltagelse i sociale fællesskaber – og hvis relevant og muligt – beskæftigelsesrelaterede fællesskaber. Uanset målet foregår beslutninger vedrørende behandlingen i samspil med klienterne, med sigte på at engagere dem i behandlingen og støtte op om motivation for forbedring af egen livssituation.

For at sikre kvalitet og effekt i den socialfaglige indsats er det vigtigt at anvende en behandlingsstrategi, der støtter op om de indsatser, der iværksættes for at nå de aftalte mål, og som indeholder veldefinerede indsatser og systematiske og validerede behandlingsmetoder. Den sociale indsats i misbrugsbehandling involverer derfor overvejelser om, hvad målet med indsatsen er, og hvilke midler der er hensigtsmæssige at anvende for at nå disse mål på en måde, der er gennemsigtig og tilgængelig for de involverede parter. Samtidig skal kravet til dokumentation fungere som støtte til behandlerne i forhold til at tilegne sig og anvende de nødvendige kompetencer, der støtter op om behandlingsindsatsen.

God social behandling er tilgængelig, tålmodig og tænker langsigtet. Det indebærer fokus på før og efterbehandling, for eksempel ved prioritering af imødekommenhed over for klienter, som udskrives fra behandlingen uanset årsag, let tilgængelig opfølgning efter afsluttede behandlingsforløb, fastholdelse af klientkontakt, og fleksibilitet i tilbud i og uden for almindelig arbejdstid. I mange tilfælde er det langvarige sigte og engagement i forhold til den sociale indsats afgørende for, at indsatsen støtter op om forbedring af klientens livssituation.

Definition af social behandling

Den sociale behandling foregår inden for rammerne af socialt arbejde, som kan beskrives på følgende måde: ”Det sociale arbejde virker til fremme for social forandring og problemløsning i menneskelige forhold. Det støtter det enkelte menneske i at frigøre sig og blive i stand til at øge dets trivsel. Ved hjælp af teorier om menneskelig adfærd og sociale systemer griber socialt arbejde ind på de områder, hvor mennesker og miljø påvirker hinanden. Principperne for menneskerettigheder og social retfærdighed er fundamentale for socialt arbejde”[1]. I faciliteringen af individuelle, organisatoriske, sociale og kulturelle forandringer anvender socialt arbejde teorier om menneskelig udvikling, adfærd og sociale systemer i analysen af komplekse situationer og baserer dets metodologi på evidensbaseret viden i samspil med den viden, der er knyttet til den lokale kontekst [1].

Fælles for den sociale indsats er det psykosociale perspektiv. Dette perspektiv omfatter mange forskellige samtalebaserede interventioner og behandlingsmetoder, som ikke nødvendigvis omfatter medicinsk behandling, men hvor tæt samarbejde med den sundhedsfaglige del af behandlingen ikke desto mindre er en nødvendig forudsætning for, at behandlingen er i stand til at imødekomme klienternes ofte komplekse problemstillinger på en kvalificeret måde.

Sociale indsatser i misbrugsbehandling virker inden for denne overordnede ramme, hvor anvendelsen af evidensbaseret viden refererer til ”...integrationen af individuel klinisk ekspertise med den bedst tilgængelige kliniske dokumentation fra systematisk forskning” [2]. Inden for misbrugsområdet beskriver termene ”best practice” og ”evidence-based practice” anbefalinger til misbrugsområdet, som er udviklet på baggrund af løbende eksperterfaring, vurdering og forskning samt udvikling af mere kvalificerede metodiske tilgange til misbrugsområdet [3]. God social misbrugsbehandling er således baseret på brug af evidensbaseret behandling og på autoriserede eller akkrediterede praktikere, som har demonstreret kernekompetencer inden for deres praksisområde, og hvor aktiviteterne er monitoreret regelmæssigt og forholdt til kvalitetsindikatorer [4]. Samtidig foregår god social behandling i løbende dialog med klienterne og inddrager deres – og hvis relevant og muligt – de pårørendes syn på, hvad der hjælper [5], og hvor tilfredse de er med behandlingen [6].

Rammer for den sociale indsats

Den sociale indsats inden for misbrugsområdet kan opdeles i 7 modaliteter, hvor der ydes behandling med stigende intensitet (se figur 1).

Figur 1. Typer af behandling

Anonym rådgivning	Personlige samtaler/samtaler over telefonen i forløb af forskellig varighed
Ad hoc	Tilbud om samtaler ca. hver 14. dag
Korte interventioner	Tilbud om afklarende forløb, ofte gennem 1-4 samtaler
Ambulant behandling	Tilbud om samtaler mindst 2 gange om måneden og højst 8 gange om måneden
Dagbehandling	Tilbud om samtaler mere end 8 gange om måneden i ambulant regi
Døgnbehandling	Alkoholfri/stoffri døgnbehandling og stabiliserende døgnbehandling
Særlige boformer	Bo- og omsorgstilbud af midlertidig, længerevarende eller permanent art

Anonym rådgivning

Anonym rådgivning henvender sig til personer, der prioriterer anonymitet, og som generelt har en mere stabil livssituation i forhold til boligforhold, uddannelse og beskæftigelse. Rådgivningen tager udgangspunkt i at afklare personens livssituation og ønske om at reducere/stoppe brug af rusmidler. Nogle steder tilbydes der derudover gruppebehandlings- og efterbehandlingsforløb af varierende længde, ofte en gang ugentligt efter almindelig arbejdstid, og med mulighed for individuelle samtaler efter behov. Fokuspunkter i sådanne forløb er typisk:

- Stoffernes fysiske og psykiske virkning
- Ambivalens og motivation for forandring
- Trang og risikosituationer
- Ressourcer og løsninger

Nogle rådgivningssteder tilbyder endvidere pårørende- eller familiesamtaler og deltagelse i selvhjælpsgrupper.

Ad hoc samtaler

Ad hoc refererer til samtaler, hvor klienterne kan tale med en behandler hvis der er særligt behov for det, men hvor samtalerne ikke indgår som en del af et behandlingskoncept, eksempelvis i metadonbehandling.

Korte interventioner

Korte interventioner er interventioner, som gennemføres på behandlingsenheder, hvor behandleren møder klienten med henblik på at afklare behandlingsbehov. Korte interventioner består af en kortere række af samtaler, ofte mellem en og fire, hvor fokus er på at afklare klientens ønsker og muligheder og eventuelt planlægge et videre behandlingsforløb. Korte samtaler kan både anvendes som det eneste tilbud og i samspil med anden behandling.

Typiske eksempler på korte interventioner er motiverende samtaler og motivationsfremmende terapi. Motiverende samtaler er åbne samtaler, hvor man sammen med en professionel afklarer behandlingsbehovet og muligheder for forandring, mens motivationsfremmende terapi herudover indebærer, at behandleren og klienten sammen gennemgår og taler om klientens problematik ud fra en systematisk udredning. Fælles for de to tilgange er fokus på at afklare klientens ambivalens med hensyn til problemer med alkohol og/eller stoffer, snarere end at klienten accepterer en bestemt behandlingsintervention eller behandlingsmodel.

Ambulant behandling

Ambulant behandling kan karakteriseres som et lavintensitetstilbud, hvor sigtet både kan være skadesreduktion eller afholdenhed/stoffrihed. Ydelsen ligger på 2-8 gange om måneden og kan i det enkelte tilfælde derfor variere i intensitet og i tilbud af ydelser. Centrale elementer i ambulant behandling er rådgivning, individuelle samtaleforløb og gruppebehandling, lægekonsultation samt udredning hos en psykolog eller psykiater efter behov.

Dagbehandling

I dagbehandling ydes en struktureret behandling, hvor klienterne typisk møder mandag til fredag, 5-8 timer dagligt og deltager i et fast skema, som almindeligvis indbefatter gruppebehandling af forskellig slags samt aktiviteter med pædagogisk/socialt sigte, eksempelvis sport eller madlavning. I Danmark er dagbehandling et område, der er under stor udvikling, blandt andet som følge af kommunernes opprioritering af denne behandlingsform. Der findes forskellige udformninger af indholdet i dagbehandling, men kerneelementer, der går igen, omfatter:

- Behandling alle hverdage (for eksempel fra kl. 8.30 til 13.00 og over et forløb på 3 måneder)
- Udarbejdelse af handlingsplan/behandlingsplan for den enkelte klient, baseret på oplysninger fra visitation og udredning
- Gruppeterapi
- Pædagogiske aktiviteter/arbejde med sociale kompetencer og adfærd
- Motion i fællesskab
- Undervisningslignende indsatser, hvor gruppedeltagerne lærer om misbrug og håndtering af tilbagefaldsrisiko (psykoedukation) og andre relevante emner
- Individuelle/pårørendesamtaler efter behov

Døgnbehandling

Døgnbehandling er det mest omfattende behandlingstilbud til klienter med misbrug og retter sig generelt mod de mest belastede alkohol- og stofafhængige, hvor ambulant behandling

eller dagbehandling ikke vurderes at være dækkende. I døgnbehandling foretages eventuelt afgiftning, og det søges at undgå, at der foregår indtag af alkohol eller stoffer udover medicin efter ordination. Oftest er formålet med døgnbehandling, at klienten skal stoppe sit misbrug og aftrappe al medicinsk behandling for misbrug såsom metadon eller buprenorphin. Dog kan sigtet for nogle klienter være længerevarende stabilisering ved brug af antabus/substitutionsmedicin. Varigheden af døgnforløb svinger typisk mellem ophold under 30 dage til ophold på over 90 dage. Centrale elementer er rådgivning, individuelle samtaleforløb og gruppebehandling, lægekonsultation, i nogle tilfælde udredning hos en psykolog eller psykiater, samt pædagogiske aktiviteter.

Særlige boformer

Særlige boformer udgøres blandt andet af bo- og omsorgstilbud. Botilbud består typisk af solistboliger, opgangsfællesskaber og bofællesskaber med mere eller mindre personalemæssig støtte. Omsorgstilbud fungerer som et slags alternativt plejehjem for misbrugere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og sociale problemer, der har behov for pleje og behandlingsmæssig støtte, og hvor andre relevante pleje- og omsorgstilbud ikke kan rumme klientens adfærd og misbrug. Ophold på sådanne boformer kan både være af midlertidig, længerevarende og permanent art. Selvom der ikke stilles krav om dokumentation af egentlig effekt i forhold til skadesreduktion eller opnåelse af stoffrihed, indgår der ofte behandlingsmæssige tiltag med sigte på at forbedre klientens livskvalitet og livssituation.

Hvad viser undersøgelser i forhold til effekt

Den sociale indsats i misbrugsbehandling udgør en del af klientens liv, men det meste af livet leves uden for behandlingen, hvor mange andre faktorer virker ind på klientens bedringsforløb. Det endelige resultat af et behandlingsforløb påvirkes derfor af en lang række faktorer, som behandlingstilbuddet kun i begrænset omfang kan påvirke: den enkelte klients støtte i vennekreds og familie, klientens muligheder på arbejdsmarkedet, tilgængelighed af behandling for fysiske og psykiske sygdomme, adgang til tilfredsstillende boligforhold – alle faktorer som kan medvirke til en stabilisering af klientens livssituation og støtte op om behandlingsengagement og effekt.

I forhold til den effekt, som der søges opnået gennem en fokuseret behandlingsindsats, kan effekt beskrives som forandringer i klientens symptomer, adfærd og funktioner, som med rimelig sandsynlighed kan tilskrives en given behandling. I denne formulering er effekt ikke afgrænset til selve reduktionen eller ophøret af rusmidler, men involverer andre faktorer, der er vigtige for klientens bedringsproces. Disse faktorer er blandt andet reduktion i psykiske symptomer, såsom depression/angst, reduktion/ophør af udøvelse af kriminalitet, øget evne til at indgå i sociale og beskæftigelsesrelaterede sammenhænge, og bedre forhold til sociale netværk, herunder familie og venner.

Misbrugsbehandling, som fokuserer på disse faktorer, er i overensstemmelse med de seneste anbefalinger om at vurdere behandlingseffekt ud fra flere parametre end det tidligere traditionelle fokus på dage uden misbrug, grad af beskæftigelse og reduktion i kriminalitet [se eksempelvis 7, 8]. Anbefalingerne fremhæver fire områder: 1) reduktion/ophør af rusmiddelbrug, 2) forbedring i livskvalitetsindikatorer (fysisk og psykisk helbred), 3) forbedring i social funktion (beskæftigelse, familieforhold og andre sociale relationer), og 4) reduktion i samfundsmæssig belastning (kriminalitet og spredning af infektionssygdomme) [7], og understøtter et helhedsorienteret behandlingsfokus, der omfatter klientens samlede bedringsproces.

Det er svært at forudsige præcist, hvilken behandlingsmetode der er bedst for den enkelte klient. Det er dog muligt at sige noget om, hvilken behandlingsmodalitet og behandlingsintensitet der fungerer bedre for nogle klienter end andre, og hvilke behandlingsmetoder der er mest undersøgte i forhold til effekt [9].

Behandlingsmodaliteter og effekt

I det følgende gennemgås behandlingseffekt inden for de fire behandlingsmodaliteter, der omhandler korte interventioner, ambulante og dagbehandlinger og døgnbehandling. Selvom ad hoc samtaler i mange tilfælde kan være behagelige for klient og behandler, indvirker det ikke på behandlingseffekt [10]. Der findes begrænset forskning i anonym rådgivning og særlige boformer, og det er derfor vanskeligt at udtale sig om effekterne af disse tilgange, dog synes anvendelsen af særlige boformer lovende [11].

Korte interventioner

En række undersøgelser har vist, at korte samtaler, herunder motiverende samtaler, både kan have effekt, når de anvendes som det eneste tilbud, og når de anvendes i samspil med anden

behandling [12]. Imidlertid kan anvendelse af korte interventioner nogle gange udfordre klienternes eller samfundets forventninger om, at misbrug er noget, der tages alvorligt og prioriteres, og at behandlingen skal have en vis intensitet for at virke. Endvidere er der ingen dokumentation for, at korte interventioner har effekter ud over på selve rusmiddelforbruget. Hertil kommer, at mere alvorlig afhængighed af rusmidler i mange klienters tilfælde ikke blot udgør en kort og afgrænset periode, og at behovene for hjælp i sådanne tilfælde kan variere betydeligt over tid [13].

Ambulant og dagbehandling

Undersøgelser, som sammenligner ambulant behandling og dagbehandling, peger generelt ikke på, at dagbehandling er mere effektiv end ambulant behandling [14, 15]. Dog viser mange undersøgelser, at misbrugere med middelsvære psykiatriske/psykologiske forstyrrelser ofte profiterer af mere intensive og længerevarende forløb [se for eksempel 16, 17], som udgøres af dag- og døgnbehandling. En af grundene er, at intensiteten og længden af behandlingstilbuddet øger sandsynligheden for, at klienternes samlede situation forbedres som følge af, at behandlingen over tid får mulighed for at justere indsatserne, så de møder klienternes komplekse behov på den mest kvalificerede måde [18].

Døgnbehandling

Der er ikke mange kontrollerede undersøgelser, som sammenligner døgnbehandling med mindre intensive behandlinger, og som samtidig er af god kvalitet. Enkelte undersøgelser sammenligner dagbehandling med døgnbehandling, og disse viser ingen markante forskelle på de to modaliteter [se eksempelvis 19, 20]. Dog inkluderede disse forsøg de stofmisbrugere, som det var muligt at engagere i dagbehandling. For klienter, som ikke er i stand til at fungere i ambulant- eller dagbehandling, besvarer undersøgelserne altså ikke, om døgnbehandling kan have en effekt. Det skal i den forbindelse nævnes, at en dansk undersøgelse fandt, at stoffri døgnbehandling kan fungere som en vigtig stabiliserende faktor for meget belastede klienter med en kaotisk livssituation. [21]. Undersøgelsen fandt blandt andet statistisk signifikante forbedringer i stofmisbrug ved seks måneders opfølgningen, og at behandlingen støttede klienterne i at indgå i et efterfølgende behandlingsforløb [21]. Nyere danske tal peger også på, at en stigende del af klienter, der har været i døgnbehandling, fastholder kontakten med behandlingssystemet og ofte opnår at vende tilbage til stoffrihed gennem denne kontakt [22]. Derudover findes der dokumentation for, at døgnbehandling for nogle klientgrupper generelt 'betaler sig selv' for samfundet som helhed igennem reducerede udgifter ved især kriminalitet, fordi udgifterne for samfundet bliver mindre, så længe behandlingen står på [23].

Behandlingsinterventioner og effekt

Behandlingsinterventioner kan beskrives som de konkrete indsatser, der tilbydes inden for de forskellige behandlingsmodaliteter, og som har fokus på både det psykosociale og sundhedsfaglige. En måde at skelne mellem de forskellige former for interventioner er at opdele dem i socialt orienterede interventioner (såsom case management), metodespecifikke behandlingsinterventioner (som for eksempel 12-trinsrådgivning og kognitiv terapi), og sundhedsfaglige interventioner (som for eksempel lægekonsultation og medicinsk behandling af somatiske/psykiske problemer).

Socialt orienterede interventioner

Udgangspunktet for de socialt orienterede interventioner er, at klienter med misbrugsproblemer ofte faldholdes i misbruget af deres omfattende psykosociale problemer, som ofte kan løses eller reduceres betydeligt gennem inddragelse af forskellige relevante ydelser. Disse ydelser kan blandt andet være at støtte klienten i at få hans eller hendes tilværelse til at hænge sammen ved at se på udækkede behov som hjemløshed og arbejdsløshed, eller ubehandlede fysiske og psykiske sygdomme. Med andre ord socialt arbejde med et helhedsorienteret sigte. Socialt orienterede interventioner anvender i stigende grad en behandler, som fungerer som sagskoordinator/case manager for den enkelte klient. Funktionen involverer systematisk og løbende monitorering af klientforløbet. Her indgår blandt andet tidlig opdagelse af potentielle problemer, der kan udfordre klientens bedringsforløb, samt etablering og koordinering af kontakt til relevante samarbejdspartnere der varetager andre behandlingsydelser, såsom hospitaler, herberger, beskæftigelsesindsats. Forskning har vist, at anvendelse af en sagskoordinator/case manager øger chancen for, at klienten både modtager andre relevante tilbud og indgår aktivt i tilbuddene [24, 25].

Metodespecifikke behandlingsinterventioner

De metodeorienterede behandlinger fungerer ofte som afgrænsede forløb med et fastlagt antal samtaler med henblik på at afklare problematikker og støtte klienten i at opnå nye færdigheder, der kan forbedre den samlede livssituation. En systematisk litteraturoversigt af Magill og Ray [26] viste, at effekten af kognitiv terapi var robust, men ganske lille, særligt når kognitiv terapi for misbrug blev sammenlignet med andre behandlinger. Behandlingen var derimod mere effektiv end ingen behandling, især ved behandling for cannabisafhængighed. I det mindste én anden model, en struktureret rådgivning, der tager udgangspunkt i 12-trinsprogrammet og opfattelsen af afhængighed som en kronisk sygdom, har dog vist resultater på linje med den kognitive terapi [27, 28]. Derudover er der flere undersøgelser, der har vist, at motiverende samtaler (MI), som er en samtalemethode, der støtter klienten i at undersøge og løse ambivalens i forhold til misbrug og arbejde med adfærdsændringer [29], virker positivt i forhold til opstart og fastholdelse i behandling [se for eksempel 30, 31, 32]. Endelig er der flere undersøgelser, der beskriver effekt ved brug af contingency management, hvor klienten belønnes for at opnå behandlingsresultater [33] og community reinforcement (CRA), hvor behandlingen inddrager ressourcer i lokalsamfundet til at støtte klienten i at opnå forandring samt social færdighedstræning [34, 35]. Der er dog ikke tradition for at anvende contingency management og community reinforcement i Danmark.

Hvad angår andre metodeorienterede behandlingsmodeller, såsom forskellige typer af psykodynamisk behandling, acceptance and commitment therapy (ACT), løsningsorienteret behandling og dialektisk adfærdsterapi, findes der ingen eller kun meget begrænset forskning, og det er derfor vanskeligt at udtale sig om effekterne af disse behandlingsmetoder. Mange af de behandlingsmetoder, hvor der er påvist effekt, indeholder overvejende elementer af kognitiv terapi, adfærdsterapi, problemløsende terapi, færdighedstræning og motivationsforstærkende indsatser. Det er kendetegnende for disse metoder, at ingen af dem er specielt konfronterende eller analytisk tolkende. I forhold til behandling af unge synes mange af de nævnte metoder også at have positiv effekt, herunder forskellige former for familierapi, kognitiv terapi og motiverende samtaler [se eksempelvis 36]. Derudover kan der være varia-

tion mellem de forskellige elementer, hvem og hvor mange aktører der involveres i behandlingen samt behandlingsintensitet.

Udover at der mangler undersøgelser, som vurderer og sammenligner effekten af flere af de nævnte behandlingsmetoder, er det ikke sandsynligt, at en metode kvalificerer sig over de andre på alle områder. Forskellige metoder kan have effekt på forskellige aspekter af klienternes problemer [37]. For eksempel beskriver større gennemgange af undersøgelser af psykosociale behandlingsmetoder inden for alkoholbehandling, at de metoder, der syntes at virke bedst, er korte interventioner, træning i sociale færdigheder, CRA, samt adfærdsparterapi, herunder adfærdsterapi for par [se eksempelvis 38], og case management [25]. Her er således tale om brug af både socialt orienterede og metodespecifikke interventioner, der retter sig mod forskellige problemområder. Dette understøtter, at behandling, der virker, indeholder en bredde i behandlingsindsatser og professionel faglighed, som muliggør en helhedsorienteret behandlingsindsats, som er fleksibel, og som kan imødekomme klienternes individuelle behov.

Sundhedsfaglige interventioner

Undersøgelser har vist, at effekten af behandling øges, når socialt orienterede interventioner og metodespecifikke behandlingsinterventioner suppleres med sundhedsfaglige ydelser og tilpasses den individuelle klient [se blandt andet 39, 40]. For eksempel understreges betydningen af korrekt farmakologisk behandling ved behandling af psykiske lidelser, såsom angst og depression [41, 42], alkoholafhængighed, såsom anvendelse af acamprosat og naltrexon [43], og stofafhængighed, såsom dosering af metadon [44].

Udgangspunktet for sundhedsfaglige interventioner er det store sammenfald mellem misbrug og psykiske og somatiske lidelser. Interventionerne omfatter udredning og diagnostik af disse lidelser og udarbejdelse af en lægelig behandlingsplan, der blandt andet koordinerer samarbejdet med relevante samarbejdspartnere inden for det primære og sekundære sundhedssystem. Som en del af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats indgår der henvisning til undersøgelser for hiv/hepatitis og andre infektionssygdomme efter behov. Derudover indgår der undersøgelse og behandling af misbrugsrelaterede sygdomme (skader efter injektioner såsom bylder og blodpropper, hiv/hepatitis) og andre livsstilsrelaterede sygdomme, såsom KOL og tuberkulose, samt forebyggelse af uønsket graviditet og kønsygdomme. Sundhedsfaglige interventioner kan derudover omhandle undervisning om smitteveje og begrænsning af risikoadfærd (eksempelvis seksuel adfærd og injektionsbrug) samt undervisning i egenomsorg og varetagelse af eget helbred.

Motiverende samtaler og psykoterapeutiske forløb kan, i lighed med og ofte i samarbejde med den sociale indsats, også indgå som en del af en sundhedsfaglig misbrugsbehandling.

Efterbehandling/opfølgende indsats

Mange undersøgelser har vist, at behandlingseffekt ofte er høj, mens behandlingen finder sted og holder sig i op til 6 måneder efter afsluttet behandling [7]. Da behandlingsindsatsen udgør en kortere periode i klienternes livssituation og bedringsproces, og bedringsprocessen i mange klienters tilfælde strækker sig over tid, er det ofte nødvendigt at arbejde med

et mere langsigtet behandlingsfokus [13]. Som følge af dette anbefaler blandt andet danske undersøgelser prioritering af efterbehandlingsmæssige tiltag for at optimere en mere langvarig behandlingseffekt [21, 45, 46], og at støtte deltagelse i selvhjælpsgrupper [45]. En dansk undersøgelse af stoffri døgnbehandling fra 2012 [21] fandt, at der i de senere år var sket fremskridt i forhold til, at klienter, som blev udskrevet fra døgnbehandling, blev engageret i opfølgende behandling. Rapporten fandt dog også, at mange af klienterne stadig oplevede massive sociale problemer efter endt behandlingsforløb, især i forhold til boligsituation, mangel på uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning. Da disse faktorer alle øger risikoen for tilbagefald, understreger fundene behovet for at investere flere ressourcer i efterbehandling og opprioritere det langvarige sigte og engagement i forhold til klienterne, herunder planlægning af rehabiliteringsforløb med fokus på både bolig, beskæftigelse og efterbehandling.

Andre faktorer der virker ind på behandlingseffekt

Intensitet, interventioner og behandlingsmetoder udgør vigtige elementer i misbrugsbehandling. Samtidig er der mange andre faktorer, der har betydning for opnåelse af behandlingseffekt, som blandt andet er knyttet til klienten, behandlere og klientens sociale netværk.

Klienterne

Klienternes belastningsgrad i forhold til misbrug og psykosociale problemer påvirker behandlingsproces og behandlingsresultat. Selvom klientkarakteristika ikke nødvendigvis udgør den afgørende faktor for opnåelse af behandlingseffekt [47], har undersøgelser påvist særlige faktorer, der kan øge risikoen for tilbagefald efter endt behandling. Nogle af disse faktorer er, hvis klienten har en høj belastningsscore på EuropASI-alkohol og/eller stofmisbrug ved behandlingsstart, og hvis klienten har et misbrug af flere rusmidler [se eksempelvis 48, 49, 50], hvilket også er understøttet af danske undersøgelser [45, 51].

Klienter, som udover misbruget også har en psykisk lidelse, har oftere et lavere funktionsniveau og er mere belastede inden for de førnævnte fire livsområder: 1) rusmiddelbrug, 2) livskvalitet (fysisk og psykisk helbred), 3) social funktion, og 4) samfundsmæssig belastning og marginalisering [se blandt andet 52]. De symptomer og følgeproblematikker, som følger af de forskellige kombinationer af misbrug og psykisk lidelse, komplicerer og vanskeliggør ofte behandlingsprocessen [53] og øger risikoen for dårligt behandlingsresultat [54]. Da der er en stor overhyppighed af psykiske lidelser hos misbrugere [55-57], er der derfor behov for screening og udredning tidligt i behandlingsforløbet, som støtter op om en kvalificeret kortlægning og forståelse af den enkelte klients problematikker.

Der er lavet færre undersøgelser, der beskriver klienternes oplevelse af, hvad der øger behandlingseffekt, men de undersøgelser, der er lavet, har understreget betydningen af klientens oplevelse af behandlingsrelationen [58]. Derudover har en kvalitativ undersøgelse af, hvad klienter med alkoholmisbrug tilskrev vigtige faktorer forbundet med behandlingseffekt, fundet, at disse faktorer var: trygge samtaler med personalet, øget opmærksomhed på konsekvenserne af misbruget, klienternes egen beslutning og engagement i behandlingen, involvering af det sociale netværk i behandlingen, og betydningen af afgiftning og medicinering [5]. En dansk undersøgelse har vist, at klienternes tilfredshed med behandling var signifikant forbundet med behandlingseffekt, og at behandlingstilfredshed og behandlingseffekt var hø-

jest på behandlingsenheder, hvor klienterne beskrev god behandling som: behandling, hvor personalet var tilgængeligt, proaktivt og opsøgende, hvor de oplevede, at personalet havde kvalificerede hensigter og planer med behandlingstiltag, og hvor disse tiltag hang sammen med de opstillede behandlingsmål og gav mening for dem [6, 10].

Behandlerne

Både behandlerens faglige og interpersonelle kompetencer er afgørende for kvaliteten af behandlingsrelationen, som igen er tæt forbundet med behandlingseffekt, især for klienter med sammenfaldende misbrug og alvorlig psykisk lidelse [59]. Både de faglige og interpersonelle kompetencer er afgørende for, at behandlingen virker. For eksempel har en undersøgelse vist, at behandlerens positive adfærd (varme, forståelse, bekræftende adfærd og støtte) var forbundet med positiv behandlingseffekt, mens negativ adfærd (nedgøre, bebrejde, ignorere, angribe og afvise) var forbundet med ringere effekt [60]. Andre undersøgelser har vist, at behandlerens empati, fleksibilitet, interesse i at hjælpe klienten, og evnen til at opbygge varme støttende relationer med klienterne var forbundet med positiv behandlingseffekt [61, 62]. I forhold til de faglige kompetencer har en større dansk undersøgelse påpeget, at behandlerens alder, uddannelse og anciennitet spiller en rolle for fastholdelse af klienter i behandling [45], hvilket er fund, der i tråd med udenlandske undersøgelser. Disse fund understreger blandt andet vigtigheden af, at behandlerne både besidder terapeutiske og relationelle kompetencer og en professionel faglighed, der sikrer, at de arbejder systematisk og ud fra et bredt og vel-funderet metodegrundlag.

Både udenlandske og danske undersøgelser har understreget den rolle, som organiseringen af behandlingen spiller i forhold til opnåelse af behandlingseffekt, blandt andet i forhold til at sikre, at behandlerne er tilgængelige for klienterne [63] og tildeles de nødvendige personaleressourcer [39]. I forhold til tilgængelighed beskrev en undersøgelse, at de alkoholbehandlingssystemer, der når relativt flest klienter, er kendetegnet ved aktiv kontakt til den somatiske/psykiatriske hospitalsverden, for eksempel ved at placere behandlingsambulatorier på hospitaler, eller ved at kontaktpersoner/ansatte opsøger indlagte potentielle klienter ved mistanke om misbrug. [64]. Hvad angår tildeling af personaleressourcer viser danske undersøgelser, at behandler-klient-ratioen spiller en afgørende rolle for, hvor meget professionel behandlingsskontakt den enkelte behandler kan tilbyde klienterne [64-66].

Det sociale netværk og inddragelse af pårørende

Misbrug er ikke et individuelt problem. Det sociale netværk har stor betydning for klientens opstart, engagement i behandling og derfor behandlingseffekt. Af samme grund er det vigtigt at indhente viden om ressourcer og belastninger i klienternes sociale netværk, inddrage ressourcepersoner i behandlingen hvis relevant og muligt, og støtte klienterne i at mindske sociale kontakter, der udfordrer deres bedringsproces.

Behandling, der støtter klienten i at indgå i gode sociale relationer, indvirker positivt på behandlingsforløb og behandlingseffekt – jo bedre kvaliteten med familiemedlemmerne er, desto bedre behandlingseffekt op til i hvert fald 6 måneder efter behandling [se for eksempel 67, 68] og nogle gange længere [69, 70]. Andre undersøgelser har vist, at kontakt med mennesker, der ikke har et misbrug af rusmidler, forebygger misbrug, reducerer psykiske

problemer og øger livskvaliteten [71-74], mens kontakt med mennesker med alkohol- og/eller stofmisbrug forøger risikoen for tilbagefald efter behandling [48, 75]. Der er endnu ikke opbygget meget viden om, hvordan det forholder sig inden for forskellige grupper af misbrugere, eksempelvis for misbrugere med forskellige psykiske problemer. Der er dog lavet en del forskning inden for unges misbrug af rusmidler, hvor det blandt andet er fundet, at manglende samvær med forældre og fravær af støtte fra forældre og venner udgør en markant risiko for tilbagefald [76, 77].

Ligesom kontakten med det sociale netværk uden for behandlingen spiller en stor rolle, kan inddragelse af pårørende i selve behandlingen også indvirke positivt på ikke-motiverede klienters opstart i behandling [81] og generelt på klienternes behandlingsforløb og resultat [78-80]. Nogle af de behandlingsmodeller, som flere undersøgelser har vist havde god effekt, er CRAFT (community reinforcement and family training approach), en indsats hvor man arbejder med en pårørende til en misbruger, som ikke vil gå i behandling [81, 82], og adfærdsterapeutisk parterapi (BCT), hvor man arbejder med både misbrugeren og dennes partner i samtaler [83]. Desuden viser undersøgelser, at interventioner, der er rettet mod forældre, indvirker positivt på børnenes trivsel, selvom de ikke deltager i behandlingen [se eksempelvis 84]. I forhold til behandling af unge spiller inddragelse af familien i behandlingen ofte en endnu vigtigere rolle, ligesom samarbejde med uddannelsessystemet, hvilket blandt andet er understreget af flere danske undersøgelser [85, 86].

Misbruget medfører psykosociale og socioøkonomiske belastninger for både klienten og de pårørende, og det er vigtigt at anerkende den belastning og manglende trivsel, som de pårørende oplever [87]. Belastningen bør ses som en længerevarende problematik, der finder sted både før og efter den specifikke behandlingsindsats, og som der derfor bør være løbende fokus på. Selvom kvalificerede familieorienterede indsatser har vist positiv effekt, tilbydes pårørende ofte ikke støtte eller behandling, hvilket kan tilskrives både mangel på ressourcer og tradition for primært kun at tilbyde misbrugeren behandling. Det er derfor vigtigt at øge fokus på, hvordan den sociale indsats i behandlingen kan støtte de pårørende, i sidste instans gennem henvisning til andre støtte- og behandlingsinstanser, der har dette som deres hovedområde (for mere information, se blandt andet) [88, 89].

Valg af behandlingsindsats

Nogle klienter stopper eller reducerer deres misbrug af rusmidler og oplever en forbedring af deres livssituation efter kort tid i behandling, hvorimod andre klienters misbrug ikke udgør en kort og afgrænset periode, og hvor deres behov for støtte og tilbud om behandling derfor kan variere betydeligt over tid [13]. Beslutning om, hvilken behandlingsindsats der passer den enkelte klient, bør derfor tage udgangspunkt i klientens nuværende livssituation og her vægte betydningen af den psykosociale belastningsgrad lige så højt som belastningsgrad af misbruget [90, 91]. Overordnet involverer det særligt fokus på/hensyntagen til demografiske faktorer (herunder alder, etnicitet, køn), misbrugskaraktistika (herunder belastningsgrad, art af misbrug, tilbagefald), klientkaraktistika i forhold til individuelle ressourcer (psykiske lidelser, kognitiv tilstand og grad af selvindsigt) og sociale ressourcer (social støtte, psykosocial stabilitet, social inklusion) [9]. Endelig bør beslutningerne være baseret på screening, udredning og monitorering af behandlingsforløbet, så klienterne tilbydes de mest relevante tilbud i forhold til deres aktuelle situation og behandlingsbehov [13].

Klientens ønsker

Af både etiske og praktiske grunde er det rimeligt at tage udgangspunkt i klientens egne ønsker i visitation til behandling. Dette garanterer ikke, at effekten altid vil være optimal, og der kan være situationer, hvor et ønske fra klienten vil være det mest professionelt ansvarlige at afvise. Men som tommelfingerregel er det altid rigtigt at tage udgangspunkt i klientens ønsker, når det gælder behandling, og at inddrage klienten i overvejelser om behandlingstype.

Stepped Care

Internationalt har der været stort fokus på Stepped Care modellen, hvor god behandling defineres som behandling, hvor kvalitet og intensitet i behandlingsindsatsen løbende monitoreres og vurderes i forhold til, om behandlingstilbuddet er relevant og giver mening for klienten [92, 93]. I Stepped Care modellen: 1) starter behandlingen med at afprøve den mest effektive, men mindst intensive og ressourcekrævende behandlingsindsats først, og 2) arbejder med selvkorrigerende behandlingsforløb. Afprøvningen af den mest effektive, men mindst intensive og ressourcekrævende behandling først refererer til, at mere intensive behandlingsforløb som udgangspunkt kun tilbydes klienter, der ikke har gavn af mere enkle behandlingsforløb, eller til klienter, hvor man på kvalificeret baggrund kan forudsige, at de ikke har gavn af sådanne forløb. For at sikre, at afprøvningen af det mest lavintense behandlingstilbud først ikke virker mod hensigten, benyttes en 'selvkorrigerende mekanisme'. Denne mekanisme betyder, at behandlingsforløb, hvordan forløbet har virket, samt de beslutninger, der er truffet omkring behandlingen, monitoreres systematisk og danner basis for beslutninger om at 'træde op' i behandlingsintensitet, hvis den afprøvede behandling ikke virker tilfredsstillende. Beslutning om at intensivere behandlingen baseres på en samlet vurdering af klientens bedring og baseres på den effekt, som de tilgængelige behandlingsmetoder har haft på klientens problemstillinger [93]. Det betyder samtidig også, at i stedet for at tolke klienter, som drop- per ud af behandlingen, eller som afslutter før tid, som umotiverede, anvendes den indhentede viden til at vurdere, hvilket næste skridt der er hensigtsmæssigt [92, 93]. Hvis en klient for eksempel udviser en stærk antisocial adfærd, er det ikke nødvendigvis døgnbehandling, som vil være det første valg, men derimod en ambulant indsats, hvor der arbejdes med klientens motivation for at indgå i et mere intensivt behandlingsforløb på et senere tidspunkt [94].

Stepped Care modellen understreger altså en prioritering af, at behandlingsindsatsens intensitet og kvalitet løbende monitoreres og vurderes i forhold til, om behandlingstilbuddet er relevant og giver mening. Modellen ligner den måde, som mange behandlingsinstitutioner og praktikere allerede arbejder på. Forskellen er, at Stepped Care baserer sig på formulerede og standardiserede systemer og procedurer, og på den måde sikrer, at klienten tilbydes en behandling, som både er systematisk, og som løbende evaluerer, om behandlingsindsatsen møder klientens behov. Samtidig understreger Stepped Care, at behandling ikke altid skal ses som ét forløb, der starter og slutter, men som en bevægelse, der kan vare over tid, og som kan bestå af forskellige indsatser, alt efter hvordan klientens livssituation og problemer udvikler sig. Der er altid udfordringer i forhold til, hvordan behandlingstilgange implementeres og anvendes i praksis, så de rent faktisk medvirker til en opkvalificering af behandlingen [95, 96]. I forhold til Stepped Care er en af udfordringerne at sikre, at de administrative procedurer fungerer i praksis og støtter op om det kliniske arbejde, snarere end at resultere i, at opmærksomheden vendes væk fra klienterne og klientkontakten [97].

Stepped Care modellen kan både bruges som retningslinje inden for den socialfaglige og medicinske del af misbrugsbehandlingen, hvilket for eksempel afspejles i et dansk projekt, som omhandlede udvidet psykosocial indsats for metadonbrugere [66]. Projektet var blandt andet baseret på anvendelsen af fastlagte kvalitets- og procesmål med tilhørende standarder for den sociale og den sundhedsfaglige behandlingsindsats, samt løbende monitorering af de leverede behandlingsydelser ved regelmæssig brug af validerede og internationalt brugte spørgeskemaer, som var integreret i den elektroniske brugerjournal, primært:

- Europ-ASI [98] som afdækker 7 områder; fysisk og psykisk helbred, uddannelse/beskæftigelse, brug af alkohol og stoffer/medicin, kriminalitet, familiehistorie/sociale relationer
- SF-36 [99] som måler klientens sundhedsrelaterede livskvalitet ved vurdering af helbredsstatus ved at spørge ind til områder, der måler fysisk, social og psykiske funktionsevne [for dansk udgave se 100].

Brug af disse spørgeskemaer muliggjorde en systematisk afklaring af klienternes problemer, som behandlingsindsatsen skulle imødekomme samt en løbende evaluering af det enkelte behandlingsforløb og den samlede indsats på behandler- og organisationsniveau. Derudover muliggjorde brugen af instrumenterne en vurdering af, om de fastlagte behandlingsmål blev nået samt korrigeret af behandlingen, hvis det ikke var tilfældet (for mere information om projektet, se [66]).

Konklusion

Misbrugsbehandling virker, mens den finder sted og op til 6 måneder efter afslutning, og behandlingseffekten øges ikke nødvendigvis med stigende behandlingsintensitet, men når klienternes individuelle behov matches med en behandlingsindsats, der imødekommer disse behov, og som er fleksibel i forhold til ændringer i klienternes livssituation.

Den sociale indsats i misbrugsbehandling virker bedst, når den er helhedsorienteret, når den koordinerer sociale interventioner med behandlings- og sundhedsfaglige interventioner, og når der afsættes ressourcer til efterbehandling/opfølgende behandling.

Beslutninger om behandlingsindsatser bør involvere fokus på/hensyntagen til demografiske faktorer, misbrugskaraktistika, og klientkaraktistika i forhold til individuelle og sociale ressourcer. For at sikre fleksibiliteten i behandlingen bør der arbejdes struktureret med løbende afklaring, monitorering og vurdering af det enkelte klientforløb eller flere klientforløb over tid for særligt belastede misbrugere.

Anvendelse af en sagskoordinator/case manager øger chancen for, at klienten modtager og indgår aktivt i relevante tilbud. I forhold til særlig brug af behandlingsmetoder er evidensbaserede metoder mest gennemsigtige i forhold til, hvordan de fungerer, og for hvem de fungerer. Der er ikke lavet nok undersøgelser, der sammenligner metoderne med hinanden, men nogle metoder er undersøgt nok, til at man kan anvende dem i praksis, herunder motiverende samtaler, kognitiv terapi, community reinforcement, og inddragelse af pårørende (familie- og parterapi eller som støttepersoner).

For de fleste klienter i misbrugsbehandling gælder det, at en mere langtrækkende virkning af behandlingseffekt styrkes, når der prioriteres ressourcer til efterbehandling/opfølgende indsatser. Prioritering af rehabiliteringsprocessen anerkender, at misbrug af alkohol og stoffer udgør en del af en kompleks problemstilling, hvor den psykosociale belastning spiller en lige så afgørende rolle. I mange tilfælde strækker klienternes bedringsproces sig over tid og sker i samspil med faktorer uden for behandlingen: en stabil boligsituation, støtte og positivt samvær i sociale relationer, inklusion og deltagelse i sociale fællesskaber, herunder de fællesskaber, der kan være inden for uddannelse/beskæftigelse.

Kvalitetsstandarder

Kvalitetsstandarder inden for social misbrugsbehandling skal læses som overordnede retningslinjer, der skal tilgodeses i udvikling af god social misbrugsbehandling. Udvikling af sådanne standarder involverer både overordnede og lokale strategier, der er rettet mod behandlingen (procesfokuseret kvalitetsforbedring) og strategier, der er mere direkte rettet mod klienternes individuelle forløb (klientfokuserede strategier) [101]. Nedenstående standarder søger at adressere begge strategier og bygger på ovenstående gennemgang samt tidligere formulerede kvalitetsstandarder i en oversigtsartikel om effekt af social misbrugsbehandling [65] og de retningslinjer, der er beskrevet i det europæiske EQUUS projekt [102], som også danner baggrund for de nationale anbefalinger til minimumskvalitetsstandarder i dansk misbrugsbehandling.

Visitation/opstart

Tilgængelighed

1. Behandlingen skal være umiddelbart tilgængelig for klienten, både i forhold til lokalitet og ressourcer til at modtage klienten.

Behandlingsgaranti

2. Fra klienten anmoder om at komme i behandling må der højst være 14 dage til, behandlingen iværksættes.

Rådgivning/indledende afklaring

3. Indledende samtaler med klienten kan være anonyme og kan bestå i op til 3-5 samtaler, hvor der endnu ikke er taget stilling til, om indskrivning i behandling er relevant for klienten.

Afklaring og indledende screening/udredning

4. Inden for de første 14 dage foretages afklarende samtaler, hvor klientens livssituation, belastningsgrad i forhold til alkohol- og stofmisbrug, funktionsniveau og psykosociale problemer udredes.
5. Udover oplysninger i Europ-ASI bør der foretages en indledende screening for at afdække, om der er indikation på sameksisterende psykiatriske tilstande, kognitive funktionsnedsættelser, fysisk sygdom eller andre problemer, som bør undersøges nærmere.
6. Den indhentede information anvendes i den indledende formulering af behandlingsplan, hvor der blandt andet indgår beslutning om, hvilken behandlingsintensitet der bedst matcher klientens nuværende behandlingsbehov.
7. Behandlingen skal sikre de nødvendige faglige kompetencer fra psykiater/psykolog i til screening, den efterfølgende vurdering af screening, og de implikationer som screeningen har for den videre behandlingsindsats.

Behandling

Behandlingsplan

8. Den iværksatte behandling har den formulerede behandlingsplan som fundament.
9. Behandlingsplanen bør være aftalt og accepteret i samarbejde mellem klient og behandler.
10. Behandlingsplanen præciseres løbende i samarbejde med klienten og kædes sammen med den sociale handleplan.

Samtykke og brugerinddragelse

11. Klienten inddrages i formuleringen af behandlingsplanen og den sociale handleplan, og samtykker i forhold til endelige indhold.
12. Klienten samtykker til, at informationer videregives til relevante andre faggrupper, der eventuelt involveres i behandlingen.

Ydelser

13. Kerneydelsen består af behandling, der har til formål at reducere eller bringe et forbrug/misbrug af rusmidler til ophør, sekundært at stabilisere et givent forbrugsmønster.
14. Beslutninger om behandling skal baseres på klientens mål, præferencer og belastning inden for de fire livsområder (rusmiddelbrug, fysisk og psykisk helbred, social funktion, samfundsmæssig belastning og marginalisering).
15. I kerneydelserne kan der være indbygget en indsats rettet mod andre problematiske tilstande af betydning for klientens misbrug, herunder tilstedeværelsen af fysisk sygdom, graviditet, sameksisterende psykiatrisk tilstand/diagnose, kognitivt/socialt funktionsniveau, tilbagefaldshistorie, sagsbehandling.
16. Ingen enkeltstående indsats/behandlingsmetode passer alle. Effektiv behandling er rettet mod multiple behov, ikke kun mod misbruget.
17. Ydelserne retter sig mod specifikke behov og særlige målgrupper og tager udgangspunkt i den formulerede behandlingsplan og sociale handleplan.
18. Der bør være opmærksomhed på særlige grupper af misbrugere, såsom unge, kvinder, gravide, etniske minoriteter, klienter med kognitiv funktionsnedsættelse.
19. Der bør fokuseres på udvikling af behandlingstilbud, der er særligt rettet mod i hvert fald de hyppigste psykiske lidelser/problemer hos misbrugere, eksempelvis angst, depression og dyssocial personlighedsforstyrrelse.
20. Alkohol/stofafhængige personer med sameksisterende psykiatriske tilstande bør modtage en behandling, der er rettet mod begge tilstande, som udgangspunkt integreret og som mindstekrav parallelt.
21. Der bør være opmærksomhed på de grupper af misbrugere, der skal henvises til psykiatrisk behandling, og udskrives udførlig rapport, der understøtter begrundelsen for denne henvisning.

22. Der bør tilbydes behandling med særligt fokus på problematisk alkoholforbrug for klienter i stofmisbrugsbehandlingen, der har brug for dette. Ligeledes bør der i alkoholbehandlingen være tilbud til klienter, der har et problematisk brug af cannabis og medicin.

Yderligere udredning

23. Hvis den indledende screening indikerer sameksisterende psykiatriske tilstande, kognitive funktionsnedsættelser, fysisk sygdom eller andre problemer, undersøges dette nærmere, når behandlingen er opstartet.
24. Egentlig udredning, diagnosticering og behandling fordrer nødvendige psykiatriske og psykologiske kompetencer.
25. Udredningen indeholder identificering af specifikke målgrupper og videre beslutning om relevante behandlingsindsatser.

Indsats/modalitet

26. Behandlingsplanen bør vurderes og modificeres løbende for at sikre, at planen møder klientens aktuelle behov.
27. Intensiteten af behandlingen bør variere, således at klienter med svære belastninger modtager mere intensiv behandling end klienter med mere moderate og isolerede problemer (matchning af behandling efter behov).
28. Der er indikationer på, at døgnbehandling er mere effektiv end traditionel ambulat behandling for visse typer af misbrugere, hvorfor døgnbehandling ikke bør fravælges som behandlingsmodalitet i sådanne tilfælde.
29. Klienter, der er middelsvært belastede og middelsvære at fastholde i behandling, eller som befinder sig i en akut livstruende situation, synes i særlig grad at profitere af døgnbehandling.
30. Klienter der er moderat belastede, har isolerede problemstillinger og er nemmere at fastholde i behandlingen, profiterer lige så godt af ambulat behandling.

Indsats/metode

31. Hverken den farmakologiske eller psykosociale behandling kan stå alene. Det er derfor nødvendigt for behandlingsstedet at sikre sig begge kompetencer. Dette kan ske ved, at behandlingsstedet enten selv har de nødvendige kompetencer eller køber sig til disse kompetencer.
32. Der bør udvikles procedurer for, hvordan medicinsk behandling kan forbedres på de enkelte behandlingsenheder, så effekten kan optimeres.
33. Behandlingstilbuddet bør indeholde undersøgelse af hiv/aids, hepatitis B, tuberkulose og andre infektiøse sygdomme i tillæg med rådgivning om, hvordan klienten undgår at udsætte sig selv og andre for infektionsrisiko.
34. Behandlingsenheder bør anvende evidensbaserede behandlingsmetoder, der er afprøvet i kliniske behandlingssettings.
35. Rådgivning (individuel eller i gruppe) og andre adfærdsterapier er afgørende elementer i effektiv behandling af alkohol- og stofmisbrug.

36. Psykosocial tilbagefaldsforebyggelse anbefales til alle klienter med moderat til svær afhængighed.
37. Kvalificeret uddannelse/træning i evidensbaserede metoder er afgørende for maksimalt udbytte af behandlingen.
38. Løbende supervision/træning er afgørende for opnåelse af optimalt udbytte af behandlingen.
39. Relevante ressourcepersoner inddrages i behandlingen (for eksempel familie, venner, kollegaer, AA, NA mm).
40. Pårørende henvises til yderligere støtte/behandling efter behov.

Fastholdelse i behandling og tilbagefald

41. Opmærksomhed på fastholdelse i behandling er afgørende for ophør/reduktion af rusmidler, tilbagefald og psykosocial belastning.
42. Indsatsen bør indeholde procedurer for reduktion af tilbagefald, herunder tilbagefaldsforebyggelse og styrkelse af klientens sociale netværk/social inklusion.
43. Der bør indgå en løbende evaluering af klientens tilfredshed og oplevelse af meningsfuldhed med behandlingen.
44. Der bør derfor være fokus på og afsættes ressourcer til, at personalet kan fungere tilgængeligt og opsøgende, og på en kvalificeret måde kan formidle hensigter og planer med de tiltag, der gennemføres over for klienterne.

Skriftlig dokumentation/monitorering

45. Samtaler/ydelser dokumenteres skriftligt i hver enkelt klientjournal.
46. Der anvendes en organiseret og systematisk tilgang til behandling, som er støttet af skriftlige redegørelser af forløbet.
47. Ydelserne monitoreres desuden løbende gennem DanRIS-Ambulant og DanRIS-Døgn, herunder registreres varighed og afslutningsårsag for de enkelte ydelser og tilbud.
48. Den løbende monitorering anvendes til at vurdere og evaluere, om behandlingen bevæger sig hen imod opfyldelse af de formulerede mål i behandlingsplanen.
49. På baggrund af den løbende monitorering vurderes det for eksempel, om mål knyttet til klientens misbrug, sociale liv, psykiske og fysiske problemer er opfyldt.
50. Detaljerede mål kan for eksempel være, om den tilbudte misbrugsbehandling har haft den tilsigtede virkning i forhold til antidepressiv eller ADHD-behandling; om sagsbehandlingen virker efter hensigten i forhold til forbedring/stabilisering af forsørgelsesgrundlag, boligforhold; om klientens familie-situation og arbejdsforhold er forbedret/stabiliseret.
51. Behandlingsforløb og effekt og de beslutninger, der er truffet omkring behandlingen, monitoreres systematisk og danner basis for modificering af behandlingsplan og social handleplan.

Behandlerne

52. Ydelserne varetages af forskellige relevante faggrupper, herunder pædagoger, socialrådgivere, læger/psykiatere, psykologer, lærere m.m.
53. Faggrupperne er adækvat uddannet i udredning, rådgivning og behandling af misbrug og i indsatser af betydning for misbrugsbehandlingen.
54. Endvidere sikres adækvate personaleressourcer, således at nødvendige og kvalificerede behandlingsindsatser og målopfyldelseskriterier i behandlingsplanen og den sociale handleplan kan tilgodeses.
55. Løbende supervision/træning er afgørende for at støtte behandlerne i fastholdelse og løbende udvikling af faglige og interpersonelle kompetencer, der er afgørende for opnåelse af optimalt udbytte af behandlingen.

Samarbejde med andre instanser

56. Kvalitetssikring af misbrugsbehandling handler også om de rette samarbejdsflader på det rigtige tidspunkt.
57. Kommunen skal have en strategi for, hvorledes der kan etableres et samarbejde, der dels sikrer, at indsatsen iværksættes så tidligt som muligt, dels inddrager de relevante parter på relevante tidspunkter.
58. Behandlingsplanen og behandlingsindsatsen koordineres med den sociale handleplan og andre relevante systemer.
59. Andre relevante indsatser kan være samarbejde med psykiatri, egen læge, kriminalforsorg, skole/uddannelse, arbejdsmarked.

Udskrivning/efterbehandling

60. Rehabilitering bør anses som en langsigtet proces, som ofte fordrer flere behandlingsepisoder og efterbehandling.
61. Udskrivning af klienten til de samme belastninger og mangel på ressourcer som før indskrivning bør undgås.
62. Der bør afsættes ressourcer til etablering af indsatser, der tager højde for, at en varig reduktion/ophør af rusmiddelbrug kan række ud over det enkelte behandlingsforløb.
63. Relevant opfølgning sikres (også til andre indsatssystemer), herunder tilbagefaldsforebyggende indsatser.
64. Efterbehandling bør være struktureret og tydelig med opfølgning på klientens udeblivelse fra efterbehandling.
65. Ved behov samarbejdes der med andre relevante instanser inden for det totale indsatssystem.
66. Inddragelse af det sociale netværk kan være nødvendigt for at optimere klientens bedringsproces efter udskrivning.

Intern og ekstern evaluering

67. Behandlingsindsatserne bør med jævne mellemrum evalueres internt med brug af tilgængelige data og af eksterne konsulenter/forskere.

Referencer

1. International Federation of Social Workers, I. <http://ifsw/org>.
2. Sackett, D.L., et al., Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996. 312(7023): p. 71-2.
3. Health, C., Best Practices Treatment and Rehabilitation for Seniors with Substance Use Problems. 2002, Ottawa, Canada.
4. McLellan, A.T., M. Chalk, and J. Bartlett, Outcomes, performance and quality - What's the difference? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2007. 32: p. 331-340.
5. Orford, J., et al., To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2009. 36(1): p. 49-58.
6. Thylstrup, B., Numbers and narratives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2011. 28(5-6): p. 471-486.
7. McLellan, A.T., et al., Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 2005. 100(4): p. 447-58.
8. White, W.L., Addiction recovery: its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2007. 33(3): p. 229-41.
9. Gastfriend, D.R. and A.T. McLellan, Treatment matching - Theoretic Basis and Practical Implications. *Medical Clinics of North America*, 1997. 81(4): p. 945-966.
10. Hesse, M. and B. Thylstrup, Ambulant behandling af stofmisbrug. 2011, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
11. Reed, M., Wet Shelters: The benefits and risks associated with alcohol-administered homeless shelters, in A Scoping review. 2008, Knowledge and Information Services, Office of the Chief Information Service.
12. Lundahl, B.W., et al., A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 2010. 20(2): p. 137-160.
13. McLellan, A.T., Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 2002. 97(3): p. 249-252.
14. Coviello, D.M., et al., The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001. 61(2): p. 145-154.
15. Avants, S.K., et al., Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: A comparison of clinical efficacy and cost. *American Journal of Psychiatry*, 1999. 156(1): p. 27-33.
16. McLellan, A.T., et al., Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 1983. 40(6): p. 620-5.
17. Weisner, C., et al., The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimens. *Health Services Research*, 2000. 35(4): p. 791-812.
18. Hubbard, R.L., et al., Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 1997. 11(4): p. 261-278.
19. Guydish, J., et al., Drug abuse day treatment: A randomized clinical trial comparing day and residential treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998. 66(2): p. 280-289.

20. Schneider, R., C. Mittelmeier, and D. Gadish, Day versus inpatient treatment for cocaine dependence: an experimental comparison. *The Journal of Mental Health Administration*, 1996. 23(2): p. 234-45.
21. Hesse, M., B. Thylstrup, and S. Schröder, Rapport om døgnbehandling af stofmisbrug, 2012, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
22. Pedersen, M.U., M. Hesse, and K. Bloomfield, Abstinence-orientated residential rehabilitation of opioid users in Denmark: Do changes in national treatment policies affect treatment outcome? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011. 39(6): p. 582-589.
23. Flynn, P.M., et al., Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 1999. 57(2): p. 167-74.
24. Hesse, M., et al., Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(4): p. CD006265.
25. Miller, W.R. and P.L. Wilbourne, Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 2002. 97(3): p. 265-77.
26. Magill, M. and L.A. Ray, Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2009. 70(4): p. 516-527.
27. Crits-Christoph, P., et al., Psychosocial treatments for cocaine dependence - National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 1999. 56(6): p. 493-502.
28. Ouimette, P.C., et al., A comparative evaluation of substance abuse treatment III. Examining mechanisms underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive-behavioral treatments for substance abuse. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 1999. 23(3): p. 545-51.
29. Rollnick, S. and W.S. Miller, What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1995. 23: p. 325-335.
30. Smedslund, G., et al., Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(5): p. CD008063.
31. Hettema, J., J. Steele, and W.R. Miller, Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2005. 1: p. 91-111.
32. Barnett, E., et al., Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. *Addictive Behavior*, 2012. 37(12): p. 1325-34.
33. Dutra, L., et al., A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2008. 165(2): p. 179-87.
34. Roozen, H.G., et al., A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004. 74(1): p. 1-13.
35. Finney, J.W., Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines. *Addiction*, 2000. 95(10): p. 1491-500.
36. Lipsey, M.W., E.E. Tanner-Smith, and S.J. Wilson, Comparative Effectiveness of Adolescent Substance Abuse Treatment: Three Meta-analyses With Implications for Practice. 2010, Nashville: Peabody Research Institute, Vanderbilt University.
37. Newman, M.G., Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000. 68(4): p. 549-55.

38. Fals-Stewart, W. and G.R. Birchler, A national survey of the use of couples therapy in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2001. 20(4): p. 277-83; discussion 285-6.
39. Prendergast, M.L., D. Podus, and E. Chang, Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: an examination using meta-analysis. *Substance Use & Misuse*, 2000. 35(12-14): p. 1931-65.
40. McLellan, A.T., et al., Increased effectiveness of substance abuse treatment. A prospective study of patient-treatment "matching". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1983. 171(10): p. 597-605.
41. Schade, A., et al., Do comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol Alcohol*, 2003. 38(3): p. 255-62.
42. Brady, K.T., M.L. Verduin, and B.K. Tolliver, Treatment of patients comorbid for addiction and other psychiatric disorders. *Current Psychiatry Reports*, 2007. 9(5): p. 374-80.
43. Nielsen, A.S., et al., Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering. 2006, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering: København.
44. McLellan, A.T. and B. Turner, Prescription opioids, overdose deaths, and physician responsibility. *JAMA*, 2008. 300(22): p. 2672-3.
45. Pedersen, M.U., Stofffri døgnbehandling - 1997-2007. 2009, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
46. Benjaminsen, L., D. Andersen, and M. Sørensen, Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. 2009, Servicestyrelsen og SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: København.
47. Meier, P.S., C. Barrowclough, and M.C. Donmall, The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 2005. 100(3): p. 304-16.
48. Greenfield, S.F., et al., Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007. 86(1): p. 1-21.
49. Tiet, Q.Q., et al., Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes. *Addiction*, 2007. 102(3): p. 432-40.
50. Cleary, M., et al., Psychosocial treatment programs for people with both severe mental illness and substance misuse. *Schizophrenia Bulletin*, 2008. 34(2): p. 226-8.
51. Pedersen, M.U., Fire modeller til forståelse af forholdet mellem forbrug af illegale stoffer og kriminalitet, i *Kriminalitet og rusmidler*, V.A. Frank and H.V. Dahl, Editors. 2011, Aarhus Universitetsforlag: Aarhus. p. 53-82.
52. Drake, R.E. and M.A. Wallach, Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 2000. 51(9): p. 1126-9.
53. Blanchard, J.J., The co-occurrence of substance use in other mental disorders: editor's introduction. *Clinical Psychology Review*, 2000. 20(2): p. 145-8.
54. Graham, H.L., et al., *Cognitive-Behavioural Integrated Treatment*, ed. L. John Wiley & Sons. 2004.
55. Grant, B.F., et al., Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 2004. 61(8): p. 807-16.

56. Grant, B.F., et al., Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 2004. 61(4): p. 361-8.
57. Melberg, H.O., G. Lauritzen, and E. Ravndal, Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stofmisbrukere i behandling, i *Sirus Rapport*. 2003, Statens Institut for Rusmiddelforskning.
58. Meier, P.S., C. Barrowclough, and M.C. Donmall, The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 2005. 100(3): p. 304-316.
59. Brunette, M.F., K.T. Mueser, and R.E. Drake, A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 2004. 23(4): p. 471-81.
60. Najavits, L.M. and R.D. Weiss, Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 1994. 89(6): p. 679-88.
61. Luborsky, L., et al., Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 1985. 42(6): p. 602-11.
62. Najavits, L.M., P. Crits-Christoph, and A. Dierberger, Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment. *Subst Use & Misuse*, 2000. 35(12-14): p. 2161-90.
63. Hesse, M. and M.U. Pedersen, Easy-access Services in Low-threshold Opiate Agonist Maintenance. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2008. 6.
64. Pedersen, M.U., et al., Alkoholindsatsen i Danmark - sammenlignet med Sverige. 2004, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
65. Pedersen, M.U. and M. Hesse, Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling. 2012, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
66. Petersen, H., Mål, midler & kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. 2005, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen: København.
67. Dobkin, P.L., et al., The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 2002. 97(3): p. 347-56.
68. Knight, D.K. and D.D. Simpson, Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 1996. 8(4): p. 417-29.
69. Humphreys, K., R.H. Moos, and J.W. Finney, Life domains, alcoholics anonymous, and role incumbency in the 3-year course of problem drinking. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1996. 184(8): p. 475-81.
70. Finney, J.W., R.H. Moos, and C.R. Mewborn, Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1980. 48(1): p. 17-29.
71. Mason, M., I. Cheung, and L. Walker, Substance use, social networks, and the geography of urban adolescents. *Subst Use & Misuse*, 2004. 39(10-12): p. 1751-77.
72. Laudet, A.B., et al., Support, Mutual Aid and Recovery from Dual Diagnosis. *Community Mental Health Journal*, 2000. 36(5): p. 457-476.
73. Alverson, H., M. Alverson, and R.E. Drake, An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 2000. 36(6): p. 557-69.

74. MacDonald, E.M., et al., Social networks of people with dual diagnosis: the quantity and quality of relationships at different stages of substance use treatment. *Community Mental Health Journal*, 2004. 40(5): p. 451-64.
75. Cleary, M., et al., Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008(1): p. CD001088.
76. Pedersen, M.U., Unge i behandling for misbrug af rusmidler. (in press), Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
77. Pedersen, M.U. and K.S. Frederiksen, Unge der misbruger rusmidler. 2012, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus. <http://www.e-pages.dk/aarhusuniversitet/443/>.
78. Kelley, M.L. and W. Fals-Stewart, Treating paternal drug abuse using Learning Sobriety Together: effects on adolescents versus children. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008. 92(1-3): p. 228-38.
79. O'Farrell, T.J., et al., Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004. 72(2): p. 202-17.
80. Copello, A.G., R.D. Velleman, and L.J. Templeton, Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 2005. 24(4): p. 369-85.
81. Meyers, R.J., et al., Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 1998. 10(3): p. 291-308.
82. Smith, J.E., R.J. Meyers, and H.D. Delaney, The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998. 66(3): p. 541-8.
83. Epstein, E.E. and B.S. McCrady, Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 1998. 18(6): p. 689-711.
84. Ruff, S., et al., Behavioral couples therapy for the treatment of substance abuse: a substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and colleagues' program of research. *Family Process*, 2010. 49(4): p. 439-56.
85. Vind, L. and M.U. Pedersen, Behandling og andre sociale indsatser, der tilbydes unge, der misbruger rusmidler: Strukturer, evidensorienteringer og tidlige identificeringer/indsatser i folkeskoler og ungdomsuddannelser. 2010, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
86. Vind, L. and K. Finke, Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer. 2006, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
87. Ray, G.T., J.R. Mertens, and C. Weisner, Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 2009. 104(2): p. 203-14.
88. Lindgaard, H., Familier med alkoholproblemer: Et litteraturstudium af forskellige tilgange til behandling af familier med alkoholproblemer. 2012, Sundhedsstyrelsen: København.
89. Lindgaard, H., Familier med alkoholproblemer: Familieorienteret alkoholbehandling med et særligt fokus på børnene. 2012, Sundhedsstyrelsen: København.

90. Latimer, W.W., et al., Demographic, individual, and interpersonal predictors of adolescent alcohol and marijuana use following treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2000. 14(2): p. 162-73.
91. Latimer, W.W., et al., Adolescent substance abuse treatment outcome: the role of substance abuse problem severity, psychosocial, and treatment factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000. 68(4): p. 684-96.
92. Bower, P. and S. Gilbody, Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 2005. 186: p. 11-17.
93. Sobell, M.B. and L.C. Sobell, Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000. 68(4): p. 573-9.
94. Thylstrup, B. and M. Hesse, The Impulsive Lifestyle Counselling Program for Antisocial Behavior in Outpatient Substance Abuse Treatment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2011. online 23 August: p. 1-17.
95. Brunette, M.F., et al., Implementation of integrated dual disorders treatment: a qualitative analysis of facilitators and barriers. *Psychiatric Services*, 2008. 59(9): p. 989-95.
96. Fixsen, D.L., et al., Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 2009. 19(5): p. 531-540.
97. Ball, J.C. and A. Ross, *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. 1991, New York: Springer Verlag.
98. Kokkevi, A. and C. Hartgers, EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *European Addiction Research*, 1995. 1: p. 208-210.
99. McHorney, C.A., J.E. Ware, Jr., and A.E. Raczek, The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 1993. 31(3): p. 247-63.
100. Bjørner, J.B., et al., Dansk manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus, in Lægemiddelindustriforeningen, LIF. 1997: København.
101. Humphreys, K. and A.T. McLellan, A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. *Addiction*, 2011. 106(12): p. 2058-66.
102. Uchtenhagen, A. and M. Schaub, *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS*. 2011, Research Institute for Public Health and Addiction, Zurich University: Zurich.