Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling

Mads Uffe Pedersen & Morten Hesse
Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet

1. Indledning

I denne artikel sammenfattes den eksisterende viden om effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling der tilbydes i Danmark i forhold til lande vi ellers sammenligner os med. Fordi 'social stofmisbrugsbehandling' ikke er noget entydigt begreb starter artiklen med et afsnit hvor den forståelse der ligger til grund for denne sammenfatning nærmere bestemmes. Dette inkluderer en nærmere bestemmelse af 'social stofmisbrugsbehandling', 'effekt', 'socialt arbejde', 'evidens' og 'kvalitet'. I afsnit 3 sammenholdes effekten af den danske sociale stofmisbrugsbehandling med sammenlignelige udenlandske undersøgelser. Afsnittet opdeles i en gennemgang af follow-up studier/studier med kontrolgrupper som ikke er randomiseret og en gennemgang af randomiserede undersøgelser helt primært med fokus på specifikke behandlingsmetoders effektivitet. I afsnit 4 beskrives de variable der forudsiger tilbagefald/stabilisering. Disse kan betragtes som indikatorer, prediktorer, risiko- eller beskyttelsesfaktorer. Direkte intervention og påvirkning af disse faktorer kan betragtes som effekter af 'anden orden'. I afsnit 5 sættes fokus på effekten i et behandlingssystem og folkesundhedsperspektiv, mens det efterfølgende afsnit 6 vil blive en opsummering og konklusion af de foregående kapitler. Artiklen afsluttes med eksempler på guidelines for god stofmisbrugsbehandling.

2. Definitioner og begreber

Effekten af en behandling er ifølge den amerikanske behandlingsforsker T.A.McLellan "…. alle de forandringer i klientens symptomer, adfærd og funktioner, som med rimelig sandsynlighed kan tilskrives en given behandling" (jf. McLellan et al. 2007 [vores oversættelse])(1). Med tilsvarende ordlyd kan man sige, at effekten af en given social stofmisbrugsbehandling er "*de positive forandringer i klientens stofmisbrug/afhængighed, som med rimelig sandsynlighed kan tilskrives en given social stofmisbrugsbehandling*". Man kan skærpe denne skelnen, og sige, at det er den forandring, som ikke ville være sket, hvis behandlingen ikke havde været tilgængelig. Det er ofte særdeles vanskeligt at afgøre i praksis, hvilken forandring, der kunne være sket, når man befinder sig uden for de kontrollerede eksperimenters laboratorium.

Ovenstående rejser ikke mindst to spørgsmål. Hvad er stof-misbrug/afhængighed? og går effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling ikke længere end til selve forbruget af stofferne?

Misbrug og afhængighed skal defineres ud fra DSM-IV (2). Groft sagt ses misbrug her som et tilbagevendende forbrug, der afstedkommer sociale problemer", mens afhængighed ses som et tilbagevendende forbrug, der afstedkommer fysiske og/eller psykiske problemer og/eller som er helt eller delvis uden for viljens kontrol".

Effekten af behandlingen forstås her som at reducere eller bringe forbruget af stoffer til ophør. Det skal desuden fremhæves, at der i denne artikel alene er fokus på forbruget af illegale eller illegalt fremskaffede stoffer (altså ikke på brug af lægeordineret medicin).

Som effektmål anvendes betegnelserne *stoffri og misbrugsfri*. Med stoffri menes afholdenhed fra brug af illegale stoffer og et problematisk forbrug af alkohol, samtidig med, at klienten ikke er i substitutionsbehandling. En person der er misbrugsfri kan godt være i substitutionsbehandling, men inkluderer derudover kriterierne for stoffrihed. Med ordet *tilbagefald* menes der tilbagefald til et forbrug der var højere end ved udskrivning. En klient kan f.eks. have reduceret sit forbrug af illegale stoffer (f.eks. stoppet sit kokain misbrug, men fortsat med at ryge hash), men vender tilbage efter udskrivning til et forbrug af kokain om end i mindre målestok. Der tales om stabilisering eller fastholdelse når en given reduktion i forbrug (eller måske stoffrihed) opretholdes.

Effekten er altså afgrænset til selve forbruget af stoffer. Men fastholdelse i behandling, reduktion i depression/angst, reduktion i kriminalitet, forbedret evne til at indgå i sociale sammenhænge, bedre forhold til familie, at komme i arbejde eller starte et uddannelsesforløb m.v. er naturligvis også effekter. Disse skal i det følgende betragtes som effekter af 'anden orden'. Det betyder ikke, de er mindre væsentlige og ofte vil de have karakter af variable der forudsiger fastholdelse/tilbagefald. Fokus på psykiatriske problemer i stofmisbrugsbehandlingen kan selvfølgelig resultere i en reduktion i et stofmisbrug, men spørgsmålet er om der er tale om psykiatrisk behandling eller stofmisbrugsbehandling. Hvis det primære formål med reduktionen i de psykiatriske problemer direkte er reduktion/ophør med misbrug skal det betragtes som stofmisbrugsbehandling. Hvis det primære fokus er reduktion i psykiatriske problemer skal det betragtes som psykiatrisk behandling. Denne opdeling er kunstig, men svarer til den opdeling af behandlingssystemer, som kendes i dag.

Den sociale behandling foregår indenfor rammerne af socialt arbejde, med hvilket der menes følgende: "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" (3,4). Også evidensbaseret social behandling virker indenfor denne overordnede ramme. Med evidensbaseret praksis menes der "… at integrere den individuelle kliniske ekspertise med den bedste, tilgængelige eksterne kliniske evidens, som den fremgår af systematisk søgning " (5). Den evidensbaserede sociale stofmisbrugsbehandling defineres altså som at integrere den individuelle sociale behandlings-ekspertise med den bedste, tilgængelige eksterne evidens, som den fremgår af systematisk søgning.

Afslutningsvis skal kvalitet defineres som "… evidensbaseret behandling, som udøves af autoriserede eller akkrediterede praktikere, som har demonstreret kernekompetencer inden for deres praksisområde, og hvor aktiviteterne er monitoreret regelmæssigt og forholdt til kvalitetsindikatorer" (1). *Kvalitet i social stofmisbrugsbehandling er altså at betragte som evidensbaserede [effektive] sociale indsatser, der løbende monitoreres/kvalitetssikres, og som har til formål at reducere eller bringe et stofmisbrug/en afhængighed til ophør indenfor rammerne af socialt arbejde*.

3. Effekten af stofmisbrugsbehandling

I det følgende skal der skelnes mellem effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling der er fundet i follow-up undersøgelser som enten er uden adækvat kontrolgruppe eller som kan betragtes som observationsstudier og effekten af social stofmisbrugsbehandling som den er fundet i randomiserede kontrollerede undersøgelser. Under hvert afsnit skal såvel effekten fundet i danske som i internationale undersøgelser beskrives.

3.1. Follow-up undersøgelser/eksperimenter uden randomisering.

Follow-up undersøgelser har i denne sammenhæng primært til formål at sige noget om den generelle ændring i stofmisbrug der ses i forbindelse med et behandlingsforløb. Disse forandringer kan ofte 'med rimelig sandsynlighed' tilskrives behandlingen, men helt sikker kan man ikke være. Man kan antage, at jo dårligere en prognose gruppen i en sådan undersøgelse havde på forhånd, des mere kan forandringer tilskrives behandlingen. Det er vist, at misbrug af alkohol og illegale stoffer ofte er en forbigående fase, især hos yngre mennesker med gode muligheder for uddannelse og arbejde.

For at opnå en endelig afklaring om behandling har effekt, skal man have randomiserede undersøgelser hvor én gruppe får behandling og en anden gruppe ingen behandling. En sådan undersøgelse er ikke mulig at lave i Danmark (pga. behandlingsgaranti og fordi stofmisbrug anses for en livstruende tilstand). Til gengæld kan man godt lave en undersøgelse hvor én gruppe får standardbehandling og en anden gruppe behandling ud fra en bestemt metode (eksperimentelle behandling) og hermed afgøre om den eksperimentelle behandling virker bedre end standardbehandling. Sådanne undersøgelser skal gennemgås i afsnit 3.2.

I det følgende skal der så vidt muligt skelnes mellem stofgrupperne opioider, centralstimulerende stoffer og cannabis. Derudover skal der skelnes mellem døgnbehandling, ambulant behandling og den sociale behandling der tilbydes klienter i substitutionsbehandling.

Danske undersøgelser

Heroin/opioid-misbrug.

Personer der er blevet afhængige af heroin/opioider hører blandt de mest socialt og psykisk belastede stofafhængige som indskrives i behandlingssystemet. For heroin/opioid-afhængige foregår stoffri behandling primært i døgnregi, mens den ambulante behandling primært består i substitutionsbehandling (metadon, buprenorphin og lægeordineret heroin) kombineret med forskellige former for sociale indsatser.

Stoffrihed: Den første undersøgelse af opioid-afhængige i Danmark var en 7 og 11 års opfølgning af unge morfinbrugere gennemført af Haastrup og kollegaer i 80'erne (6,7,8). I denne undersøgelse er det ikke direkte stoffri behandling der er i fokus, men derimod hvor mange der er stoffri 7 og 11 år efter indskrivning. I denne periode kan gruppen have modtaget mange forskellige typer be-

handlingstilbud, herunder ambulant stoffri behandling, stoffri døgnbehandling og substitutionsbehandling. Materialet består af 300 unge som i 1973 fik oprettet journal enten fra Københavns kommunes opsøgende sociale hælpetjeneste på Halmtorvet eller fra Københavns amts sygehus Nordvang's behandlingsprojekt for unge misbrugere. Det blev tilstræbt at 300-gruppen var repræsentativ for de unge som i 1973 søgte behandling for morfinmisbrug. Opfølgningen foregik i 1980 og 1984. Effektmålet var stabil stoffrihed som blev defineret som såvel stoffri på interviewtidspunktet som i mindst 6 måneder indenfor året op til opfølgningsinteviewet. Haastrup et al. fandt at 32,7 % var stabilt stoffri 7 år efter. Efter 11 år blev 20 % kategoriseret som "helbredt" (truly recovered), mens andre 5-10 % blev vurderet til at være ustabilt stoffrie (tilsammen udgør de gruppen af 'stabilt stoffrie'). 26 % var døde (godt 2 % om året). De første 7 år bliver 5-6 % stabilt stoffri om året. Dette synes herefter at stagnere.

I 1998 og 2008 blev der af Center for Rusmiddelforskning gennemført en opfølgningsundersøgelse af henholdsvis 305 og 204 opioid-afhængige 1 år efter de var udskrevet fra stoffri døgnbehandling. I begge undersøgelser blev det fundet, at omkring 30 % af de klienter der blev interviewet (respons ca. 60 %) havde været stoffri siden udskrivning (9,10). Ved at inddrage Sundhedsstyrelsens SIB register kunne klienter identificeres som ikke var blevet interviewet, men som var i ambulant behandling for deres misbrug indenfor det første år efter udskrivning fra døgnbehandling. Andelen af stoffri kunne ud fra dette beregnes til 22 % for begge kohorter. Ved anvendelse af samme effektkriterium som Haastrup et al. (stabil stoffrihed) fandt vi, at mellem 35-40 % kunne betragtes som 'stabilt stoffri' 1 år efter udskrivning fra døgnbehandling.

Der bør i disse undersøgelser skelnes mellem fuldstændig stoffri i hele opfølgningsperioden (survival) og andelen der er stoffri på et givet tidspunkt (f.eks. ved interviewet eller 2 måneder før interviewet). Den sidste måde at måle på er mindre konservativ. Her kan en klient der er stoffri f.eks. ved interview godt tidligere have haft et tilbagefald. Andelen af stoffri på et givent tidspunkt er derfor højere end stoffri målt med survival. I 1998 døgnundersøgelsen blev det fundet, at mellem 40-50 % var stoffri i til hver en tid året efter udskrivning, mens det samme var tilfældet for 50-60 % af de opioid-afhængige fra 2008 undersøgelsen. Forskellen var signifikant. Der blev med andre ord ikke fundet forskelle mellem de to grupper i survival, men det blev der i måned-for-måned analysen. Dette blev forklaret med, at flere klienter med tilbagefald i 2008 hurtigere blev genindskrevet i et nyt stofmisbrugsbehandlingsforløb end det var tilfældet i 1998.

Substitutionsbehandling: Den største danske effektundersøgelse af substitutionsbehandling blev gennemført af Center for Rusmiddelforskning fra 2002-2005 (11,12). 436 klienter i metadonbehandling deltog i denne opfølgnings-undersøgelse som også indeholdt en kontrolgruppe uden der dog var tale om en randomisering. Det kan være vanskeligt at adskille hvilke effekter der var et produkt af den medicinske behandling og hvilke der var et produkt af den sociale indsats. Kontrolgruppen gav dog indikationer på den sociale indsats' betydning.

Generelt blev forbruget af heroin, illegale aktiviteter og penge brugt på illegale stoffer kraftigt reduceret fra overgangen som aktiv heroin-afhængig udenfor behandlingssystemet til metadon-modtager indskrevet i behandling. Denne reduktion fandt sted meget hurtig (indenfor 1-2

måneder) og må i vid udstrækning tilskrives den medicinske behandling. I tal fandt vi således en reduktion i forbrug af heroin fra 21 dage sidste måned for aktive der ikke var indskrevet i behandling til 3 dage for de der var indskrevet; en reduktion i illegale aktiviteter fra 10 til 3 dage og i penge brugt på illegale stoffer fra 9.910 kr. til 2.041 kr.

I denne undersøgelse blev der konstrueret to sammenlignelige grupper, hvor de opioidafhængige ikke adskilte sig fra hinanden hvad angår belastninger målt med European Addiction Severity Index (EuropASI) eller alder og køn. Formålet med denne opdeling var at vurdere hvorvidt udvidet psykosocial støtte i højere grad reducerede klienternes belastning end standard psykosocial støtte. Udvidet støtte inkluderede højere klient-behandler ratio, støtte-kontakt-person og et værested/café i tilknytning til udleveringen af metadon. For udvidet-gruppen og standard-gruppen fandtes den samme signifikante reduktion i stof- og kriminalitets-belastning. Kun for udvidet-gruppen kunne der identificeres en reduktion i den sociale og psykiske belastning. Konklusionen var, at øget psykosocial støtte medfører en signifikant større reduktion i psykosociale problemer, men reducerer ikke stof og kriminalitets-belastningen mere end standardbehandling.

Misbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer.

Behandlingen af et misbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer (CS) har sædvanligvis stoffrihed som det overordnede mål. I Danmarks findes der tre opfølgningsundersøgelser og én igangværende af klienter i behandling for deres misbrug af hash og CS. I en opfølgningsundersøgelse af ambulant behandling fra 2010 (13) fandt man at 18,4 % af klienter der ikke var i substitutionsbehandling var stoffri 6 måneder efter første interview. Man fandt i denne gruppe en signifikant reduktion i stofbelastning målt med EuropASI og psykiske vanskeligheder målt med Kessler-6 spørgeskema.

I en opfølgning af 199 teenagers 6 måneder efter de havde forladt behandling for deres misbrug af hash og CS blev 143 interviewet (respons 72 %)(14). 24 % af disse havde ikke haft noget forbrug af illegale stoffer siden udskrivning. Mellem 43 og 53 % af de unge havde måned for måned ikke haft noget forbrug af illegale stoffer. Af 107 teenagers fra samme undersøgelse som i måneden op til behandling havde haft et forbrug af hash, havde 27 % et halvt år efter behandlingen afslutning ikke på noget tidspunkt haft noget forbrug af dette stof. Mellem 40-50 % havde måned for måned ikke haft noget forbrug. Af 54 fra samme undersøgelse som havde haft et forbrug af CS i måneden op til behandlingsstart havde 52 % (n=28) afholdt sig fra brug af disse stoffer det første halve år efter udskrivning. Måned for måned afholdt 65-75 % sig fra brug af disse stoffer. 18 af de 28 der helt havde afholdt sig fra brug af CS havde dog haft et forbrug af hash i samme periode.

I en undersøgelse fra 2009 (10) af stoffri døgnbehandling (Pedersen 2008) fandt man at omkring 40 % af de klienter der i måneden før indskrivning ikke havde haft noget forbrug af opioider fortsat var stoffri 1 år efter udskrivning (i modsætning til 22 % af de klienter der havde haft et forbrug af opioider). 60-70 % af klienterne fra denne gruppe var til hver en tid stoffri i året efter udskrivning (måned for måned). Der er her tale om en heterogen og selekteret gruppe bestående bl.a. af klienter der havde et forbrug af hash alene, CS alene, beroligende medicin alene, kombina-

tioner af disse eller måske slet ikke noget forbrug i måneden op til indskrivning (havde afsluttet afgiftning for mindst en måned siden).

Internationale undersøgelser

Internationalt er der udført så mange opfølgningsundersøgelser, at det ikke her er muligt at nævne dem her. Bedst kan de sammenfattes med følgende citat:

"*In general about 50–60 % of patients begin re-using within 6 months following treatment cessation, regardless of the type of discharge, the patient characteristics or the particular substance(s) of abuse*" (McLellan et al. 2004: 449)(15).

Denne konklusion er der ikke mange forskere som er uenige i og det er da også præcis det der er fundet i ovenstående danske undersøgelser, hvor det generelt var 40-50 % stoffri måned for måned 3-12 måneder efter udskrivning. Visse afvigelser kan indimellem ses, hvilket dog sædvanligvis kan forklares med særlige betingelser. Også effekten målt med survival synes gennem de seneste 30-40 år at give nogenlunde sammen resultater. Helt tilbage i 1971 fandt Hunt et al. (16) en tilbagefaldskurve for forskellige stoffer som ligner det vi ser i dag. Således er det typisk mellem 20-30 % der 6-12 måneder efter udskrivning har været stoffri/misbrugsfri siden udskrivning. At 40-50 % er stoffri/misbrugsfri måned for måned efter udskrivning og 20-30 % helt stoffri/misbrugsfri i en 6-12 måneders opfølgningsperiode (survival) er altså helt almindeligt og genfindes i danske og internationale undersøgelser, herunder undersøgelser af klienter der misbruger opioider (17-23), kokain (24-26) og teenagers i behandling for deres stofmisbrug (27). Survival-kurven synes ret så upåvirket gennem de seneste årtier – dog kan effekten af særlige effektive behandlingsmetoder ofte ses de første 2-3 måneder efter udskrivning, hvorefter de gradvist udlignes. Måned for måned stoffri/misbrugsfri kan påvirkes af behandlingens tilgængelighed. Jo lettere det er at komme i fornyet behandling efter tilbagefald, desto større andel af populationen vil være stoffri.

Udvidet versus standard psykosocial støtte: Hvad angår effekten af en mere intensiv psykosocial indsats er resultaterne ikke helt entydige. I et større amerikansk projekt fra halvfemserne (28-30) fandt man, at udvidet psykosocial støtte til klienter i metadonbehandling var bedre end standard støtte, som igen var bedre end metadon uden psykosocial støtte. I denne undersøgelse blev de nødt til at opløse gruppen der fik metadon uden psykosocial støtte, fordi de i forløbet fik et større forbrug af illegale stoffer og dertil knyttede illegale aktiviteter og/eller fik svære medicinske/psykiske problemer. I en undersøgelse af behandlingens kost-effektivitet fandt man, at udvidet støtte ikke var mere kost-effektiv end standard støtte. Men standardstøtte var her hvad der i den tidligere nævnte danske undersøgelse blev betragtet som udvidet støtte.

En del undersøgelser finder modstridende resultater og ofte meget lidt forskel mellem udvidet psykosocial indsats og standard indsats (31-39). Mange af disse undersøgelser har dog tilfælles, at effektmålet er reduktion i stofforbrug og kriminalitet. Her fandtes der, som tidligere vist,

heller ingen forskel i den danske undersøgelse. Disse noget uigennemskuelige resultater og valget af stof- og kriminalitets-reduktion som effektmål er antageligt også grunden til, at der endnu ikke i Cochrane reviews er fundet klare forskelle mellem udvidet og standard psykosocial støtte (40).

Døgn- versus ambulant behandling: Der findes internationalt meget få randomiserede undersøgelser som muliggør en egentlig sammenligning af stoffri ambulant og døgnbehandling og den seneste undersøgelse det har været mulig at finde er fra 2001 (41). I denne undersøgelse blev 261 klienter vilkårligt fordelt til en dag-gruppe (behandlet hver dag, men gik hjem om aftenen) og en døgn-gruppe (overnattede på behandlingsstedet). Begge blev behandlet ud fra principperne fra det terapeutiske samfund. Døgn-gruppen havde signifikant flere stoffri 6 måneder efter udskrivning. Dette var dog udlignet ved 12 og 18 måneders opfølgningerne. Lignende resultater er fundet i andre undersøgelser (42), mens andre undersøgelser har fundet små eller ingen forskelle mellem dag og døgnbehandling (43-46).

Det skal pointeres, at det i disse undersøgelser er behandlingsmæssigt sammenlignelige intensiteter der undersøges. Spørgsmålet er ikke om 1-2 samtaler om ugen kan sammenlignes med intensiv døgnbehandling. Det er der intet der tyder på. Heller ikke i danske opfølgningsundersøgelser. For eksempel vil en opiod-afhængig klient der indskrives i dansk døgnbehandling være stoffri i 4-6 måneder (inklusiv indlæggelse). Et sådan resultat kan ikke genfindes i den relativt lavintensive ambulante dagbehandling af opioid-afhængige der overvejende tilbydes i Danmark (se 13).

Effekten af intensiv dagbehandling kan under særlige betingelser derimod antageligt godt være lige så effektiv som døgnbehandling (47). Under alle omstændigheder vil effekten af de forskellige indsatser dog være udlignet 1 år efter udskrivning hvis ikke de efterfølges af tilbagefaldsforebyggende indsatser.

3.2. Randomiserede kontrollerede undersøgelser (RCT).

RCT regnes som guldstandarden, når man skal evaluere behandlingstiltags effekt. RCT er kendetegnede ved en række metodekrav:

- Der udvælges personer, som befinder sig i en bestemt situation. Eksempler kan være klienter, som er i kontakt med behandlingssystemet, klienter som er i kontakt med det sociale system på grund af udsatte børn, patienter på en skadestue, studerende med studiekrise, eller personer, som rekrutteres gennem annoncering. Resultaterne har større chance for at kunne overføres til hverdagspraksis, når de klienter, som skal tilbydes behandlingen ligner de, som har indgået i undersøgelsen.
- Der skal laves en lodtrækning mellem patienter, således at nogle patienter tilbydes én type af behandling, mens andre tilbydes en anden. Det skal sikres, at behandlingspersonalet ikke har nogen indflydelse på lodtrækningen, så der ikke eksempelvis sker en udvælgelse af særligt "behandlingsegnede" klienter til én type af tiltag.

- Behandlingen skal være klart defineret. Det betyder ikke, at der ikke kan være frihedsgrader for de behandlere, der gennemfører behandlingen, men de tiltag, der skal evalueres i undersøgelsen, skal tilbydes patienterne i den gruppe, der er udtrukket til denne behandling, og skal ikke tilbydes til nogen deltagere, som er udtrukket til andre typer af behandling.
- Der skal være gennemført en efter-evaluering som ikke må gennemføres af nogen, som kender til, om patienterne er randomiseret til at få tilbudt den ene eller den anden type behandling.
- Der defineres klare behandlingsmål. Dér hvor undersøgelserne gentagne gange har kunnet vise, at de kan nå bestemte mål, er der størst chance for, at resultaterne kan overføres. Har undersøgelser eksempelvis vist effekter på kriminalitet men ikke stofbrug, er det sandsynligt, at det samme kan overføres til hverdagen.

På baggrund af disse karakteristika ved kontrollerede undersøgelser vil der i det følgende blive lagt vægt på, hvilke mål der kan opnås med hvilke metoder til hvilke typer af målgrupper.
Randomiserede, kontrollerede afprøvninger af behandlingsmetoder har en række fordele i dokumentation af behandlingstiltags effekt. Andre tiltag for evaluering af behandling kan besvare en række relevante spørgsmål.
Men randomiserede studier alene kan besvare det spørgsmål, hvad forskellen er for den enkelte patient, hvis vedkommende tilbydes en bestemt behandling, i sammenligning med, hvis vedkommende ikke tilbydes denne behandling.
Ofte er denne gennemsnitlige forskel ganske lille for den enkelte, særligt hvad angår psykosociale interventioner. Patienter, som ikke tilbydes en bestemt behandling, kan søge hjælp hos familiemedlemmer, i andre behandlingstiltag, i selvhjælpsgrupper, i religiøse bevægelser og forsøge at ændre sig på egen hånd. De, der har størst chance for at ændre sig, fordi de har familieopbakning, har truffet en stærk beslutning om at ændre sig, og har de bedste muligheder i øvrigt, har også den største chance for både at profitere af de tiltag, de tilbydes, og for at få og have gavn af anden hjælp.
Når man sammenligner typer af behandling uden forudgående lodtrækning, er der altid en risiko for, at denne type af forskel ligger bag større eller mindre dele af de behandlingseffekter, man observerer. Patienter med stærk motivation og god opbakning fra familie har også større chance for at komme i visse behandlingstiltag, og de behandlingstiltag, som tiltrækker disse typer af patienter får generelt den bedste effekt. En anonym chef for et behandlingstiltag sagde engang: ”Hemmeligheden bag at være en succes som behandlingssted for misbrugere er at være det sted, misbrugere går hen, når de endelig har besluttet sig for at ændre sig.”
Derfor kan lodtrækningsforsøg netop fortælle os om de komponenter af misbrugsbehandling, som giver øget effekt. Men som nævnt ovenfor: små øgninger i effekt.

Danske undersøgelser

Der har i Danmark været gennemført to undersøgelser i stofmisbrugsbehandling, begge i regi af Center for Rusmiddelforskning. Herudover er et pågående, og et under planlægning. Endvidere er CapOpus projektet under afslutning.

Den første undersøgelse blev gennemført i Københavns kommune og sammenlignede standard behandling og visitation med behandling og visitation med tillæg af personlighedsforstyrrelsesudredning [48]. Undersøgelsen var blandt andet inspireret af en tilsvarende dansk undersøgelse i døgnbehandling for alkoholafhængighed [49]. I alt 82 patienter blev randomiseret. Resultatet af undersøgelsen var, at behandlingen havde en signifikant effekt på mængden af stofmisbrug, men ikke på graden af psykiatriske symptomer [48]. Yderligere en undersøgelse er gennemført, som tre parallelle undersøgelser af korttidsbehandling for henholdsvis angst, depression og dyssocial personlighedsstruktur. En enkelt artikel er publiceret, som beskriver erfaringer med implementering af behandlingen for de dyssociale patienter med stofmisbrug [50]. Endvidere pågår en undersøgelse af "Client-Directed-Outcome-Informed treatment" i Odense kommune, og en større undersøgelse af behandling for dyssocial personlighedsforstyrrelse er under planlægning.

Internationale undersøgelser: Cochrane reviews

Et meget stort antal undersøgelser er gennemført internationalt, og en gennemgang af dem alle vil ikke være muligt. De vil i stedet blive sammenfattet ved hjælp af de såkaldte Cochrane reviews. Cochrane reviews er standardiserede reviews, som gennemføres af uafhængige forskere, og udgives af Cochrane Collaboration. I et Cochrane review gennemgår en forskergruppe publicerede undersøgelser, kvalitetsbedømmer dem, og kombinerer om muligt i en såkaldt "metaanalyse". Cochrane Collaboration har en gruppe for afhængighed og misbrug, som har publiceret over 50 reviews. I det følgende opsummeres resultaterne af en række af disse reviews.

Som det ses af nedenstående oversigt, er konklusionerne forskellige, men generelt tyder ingen oversigt på, at én bestemt behandling er andre overlegen for de undersøgte grupper. Den sociale stofmisbrugsbehandling kan således trække på en række forskellige metoder, inklusive kognitiv adfærdsterapi, 12-trinsbaseret rådgivning, og motiverende samtaler.

Motiverende samtaler, den behandlingsform, som er undersøgt med flest patienter, har vist signifikante effekter sammenlignet med ingen intervention. Motiverende samtaler er et kort behandlingsforløb, afhængigt af forskningsdesignet 1-4 timer, hvor behandlerens opgave er at hjælpe klienten til at afklare sin usikkerhed om, hvorvidt han eller hun skal gøre noget ved sit problem med stoffer og alkohol.

Da motiverende samtaler typisk er en meget kort behandlingsform, er det typisk i situationer, hvor man ikke vil eller kan tilbyde et egentligt behandlingstiltag, disse fund er relevante. Eksempler er skadestuebaserede interventioner, som har vist at være effektive for storforbrug af alkohol [eksempelvis 51], og for kokain og heroinbrug [52]. Motiverende samtaler er ikke mere effektiv end anden dokumenteret behandling, men det nævnes dog i et andet review, at det netop er af inte-

resse for omkostningskontrol, at effekterne af motiverende samtaler er sammenlignelige med effekten af kognitiv terapi, som typisk er af længere varighed [53].

Tabel 1. Oversigt over Cochrane reviews

Behandlingstiltag	Antal undersøgelser	Antal patienter	Konklusion
Motiverende samtaler[54]	59	13.342	Bedre end ingen behandling, samme effekt som andre behandlinger[1],[2]
Psykoterapi for cannabis problemer[53]	6	1297	Konklusionerne er ikke klare, på grund af metodologiske forskelle. Ingen forskel på meget kort og lidt længere behandling.
Stoffri psykosocial behandling for opiatafhængighed[55]	5	389	Ikke adækvat dokumentation
Stoffri psykosocial behandling for amfetamin- og kokainafhængighed[56]	27	3663	Ingen behandling alene forekommer tilstrækkelig.
Psykosocial behandling som tillæg til metadonbehandling[57]	28	2945	Effekter på antal patienter som er fri af misbrug.
Øreakupunktur for kokainafhængighed[58]	7	1433	Ingen forskel på akupunktur og ”fupakupunktur”
Case management for stof- og alkoholproblemer[59]	10	3132	Case management kan forbedre chancen for, at det lykkes at få klienter ind i behandling.[3]
Terapeutiske samfund	7	Antal ikke angivet. Gennemgang af tabel viser>5000	Ingen type af terapeutiske samfund bedre end andre. Ingen konsistent evidens for, at terapeutiske samfund er bedre end andre typer døgnbehandling

En anden type intervention, som har støtte i et Cochrane review er ”case management” [59]. Case management er en behandlingsindsats, hvor behandleren har ansvar for at hjælpe patienten med at få et overblik over sine problemer og søge den relevante støtte fra andre tiltag. Baggrunden for, at man anvender case management i stofmisbrugsbehandling er de komplekse problemer, som personer med stofafhængighed har. Det, som er dokumenteret er ikke, at case management direkte har effekt på stofmisbruget, men at case management har en effekt gennem at hjælpe klienter, som ikke er i behandling til at begynde i behandling [59].

[1] Det skal bemærkes, at denne oversigt inkluderede både stofafhængige og alkoholafhængige uden stofmisbrug. Dog var resultaterne fuldt sammenlignelige.
[2] Da motiverende samtaler er meget korte forløb, peger dette på, at de er omkostningseffektive.
[3] Det skal bemærkes, at denne oversigt inkluderede både stofafhængige og et mindre antal undersøgelser med alkoholafhængige uden stofmisbrug. Dog var resultaterne fuldt sammenlignelige.

Specifikke behandlinger, der findes evidens for

Behandling	Oversigt	Konklusioner
Kognitiv terapi	18 undersøgelser gennemgås og kombineres i metaanalyse [60]	Der findes evidens for nogen effekt af behandlingen
Contingency management: belønning for opnåelse af visse resultater, eksempelvis rene urinprøver	14 undersøgelser gennemgås og kombineres i metaanalyse [60]	Der findes evidens for god effekt, men dog kun så længe behandlingen pågår
Community reinforcement: ressourcer i lokalsamfundet og familien inddrages til at støtte klienten i forandring	11 undersøgelser gennemgås og kombineres i metaanalyse[61]	Der findes evidens for nogen effekt, særligt i kombination med contingency management
Tolv trins behandling	8 undersøgelser gennemgås[62]	Der findes ikke evidens for nogen effekt. Der er ikke nogen gennemgang af behandlinger for stofafhængige, men der er én større undersøgelse som understøtter en effekt for kokainafhængige [63]

I ovenstående tabel ses en oversigt over mere specifikke behandlinger. Af disse behandlinger trænes danske behandlere i én, kognitiv terapi, mens der ikke anvendes contingency management eller community reinforcement i Danmark.

Behandling gennem familiemedlemmer og familieinddragelse

Målrettet behandling gennem familiemedlemmer, såsom partnere, forældre og søskende, er noget, der ikke har nået et stort omfang i Danmark. Der kan overordnet være tre formål med inddragelse af familiemedlemmer i stofmisbrugsbehandling: Det første er at hjælpe familiemedlemmerne med at håndtere belastningen fra stofmisbruget. Det andet formål er at øge effekten af selve behandlingen. Det tredje formål er, at få personer med stofafhængighed, som ikke er villige til at indgå i behandling, til at gøre det.

For over ti år siden gennemgik Stanton og Shadish litteraturen, og fandt, at der var dokumentation for at inddragelse af familiemedlemmer øgede effekten af behandlingen [64]. En senere litteraturgennemgang støtter denne konklusion, men peger dog på metodologiske begrænsninger i både de tidlige og senere studier [65].

Opdeles behandlingerne i familieinddragelse med henblik på at forbedre forholdene for familien, med henblik på at reducere misbruget, og med henblik på at få misbrugere i behandling fås følgende resultater.

Tabel 2. Evidensoversigt: inddragelse af familie i behandling[4]

	Forøgelse af familiens velfærd	Engagement i behandling	Misbrug
Intervention med familiemedlemmer til stofbrugere som ikke ønsker behandling	Forældre og partnere: Ingen forskel på forskellige interventioner, stor forbedring over 6 måneder [66].	Familietræning med fokus på positiv belønning og opmærksomhed havde stor effekt (CRAFT) [66, 67] "Intervention" med konfrontation og ALANON havde signifikant mindre effekt. Denne type indsats kan altså anvendes til at øge optaget af klienter, som ikke modtager relevant behandling.	Effekt fandtes for klienter, der kom i behandling [66].
Familieterapi og parterapi	Børn af stofmisbrugere har markante forbedringer i forbindelse med parbehandling, når den ene af forældrene ikke er misbruger [68, 69]. Samtidig medfører parterapi mindsket risiko for partnervold [70]	Ikke relevant (alle allerede i behandling)	Markante effekter af inddragelse af familiemedlemmer [eksempelvis 64, 71, 72]

Der skal dog knyttes den kommentar til de ovenstående undersøgelser, at særligt intervention med familiemedlemmer til klienter, kun er testet af en enkelt gruppe af forskere.

Behandling gennem arbejdspladser og undervisningsinstitutioner

En mulighed for at komme i kontakt med stofafhængige, som ikke er i behandling aktuelt, er gennem arbejdspladser og undervisningsinstitutioner. En undersøgelse fra 2009 fandt, at tilføjelse af et sådant program på et amerikansk College havde en effekt på alkoholforbruget [73], og en undersøgelse fra 2010 pegede på, at kort alkoholfokuseret samtale havde en effekt på både alkoholforbrug og arbejdsperformance [74]. Det er ikke undersøgt, om disse undersøgelser kan overføres til stofmisbrug, men generelt har effekter af psykosocial behandling været sammenlignelige mellem personer, der er afhængige af alkohol og illegale rusmidler.

[4] Behandlingsmodellerne er i tabellens eksempler testet med både alkohol- og stofafhængige. Resultaterne er så tæt på hinanden, at det ikke forekommer relevant at skelne mellem stof- og alkoholafhængige i disse tilfælde, selv om alle studier med stofafhængige primært er valgt, mens referencer i ovenstående tabel, der referer til alkoholafhængige er særligt udvalgt.

Samlet vurdering

Internationale randomiserede undersøgelser giver svar på, hvad der kan svare sig i visse, særlige omstændigheder, med henblik på at opnå visse veldefinerede mål. Mulighederne for at overføre disse resultater afhænger derfor af, at det på forhånd er klart, hvilken målgruppe man ønsker at give tilbud til.

Det afhænger ligeledes af, hvilke mål man ønsker at opnå. Er målet, som det ses ovenfor, at inddrage en større del af misbrugerne i et lokalområde i behandling, er der flere veje at gå: man kan annoncere til familiemedlemmer og tilbyde dem en rådgivning, eller man kan gå gennem uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser. Er målet at forbedre resultaterne af den aktuelle behandling, kan man pege på case management til klienter, der i særlig grad har svært ved at få hjælp til forskellige, komplekse problemer.

Tabel 3. Evidensoversigt – intrenationale randomiserede undersøgelser.

Intervention	**Kan bibringe**	**Kan anvendes**
Motiverende samtaler	Reduktion i stofbrug	For klienter der ikke nødvendigvis ønsker et længere behandlingsforløb, eller i stedet for et sådant, når praktiske forhold taler for det.
Case management	At klienten kommer i kontakt med behandlingstiltag	For klienter, der har svært ved at modtage hjælp fra behandlingssystemer. Typisk relevant for klienter med massive sociale problemer
Andre typer af struktureret samtaleterapi	Reduktion i stofbrug	Klienter der er indskrevet i et længere behandlingsforløb
Inddragelse af familiemedlemmer i behandlingsforløbet	Reduktion i stofbrug udover det, som kan opnås med samtaler og medicin alene, samt forbedringer for børn og partnere i form af færre psykiatriske symptomer og mindre vold i familien	Klienter der er indskrevet i et længere behandlingsforløb, hvor det lykkes at opnå kontakt med familiemedlemmer
Behandling gennem familiemedlemmer	At klienten kommer i kontakt med et behandlingstiltag, og derigennem reduktion af stofforbrug	Klienter der slet ikke ønsker kontakt med behandlingstilbud

4. Hvad forudsiger effekt (effekter af 'anden orden').

Hvilke variable der forudsiger effekt/manglende effekt er i familie med begrebsparret risiko- og beskyttelsesfaktorer. I det følgende skal der fokuseres på hvilke risikofaktorer der kan identificeres for tilbagefald (prediktorer for tilbagefald). En indsats rettet mod reduktion i en risikofaktor kan betragtes som en effekt af 'anden orden'. F.eks. ved vi at ustabile boligforhold er en risikofaktor for tilbagefald. En reduktion i andelen af klienter med ustabile boligforhold vil derfor være en effekt af 'anden orden' som indirekte kan mindske risikoen for tilbagefald (eller øger chancerne for fastholdelsen i stoffrihed/misbrugsfrihed/reduceret forbrug).

Der findes en meget stor mængde af litteratur med særlig fokus på identificering af risikofaktorer for tilbagefald efter afsluttet behandling. I det følgende skal danske undersøgelser og relevante internationale undersøgelser inddrages (der findes ikke dækkende reviews, men de reviews der findes inddrages). Der startes under hver overskrift med danske erfaringer.

1. Forbrug af rusmidler: Umiddelbart synes opioid-afhængighed at udgøre den største risiko for tilbagefald og generelt kan høj belastningsscore i EuropASI-stofmisbrug ved behandlingens påbegyndelse ses i sammenhæng med forøget risiko for tilbagefald. Kontrolleret for psykosociale belastninger er risikoen for tilbagefald ved brug af bestemte typer stoffer dog næppe forskellig. Tilbagefald til et forbrug af hash efter behandling for hashmisbrug er f.eks. lige så udpræget som tilbagefald til forbrug af opioider efter behandling for et sådant misbrug. Netop denne sammenligning kan måske forklares med normaliseringen af hash. Hvor vanskeligt det er at komme ud af et misbrug er derfor i høj grad afhængig af de sociale kontekster personen befinder sig i og den 'diskursivt producerede egenskab´ stoffet er blevet givet. 'Multi-drug-use' eller 'poly-drug-use' synes dog at udgøre en særlig risiko for tilbagefald (10, 75).

Som tidligere vist (15) er man internationalt relativt enige om, at tilbagefald 6 måneder efter behandlingens afslutning er uafhængig af hvilket stof der misbruges. I internationale undersøgelser finder man dog også at MDU (Mult Drug Use) synes at udgøre en særlig risiko for tilbagefald (76) hvilket forklarer hvorfor høj score i stofmisbrugsfaktoren i ASI også internationalt er blevet identificeret som en særlig risikofaktor for tilbagefald (76- 80). Endelig ses der sammenhænge mellem på den ene side sværhedsgraden af afhængigheden og dertil knyttede abstinenssymptomer og på den anden side effekten af behandlingen (79).

2. Demografiske indikatorer (køn, alder, etnicitet, uddannelse og arbejde): Kvinder er vanskeligere at fastholde i stoffri døgnbehandling, men klarer sig lige så godt efter behandlingens afslutning. Jo ældre en klient er ved indskrivning i stoffri døgnbehandling, desto større chance er der for de gennemfører behandlingen. Dette slår primært igennem for klienter over 45 år. De ældre forbliver dog ikke nødvendigvis stoffri i højere grad end de yngre (10). Personer i stofmisbrug med anden etnisk baggrund end dansk er vanskeligere at fastholde i døgnbehandling (81). Unge med anden etnisk baggrund i ambulant behandling er vanskeligere at få til at medvirke i opfølgningsundersøgelser (14). Gode danske follow-up undersøgelser af denne gruppe findes derfor ikke.

Eksklusion fra uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet kan ses i tæt sammenhæng med unges vedvarende forbrug af illegale stoffer efter behandlingens afslutning (14). Lønnet beskæftigelse efter udskrivning forebygger tilbagefald (10). Høj belastningsscore i EuropASI-økonomi før behandlingsstart kan ses i sammenhæng med forøget risiko for tilbagefald (10). Hjemløshed kan ses i tæt sammenhæng med misbrug (13)

Internationalt har man ligeledes fundet, at forskelle i outcome kan kædes sammen med køn, alder, arbejde, økonomi, uddannelse og etnicitet (77,79, 82, 83). Sammenhængene er dog komplekse og genfindes ikke altid. Kulturforskelle kan her være afgørende. Anden etnisk baggrund i Danmark har f.eks. en helt anden karakter i Danmark end i USA.

3. Samlivsforhold: Udskrivning til et samliv med en person der misbruger stoffer eller det at have en kæreste der misbruger stoffer øger risiko for tilbagefald. Ligeledes vil et stofmisbrugende socialt netværk (forældre og nære venner) udgøre en risiko for hurtigt tilbagefald. For unge vil manglende samvær med forældre udgøre en risiko for tilbagefald og ligeledes vil manglende støtte fra forældre og nære venner udgøre en risiko (9, 14, 84).

Internationalt er der enighedom, at misbrug i klientens nære netværk udgør en særlig risiko for tilbagefald efter behandlingens afslutning (77, 79, 85, 86, 87)

4. Psykiske belastninger, sociale tilpasningsproblemer og andre personlige faktorer: Høj belastningsscore i EuropASI-psykisk kan generelt ses i sammenhæng med forøget risiko for tilbagefald (10). Svære psykiatriske tilstande og adfærdsforstyrrelser kan ses i tæt sammenhæng med frafald og tilbagefald. Koncentrationsproblemer ved første interview kunne hos unge ses i sammenhæng med manglende reduktion i forbruget af illegale stoffer efter udskrivning (14).

Internationalt er det almindeligt anerkendt at svære psykiatriske tilstande reducerer effekten af stofmisbrugsbehandling. Dette gælder for såvel kvinder som mænd og for yngre som ældre (80, 88, 89,90). Ikke mindst diagnoser der indbefatter manglende social tilpasning kan ses i sammenhæng med reduceret effekt, mens psykiatriske tilstande som depression og angst isoleret set ikke nødvendigvis kan ses i sammenhæng med reduceret effekt. Man skal være varsom med ikke per automatik, at betragte en psykisk belastning som en risiko for tilbagefald. I nogle tilfælde kan den psykiske belastning være med til at fastholde klienten i behandling.

De senere år har ADHD været i særlig fokus som risikofaktor for udviklingen af stofmisbrug. ADHD er overrepræsenteret blandt klienter med stofmisbrug som indskrives i behandling (91,92), men meget tyder også på, at der til ADHD skal knyttes sociale tilpasningsproblemer (Conduct Disorder og antisocial personlighedsforstyrrelse) før ADHD kan knyttes til udvikling af stofmisbrug (93). Conduct disorder og ADHD er ofte sameksisterende og sammen udgør de en stor risikofaktor for udvikling af stofmisbrug (94).

Der ses generelt en meget stor overrepræsentativitet af traumesymptomer og traumatiske oplevelser blandt stofmisbrugere i behandling. Dette ses såvel i internationale undersøgelser (88:161f) som i danske undersøgelser (95, 14). Det er fundet at traumer og PTSD (post traumatisk stress syndrom) udgør en væsentlig risici for senere udvikling af misbrug af rusmidler (88).

Også selvskadende adfærd andet end regulære forsøg på selvmord kan antageligt ses som en risikofaktor for udvikling af stofmisbrug (96), men misbrug/afhængighed af rusmidler hos den unge eller i dennes sociale netværk kan ligeledes ses som en risikofaktor for at udvikle selvskadende adfærd (97,98). En meget høj overrepræsentation af selvskadende adfærd blandt yngre stofmisbrugere (ikke mindst kvinder) er også fundet i en dansk undersøgelse (14).

Der synes i stigende grad at være fokus på hvordan og i hvor høj grad stress kan forklare udvikling af stof og alkoholmisbrug og tilbagefald efter behandling (99,100). Sammenhængene er komplekse, men meget tyder på signifikante sammenhænge.

Afslutningsvis har det også været muligt at knytte andre personlige faktorer såsom kognitiv funktioner, coping færdigheder, sovemønster (sleep architecture), self-efficacy (troen på sig selv) og genetiske faktorer (79) til tilbagefald.

Ingen psykosociale indsatser er fundet mere effektive end andre i behandlingen af stofmisbrug hos klienter med psykiatrisk lidelse (79)

5. Behandlings-faktorer: a) Afbrudt behandling og en behandlingslængde på under 90 dage kan ses i tæt sammenhæng med tilbagefald efter udskrivning (9). b) Manglende tilfredshed med behandlingen målt med CSQ-8 kan ses i sammenhæng med afbrudt behandling og med tilbagefald efter udskrivning (13). c) Manglende opmærksomhed på psykosociale problemstillinger kan ses i sammenhæng med manglende reduktion i psykosociale problemer (11) ligesom manglende fokus på alkoholproblemer kan ses i sammenhæng med manglende reduktion i alkoholproblemer (13) Kønsfordeling er afgørende for fastholdelse i døgnbehandling. Således er f.eks. 2 kvinder der indskrives i døgnbehandling sammen med 12 mænd i større fare for at afslutte behandlingen før planlagt end hvis kønsfordelingen var lige (84,95). e) Uddannelse og træning i terapeutiske behandlingsmetoder kan ses i sammenhæng med fastholdelse og reduktion i tilbagefald de første måneder efter udskrivning (81). f) Ligeledes kan bestemte aspekter af arbejdsalliancen mellem klient og behandler ses i sammenhæng med fastholdelse i behandling og tilbagefald den første tid efter udskrivning (101). g) Deltagelse i selvhjælpsgruppe efter behandlingens afslutning forebygger tilbagefald efter udskrivning (10) og endelig h) forøger tilgængeligheden til behandling andelen af klienter der har nået en optimal reduktion i stofmisbrug på et givent tidspunkt (102).
Internationalt er en mangfoldighed af behandlingsfaktorer blevet knyttet til behandlingseffekt. Disse er blandt mange andre a) behandlernes uddannelse og systematiske tilgang til behandlingen (103), b) programmets forankring/'maturity´, hvor meget behandling klienterne udsættes for, klient-behandler ratio (104), c) antal tidligere behandlingsepisoder (77), behandlingslængde, behandlingssammenhæng, kontrakter/aftaler (76) og arbejdsalliance (for review 101). Endelig er en professionel og nuanceret udredning/assessment nødvendig for at kunne formulere en behandlingsplan der ikke alene tager hensyn til stofmisbruget, men også til, alle de andre risikofaktorer som bl.a. er nævnt i dette afsnit (105).

Afslutningsvist skal det nævnes at man i en norsk undersøgelse fandt at afbrudt døgnbehandling kunne ses i sammenhæng med såkaldt 'pausedødsfald' hos opioid-afhængige (114). Det

er således ikke alene stofmisbrug der kan være en livstruende tilstand. Manglende agtpågivenhed og erkendelse af situationens alvor kan producere livstruende situationer.

Sammenfatning
At være dobbeltbelastet, hvad enten denne "anden" belastning er af social, sundhedsmæssig eller af psykisk karakter, forøger på forskellig måde risikoen for afbrud og tilbagefald. Generelt forudsiger samtlige European Addiction Severity Index (EuropASI) faktorer afbrud af behandlingen, mens ikke mindst stof-, kriminalitets-, økonomisk og psykisk belastning tillige forudsiger tilbagefald efter behandlingens afslutning.
Det skal pointers at ovenstående variable ikke nødvendigvis alle fungerer som selvstændige prediktorer. Nogle forstærkes måske af andre variable og det kan også nemt forekomme at nogle faktorer kun fungerer som prediktorer under særlige betingelser. McLellan (106) fandt f.eks. at ASI-faktorernes prediktive kraft var afhængig af graden af klientens psykiske problemer. Sagt på en anden måde – samme prediktorer var ikke gældende for de mest og de mindst psykiske belastede.

5. Behandlingssystem-effekt og målgruppe-effekt.
Udover misbrugsbehandlings-effekt (den direkte effekt, der er et produkt af den misbrugsbehandling der f.eks. tilbydes i en kommunen) kan der tales om to andre former for effekt: 1) behandlings-system effekt (effekten af den behandling det totale system tilbyder, se figur 1) og 2) målgruppe-effekt (effekten målt på den totale målgruppe for behandling). I det flg. er det de sidste to der kort skal anskueliggøres.

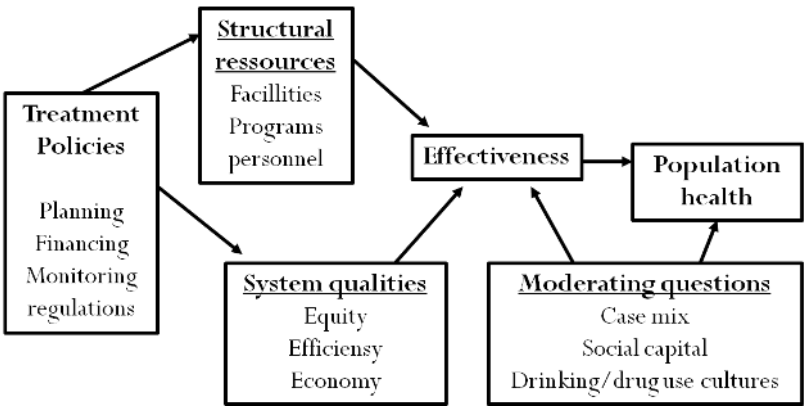
Behandlingssystem-effekt: Måske grundet den forholdsvis ringe udvikling af efterbehandlingseffekten gennem de senere årtier er der i dag blevet lidt større fokus på at undersøge betalingssystemer i deres helhed, forstået som alle de systemer der bidrager til at personer kommer ud af sit stofmisbrug (se figur 1 og litteraturhenvisning 107)

Firgure 1. The total alcohol/drug intervention system (Babor et al 2008)

Det skal fremhæves at effekten af behandlingen ofte er høj så længe behandlingen pågår. Problemet er når klienten udskrives til det de kom fra (risikofaktorerne i afsnit 4). Den store udfordring er derfor fastholdelse af den effekt der blev opnået under behandlingen. Dette er en af grundene til at se på alle aspekter af en klients 'recovery'. Forskellige modeller til inddragelse af hele eller dele af behandlingssystemet er foreslået. De har fået navne som 'The Continuum-of-Care Model', 'Tiered Frameworks', 'core-shell model', 'continuity-of-care' og 'stepped-care' (15, 108). Der findes ikke undersøgelser der viser effekten af disse modeller, men der findes mange undersøgelser, der som tidligere gennemgået, viser at arbejde/uddannelse, selvhjælpsgrupper, et netværk uden misbrug og meget andet er nødvendige for at kunne forebygge tilbagefald. Det kan altså være helt afgørende at inddrage arbejdsmarkeds- og uddannelsessystemerne, psykiatrien, egen læge, selvhjælpsgrupper med mere før udskrivning – måske endda under hele misbrugsbehandlingsforløbet. Dette kan gøres på forskellige måder mere eller mindre intensivt. Det er bl.a. dette disse modeller omhandler.

Målgruppe-effekt: Udover ovenstående er det væsentligt ikke alene at fokusere på klienter der kommer i behandling, men også på dem der burde komme i behandling. Det sidste kaldes for målgruppen for behandling (MfB).

Figure 2. Conceptual model of population impact of treatment systems (Babor et al. 2008)



Et spørgsmål som en kommune f.eks. kan stille sig selv er hvor stort er rusmiddelforbruget hos kommunens borgere? Hvordan er sundhedstilstanden? Hvordan er arbejds- og uddannelsesaktiviteterne? mv. og ud fra dette estimere hvor stor målgruppen er for rådgivning/behandling af stofmisbrug og mulighederne for at fastholde den behandlede borger i misbrugsfrihed efter afsluttet behandling/rådgivning. I ovenstående figur 2 (107) er der foreslået en model der bl.a. inkluderer den totale populations sundhed, sociale kapital mv. Når spørgsmålet også er centralt i denne artikel er det fordi man godt kan forestille sig a) et meget effektivt behandlings-system med meget høj behandlingseffekt som kun behandler 5 % af målgruppen (måske fordi behandlingen er for dyr) og b) et mindre effektivt behandlingssystem der er billigere og som behandler 20 % fra mål-

gruppen. Et spørgsmål der kan stilles er, hvad der i sidste ende er den mest effektive behandling (målt på MfB) og dermed også den mest kost-effektive. Her sættes behandlingen ind i et folkesundhedssystem og der tales nu ikke mere kun om behandlingseffekt, men også om målgruppeeffekt (effekten målt på den totale målgruppe). I det følgende skal der gives et dansk eksempel på en målgruppe-effekt (102).

1) I 1997 blev ca. 450 heroin-afhængige indskrevet i stoffri døgnbehandling. Dengang fandt stoffri behandling af heroin-afhængige næsten eksklusivt sted på døgninstitutioner. 20% af disse var stoffri 1 år efter udskrivning = 90.
2) I 2007 blev ca. 900 heroin-afhængige indskrevet i stoffri døgnbehandling. Også i 2007 fandt stoffri behandling af heroin-afhængige næsten eksklusivt sted på døgninstitutioner. 20 % af disse var stoffri 1 år efter udskrivning = 180.
3) Der blev indenfor denne 10-års periode ikke flere heroin-afhængige i Danmark.
4) Det betyder at målgruppe-effekten i dette 10-år er fordoblet, mens behandlings-effekten som tidligere vist er uændret.

Ovenstående viser at der uden tvivl blev langt flere stoffri heroin-afhængige efter et behandlingsforløb i 2008 end der blev i 1998. Ikke pga. bedre behandlingsmetoder, men pga. en bedre behandlingspolitik/større tilgængelighed.

6. Konklusion

Social behandling af stofmisbrug virker sædvanligvis godt mens den pågår. Udfordringen er at få den til at vare mere end 2-3 måneder efter behandlingens afslutning. Visse metoder er bedre end standard lav intensitet behandling, men ingen dokumenteret virksomme metoder synes at være bedre end andre virksomme metoder (målt i forhold til standardbehandling). Dertil kommer at visse metoder egner sig bedre til nogen end til andre. Sikker viden om en sådan matchning findes ikke i dag.

RCT kan i høj grad anvendes til at vurdere hvad behandlingssystemet ikke skal gøre. Lavintensiv ad hoc 'snak' er således ikke at betragte som professionel behandling, ligesom selvopfundne metoder der ikke kan kontrolleres ikke bør anvendes. Generelt er det en god idé at anvende nogle af nedenstående metoder.

- Motiverende samtaler
- Kognitiv terapi
- Contingency management
- Community reinforcement
- Case management
- Andre manualbaserede typer af struktureret samtaleterapi (kontrollerbare)
- Psykosocial behandling som tillæg til metadonbehandling
- Familieterapi og parterapi
- Inddragelse af familiemedlemmer i behandlingsforløbet

Øget psykosocial støtte i forhold til standard støtte forøger ofte klienternes psykosociale funktioner og forbedrer deres relation til andre. Derimod synes øget psykosocial støtte ikke at have dokumenteret bedre effekt på stof og kriminalitets-belastningen end standardstøtte. Dette danske resultat er i god overensstemmelse med international forskning. Man bør dog være meget opmærksom på, hvordan standard og udvidet psykosocial støtte forstås. I metadon-projektet blev det defineret som en klient-behandler ration på 1:8-15, støtte-kontakt-person og mulighed for et værested-lignende opholdssted i tilknytning til metadon udlevering.

Stoffri døgnbehandling er uden tvivl mere effektiv end lav-intensiv stoffri ambulant behandling med sammenlignelige klienter. Det kan dog ikke afvises at intensiv dagbehandling (hele dagen, hver dag) kan være lige så effektiv som døgnbehandling.

Social behandling virker, men der er ingen grund til at betragte den som noget mirakelmiddel. For f.eks. de unge viser kvalitative interviews at behandlingen kun betragtes som en mindre del af det liv de ellers er involveret i. Forældre, venner, anerkendelse, støtte, uddannelse/arbejde med mere fylder meget mere i deres liv end et relativt kortvarigt ambulant behandlingsforløb med højst 1 samtale om ugen.

7. Sammenfatning: Guidelines for god behandling

Nedenstående guidelines bygger på ovenstående gennemgang samt på guidelines fra amerikanske NIDA, australske NDARC og fra guidelines for behandling af unge (105, 109-113)

1. Behandling skal være umiddelbart tilgængelig.
2. Systematisk udredning af forbrug af illegale stoffer og lægeordineret medicin er nødvendig for tilrettelæggelse af den rette indsats.
3. Systematisk udredning af problematisk forbrug af alkohol er nødvendig for tilrettelæggelse af den rette indsats.
4. Stof og alkoholforbrug bør løbende monitoreres med henblik på vurdering af tilbudte ydelsers tilstrækkelighed.
5. Systematisk screening for fysisk, psykisk og social dobbeltbelastning med efterfølgende detaljeret udredning af identificerede specifikke belastningsområder er en nødvendighed for positiv behandlingsudbytte.
6. Fysisk, psykisk og social belastning bør løbende monitoreres med henblik på vurdering af tilbudte ydelsers tilstrækkelighed.
7. Ingen enkeltstående behandlingsmetode/tilbud passer til alle.
8. Effektiv behandling er rettet mod multiple behov, ikke kun mod stofmisbruget. Herunder:
    a. Alkohol/stof-afhængige personer med sameksisterende psykiatriske tilstande bør have begge tilstande behandlet på en integreret måde (som et mindste krav parallelt).
    b. Der bør tilbydes behandling med særlig fokus på problematisk alkoholforbrug for de klienter der har brug for dette.
    c. Det anbefales, at der fokuseres på udvikling af behandlingstilbud til gruppen med dyssocial personlighedsforstyrrelse.

    d. Der bør være opmærksomhed på særlige grupper, såsom gravide, etniske minoriteter, klienter med kognitive funktionsnedsættelser med flere.
    e. Beslutninger om behandling bør baseres på klientens mål, præferencer, belastning, tilstedeværelsen af dobbeltdiagnose, kognitiv og social funktion og tilbagefaldshistorie.
9. Særlig opmærksomhed på fastholdelse er afgørende for optimal reduktion af tilbagefald.
    a. Indsatsen bør indeholde procedurer for minimering af frafald.
    b. Evaluering af tilfredshed og meningsfuldhed med behandlingen bør foregå med rimelige intervaller. Oplevelsen af tilfredshed/meningsfuldhed er afgørende for fastholdelse og udbytte.
    c. Når det er muligt, bør klienterne gives en mulighed for valg af intervention.
    d. Behandlingsplanen bør være gensidigt accepteret.
    e. Behandlingsplanen bør vurderes løbende og modificeres efter behov, for at sikre at planen møder klientens aktuelle behov.
10. Intensiteten af behandlingen bør variere, således at klienter med svære og omsiggribende problemer modtager mere intensiv behandling end klienter med mere moderate og isolerede problemer (patient matchning).
11. Der er indikationer på at stoffri døgnbehandling er mere effektiv end traditionel ambulant behandling. Stoffri døgnbehandling bør derfor ikke fravælges som behandlingsmodalitet.
    a. Klienter der er middelsvært belastede og som er middelsvære at fastholde synes i særlig grad at profitere af døgnbehandling
    b. Klienter der er moderat belastede og stærkt motiverede/nemmere at fastholde profiterer lige så godt af ambulant behandling
12. Rådgivning (individuelt eller i gruppe) og andre adfærdsterapier er afgørende elementer i effektiv behandling af stof- og alkoholmisbrug.
    a. Behandlingsenhederne bør som grundlag anvende evidensbaserede metoder.
    b. Uddannelse/træning i evidensbaserede metoder er afgørende for opnåelse af optimalt udbytte af behandlingen.
    c. Løbende supervision/træning i metodiske tilgang er afgørende for fastholdelse af den evidensbaserede tilgang
    d. Psykosocial tilbagefaldsforebyggelse anbefales ved behandling af alle klienter med moderat til svær afhængighed.
    e. Behandlingsprogrammet bør inkludere en undersøgelse af hiv/aids, hepatitis B og C, tuberkulose og andre infektiøse sygdomme, og der bør gives rådgivning om, hvorledes klienten undgår at udsætte sig selv eller andre for infektionsrisiko.
    f. De bør udvikles koncepter/procedurer for, hvordan den medicinske behandling kan forbedres, så effekten optimeres.
13. En organiseret og systematisk tilnærmelse til behandling støttet af omhyggelige skriftlige redegørelser af forløbet er den mest effektive metode.
14. Udskrivning af klienten til de samme belastninger og mangel på ressourcer som eksisterede før behandlingens påbegyndelse bør undgås.
    a. Samarbejde under behandlingsforløbet med andre dele af det totale indsats-system er nødvendigt.

b. Inddragelse af og evt. hjælp til sociale netværk kan være nødvendig for at opnå succes med behandlingen.
c. Etablering af modeller der tager højde for at en varig reduktion i stofmisbrug rækker ud over misbrugsbehandlingen vil være hensigtsmæssig.
d. Efterbehandling bør være struktureret og tydelig med opfølgning på udeblivelser.

15. Recovery bør anses som en langsigtet proces som ofte fordrer multiple behandlingsepisoder.

Referencer

1. McLellan AT, Chalk M, Bartlett J (2007). Outcomes, performance, and quality: what's the difference? In: *Journal of Substance Abuse Treat-ment*. 32(4): 331-40.
2. DSM-IV (1995). *International version with ICD-10 codes*. Washington: American Psychiatric Association.
3. Meeuwisse, A, Swärd, H & Sunesson, S (red.) (2007). *Socialt arbejde. En grundbog*. København: Hans Reitzel Forlag.
4. International Federation of Social Workers (IFSW). *Definition of social work (Danish version)*. Se http://www.ifsw.org/p38000407.html).
5. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes BR, Richardson WS (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: BMJ, 312:71-72.
6. Haastrup, S. et al. (1981). *Unge narkomane 7 år efter*. København: Social- og Sundhedsforvaltningen.
7. Haastrup S. & Jepsen, P.W. (1984). Seven year follow-up of 300 young drug abusers.In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol 70: 503-509.
8. Haastrup S. & Jepsen, P.W. (1988). Eleven year follow-up of 300 young opioid addicts.In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol 77: 22-26.
9. Pedersen, M.U. (1999a). *Stofmisbrugere efter døgnbehandling*. Delrapport 5. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
10. Pedersen, M.U. (2009): *Stoffri døgnbehandling 1997 til 2007*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 125 kr. incl. moms.
11. Pedersen, M.U. (2005): *Heroin-afhængige i metadonbehandling*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
12. Hesse, M & Pedersen, MU (2007). Easy-access Services in Low-threshold Opiate Agonist Maintenance. In: International Journal of Mental Health and Addiction, Vol. 6, No. 3, 2007, p. 316-24.
13. Hesse, M. & Thylstrup, B. (2011): Ambulant behandling af stofmisbrug. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
14. Pedersen MU, Hjorthøj C & Nordentoft M (in press). Unge I behandling for misbrug af rusmidler. Center for Rusmiddelforskning, AU og Psykiatrisk Center, KU.
    Pedersen, MU & Herold MD (in press). Teenagers der misbruger hash. Inklusion og position i familie og venne-netværk. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

15. McLellan TA, McKay JR, Forman R, Cacciola J & Kemp J (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring, *Addiction,* 100: 447–458
16. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. J Clin Psychol 1971; 27(4):455–6.
17. Simpson DW. (1984). National treatment system evaluation based on the drug abuse reporting program (DARP). Follow-up research. NIDA Research Monograph Series. Drug Abuse, Treatment Evaluation, Strategies, Progress and Prospects, 51:29–41.
18. Simpson DW, Savage JL, Lloyd MR (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969-1972. Archives of General Psychiatry, 36:772–80.
19. Hubbard RL, Rachal R, Craddock SG, Cavanaugh ER (1984). Treatment Outcome Perspective Study (TOPS). NIDA Research Monograph Series. Drug Abuse, Treatment Evaluation, Strategies, Progress and Prospects, 51:42–68.
20. Hubbard RL (1991). Drug abuse treatment – a national study of effectiveness. London: The University of North Carolina Press.
21. Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. Addiction, 97(10):1259–67.
22. Downey L, Rosengren DB, Jackson TR, Donovan DM (2003). Primary heroin users + drug-free treatment: an equation for success? Addictive Behavior, 28(2):339–46.
23. Darke S, Ross J, Mills KL, Williamson AH, Teesson M (2007). Patterns of sustained abstinence among long-term dependent heroin users: 36 month findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Addictive Behavior, 32:1897–906.
24. Paul Crits-Christoph P and colleques (1999). Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence. National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. In: *Archives of General Psychiatry, 56:493-502*
25. McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Rutherford, M. R., O'Brien, C. P., Koppenhaver, J. & Shepard, D. (1999) Continuing care for cocaine dependence: comprehensive 2-year outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 420–427.
26. McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., Ratichek, S., Morrison, R., Koppenhaver, J. & Pettinati, H. M. (2004) The effectiveness of telephone-based continuing care in the clinical management of alcohol and cocaine use disorders: 12 month outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 72, 969–979.
27. Brown SA, Ramo DE (2006). Clinical course of youth following treatment for alcohol and drug problems. In: Liddle HA, Rowe CL, editors. Adolescent substance abuse. Research and clinical advances. London: Cambridge University Press; pp. 79–103.
28. McLellan, TA et al. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. In: *JAMA*, 269, 1953-1959.

29. Shepard D & McKay J (1996). *Cost-effectiveness of substance abuse treatment*. Report submitted for US Substance and Mental Health Administration contract. Center for Substance Abuse Treatment Research.
30. Kraft, KK et al. (1997). Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective? In: *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1214-1219.
31. Avants SK, Margolin A, Kosten TR. (1994). Cocaine abuse in methadone maintenance programs: integrating pharmacotherapy with psychosocial interventions. In: *Journal of Psychoactive Drugs*. 26(2):137-46. Review
32. Avants SK, Margolin A, Kosten TR, Rounsaville BJ, Schottenfeld RS. (1998). When is less treatment better? The role of social anxiety in matching methadone patients to psychosocial treatments. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(6):924-31.
33. Avants, SK et al. (1999). Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: A comparison of clinical efficacy and cost. In: *American Journal of Psychiatry*, 156, 27-33.
34. Abbott PJ, Weller SB, Delaney HD, Moore BA. (1998). Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 24(1):17-30.
35. Hasson AL, Grella CE, Rawson R, Anglin MD. (1994). Case management within a methadone maintenance program. A research demonstration project for HIV risk reduction. In: *Journal of Case Management*, 3(4):167-72.
36. Grella CE, Anglin MD, Wugalter SE. (1997). Patterns and predictors of cocaine and crack use by clients in standard and enhanced methadone maintenance treatment. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 23(1):15-42.
37. Magura S, Rosenblum A, Fong C, Villano C, Richman B. (2002). Treating cocaine-using methadone patients: predictors of outcomes in a psychosocial clinical trial. In: *Substance Use and Misuse*. 37(14):1927-55.
38. Saxon AJ, Wells EA, Fleming C, Jackson TR, Calsyn DA. (1996). Pretreatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome. In: *Addiction*. 91(8):1197-209.
39. Rosenblum A, Magura S, Palij M, Foote J, Handelsman L, Stimmel B. (1999). Enhanced treatment outcomes for cocaine-using methadone patients. In: *Drug and Alcohol Dependence*. 3;54(3):207-18.
40. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. (2004). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. In: *Cochrane Database Systematic Review*. 2004 Oct 18;(4). Review.
41. Greenwood GL, Woods WJ, Guydish J & Bein E (2001).Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 20:15-23

42. Pettinati, H. M., Meyers, K., Jensen, J. M., Kaplan, F., & Evans, B. D. (1993). Inpatient versus outpatient treatment for substance dependence revisited. Psychiatric Quarterly, 64, 173±182.
43. Alterman, A. I., O'Brien, C. P., & Droba, M. (1993). Day hospital vs. inpatient rehabilitation of cocaine abusers: an interim report. In: F. Leukfield, & C. Leukfield (Eds.), Cocaine treatment: research and clinical perspectives. NIDA Research Monograph, (135 p. 150-162). NIH Publication No. 93-3639.
44. Guydish, J., Sorensen, J. L., Chan, M., Werdegar, D., Bostrom, A., et al. (1999). A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18 month outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 428-434.
45. Guydish, J., Werdegar, D., Sorensen, J. L., Clark, W., & Acampora, A. (1995). A day treatment program for substance abuse clients: six month outcomes. Journal of Substance Abuse Treatment, 12, 44- 447.
46. McKay, J. R., Alterman, A. I., McLellan, A. T., Boardman, C. R., Mulvaney, F. D., et al. (1998). Random versus nonrandom assignment in the evaluating of treatment for cocaine abusers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 697±701
47. Pedersen, M.U. & Dahl, H.V. (2003): Ambulant stoffri nærbehandling. Fredericia Projektet. CRF publikation. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet; 81 s.
48. 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): p. 25-32.
49. Nielsen, P., S. Rojskjaer, and M. Hesse (2007). *Personality-guided treatment for alcohol dependence: a quasi-randomized experiment.* American Journal on Addictions, **16**(5): p. 357-64.
50. Thylstrup, B. and M. Hesse (2008). *Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions.* BMC Psychiatry, **8**: p. 21.
51. Walton, G.M. and G.L. Cohen (2011). *A brief social-belonging intervention improves academic and health outcomes of minority students.* Science, **331**(6023): p. 1447-51.
52. Bernstein, J., E. Bernstein, K. Tassiopoulos, T. Heeren, S. Levenson, and R. Hingson (2005). *Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use.* Drug & Alcohol Dependence, **77**(1): p. 49-59.
53. Denis, C., E. Lavie, M. Fatseas, and M. Auriacombe (2006). *Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings.* Cochrane Database of Systematic Reviews, **3**: p. CD005336.
54. Smedslund, G., R.C. Berg, K.T. Hammerstrom, A. Steiro, K.A. Leiknes, H.M. Dahl, and K. Karlsen (2011). *Motivational interviewing for substance abuse.* Cochrane Database of Systematic Reviews, (5): p. CD008063.
55. Mayet, S., M. Farrell, M. Ferri, L. Amato, and M. Davoli (2005). *Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence.* Cochrane Database of Systematic Reviews, (1): p. CD004330.

56. Knapp, W.P., B.G. Soares, M. Farrel, and M.S. Lima (2007). *Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders.* Cochrane Database of Systematic Reviews, (3): p. CD003023.
57. Amato, L., S. Minozzi, M. Davoli, S. Vecchi, M. Ferri, and S. Mayet (2004). *Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence.* Cochrane Database of Systematic Reviews, (4): p. CD004147.
58. Gates, S., L.A. Smith, and D.R. Foxcroft (2006). *Auricular acupuncture for cocaine dependence.* Cochrane Database of Systematic Reviews, (1): p. CD005192.
59. Hesse, M., W. Vanderplasschen, R.C. Rapp, E. Broekaert, and M. Fridell (2007). *Case management for persons with substance use disorders.* Cochrane Database of Systematic Reviews, (4): p. CD006265.
60. Dutra, L., G. Stathopoulou, S.L. Basden, T.M. Leyro, M.B. Powers, and M.W. Otto (2008). *A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders.* American Journal of Psychiatry, **165**(2): p. 179-87.
61. Roozen, H.G., J.J. Boulogne, M.W. van Tulder, W. van den Brink, C.A. De Jong, and A.J. Kerkhof (2004). *A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction.* Drug and Alcohol Dependence, **74**(1): p. 1-13.
62. Ferri, M., L. Amato, and M. Davoli (2006). *Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence.* Cochrane Database Systematic Reviews, **3**: p. CD005032.
63. Crits-Christoph, P., L. Siqueland, J. Blaine, A. Frank, L. Luborsky, L.S. Onken, L. Muenz, M.E. Thase, R.D. Weiss, D.R. Gastfriend, G. Woody, J.P. Barber, S.F. Butler, D. Daley, S. Bishop, L.M. Najavits, J. Lis, D. Mercer, M.L. Griffin, K. Moras, and A.T. Beck (1997). *The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Rationale and methods.* Archives of General Psychiatry, **54**(8): p. 721-6.
64. Stanton, M.D. and W.R. (1997). Shadish, *Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies.* Psychological Bulletin, **122**(2): p. 170-91.
65. Copello, A.G., R.D. Velleman, and L.J. Templeton (2005). *Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems.* Drug & Alcohol Review, **24**(4): p. 369-85.
66. Meyers, R.J., W.R. Miller, D.E. Hill, and J.S. Tonigan (1998). *Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment.* Journal of Substance Abuse, **10**(3): p. 291-308.
67. Meyers, R.J., W.R. Miller, J.E. Smith, and J.S. Tonigan (2002). *A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, **70**(5): p. 1182-5.
68. Kelley, M.L. and W. Fals-Stewart (2008). *Treating paternal drug abuse using Learning Sobriety Together: effects on adolescents versus children.* Drug and Alcohol Dependence, **92**(1-3): p. 228-38.

69. Kelley, M.L. and W. Fals-Stewart (2002). *Couples- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, **70**(2): p. 417-27.
70. Fals-Stewart, W., T.B. Kashdan, T.J. O'Farrell, and G.R. Birchler (2002). *Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence.* Journal of Substance Abuse Treatment, **22**(2): p. 87-96.
71. Walitzer, K.S. and K.H. Dermen (2004). *Alcohol-focused spouse involvement and behavioral couples' therapy: evaluation of enhancements to drinking reduction treatment for male problem drinkers.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, **72**(6): p. 944-55.
72. McCrady, B.S., E.E. Epstein, S. Cook, N. Jensen, and T. Hildebrandt (2009). *A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, **77**(2): p. 243-56.
73. Amaro, H., M. Ahl, A. Matsumoto, G. Prado, C. Mule, A. Kemmemer, M.E. Larimer, D. Masi, and P. Mantella (2009). *Trial of the university assistance program for alcohol use among mandated students.* Journal of Studies of Alcohol and Drugs, Suppl, (16): p. 45-56.
74. Osilla, K.C., E. dela Cruz, J.N. Miles, S. Zellmer, K. Watkins, M.E. Larimer, and G.A. Marlatt (2010). *Exploring productivity outcomes from a brief intervention for at-risk drinking in an employee assistance program.* Addictive Behaviors, **35**(3): p. 194-200.
75. Pedersen, MU (2011). Fire modeller til forståelse af forholdet mellem forbrug af illegale stoffer og kriminalitet. In: Kriminalitet og illegale rusmidler. ed. / Vibeke Asmussen Frank; Helle Vibeke Dahl. Aarhus Universitetsforlag. p. 53-82.
76. Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Iscan EN (2003). Outcome predictors in substance use disorders. Psychiatric Clinics of North America. 26(2):381-409.
77. Greenfield SF and colleagues (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. Drug and Alcohol Dependence, 86:1–21
78. McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS, Grissom GR, Woody GE, Luborsky L & O'Brien CP (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(6):1141-58.
79. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter, G (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database Syst Rev., Jan 23; (1).
80. Tiet QQ, Ilgen MA, Byrnes HF, Harris AH, Finney JW(2007). Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes. Addiction, 102(3):432-40.
81. Dansk Informations- og Registrerings-System (2004-10). http://www.danris.dk/0003.asp.
82. Wright JD, Devine JA. (1995). Factors that interact with treatment to predict outcomes in substance abuse programs for the homeless. Journal of Addictive Diseases, 14(4):169-81.
83. Latimer WW, Newcomb M, Winters KC, Stinchfield RD (2000). Adolescent substance abuse treatment outcome: the role of substance abuse problem severity, psychosocial, and treatment factors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(4):684-96.

84. Pedersen, MU (1999). Døgnbehandling af stofmisbrugere: Baggrund, forløb og effekt i et kønsperspektiv. Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift, Vol. 16, No. 3, 1999, p. 159-169.
85. Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Iscan EN (2003). Outcome predictors in substance use disorders. Psychiatric Clinics of North America, 26(2):381-409.
86. Havassy BE, Hall SM, Wasserman DA. (1991). Social support and relapse: commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. Addictive Behaviors, 16(5):235-46.
87. McKellar JD, Harris AH, Moos RH. (2006). Predictors of outcome for patients with substance-use disorders five years after treatment dropout. Journal of Studies in Alcohol, 67(5):685-93.
88. Pedersen, MU (2005). Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler. Århus : Århus Universitetsforlag.
89. Gelkopf M, Weizman T, Melamed Y, Adelson M, Bleich. A. (2006). Does psychiatric comorbidity affect drug abuse treatment outcome? A prospective assessment of drug abuse, treatment tenure and infectious diseases in an Israeli methadone maintenance clinic. Israel *Journal* of *Psychiatry* & *Related* Sciences 2006;43(2):126-36.
90. Thomas VH, Melchert TP, Banken JA. (1999).Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 60(2):271-7.
91. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ & Schoener EP (2000). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. 61(4):244-51.
92. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM & Schneider U (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). In: *Alcohol and Alcoholism*. 43(3):300-4.
93. Flory K. & Lynam DR (2003). The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role does conduct disorder play? In: *Clinical Child and Family Psychology Review*. 6(1):1-16
94. Button TM, Rhee SH, Hewitt JK, Young SE, Corley RP & Stallings MC (2007). The role of conduct disorder in explaining the comorbidity between alcohol and illicit drug dependence in adolescence. In: *Drug and Alcohol Dependence*. 87(1):46-53.
95. Dahl, H.V. & Pedersen, M.U. (2008): *Kvinder og køn: Stofbrug og behandling*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
96. Deas D & Brown ES (2006). Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. 67(7):e02. Review.
97. Skegg K (2005). Self-harm. In: *Lancet*, 366(9495):1471-83.
98. Hayaki J, Anderson B & Stein M (2006). Sexual risk behaviors among substance users: relationship to impulsivity. In: *Psychology of Addictive Behaviour*, 20(3):328-32.
99. Uhart M, Wand GS (2009). Stress, alcohol and drug interaction: an update of human research. Addiction Biology, 14(1):43-64. Epub 2008 Oct 9.
100. Sinha R. (2007). The role of stress in addiction relapses. Current Psychiatry Reports, 9(5):388-95.

101. Pedersen, MU (2005). Arbejdsalliancens todimensionalitet og dens betydning for behandling af heroinafhængige. Nordic Psychology (Online), Vol. 57, No. 2, 2005, p. 131-142.
102. Pedersen MU, Hesse, M ; Bloomfield, K (2011). Abstinence-oriented residential rehabilitation of opiod users in Denmark: Do changes in national treatment policies affect treatment outcomes? Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 39, No. 6, 08.2011, p. 582-589.
103. McLellan, TA et al. (1988). Is the counselor an "active ingredient" in substance abuse rehabilitation?. In: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(7), 423-430.
104. Prendergast, ML. Et al. (2000). Programme factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: An examination using meta-analysis. In: Substance Use and Misuse, 35(12-14), 1931-1965.
105. NIDA: Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (Second Edition). http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html
106. McLellan TA, Luborsky L, Woody GE, O´Brien CP & Druley KA (1982). Predicting Response to Alcohol and Drug Abuse Treatments Role of Psychiatric Severity. Archives of General Psychiatry, 40:620-625.
107. Babor TF, Stenius K & Romelsjo (2008). Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects, International Journal of Methods in Psychiatric Research, 17(S1): 50–59.
108. Rush, B (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 27:616-636.
109. Vind, L. & Finke, K. (2006): Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
110. National Drug and Alcohol research Centre (NDARC), Sydney Australian. Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings. http://ndarc.med.unsw.edu.au/NDARCWeb.nsf/page/Comorbidity%20Guidelines.
111. Pedersen, MU (2007). Evidence-based practice in "the real world". Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 24(6): 605-616
112. Austin, A. M., M. J. Macgowan and E. F. Wagner. 2005. Effective family based interventions for adolescents with substance use problems: A systemic review. *Research on social work practice,* 15(2):67-83.
113. Brannigan, Rosalind, Bruce R. Schackman, Mathea Falco and Robert B. Millman. 2004. "The Quality of Highly Regarded Adolescent Sub-stance Abuse Treatment Programs - Results of an In-depth National Survey." *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158:904-909.
114. Ravndal E, Amundsen EJ (2010). Mortality among drugs users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. Drug and Alchol Dependence, 108: 65 - 9.