

FRA VIDEN TIL VILLEN

Hvad kan forklare, at praksis ikke profiterer af den forskning, der er lavet til formålet?

AF MADS UFFE PEDERSEN

Når man på Misbrugsnet⁽¹⁾ læser: 'Endnu en undersøgelse viser ...' og måske kan fornemme en vis træthed hos skribenten, så kommer man uvilkårligt til at tænke på, hvilken rolle forskningen har for praksis på netop misbrugsområdet lige netop nu. Jeg har stor forståelse for denne 'træthed', som jeg på det seneste har mærket flere steder, og jeg mener da også, at vi i dag har den viden - endog på dansk - der skal til for at etablere en både effektiv og menneskelig behandling af heroinafhængige (måske med nogle sundhedsfaglige undtagelser).

Denne artikel vil indeholde to dele. Først en status over hvad der skal til for at levere en professionel behandling af heroin(opioid)-afhængige, og dernæst en diskussion af hvor vi står i dag i forholdet mellem politik, viden og praksis. Til det sidste hører bl.a. diskussionen om, hvad der kan hindre implementeringen af den 'professionelle behandling'.

Status: Definitionen på den professionelle behandling

Nedenfor er opstillet en række betingelser, som skal være opfyldt hos behandleren eller organisationen/behandlingssystemet, før der kan være tale om en professionel og effektiv behandling af heroin/opioid-afhængige. Der skal i første omgang ikke skelnes mellem substitution og stoffri behandling. Sidst i afsnittet skal der dog nævnes nogle grundlæggende betingelser, der særligt er nødvendige for behandlingen af de mest belastede metadonbrugere.

Der henvises alene til dansk litteratur på området (med en enkelt

undtagelse). I denne litteratur kan man finde alle de henvisninger til udenlandsk litteratur, der er behov for, herunder en gennemgang af de metaanalyser og Cochrane Reviews der findes på området.

Behandlerens personlige kompetencer: Særlige personlighedstræk synes ikke at være en afgørende behandlerkvalitet (om end egentlig personlighedsafvigende adfærd eller psykiatrisk sygdom naturligvis er problematisk). Derimod er kvaliteter som selvtillid, ægthed og ikke mindst evnen til empati af afgørende betydning for, at behandlingen kan lykkes.

Behandlerens sociale kompetence: Til dette hører kvaliteter som behandlerens evne til at være hjælpsom og vise respekt, men den mest undersøgte sociale kompetence er evnen til at etablere en arbejdsalliance. At evnen til at etablere en arbejdsalliance med klienten er afgørende, er der næppe tvivl om, men ikke mindst blandt stofmisbrugere og de mest psykisk syge har resultaterne ind imellem været modstridende. Der er dog ingen tvivl om, at kvaliteter som enighed om mål og opgave, emotionelt bånd, en fælles oplevelse af at vejlede/blive vejledt, lave aftaler/få en aftale, lave en plan/få en plan m.m. er afgørende for, at behandlingen lykkes.

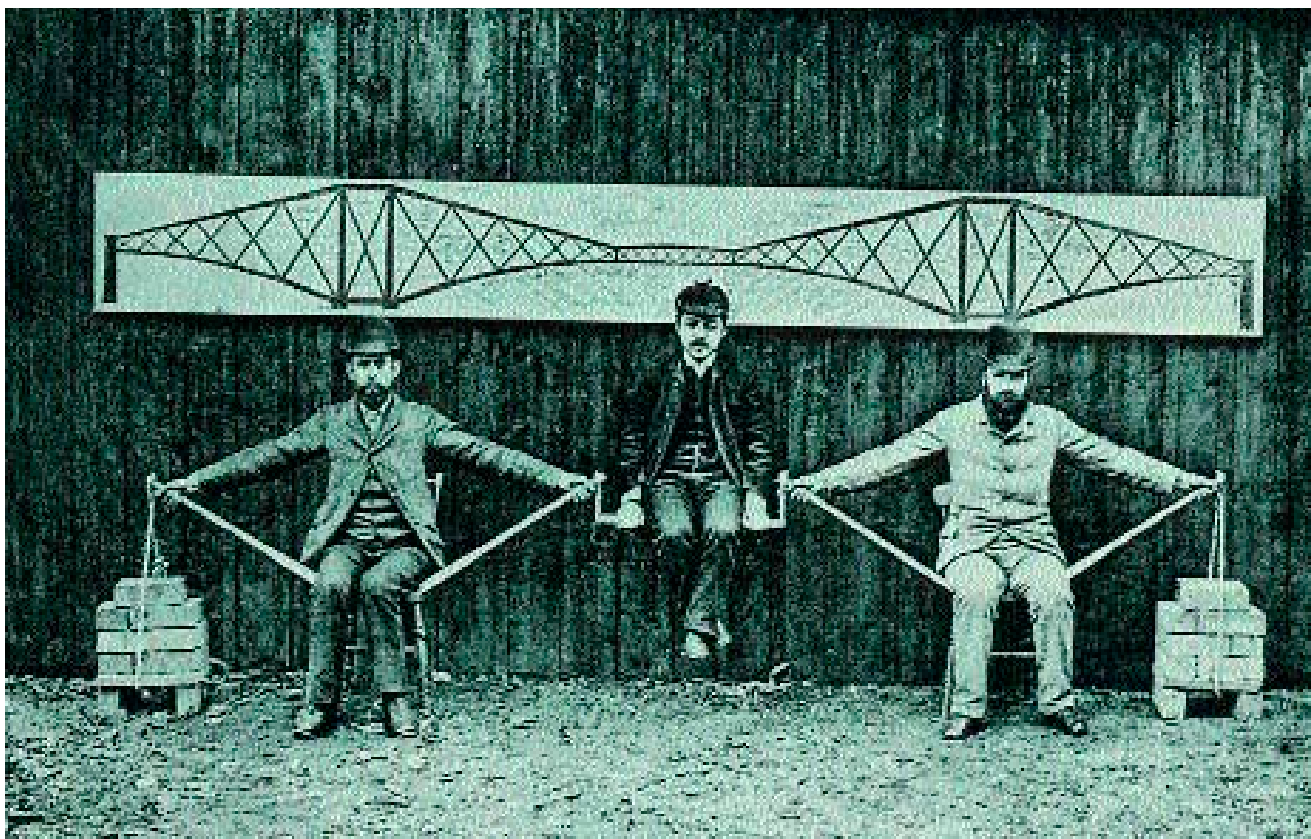
Etablering af et gensidigt tillidsforhold er derfor også afgørende for behandlingens succes. Den kontrollerende relation kan imidlertid være en fare for at obstruere etableringen af en sådan gensidig tillid, og samtidig har f.eks. urinkontrol ikke vist sig at stå mål med hverken

økonomiske omkostninger eller de tillidsødelæggende bivirkninger, der følger med.

Praktiske kompetencer: Mens behandlerens teoretiske kompetencer ikke synes at være afgørende, så synes behandlerens evne til at organisere sit arbejde, koordinere indsatsen med andre indsatser og inddrage andre relevante personer (ingen kan alting selv) at være afgørende. Også det at være en dygtig udøver af en given metode synes at være afgørende - ikke en bestemt metode, men bare en metode. Endelig er skriftlighed, monitorering og dokumentation nødvendig for at forankre bevægelser, så der kan gribes ind, hvor der enten ikke sker noget eller måske endog noget negativt.

Behandlingsramme og indhold: Traditionelt har anvendelsen af metode været omdrejningspunktet i spørgsmålet om, hvad der er god behandling. Spørgsmålet har således ofte været, om de anvendte metoder er evidensbaserede. At de metoder, der anvendes, er adækvate er naturligvis vigtigt, og det er næppe mange uenige i. Problemet er så bare: a) at der efterhånden findes rigtig mange evidensbaserede metoder, og b) at det kommer fuldstændigt an på, hvordan de praktiseres. Lad mig først bare nævne nogle metoder, som lever op til kriterierne for evidens. Der er ikke tale om nogen udtømmende liste:

12-trins behandling; Contingency Management ('noget-for-noget' behandling); Terapeutisk Samfund/TC (ikke specificeret); Tilbagefaldsforebyggelse/TBF (ad modum Marlatt); Kognitiv Adfærdsterapi;



Kognitiv Psykoterapi; Adfærds Terapi; Motivational Interviewing; Interpersonal/Dynamisk Psykoterapi og Familierapi (ikke specificeret). Hertil kommer evidente alkoholbehandlingsmetoder, som sandsynligvis uden de store problemer kunne overføres til stofbehandlingsområdet; Community Reinforcement; Adfærds-Selvkontrol-Træning; Social Skills Training; Parterapi (adfærd) og Case Management.

Dertil kommer de medicinske metoder, hermed først og fremmest metadon, buprenorphin og heroininjektion eller -inhalation.

Alle disse metoder er bedre end standardbehandling, hvormed menes: a) den lovgivningskrævede støtte, som ofte er ad hoc og alene foregår ved, at klienten selv ringer og aftaler tid, eller b) ingen substitutionsbehandling. Samtidig er der også

enighed om, at ingen metode kan betragtes som bedre end andre – der er f.eks. intet belæg for at påstå, at social støtte er bedre end lægeordineret heroin, som dagbladet Politiken nok så frejdigt selv har fundet ud af (torsdag d. 28. april 2005, forsiden).

Viden skal bruges – men hvordan?

Der er derfor nok at gå i gang med, og der er lidt for enhver smag. Der kan altså ikke være nogen, der har ondt af, at man vælger den ene metode frem for den anden – det vil i så fald være ud fra ideologiske og måske etiske begrundelser.

Et andet problem er så, at der hurtigt går inflation i disse evidensbaserede metoder. I øjeblikket praktiserer ethvert center med respekt for sig selv Case Management metoden. Når man går lidt tættere på, hvad der så menes med Case Management, så

ender det vist nok med, at det hele er 'gammel vin på nye flasker'.

Det kunne jo også handle om, at vi skal lære at matche den rigtige klient til den rigtige metode. Det er der nu intet, der umiddelbart tyder på. Det skyldes ikke mindst, at der er tale om et meget komplekst problem. F.eks. er det jo ikke ligegyldigt, om man henviser en gravid kvinde til kognitiv terapi i gruppe, eller man henviser en deprimeret heroinafhængig mand til kognitiv individuel terapi. Der er derfor næsten uendelige mange muligheder for at matche, og dertil kommer, at kognitiv terapi ikke bare er kognitiv terapi, og de, der praktiserer den, ikke blot er mekaniske 'kognitive terapeuter', eller det system, terapien foregår i, ikke blot skaber lige betingelser for behandlingens succes. Man har således endnu ikke fundet,

at nogle bestemte typer personer havde succes med én bestemt type terapi. Ganske vist kan sådanne resultater godt findes frem, men de er aldrig blevet gentaget.

Heller ikke matchning til bestemt race, køn, religion m.m. har været succesfuld (kvinde til kvinde, hvid til hvid m.v.).

Endelig kunne man måske 'koge' alle disse metoder og al den matchning ned til nogle enkelte mere håndgribelige størrelser. Det ser indtil videre ud til at være vejen frem. Således synes intensitet og struktur at være to kvaliteter, som man bør være meget opmærksom på. En hensigtsmæssig intensitet har klart vist sig at kunne betale sig både behandlingsmæssigt og økonomisk. For metadonmodtagere kan der endog sættes et overordnet tal på denne intensitet. Det synes således ikke hensigtsmæssigt at have en intensitet svarende til dagbehandling (måske dog for enkelte særligt belastede, som kan komme i stabilisering på døgninstitution), mens en intensitet svarende til ca. én samtale om ugen (selvfølgelig ud over metadonudleveringen) synes optimal for mange af de mest belastede. For de metadonmodtagere, der har et rimeligt stabilt liv, kan intensiteten yderligere reduceres.

Forskellige grader af struktur synes at hjælpe forskellige klienttyper. For eksempel har en høj grad af struktur vist sig hensigtsmæssig for de deprimerede og dem, der har udviklet en tillært hjælpeløshed.

En tredje væsentlig kvalitet er behov. Hermed menes, at dér, hvor klienten har et behov, dér skal der interverneres. Man kunne også kalde det 'fokuserings-hypotesen', som kan defineres som: 'Dér, hvor vi fokuserer, dér får vi effekt'. Med andre ord – hvis der ikke fokuseres på en heroinafhængig persons afhængighed af alkohol, så bliver vedkommende ved med at være alkoholafhængig. Hvis der ikke fokuseres på en seksuelt misbrugt heroinafhængig kvindes post traumatisk stress

syndrom (PTSD), så bliver vedkommende ved med at lide af PTSD. Og sådan kunne man blive ved.

Netop sammenhængen mellem intensitet, struktur og behov kaldes af nogle for 'placement matching'. En sådan strategi synes lovende, men den er endnu ikke, hvad man ud fra et medicinsk-teknologisk perspektiv vil kalde for evident.

Det er altså væsentligt, at behandlingen differentieres. Dette kræver valide differentieringsredskaber, som der findes mange af. Det store problem er at bruge dem.

Den medicinske behandling: Såvel buprenorfin, metadon som lægeordineret heroin har vist sig særdeles effektive til at reducere ikke mindst stof- og kriminalitetsbelastningen og risikoadfærden hos heroinafhængige. Metadon og lægeordineret heroin synes at være de mest effektive. Om den ene vælges frem for den anden, vil jeg bl.a. diskutere i en artikel i næste nummer af STOF.

Ikke mindst dosering kan her være afgørende for behandlingens succes. En metadondosis under 60 mg synes umiddelbart ikke at være hensigtsmæssig.

Organisationen: Organisationen skal være i stand til at se på sig selv (selv-evalueringskompetence) for herigenem at ændre uheldige strategier. På den ene side skal der forefindes en kompetent skrift- og tal-kultur, adækvat monitorering og administrative procedurer, men på den anden side skal de administrative procedurer ikke blive af en sådan karakter, at de reducerer kontakten til klienterne ud over, hvad der er rimeligt. En afvisning af det skriftlige arbejde, fordi der ikke er tid nok, er dog ikke gyldig. Skriftlighed, monitorering og behandlingsdifferentiering kan ofte foregå sammen med klienten. Effekten af behandling kan knyttes tæt sammen med kontakten til klienterne, og manglende tilgængelighed

hed medfører mindre kontakt.

Det er afgørende, at behandlingsledelsen er involveret i behandlingspraksis, om ikke direkte som behandlere, så som supervisor og som institutionens sammenhængskraft. Der skal her skelnes mellem den organisatoriske ledelse og den behandlingsmæssige ledelse. Implementering af strategier, nye tiltag, selvevaluering m.v. er fuldstændig afhængig af ledelsen.

Et godt arbejdsmiljø, adækvat uddannelse/træning og gode lønforhold er afgørende for at fastholde de mest kompetente medarbejdere og for etablering af et dynamisk behandlingsmiljø.

Den organisatoriske ledelse etablerer betingelsen for, at institutionen/centret overhovedet er i stand til etablere en adækvat, sammenhængende behandling, og at behandlingslederen har mulighed for at behandle.

Særlige betingelser i behandlingen af de mest belastede opiatafhængige: De mere kaotiske og svært belastede metadonbrugere har brug for en langvarig stabiliserings og rehabiliteringsplan. Denne gruppe har i særlig grad brug for tilgængelige behandlere, som ud over almindeligt behandlingsarbejde også kan hjælpe metadonbrugeren med at overholde aftaler, deltage som bisidder til møder m.v.

Sammenfatning: 'Evidensbaserede' anbefalinger

- Ansæt behandlere med selvtillid, som har respekt for klienterne og evner empati.
- Ansæt behandlere, der evner at etablere en positiv arbejdsallianse med klienterne.
- Vær organiseret og systematisk i jeres arbejde.
- Inddrag andre relevante personer – ingen kan alting selv - og koordinér indsatsen mellem de forskellige indsatser.
- Vælg en metode – vær metodeklar.



- Vær skriftlig: videns- og erfarings-forankring (handleplaner, journaler, monitorering).
- Differentier jeres målgruppe ud fra en gyldig metode. Alle skal ikke have det samme.
- Vær fokuseret på forskellige målgruppers særlige behov.
- Vælg den rette intensitet og struktur til de forskellige målgrupper.
- Undgå ydmygende kontrolformer. De skaber mistillid og besværliggør etablering af arbejdsalliance.
- Se konstruktivt kritisk på jer selv (herunder selvevalueringskompetence).
- Hav så megen kontakt med klienterne som muligt. Kontakten gør en forskel.
- Behandlingslederen skal være kompetent inden for sit felt.
- Behandlingslederen skal være synlig, skabe stemningen, gå forrest, være insisterende m.m.
- Implementering af strategier, nye tiltag, selvevaluering m.v. er fuldstændig afhængig af behandlingslederen.
- Etabler et dynamisk arbejdsmiljø med gode uddannelsesmuligheder og forsøg at fastholde kompetente/talentfulde medarbejdere.
- Som organisatorisk leder: Sæt jer ind i de betingelser, behandlerne og behandlingslederne arbejder under, og etabler de rette betingelser for, at ovenstående punkter kan implementeres.

De sværest belastede, mest kaotiske heroinafhængige – særlige fokusområder:

- Arbejd ud fra langsigtede rehabiliteringsplaner.
- Hjælp klienten med at tage kontakt til relevante myndigheder, med at overholde aftaler, vær bisidder m.m.
- Skab mulighed for her-og-nu tilgængelighed i videst mulig om-

fang. De mest kaotiske kan ofte ikke overskue eller overholde aftaler frem i tiden.

Ovenstående er alene egenskaber og færdigheder, der skal være til stede hos behandlerne og behandlingssystemet. Et helt andet område er klienterne, hvilket ikke skal uddybes nærmere her. Listen påstås ikke at være dækkende.

Viden, politik og praksis

Man kan for så vidt bare gå i gang. Det er der da også nogle, som gør, mens andre til gengæld ikke synes at profitere af den viden, der er indsamlet. Men hvad kan forklare, at den viden, der indsamles via forskning, ikke altid anvendes i praksis? Det kan der nok være mange grunde til. Nedenfor er nogle af de antageligt væsentligste grunde opstillet:

Viden

Et svar fra praksis kunne være: *'Vi kender ikke den viden, der er produceret'*. Som forsker er det jo ret så vanskeligt at gøre noget ved, men forskeren kunne jo så sende den tilbage ved at påstå, at praksis skulle have mere fokus på uddannelse. *'Det har vi ikke ressourcer til'*, vil praksis så måske svare tilbage, hvortil forskeren svarer, at det ikke nødvendigvis er egentlige uddannelser, kurser og seminarer, der tænkes på, men i lige så høj grad læring på arbejdspladsen. Ethvert behandlingssystem burde således have mindst én person, der kan formidle denne viden 'nedad', og ikke mindst behandlingsledelsen har et ansvar på dette område. Her er der mere tale om kompetencer end ressourcer.

Påstanden kunne også være, at *'vi mangler den rigtige og mere enkle viden'*. Heri ligger mirakeltankegangen, og det er helt sikkert, at man kommer til at vente længe, hvis det er mirakler man venter på.

Politik

Et svar fra praksis kunne være: *'Vi mangler flere penge og flere ressourcer generelt'*. Det er jo ikke nødvendigvis forkert, men det er til gengæld

et eviggyldigt problem. Hvis vi tog det alt for bogstaveligt, ville praksis aldrig komme i gang med noget som helst. Dertil kommer, at praksis udmærket - med de ressourcer der er til stede i dag - kan implementere størstedelen af de egenskaber, der skal til for at etablere den professionelle behandling. Så selv om indvendingen kan være rigtig nok, så er der ingen grund til at vente på flere ressourcer, før man går i gang med at indføre den professionelle behandling. Derudover er der en tendens til, at hver gang der kommer flere penge, så bruges de på nye målgrupper - enten fordi det er et krav, eller fordi det er det, man vælger at bruge ressourcerne til. Det skaber ikke nødvendigvis mere professionel behandling.

Et andet svar kunne være *'Vi kan ikke starte med noget nu på grund af strukturreformen'*. Det kunne man for så vidt også sige var rigtigt nok. På den anden side er omstrukturering noget nær en nationalsport. Hvis vi ikke omstrukturerer af nødvendighed, så gør vi det, fordi vi keder os. Så hvis vi venter på en pause for omstruktureringer, så kommer vi til at vente længe. Faktisk tror jeg, at det opfattes som betydeligt mere spændende at indføre nye strukturer end at udvikle professionel behandling (i hvert fald af den organisatoriske ledelse). Det kan derfor være svære odds, den professionelle behandling - og de behandlere, der skal implementere den - er oppe imod.

Praksis

Et argument fra praksis omhandlende sig selv kunne være: *'Vi mangler de kompetencer, der skal til, for at implementeringen af den professionelle behandling kan lykkes'*. Det kan være, fordi behandlingsledelsen ikke evner at implementere den. Hvis f.eks. behandlingsledelsen ikke insisterer på skriftlighed (handleplaner, journaler, monitorering m.m.), så kan man være aldeles sikker på, at det ikke bliver til noget. Behandlingsledelsen skal i det hele taget gå

forrest i implementeringen af alle dele af den professionelle behandling, sætte dagsordenen og skabe kulturen og stemningen i arbejdet (ikke så lidt, men ikke desto mindre er det sådan).

Ligeledes bør den organisatoriske ledelse have forståelse for, hvad der skal til for at implementere den professionelle behandling og skabe betingelserne for en sådan implementering. En fuldstændig opbakning til behandlingsledelsen er nødvendig (hvis ellers behandlingsledelsen fungerer, men det er den organisatoriske ledelses ansvar).

Det kan også være, fordi behandlerne ikke er kompetente nok. Der er måske for stort et personaleflow, for få ansøgere til ledige stillinger, og de, der er de største talenter, forlader området, når de har fået erfaring nok til at kunne få en mere prestigefyldt stilling.

Der er næppe tvivl om, at der kan være mange gode begrundelser for, hvorfor det kan være vanskeligt at indføre den professionelle behandlingspraksis. Hvis man skal vende den mod praksis selv, kan man firkantet sige, at behandlerne simpelt hen ikke er dygtige nok, behandlingsledelsen er ikke synlig nok, og det overordnede organisatoriske system har ringe forståelse for, hvad der skal til. Der ligger derfor også en stor byrde på de heldigvis mange stærke ressourcepersoner, der findes i dette behandlingssystem. Men det er disse ressourcepersoner - hvad enten de er ledere eller menige - som har stafetten. Viden har denne gruppe nok af (derfor er de også trætte af alle disse undersøgelser), ressourcer får de aldrig nok af (i hvert fald er det ikke et argument for at vente). Nu er spørgsmålet så, hvad praksis vil?

NOTE

- 1 Misbrugsnet er en E-gruppe for professionelle behandlere, beslutningstagere, formidlere og forskere. Gruppen har eksisteret i tre år og har ca. 300 medlemmer. Moderator er Liese Recke. Læs mere på www.misbrugsnet.dk



LITTERATUR

Listen indeholder dansk litteratur, med fokus på indsatsen over for heroinafhængige (behandling, skadesreduktion m.m.). Alle nedenstående udgivelser er fra Center for Rusmiddelforskning, men også andre danske forfattere har bidraget med bøger, rapporter og artikler på dansk - bl.a. Peter Ege, Steffen Jöhncke og Charlotte Fich & Nina Brünés (sygepleje blandt stofmisbrugere). Derudover er der udkommet en mængde artikler og antologier om heroinafhængige af danske forfattere på engelsk. Endelig kan der henvises til bladet STOF, som såvel før som nu har formidlet mange artikler med fokus på netop denne gruppe.

- Asmussen, V. & Dahl, H.: Skadesreduktion som forebyggelse på stofmisbrugsområdet. Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift, nr. 4, s. 249-261. 2002.
- Asmussen, V. & Jöhncke, S.: Indledning: Perspektiver på brugere. I: Asmussen, V. & Jöhncke, S. (red.): Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik? Aarhus Universitetsforlag, s. 9-38. 2004.
- Asmussen, V. & Jöhncke, S. (red.): Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik? Aarhus Universitetsforlag. 2004.
- Asmussen, V. & Kolind, T.: Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2005.
- Asmussen, V., Kolind, T. & Pedersen, M.U.: Metadonprojektet. Delprojekterne og brugerne. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2003.
- Dahl, H.V.: Ilde hørt? Den larmende tavshed om etnografisk rusmiddelforskning, i: Asmussen, V. & Jöhncke, S. (red.): Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik? Aarhus Universitetsforlag, s. 39-71. 2004.
- Dahl, H.V.: Stofbrug, stofafhængighed og substitutionsbehandling: fra morfin til metadon. Psyke & Logos. 2005 (in press).
- Dahl, H., Pedersen, M.U., Hecksher, D.: Udvikling af et nærbehandlingsmiljø. En evaluering af Fredericia Kommunes inddragelse af tidligere misbrugere i behandlingen af stofmisbrugere. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 1999.
- Grytnes, R.: Hygge med hensigt: Væresteder for stofmisbrugere. I: Asmussen, V. & Jöhncke, S. (red.): Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik? Aarhus Universitetsforlag, s. 147-168. 2004.
- Grytnes, R., Villumsen, S. & Pedersen, M.U.: Væresteder for stofmisbrugere og tidligere stofmisbrugere i Danmark. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2002.
- Hecksher, D.: Identitet, forandring og idealtypiske strategier. Tidligere stofmisbrugeres fortællinger. Ph.d.-afhandling. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2005.
- Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2005.
- Hesse, M. og Thiesen, H.: Behandling med buprenorfin i Danmark. Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift. 5(20), 362-365. 2003.
- Hesse, M.: Program for reduktion af frafald i stoffri behandling. Midtvejsresultater. Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift. 19(1), pp. 177-182. 2002.
- Jepsen, J.: Brugerforeninger – selvorganisering, interessevaretagelse og gensidig støtte. I: Asmussen, V. & Jöhncke, S. (red.): Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik? Aarhus Universitetsforlag, s. 169-191. 2004.
- Pedersen, M.U.: Arbejdsalliancen mellem behandlere og stofmisbrugere i døgnbehandling. Delrapport 4. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 1998.
- Pedersen, M.U.: Konflikter i døgnbehandlingen af stofmisbrugere. I: Social Kritik, nr.56, 81-89. 1998.
- Pedersen, M.U.: Døgnbehandling af stofmisbrugere: Baggrund, forløb og effekt i et kønsperspektiv. I: NAT (Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift). 16(3), 159-170. 1999.
- Pedersen, M.U., Møhlholm Hansen, L. & Hecksher, D.: Personlighed og stofmisbrug. Delrapport 6. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 1999.
- Pedersen, M.U.: Stofmisbrugere før, under, efter døgnbehandling. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2000.
- Pedersen, M.U.: Substitutionsbehandling, Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2001.
- Pedersen, M.U. et al.: Evidensbaseret behandling af stofmisbrugere – en gennemgang og perspektivering af et svenske review over 270 randomiserede, kontrollerede undersøgelser. I: Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV Nyt), 3(2), 17-20. 2002.
- Pedersen, M.U. & Asmussen, V.: Metadonprojektet – Design og metode. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2002.
- Pedersen, M.U.: Behandling med lægeordineret heroin kombineret med metadon. Det hollandske eksperiment i en dansk sammenhæng. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2002.
- Pedersen, M.U. & Dahl, H.: Ambulant stoffri nærbehandling. Fredericia projektet. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2003.
- Pedersen, M.U. & Dahl, H.: Garvergården. Odense Kommune. Døgnbehandling. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2003.
- Pedersen, M.U.: Arbejdsalliancens to-dimensionelitet. Og dens betydning for behandlingen af heroinafhængige. I: Nordisk Psykologi (accepteret, juni nummer 2005).
- Pedersen, M.U.: Heroinafhængige i metadonbehandling. Den medicinske og psykosociale indsats. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2005.
- Siiger, C.: På brugernes præmisser? Mødet mellem gadesygeplejersker og hjemløse misbrugere. I: Asmussen, V. & Jöhncke, S. (red.): Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik? Aarhus Universitetsforlag, s. 122-146. 2004.
- Spannow, K.E. & Larsen, P.: Undersøgelse af ældre stofmisbrugeres behov for hjælpeforanstaltninger. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2001.
- Spannow, K.E. & Asmussen, V.: På Gaden og henne om hjørnet. Foranstaltninger i relation til forekomst og brug af illegale stoffer i tre danske byer. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2001.
- Sørensen, J.K.: Behandling af misbrugere med tilbagefald. En evaluering af den tilbagefaldsbehandling, som Ribe Amt og Esbjerg Kommune har i samarbejde med Kongens Ø. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2004.
- Vind, L.: Indføring af monitorering og selvevaluering i døgnbehandling for stofmisbrugere. Ph.d.-afhandling. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2005.